



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

AFRONTAMIENTO, ASERTIVIDAD Y AUTOESTIMA EN PAREJAS DE BEBEDORES PROBLEMA. UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
MARÍA DE LOS ÁNGELES CRUZ ALMANZA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

COMITÉ TUTORAL:

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

DRA. MA. ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ

DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO



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.



DEDICATORIAS

No puedo darte soluciones para todos los problemas de la vida, ni tengo respuestas para tus dudas o temores, pero puedo escucharte y buscarlas junto a ti.

No puedo cambiar tu pasado ni tu futuro.
Pero cuando me necesites, estaré allí.

No puedo evitar que tropieces.
Solamente puedo ofrecerte mi mano para que te sujetes y no caigas.

Tus alegrías, tu triunfo y tus éxitos no son míos.
Pero disfruto sinceramente cuando te veo feliz.

No juzgo las decisiones que tomas en la vida.
Me limito a apoyarte, a estimularte y a ayudarte si me lo pides.

No puedo impedir que te alejes de mí.
Pero si puedo desearte lo mejor y esperar a que vuelvas.

No puedo trazarte límites dentro de los cuales debes actuar, pero sí te ofrezco el espacio necesario para crecer.

No puedo evitar tus sufrimientos cuando alguna pena te parte el corazón, pero puedo llorar contigo y recoger los pedazos para armarlo de nuevo.

No puedo decirte quién eres ni quién deberías ser.
Solamente puedo quererte como eres

Jorge Luis Borges.

Gracias por no ser egoísta conmigo y romper junto conmigo el esquema de la sumisión, la dependencia y la abnegación. A ti PER

¿Cómo hacerte saber que siempre hay tiempo?
Que uno sólo tiene que buscarlo y dárselo.
Que nadie establece normas salvo la vida.
Que la vida sin ciertas normas pierde forma.
Que la forma no se pierde con abrimos.
Que abrimos no es amar indiscriminadamente.
Que no está prohibido amar.
Que también se puede odiar.
Que el odio y el amor son afectos.
Que la agresión porque sí, hierde mucho.
Que las heridas se cierran.
Que las puertas no deben cerrarse.
Que la mayor puerta es el afecto.
Que los afectos nos definen.
Que definirse no es remar contra la corriente.
Que no cuanto más fuerte se hace el trazo más se dibuja.
Que buscar un equilibrio no implica ser tibio.
Que negar palabras implica abrir distancias.
Que encontrarse es muy hermoso.
Que el sexo forma parte de lo hermoso de la vida.
Que la vida parte del sexo.
Que el "por qué" de los niños tiene un por qué.
Que querer saber de alguien no es sólo curiosidad.
Que para saber todo de todos es curiosidad malsana.
Que nunca está de más agradecer.
Que la autodeterminación no es hacer las cosas solo.
Que nadie quiere estar solo.
Que para no estar solo hay que dar.
Que para dar debimos recibir antes.
Que para que nos den también hay que saber como pedir.
Que saber pedir no es regalarse.
Que regalarse es en definitiva no quererse.
Que para que nos quieran debemos demostrar qué somos.
Que para que alguien sea hay que ayudarlo.
Que ayudar es poder alentar y apoyar.
Que adular no es ayudar.
Que adular es tan pernicioso como dar vuelta la cara.
Que las cosas cara a cara son honestas.
Que nadie es honesto porque no roba.
Que el que roba no es ladrón por placer.
Que cuando no hay placer en las cosas no se está viviendo.
Que para sentir la vida no hay que olvidarse que existe la muerte.
Que se puede estar muerto en vida.
Que se siente con el cuerpo y la mente.
Que con los oídos se escucha.
Que cuesta ser sensible y no herirse.

Que herirse no es desangrarse.
Que para no ser heridos levantamos muros.
Que quien siembra muros no recoge nada.
Que casi todos somos albañiles de muros.
Que sería mejor construir puentes.
Que sobre ellos se va a la otra orilla y también se vuelve.
Que volver no implica retroceder.
Que retroceder también puede ser avanzar.
Que no por mucho avanzar se amanece cerca del sol.
Cómo hacerte saber que nadie establece normas salvo la vida.

(Mario Benedetti)

A las consortes con mi afecto.

Norma S, Eva M, Lilia B, Virginia S, Susana H, Alberta C, Edith M, Alejandra S, Verónica A, Gloria A, Cristina C, María A, Diana L, María de Lourdes V, María Guadalupe A, Rosalba M, Ana María C, Paz M, Guadalupe L, Marisela P, Noemí H, Consuelo P, Guillermina B, Martha M, María Victoria O, Guadalupe R, María Martha G, María de la Luz G, María G, Ofelia F, Lidia R, Hortensia M, Beatriz P, Elba A, Norma Lilia M.

Por el esfuerzo, por la dedicación y por el compromiso, gracias.

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO

DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

DRA. MA. ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ

DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO

DEDICATORIAS

La amistad no se mide en minutos ni en años. Se mide en lealtad, comprensión y colaboración.

Si la lógica te indica que la vida es un mero accidente sin sentido,
No renuncies a la vida.

Renuncia a la lógica.

Eclesiastés

Gracias Magdita, Silvia, Luis, Ulises, Araceli, Lydia, Tomy, Carmen, Blanca, Francis, Julieta, Isabel, Gustavo, Franco, Isabel P., Noemí D., Adela, Pedrito.

A mis alumnos con quienes tengo un buen equipo de trabajo. Christian, Lidia, Mary, Mario, Argentina, Cristina, Margarita, Adriana.

Si la luz es el primer amor de la vida ¿No es el amor la primera luz del corazón?.

Honorato de Balzac

Gracias. A mi analista por ayudarme a encontrar la luz de mi corazón...y superar mis diarios conflictos.

La familia no se escoge, te toca....

A mi familia, quien contribuyó a visualizar que es posible encontrar muchas salidas y una de ellas, mi análisis personal.



INDICE

INTRODUCCIÓN	1
RESUMEN	3
CAPITULO 1. ANTECEDENTES	6
CAPITULO 2. AFRONTAMIENTO	14
2.1 Etapas de afrontamiento	16
2.2 Funciones del afrontamiento	17
CAPITULO 3. ASERTIVIDAD	19
3.1 Entrenamiento asertivo	19
3.2 Asertividad y su relación con otras variables	23
CAPITULO 4. AUTOESTIMA	25
4.1 Desarrollo de la autoestima	26
4.2 Autoestima alta y baja	26
4.3 La culpa	28
4.4 El miedo	29
4.5 Autoestima, trabajo remunerado en la mujer y relación de pareja	29
CAPITULO 5. ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL	32
5.1 Objetivo del enfoque.	34
5.2 Principios del enfoque.	35
5.3 Enfoque racional-emotivo	35
5.4 Apego a tratamiento	38
CAPITULO 6. METODO	41
6.1 Planteamiento del problema y justificación	41
6.2 Objetivos	42
6.2.1 Objetivo general	42
6.2.2 Objetivos específicos	42
6.3 Hipótesis	42
6.4. Variable independiente (programa de intervención	43
6.4.4 Variables dependientes	43

6.5	Criterios de inclusión	44
6.6	Criterios de exclusión	44
6.7	Selección de participantes	45
6.7.1	Datos sociodemográficos	45
6.8	Escenario	46
6.9	Tipo de estudio	47
6.10	Diseño de la investigación	47
6.11	Descripción de los instrumentos y materiales	47
6.12	Procedimiento	48
6.12.1	Fase de tamizaje y preevaluación	48
6.12.2	Fase de intervención	49
6.12.3	Fase de seguimiento	53
CAPITULO 7. RESULTADOS		55
7.1	Análisis de resultados	55
7.2	Medias grupales del inventario de Afrontamiento	60
7.3	Medias grupales del Inventario de Asertividad	62
7.4	Resultados cualitativos	67
CAPITULO 8. DISCUSIÓN		82
CAPITULO 9 CONCLUSION		87
CAPITULO 10. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS		92
ANEXO 1. Descripción de los instrumentos		96
ANEXO 2. Contrato terapéutico		106
ANEXO 3. Entrevista semiestructurada		107
ANEXO 4. Manual Mini		109
ANEXO 5. Criterios Diagnósticos del DSM-IV		129
ANEXO 6. Cuestionario sobre uso de alcohol		131
ANEXO 7. Cuestionario de Afrontamiento		133
ANEXO 8. Cuestionario de Coopersmith		135
ANEXO 9. Cuestionario de Asertividad		137
ANEXO 10. Dinámica Fiesta de presentación		140
ANEXO11. Relación de pareja		141

ANEXO12. Manual de afrontamiento	146
ANEXO 13. Cuestiones para centrarnos y saber en que consiste un problema	170
ANEXO 14. Tipo de conflicto	171
ANEXO 15. Confrontación	177
ANEXO 16. Dinámica la “Telaraña”	178
ANEZO 17. Afrontamiento, el consumo de alcohol y la familia	179
ANEXO 18. Dinámica “a favor o en contra”	183
ANEXO 19. Carnet de conductas instrumentales	184
ANEXO 20. Codependencia	185
ANEXO 21. Directorio de hospitales generales	188
ANEXO 22. Situación problemática	196
ANEXO 23. Derechos legales	197
ANEXO 24. Lista de ideas irracionales de Ellis	200
ANEXO 25. Técnica de “relajamiento y respiración”	201
ANEXO 26. Manual de referencia procesos de pensamiento	202
ANEXO 27. Manual de entrenamiento asertivo	218
ANEXO 28. Derechos asertivos	226
ANEXO 29. Características de los tres estilos de respuesta	227
ANEXO 30. Registro de conductas verbales y no verbales	229
ANEXO 31. Dinámica “Lo que me gusta de mi”	230
ANEXO 32. Manual de autoestima 1ra parte	231
ANEXO 33. Manual de autoestima 2da parte	242
ANEXO 34. Evaluación del programa	260
REFERENCIAS	261

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios señalan los problemas asociados al consumo de alcohol, como son los conflictos de pareja, familiares, así como trastornos en la consorte del bebedor problema, entre otros. Situación abordada en el **primer capítulo** que permite tener un marco de referencia de las características de la consorte, también conocer que formas o estrategias de abordaje se han utilizado desde la consorte y que puede tener influencia en la solución del problema.

Así las diversas investigaciones sugieren trabajar, las estrategias de afrontamiento y que afortunadamente se han realizado en México y otros países, el estudio de manera amplia de este fenómeno ha permitido ubicar de forma específica cuales son las estrategias de afrontamiento que utiliza la familia y la pareja del bebedor problema, no como propuesta de intervención y que sería la aportación del presente trabajo, y son abordados en el **segundo capítulo**.

Otra de las recomendaciones ante el problema de consumo de alcohol es el entrenar a la consorte en aprender a defender sus derechos, poner límites, aprender a ser clara, directa y abierta, manifestando lo que piensa, siente y quiere sin ser agresiva y de esta forma dejar de ser cómplice ante el consumo de alcohol de su pareja, considerándose en el **tercer capítulo**.

Asociado a la problemática que vive la consorte del bebedor problema, es el como se ve afectada su autoestima en ella, bajo el supuesto de su falta de autoconocimiento, auto aceptación, autovaloración, conocimiento de habilidades, cualidades, limitaciones y aspectos que puede cambiar desde ella, planteándolo en el **cuarto capítulo**.

En otro sentido, el enfoque cognitivo conductual en el presente trabajo dio el marco mediante sus principios, postulados, forma de encuadre, consideraciones para la intervención con las consortes de bebedores problema, como el manejo de las cogniciones negativas y positivas, el manejo de los sentimientos, afectos y la instrumentación de comportamientos, así como el apego a tratamiento, plasmándolo en el **quinto capítulo**.

Por otro lado, en el **sexto capítulo** se encontrará lo relacionado a los objetivos del estudio, de la intervención, cuantas consortes se presentaron, que instrumentos se utilizaron, el diseño empleado para su estudio, así como la descripción propiamente de cada una de las sesiones con sus objetivos, ejercicios, dinámicas, etc., plasmados en la variable independiente, criterios para la elección de las participantes, la descripción de los instrumentos y el procedimiento propiamente de la intervención y de cada una de las condiciones.

Posteriormente, en el **capítulo siete** se presenta el análisis estadístico utilizado para realizar las comparaciones ante las diferentes situaciones, es decir, el observar si los dos grupos de participantes pertenecían a una misma población en fase de preevaluación. Además comparar la preevaluación-postevaluación, preevaluación-seguimiento 1, 2 y 3. Mediante la aplicación de la prueba de Wilcoxon.

Así como, el reporte de la percepción de los síntomas observados y reportados por la consorte ante el consumo de alcohol de su pareja, así mismo podrá encontrar los datos sociodemográficos de las participantes y llama la atención como se reportan ante diferente situación ante cada uno de los seguimientos, en las participantes que recibieron la intervención cognitivo-conductual.

En el **capítulo ocho** encontrará la discusión en trono a los datos observados y en el **capítulo 9** se reporta la conclusión, bajo la reconsideración de los planteamientos hechos por los autores y lo observado ante cada situación del estudio.

Finalmente encontrará en el **capítulo 10**, las limitaciones y sugerencias para otros trabajos posteriores.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al alcoholismo como un problema de salud pública en algunos países, entre los que se encuentra México. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) el 9.6% de los varones que habitan en zonas urbanas cumplen el criterio de dependencia del DSM-IV.

La situación de consumo, puede crear suficiente intensidad en los problemas de pareja y rigidez para el cambio, llegándose a manifestar desórdenes de la personalidad en la esposa (Neville, Bradley & Bunn, 1991). Esta situación, asociada al consumo de alcohol, hace reaccionar a estas mujeres con diversas respuestas de afrontamiento, que abarcan: acciones y reacciones de tipo cognitivo y emocional tales como gritar, enojarse y tolerar situaciones extremas (Natera & Holmila, 1990).

Tales situaciones muestran argumentos que señalan la necesidad de buscar estrategias para resolver estos conflictos con la pareja del bebedor problema. Como lo señalan Loughhead, Kelly & Bartlett-Vigot (1995) quienes han propuesto que los tratamientos más efectivos para este fenómeno deben incluir trabajo de consejería (“counseling”) en grupos constituidos por otras personas que padecen la misma situación de consumo de alcohol en la pareja, trabajando con la consorte.

Así, en el contexto de la relevancia social y funcional del problema y los antecedentes de esta línea de investigación, es necesario buscar estrategias de intervención, que permitan a la esposa cambios en su comportamiento. Se incluyen cambios cognitivos, de autovaloración, de afrontamiento, etc. Por ello, se implementó un programa de intervención cognitivo-conductual en modalidad grupal que incluyera entrenamiento en asertividad, fortalecimiento de autoestima y manejo de estrategias de afrontamiento como herramientas para habilitar a la consorte del bebedor problema.

MÉTODO

Se empleó un diseño de un grupo de tipo línea base múltiple (Kazdin & Bootzin, 1998) con preevaluación, postevaluación y seguimiento a tres, seis meses y un año y seis meses. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Asertividad de (Gambrill & Richey, 1975 validado por Guerra, 1996). Inventario de Autoestima de Coopersmith validado por Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, Cortés (1993) y el Inventario de Afrontamiento (Universidad de Birmingham, School of Psychology, 1996 en Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello & Velleman, 1998b). El tipo de muestreo que se empleó fue no probabilístico, es decir, de forma accidental, con edades de 20 a 59 años, esposas de bebedores problema, con nivel de escolaridad mínima de primaria terminada a profesional y nivel socioeconómico bajo a medio.

Se aplicó la prueba Wilcoxon, con el fin de establecer una diferencia entre las condiciones, es decir hacer la comparación entre la preevaluación-postevaluación, preevaluación-seguimiento 1, preevaluación-seguimiento 2, preevaluación-seguimiento 3 y se encontraron

diferencias significativas al α en, el afrontamiento y la autoestima que se modificaron significativamente en el seguimiento 1, 2 y 3. En asertividad mostraron cambios significativos en la preevaluación-seguimiento2, las consortes que recibieron la intervención.

Palabras clave: consortes, autoestima, afrontamiento, asertividad, bebedores problema, intervención.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) considers alcoholism as a public health problem in some countries, Mexico among them. According to the National Survey of Addictions (ENA, 2002), one of each ten males (9.6%) inhabiting urban areas comply with the dependence criterion established in DSM-IV.

The situation is likely to create enough intensity in the couple problems and rigidity for the change, with the additional presence of personality disorders (Neville, Bradley, & Bunn, 1991). This situation, associated to the consumption of alcohol, makes these women react with diverse coping mechanisms including: cognitive and emotional actions and reactions such as screaming, getting angry and tolerating extreme situations (Natera & Holmila, 1990).

The previous review shows a frame of reference those points out the need to look for ways to solve these conflicts with the problem drinker's spouse. Considering the suggestions of authors such as Loughhead, Kelly & Bartlett-Vigot (1995) who proposed that the most effective treatments for this phenomenon should include group counseling constituted by people suffering the same situation of alcohol abuse husband, working with the wife's alcoholic.

This aspect, within the context of the social and functional relevance of the problem and the background of this research topic, it is necessary to propose strategies allowing changes in the wife's behavior. Cognitive, self-esteem, and coping changes are included, among others. Therefore, a cognitive-behavioral intervention program was proposed which included training in assertiveness; self-esteem strengthening and the use of coping strategies tools generate abilities in the wife.

METHOD

Was used a one group type multiple baseline design in accordance with Kazdin and Bootzin (1998) with pre-evaluation, post-evaluation and 3 and 6 month follow-up. The following instruments were used in this work: Assertiveness Inventory the (Gambrill & Richey, 1975 in Guerra, 1996). Self-esteem Inventory of Coopersmith validated by Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo, Cortes (1993) and Coping Inventory (University of Birmingham, School of Psychology, 1996 in Orford, Natera, Davis, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello & Velleman, 1998b), and the interview or "Mini International Neuropsychiatry Interview (M.I.N.I.)" version in Spanish 5.00 in Ferrando, Bobes & Gilbert (2000) probe of tamizaje.

The Wilcoxon test was also applied, with the aim of establishing difference between pre-evaluation-post-evaluation, pre-evaluation-follow-up 1, pre-evaluation-follow-up 2 and 3, where significant differences were found at the level in assertiveness, the coping responses and the self-esteem were modified significantly.

Key words: wives, self-esteem, coping, assertiveness, problem drinkers, intervention.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al alcoholismo como un problema de salud pública y México es uno de los países en esta situación. Según la Secretaría de Salud (ENA, 2002) la magnitud del alcoholismo se aprecia en las elevadas estadísticas de morbilidad asociadas a su consumo.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) el consumo de alcohol, es el fármaco de abuso lícito con mayor índice de consumo y en nuestro país el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia representó el 9.6% respectivamente.

En nuestro territorio aún no se ha cuantificado a nivel nacional, pero en una encuesta en hogares realizada al sur de la ciudad de México se encontró una prevalencia del 38 % de incidentes violentos dirigidos a las esposas por parte de sus cónyuges, en los que el consumo excesivo de alcohol fue un indicador de violencia asociado a tal situación (Natera, Tiburcio & Villatoro, 1997). Para el 2002 la Encuesta Nacional de Adicciones reportó que los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana).

Por otro lado, las mujeres que han estado relacionadas de alguna manera con un consumidor de alcohol o drogas, manifestaron no saber a donde acudir para ayudar al consumidor; además, no saben que ellas pueden ser auxiliadas, independientemente de que el consumidor no quiera asistir a tratamiento (Natera, Mora & Tiburcio en Lara & Salgado, 2002).

Así, ha sido demostrado que al buscar ayuda especializada, la situación en el hogar cambia, pero pasa mucho tiempo antes de recurrir a algún tipo de apoyo; pese a la intervención de los grupos de autoayuda y del tratamiento terapéutico, las esposas, madres hermanas e hijas, pueden adoptar acciones más asertivas y de independencia con un entrenamiento o intervención (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, Mora, Nava, Rigby, & Tiburcio, 2001).

De tal forma, que el vivir cotidianamente en contacto con un consumidor excesivo de alcohol o drogas, tiene graves implicaciones en la salud psicológica de los familiares que se expresan de manera distinta dependiendo del tipo de sustancia de consumo. Observándose en quienes conviven con el consumidor perturbaciones en las rutinas cotidianas, discusiones continuas, sentimientos de preocupación, impotencia, incertidumbre, depresión y un estado general de malestar al vivir en continua tensión y estrés por hacer frente a este tipo de problema y los sentimientos que se ligan a estas experiencias son de desconfianza, duda e indecisión acerca de cómo afrontar la situación (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello, & Velleman, 1998a).

Igualmente en nuestro país, la población identifica como un problema grave el alcoholismo pero no así el consumo excesivo. Cuando la detección es temprana, la familia se une e involucra a otras instituciones y generalmente la respuesta de tales instituciones es de apoyo para la solución del problema (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello, & Velleman, 1998a).

Además, algunas investigaciones en diversos lugares han observado que el consumo de alcohol puede ser obstáculo al bienestar de la pareja (Glantz, Halperin, Hunt, 1998; Heise, 1998; Torres, 2001).

También en México, dentro de los problemas que enfrenta la pareja conyugal, y que pueden ser causa de separación son: 1) la falta de comunicación, 2) la falta de cariño, 3) el alcoholismo y 4) la incompatibilidad entre los cónyuges (Álvarez, 1987; Alducin, 1989).

Asimismo en nuestro país, mientras el hombre es el que ha dado la pauta acerca de cómo beber alcohol, la mujer se ha adjudicado el obligarse a tolerar las consecuencias del consumo de su pareja (Natera, Mora & Tiburcio, 1997).

Respecto a la salud psicológica y física, aseguran que los familiares cercanos de consumidores de sustancias tienen un alto riesgo de presentar problemas de salud mental, independientemente del contraste cultural y de las condiciones de vida que tengan (Oxford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello y Velleman, 1998a).

Al respecto Natera, Herrejón & Rojas (1988) llevaron a cabo una investigación en México con la finalidad de comparar las características en la conducta de tres grupos de mujeres: a) esposas de alcohólicos anónimos (n= 25); b), esposas de pacientes alcohólicos (n= 28), y c) esposas cuyos cónyuges no tenían problemas de alcoholismo (n= 29). Evaluaron a las esposas por medio de una entrevista individual y estructurada, en la cual se les aplicó el cuestionario de salud y vida cotidiana (HDL), así como un cuestionario sobre consumo de alcohol que investiga el patrón de consumo y sus problemas asociados, antecedentes de alcoholismo en su familia de origen, y algunas opiniones y actitudes respecto a este problema. Se encontraron diferencias entre los tres grupos: los rasgos depresivos y las discusiones familiares, resultaron más frecuentes en el grupo de esposas de pacientes alcohólicos; aunque no encontraron diferencias significativas. Asimismo, encontraron que el 15 % de las esposas de bebedores provenían de familias con problemas de alcoholismo.

Es conveniente acotar que tal estudio al haberse llevado a cabo con un pequeño grupo de mujeres mexicanas, sus resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones.

Por otro lado, Ávila & Ledesma (1990) en España llevaron a cabo un estudio acerca de la personalidad de las esposas cuyos maridos habían padecido alcoholismo, y habían sido atendidos en la unidad de "Alcoholismo" de la diputación de Salamanca, tal estudio se llevó a cabo con una muestra de 35 mujeres. A estas mujeres les aplicaron una entrevista estructurada, el cuestionario de personalidad MMPI y un instrumento que mide agresividad.

Estos investigadores encontraron que el 20% de las esposas sabía antes de casarse que su pareja consumía alcohol en exceso; durante su matrimonio el 75% padeció algún tipo de episodio violento; el 43% tenía antecedentes personales psicopatológicos; y el 15% eran mujeres reincidentes del esquema, es decir, tenían padres alcohólicos. Además estas mujeres presentaron un perfil de personalidad significativamente elevado, y sus rasgos de personalidad más sobresalientes fueron: pasividad, dependencia e inseguridad; aquellas esposas cuyos maridos habían padecido recaídas presentan en la escala Pd (desviación psicopática) los puntajes más elevados de agresividad, además de una tendencia pasivo-agresiva.

Siguiendo lo anterior Palomar (2000) en México realizó una investigación para conocer la relación que existe entre los antecedentes familiares y la percepción del funcionamiento de la familia actual, así como para determinar si existían diferencias en la percepción del alcoholismo en tres miembros de la familia (padre, madre e hijo) tanto en familias alcohólicas como no alcohólicas. Para ello la muestra estuvo compuesta de subgrupos: el primero con sujetos alcohólicos de sexo masculino (n= 30), sus esposas (n= 30) y un hijo adolescente (n= 30), el segundo, por sujetos no alcohólicos (n= 30), sus esposas (n= 30) e hijos adolescentes (n= 30). El estudio aplicó el “Inventario de salud, estilos de vida y comportamiento” (SeVic), para medir la percepción de la relación afectiva de los entrevistados con su padre, madre y hermanos; además de 10 factores de funcionamiento familiar a través de 56 ítems.

Los resultados de este estudio mostraron que los alcohólicos y sus esposas consideraron desfavorable la comunicación en sus familias, así como, la cohesión y la cooperación que prevalecía entre los miembros de la familia misma, asimismo consideraron desfavorable la claridad respecto a los roles de autoridad, autonomía y la organización familiar, en comparación con la percepción que tenían los sujetos en cuyas familias no existían problemas de alcoholismo.

Por otro lado los datos obtenidos en este estudio permitieron apreciar que el grupo de alcohólicos no presentó correlaciones significativas entre el factor de relación con el padre y los factores del funcionamiento familiar, en cambio, cuatro factores estuvieron asociados con el factor de relación con la madre (comunicación, cohesión, tiempo que comparte con la familia y su organización). Estos resultados también permiten observar que los hijos de alcohólicos perciben más factores del funcionamiento familiar asociados con el factor de relación con la madre, mientras que en los hijos de no alcohólicos la mayor asociación de factores se dio en función del factor de relación con el padre.

Lo anterior nos permite tener algunas referencias de quién es la esposa del consumidor, qué la lleva a responder con diversas formas de afrontamiento ante el problema del consumo de alcohol y de otras sustancias de su pareja.

Al respecto Loughhead, Spurlock, & Ting (1998) señalan que las esposas de consumidores de alcohol exhiben desórdenes y deficiencias en los estilos de afrontamiento y comportamientos interpersonales, acompañados de agresividad, pasividad, dependencia y rasgo esquizoide. Asimismo, Arias, Fernández & Kalina (1990) señalan que la consorte asume responsabilidades por el adicto mostrándose encubridora y controladora al esconder el dinero, rechazar el contacto sexual, esconder las bebidas, y, en general, adoptar medidas para evitar la actividad adictiva de su pareja. Según estos autores, las esposas realizan constantes demandas al adicto con la finalidad de disminuir el consumo, pero si este no disminuye se sienten heridas, culpables y exacerbando sus problemas psicossomáticos, alejándose con ello de la vida social y de pareja.

En este sentido, el estudio de Medina & González (1994) al respecto señalan los diversos roles que se representan ante el consumo del alcohol y el papel que se adopta ante tal situación: el héroe, el mártir, el juez, el jurado, el verdugo, el enemigo o el salvador. Asimismo Jackson (1954) señala que las conductas del alcohólico y su esposa se ven determinadas y perturbadas por varios factores como un marcado y rápido cambio de roles a los que la esposa suele oponerse, generando así, un acto hostil como estrategia de afrontamiento.

De esta manera, ante el marco característico que se desprende de la esposa del consumidor (que incluye particularidades, comportamientos y respuestas de afrontamiento manifestadas), es necesario hacer una revisión a las diversas formas en que se ha trabajado para tratar este problema, de tal forma que permita perfilar una estrategia de intervención que pueda favorecer el cambio en los componentes cognitivos, comportamientos y sentimientos manifiestos en la consorte del bebedor problema.

Intervenciones con esposas de consumidores de alcohol

De esta manera se señalaran algunos estudios que se han realizado con esposas de consumidores de alcohol, en términos de intervenciones psicológicas, y así retomar algunas consideraciones y propuestas de intervención que respalden la importancia de abordar la autoestima, estrategias de afrontamiento y asertividad en las consortes.

En esta dirección, Honig & Spinner, (1986) desarrollaron una propuesta terapéutica para el tratamiento de parejas de alcohólicos basada en un acercamiento gradual. Esta propuesta terapéutica surgió de su trabajo con un enfermo alcohólico ambulatorio y con su esposa, en una clínica de tratamiento de alcoholismo. En su estudio, estos investigadores señalan una serie de fases que la esposa ajusta debido a la crisis del alcoholismo del marido y que a su vez sirve de base para que se acerque a un grupo de tratamiento pero desde ella y como facilitador de un continuo para la recuperación del matrimonio.

En la fase inicial del tratamiento, estos autores recomiendan centrarse en fortalecer la autoestima tanto del alcohólico como de su cónyuge, antes de tratar los problemas familiares asociados al consumo del bebedor problema.

En este mismo sentido, en las distintas estrategias empleadas en el tratamiento psicoterapéutico de la esposa del alcohólico, Thomas, Santa, Bronson & Oyserman (1986), a través de un estudio con terapia individual, las 25 mujeres que fueron reclutadas a partir de su petición de recibir ayuda profesional para mejorar su situación con sus maridos alcohólicos. Estas mujeres se atendieron de manera individual, considerándose seis áreas: Orientación, para que la esposa fungiera como sensibilizadora hacia el consumidor de alcohol enfatizando el rol de los factores familiares sobre el consumo de alcohol; asesoría clínica sobre el alcoholismo; inducción al rol de esposa; programa de confrontación desde la esposa hacia el abusador de alcohol; intervención directa a la esposa para el manejo de sus sentimientos y finalmente el apoyo para establecer nuevos comportamientos mediante la identificación de riesgos, manejo de relaciones interpersonales y restauración del estilo de vida. Los resultados indicaron que el programa de tratamiento individual se puede llevar a cabo en cooperación con los cónyuges ya que éste funciona como un rehabilitador que tiene influencia en la pareja alcohólica y con ganancias positivas para ambos cónyuges.

También, Hogg & Frank (1992) recomiendan considerar el tratamiento del comportamiento de cada uno de los miembros de la pareja, y con la consorte del consumidor señalan que es importante cuando se trabaja con ésta, centrarse sobre todo, en entrenarla en aspectos como defenderse, ser autosuficiente y apartarse del consumidor. Según los autores esto constituye un modelo interpersonal, propuesto con la finalidad de replantear los roles, el

diagnostico y el tratamiento hacia una perspectiva de salud emocional en cada uno de los miembros de la pareja.

Otro ejemplo de intervención terapéutica es el de Valentine (1996), quien llevó a cabo un estudio cuyo propósito fue comparar la educación familiar (FE) con el grupo de terapia familiar múltiple (MFT) como modalidades de tratamiento para los cónyuges de alcohólicos cuyos compañeros estaban en tratamiento hospitalario. Este estudio se diseñó para identificar los cambios en los cónyuges de alcohólicos, para ello se examinaron los cambios dentro de la familia con consumo de acuerdo a los factores del ambiente familiar: la cohesión, expresión, independencia, activo-recreativo y organización. Factores medidos mediante la escala de ambiente familiar (FES) además de utilizar otro instrumento y medición como la crisis familiar orientada a la evaluación personal, y el nivel de dependencia al alcohol en el consumidor. Los resultados en las esposas de alcohólicos mostraron aumentos significativos en la subescala de independencia del FES, obteniendo un nivel de autosuficiencia y asertividad en ellas, al recibir la intervención múltiple en modalidad grupal.

Por otro lado, quienes han trabajado en grupos de intervención con cónyuges de consumidores sugieren que los tratamientos más efectivos deben contar con un grupo de consejería constituido por personas que padecen la misma situación, es decir que tengan parejas consumidoras, de tal forma que puedan aprender modelos de desarrollo autónomos y medir la auto-eficacia que puede gestarse en ellas a través de los cambios en cada uno de los miembros del grupo, tales como la disminución de la sensibilidad al rechazo y de la ansiedad, con una mejora en la autoestima, dejar de sentirse culpables si no se sacrifican por los demás y estar menos preocupadas por los síntomas corporales o psicosomáticos de sí mismas (Loughead, Kelly & Bartlet-Vigot, 1995).

Estos mismos autores discuten las implicaciones para el tratamiento de la codependencia en las adicciones y proponen estrategias de intervención, sugiriendo el trabajo sólo con la pareja del consumidor; donde las metas terapéuticas deben enfocarse a sanar las enfermedades emocionales de la consorte para construir su identidad, conectarse consigo misma y desarrollar la capacidad de establecer relaciones saludables con los otros y en especial con su pareja. Además también agregan, que el uso de diferentes estrategias es esencial en el tratamiento de las adicciones que incluya la asesoría, el uso de grupos con técnicas vivenciales y un programa holístico, así como el auto cuidado de la consorte.

Por su parte Zetterlind, Hansson, Aberg & Berglund (2001), realizaron una investigación en donde compararon el efecto de las diferentes intervenciones terapéuticas en las esposas de los alcohólicos enfocados a cubrir estrategias, síntomas mentales, situaciones legales y patrones de consumo. Las esposas se asignaron a tres tipos de intervenciones diferentes: 1) Información sobre alcoholismo de forma grupal, 2) un ensayo individual de entrenamiento en habilidades y 3) grupo de apoyo. Durante 12 meses se obtuvieron los datos de 39 esposas a las que se les aplicaron los exámenes de admisión, 4 escalas del informe que medían el comportamiento ante la situación de consumo de alcohol de su pareja, aspectos legales, SCL-90 y uno de supervisión. Estos mostraron que las esposas habían mejorado significativamente respecto al manejo de su comportamiento en torno al consumo de su pareja, enfrentamiento de situaciones legales y los síntomas mentales, además se encontró que el entrenamiento en habilidades sociales en grupo

disminuye fuertemente los síntomas psiquiátricos de la consorte, en comparación con el grupo que recibió sólo información.

Otro ejemplo de intervención con parejas de bebedores es el de Moos, Finney & Gamble (1982). Estos investigadores llevaron a cabo un estudio con 54 esposas de alcohólicos rehabilitados y 51 esposas de alcohólicos que sus esposos presentaron recaídas por consumo de alcohol dos años después de haber estado en tratamiento. Compararon ambos grupos con 105 esposas de un grupo control de la comunidad. Tanto las esposas del rehabilitado como de los recaídos reflejaron aspectos funcionales muy reducidos a nivel personal y social. Los resultados revelaron una diferencia relativa entre los grupos, en los esposos que consumían alcohol de manera moderada y los pacientes que recayeron consumiendo más alcohol, éstos últimos se quejaron por problemas de consumo, de depresión y por condiciones médicas, quienes se observaron menos comprometidos en actividades sociales, también y experimentaron eventos más negativos y menos cohesión familiar. Los análisis adicionales mostraron que las esposas de los alcohólicos se sentían muy afectadas por los eventos de consumo de su pareja, menoscabadas en su vida, socialmente apoyaban al consumidor, encubrían el consumo de alcohol de su compañero y el nivel general de funcionamiento emocional no era el idóneo en ellas.

Una razón más para considerar una propuesta de intervención es la de Suman & Nagalakshmi (1995) quienes hacen observaciones en familias de la India de las diferencias entre los modelos de interacción familiar en familias con algún miembro alcohólico y si estos modelos eran significativamente diferentes de aquellas familias de no alcohólicos (NAFs), también compararon la edad de la pareja y los años de matrimonio, encontrando diferencias significativas entre ambas. Las familias con un miembro alcohólico se caracterizaron por tener modelos de comunicación pobre, falta de interés mutuo y apoyo moderado, abuso de poder y un funcionamiento pobre del papel del cónyuge consumidor. Las consortes de los alcohólicos expresaron un mayor descontento en todas las áreas del funcionamiento familiar. Las esposas de los no alcohólicos se caracterizaron por una comunicación libre y abierta, calor moderado, mutuo y satisfacción al compartir responsabilidades. De esta manera estos investigadores sugieren que la terapia matrimonial y / o familiar puede ser un componente importante en los programas de tratamiento del alcoholismo que puede ayudar al cambio de la interacción familiar y de relación de pareja.

De esta forma a través de los estudios arriba señalados podemos suponer que la pareja del bebedor problema carece de habilidades tanto en afrontamiento de la situación del consumo de alcohol de su pareja, como de habilidades asertivas necesarias para la solución de problemas en su condición dependiente emocional de su pareja, de baja autoestima, trastornos en su personalidad y otras características particulares señaladas por algunos autores como las siguientes.

Características de las familias con consumo de alcohol y otras sustancias

Por otro lado para autores como Bejos (2001) los miembros de las familias con problemas de consumo de sustancias poseen características particulares. Con base en esto propuso la siguiente tipología:

- A) Padre ausente. Ya sea por muerte, separación o porque no ha asumido su rol. El padre desaparece dejando un hueco que otro tendría que suplir.

- B) Padre distante. Es aquel que da prioridad a aquellos aspectos fuera del hogar y además no muestra afecto o atención a su pareja e hijos, es desapegado emocionalmente.
- C) Padre frágil. No es convincente con sus decisiones, sus límites o sus órdenes. Es un hombre de “paja” que no logra convencer más que a través de actitudes extremas. Puede ser abiertamente resignado o delegar el poder a otros o simplemente asumir su rol mostrándose pasivo.
- D) Padre autoritario. Asume una actitud autoritaria que tenderá a asumir para lograr un lugar central, mismo que mantiene ya sea por soledad y/o depresión o porque la madre lo controla con la sumisión de ella, a través de la cual, se alía con los hijos.
- E) El padre adicto. Es aquél que abusa del alcohol reforzando cualquiera de las actitudes arriba mencionadas.
- F) Padre agresivo. Es aquel que muestra una actitud violenta en forma predominante con la mayoría de miembros de la familia.

Al respecto Espejel (1989, en Bejos, 2001) en su trabajo titulado “una nueva alternativa en el tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica”, menciona que en la dinámica familiar “la esposa juega especialmente un papel muy importante”, ya que en distintas formas embona su psicopatología (sea la impulsividad, la de control o la de sumisión) con la del marido”. Según esta autora las esposas pueden tomar ciertas actitudes:

- A) Esposa maternal. Es la actitud más recurrente en la pareja del adicto. Tiende a regañarlo y a la vez a protegerlo en lugar de asumir una actitud que corresponda a su rol conyugal, pues prefiere esta actitud que quedarse sola y ser independiente.
- B) Esposa resentida. Este comportamiento permite a la esposa mantener la distancia con el adicto, sin dejar de estar involucrada a través del coraje. A pesar del resentimiento no muestra y no acepta las alternativas.
- C) Esposa cómplice. Esta actitud representa una gama de comportamientos que abiertamente mantienen la adicción. Esta mujer puede ser adicta, como una manera de tener a su pareja cerca.
- D) Esposa rígida. Es el comportamiento que impide el proceso de cambio, ya que no asume su propia enfermedad ni su corresponsabilidad con el problema de adicción de su marido, puede mostrarse negativa, rebelde y/o distante.
- E) Esposa castrante. Este rasgo caracteriza a un comportamiento tajante y que habitualmente denigra, compite y socava el auto confianza de otros, volviendo incompetente a cualquier persona que amenace su poder y control.

Asimismo, los hijos toman ciertas actitudes; mismas que se señalarán a continuación:

- A) Hijo(a) paternal. Se refiere al hijo que sacrifica su desarrollo en pos de cumplir con el rol de “padres”, ejecutando las normas y organizando la vida familiar percibida como caótica.
- B) Hijo(a) rebelde. Es abiertamente terco, ausente, distante, crítico y desobediente, reta con su actitud a los padres para que lo frenen.
- C) Hijo (a) manipulador. Es el clásico hijo que se aprovecha de la intoxicación del padre para pedirle ciertos favores que estando sobrio no otorgaría. También condiciona cada actitud propia a cambio de premios, regalos o permisos.
- D) Hijo(a) dependiente. Es aquel que no ha logrado su autonomía y que requiere estar con alguno de los padres en forma notoria.
- E) Hijo(a) adicto. Es aquel que usa tóxicos en forma evidente y quizá descontrolada, ya sea fuera de su casa compartiendo la complicidad con el padre adicto.

- F) Hijo(a) resentido. A diferencia de la esposa resentida, el hijo con esta actitud justificara cualquier otro comportamiento que salga de las normas familiares. Puede ser explícito o implícito con una actitud de silencio y suspicacia.

En la relación esposa–esposo alcohólico ella modifica sus respuestas ante el alcoholismo, puede conseguir salirse de la cadena destructiva o bien aportar su porcentaje de salud para cambiar positivamente la relación.

La solución a esta problemática radica en que la consorte aprenda a reconocer la parte que la engancha a su esposo alcohólico, indague en sí misma el por qué lo seleccionó como su pareja, analizando desde su familia de origen hasta el aquí y el ahora. Además necesita reconocer tanto las instancias conductuales propias de su proceder (que lejos de proporcionarle serenidad, profundizan su dolor y sus preocupaciones y la capturan en el círculo de la enajenación que la tiene alterada) como reconocer los pensamientos que le provocan sensaciones negativas al respecto.

CAPITULO 2. AFRONTAMIENTO

En lo que se refiere al alcoholismo y al afrontamiento, Natera, Mora & Tiburcio (1994) señalaron que al estar en contacto con el alcohólico la salud y el bienestar de los familiares cercanos, parejas, padres e hijos están en riesgo y que la forma en que los familiares afrontan el consumo excesivo de alcohol tiene gran influencia al determinar si en el futuro el nivel de ingestión disminuirá, permanecerá igual o se incrementará. Cuando el uso es excesivo, los miembros de la familia reconocen pronto el problema, aunque el usuario de alcohol no lo advierte.

Cabe agregar que por otro lado el consumo de alcohol, se tolera socialmente y muchas veces se fomenta, en nuestro país y por ende también lo justifican tanto los familiares como el usuario, muy probablemente por eso éste tarda en darse cuenta de que su consumo se está convirtiendo en dependencia con consecuencias severas (Natera, 1999). Ante esta situación la familia se ve de tal forma involucrada que reporta haber hecho, sentido o pensado y actuado de diversas maneras en respuesta o resultado al consumo de alcohol del miembro de la familia o como consecuencia de ello, sin lograr o tener efectos positivos tanto para el consumidor como para cada miembro de la familia. Al parecer las acciones y reacciones de tipo cognitivo y emocional, el familiar las aprende en la medida en que valora el daño, las amenazas o los retos que representa el alcoholismo en diferentes circunstancias, misma que lo hace reaccionar de distinta manera.

En esta acepción, diversas investigaciones han abordado el problema. Una de ellas es un estudio realizado en México por Natera, Herrejón & Casco (1988) en el INP (Instituto Nacional de Psiquiatría) con parejas de alcohólicos, con el fin de conocer cómo afrontan el problema del alcoholismo tanto la familia como la pareja del consumidor, así como las características psicológicas que poseen. Los resultados mostraron que el 54 % de los hombres alcohólicos y el 74% de las esposas de éstos tuvieron antecedentes de consumo de alcohol en alguno de sus padres o en un hermano. También se señaló que las esposas de alcohólicos tenían un mayor porcentaje de “externalidad”, es decir, que tienden a responsabilizar a los demás de su propio comportamiento, como una respuesta de afrontamiento ante la problemática asociada al alcoholismo del esposo.

Otro estudio en México sobre las respuestas de afrontamiento de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas, detectó, en un estudio piloto, 8 formas de reaccionar de la familia de manera: emocional, facilitadora, evitación, control, inacción, confrontación, apoyo e independencia (Orford, Natera, Casco, Nava & Ollinger, 1990).

Por su parte (Espejel, Nava et al. 1988 en Medina & González, 1994) encontraron que en las relaciones de pareja, donde uno de los miembros era alcohólico se manifestó comunicación pobre, vaga, ambigua e inconsistente, que desarrolla un estilo de afrontamiento que se distingue por el control coercitivo, las amenazas y los reclamos.

Bajo este rubro Orford, Guthrie, Nicholls, Oppenheimer, Egert & Hensman (1975) reportan datos sobre el afrontamiento del consumo de alcohol con esposas de 100 hombres con edades entre los 19 y los 60 años de edad, esposas de pacientes de un hospital psiquiátrico en

tratamiento por problemas asociados al consumo de alcohol. Incluyeron, entre otras medidas, evaluaciones de los resultados del tratamiento de los esposos, el estatus laboral, la escala de neuroticismo del inventario de personalidad de Eysenck. Los resultados indicaron que las altas frecuencias de conductas de afrontamiento están asociadas con un pobre tratamiento en el consumidor. Además Orford encontró que los componentes del afrontamiento más uniformemente asociados con una prognosis pobre, fueron aquellos que sugieren un manejo o la retirada del vínculo marital, por ejemplo, la esposa da respuestas de evitación, manifiesta sentimientos de miedo o se da a la tarea de buscar ayuda.

Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, Davies, Mora, Nava, Rigby & Tiburcio (2001) dentro de sus investigaciones sobre salud-estrés-afrontamiento y consumo de alcohol, drogas y familia compararon dos grupos en 100 familias de la Cd. de México y 100 del suroeste de Inglaterra, proponiendo así una prueba de hipótesis en cada uno de los grupos de manera separada, aplicándoles un cuestionario de afrontamiento, la escala de ambiente familiar, el Sympton Rating Test, que es una entrevista semiestructurada.

La hipótesis que planteó Orford para la Cd. de México, se centró en ubicarla dentro de una cultura más colectivista, que muestra mayor tolerancia-inactividad como estilo de afrontamiento. En el suroeste de Inglaterra, las familias mostraron un mejor manejo del afrontamiento. Estos resultados pudieron deberse a las diferencias de las condiciones sociales, así como a las diferencias entre colectivismo-individualismo. Las esposas de los hombres con problemas de alcohol en la Cd. de México y las esposas con otros problemas de drogas en el suroeste de Inglaterra, reportaron particularmente altos niveles de dedicación y tolerancia-inactividad como estilos de afrontamiento.

Por otra parte, con tantos desajustes en el comportamiento de la consorte del alcohólico, en ella afloran sentimientos negativos, como hostilidad, resentimiento, desprecio, vergüenza, asco, rencor, odio, etc. Por ejemplo, cuando el esposo llega a casa borracho, ella grita, llora, se queja, súplica, amenaza o disimula, protege, finge o defiende al alcohólico. Esto ocurre, sin duda por falta de información pero, estas actitudes en nada favorecen la solución del conflicto, y como menciona Medina-Mora (1994) si ha de cambiar el individuo, deberá modificarse el medio en que se desenvuelve, en este la mujer tiene un papel muy importante.

Otro estudio con familias mexicanas, presenta los resultados de un estudio piloto acerca de las respuestas que en forma natural tienen los miembros de la familia ante el problema de consumo de alcohol y drogas. El estudio se llevó a cabo investigando las diferentes formas en que reaccionan las familias (tomando en cuenta –actitudes y afectos), que resulta ser un enfoque importante para conocer las formas de mantener o controlar el consumo de alcohol. El estudio se llevó a cabo en dos poblaciones: una urbana y otra semirural, dentro del Distrito Federal. La urbana, localizada en el centro de la Cd. de México (Delegación Cuauhtémoc) y la otra en áreas peri urbanas con características semirurales (Milpa Alta y Ajusco). Se estableció un tamaño de muestra de doce familias: seis con problema de consumo de alcohol y drogas, y seis sin este problema. Se utilizó una entrevista semiestructurada y tres cuestionarios (el cuestionario de estilos de afrontamiento, la escala de ambiente familiar, el cuestionario general de salud).

El estudio consistió en entrevistar a dos miembros de la familia y después realizar una dinámica familiar con la mayor parte posible de sus integrantes. Sus resultados señalan la

utilización de todas las estrategias de afrontamiento y sugirieron reducir ítems del instrumento para medir estrategias de afrontamiento. Como resultado de este estudio piloto se decidió hacer un estudio definitivo, ya que se probó la eficacia de su metodología, así como de sus instrumentos (Orford, Natera, Casco, Nava & Ollinger, 1990).

Otro reporte que formó parte de un amplio estudio que se llevó a cabo en México y en el Reino Unido con el propósito de comprender a las familias, en este caso, a las mujeres que afrontan el estrés producido por el excesivo consumo de alcohol de sus esposos e hijos. A partir de la teoría del afrontamiento, este estudio exploró el rol de la mujer que enfrenta este tipo de problema dentro de la familia (20 madres y 20 esposas de usuarios de alcohol y drogas). Se trata de un estudio cualitativo, los datos se obtuvieron a partir de diversas entrevistas semiestructuradas siguiendo la metodología de la Teoría de Glaser & Straus (1967, en Natera, Mora y Tiburcio, 1997). Los resultados refirieron los mecanismos de afrontamiento y fueron analizados a la luz de las ocho formas más comunes de afrontar el consumo: emocional, inactivo, tolerancia, control, evitación, asertividad, apoyo e independencia.

Los resultados de este estudio mostraron que no existe una forma única de afrontar el problema de consumo, además señalan que la mayoría de las mujeres han utilizado diversas estrategias relacionadas con la evolución del problema y sus efectos. Asimismo las esposas de usuarios de alcohol y drogas reportaron emplear mecanismos de afrontamiento de apoyo y tolerancia, mientras que las madres de los consumidores reportaron mayor uso de control, apoyo y estrategias emocionales (Natera, Mora & Tiburcio, 1997).

En resumen, los estudios de (Orford & Nava, 1993; Orford, Mora & Tiburcio, 1997; Oxford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Copello & Velleman, 1998b) sobre esposas de alcohólicos y en familias donde existen problemas de consumo excesivo de alcohol y drogas, señalan que los familiares que más se preocupan por los usuarios son las madres, hermanas y esposas de éstos.

Por ello es pertinente entender qué implica el afrontamiento, ante la problemática del alcoholismo de sus maridos e identificar cuáles son las distintas etapas por las que atraviesa esta reacción.

2.1 Etapas de afrontamiento

Las etapas de afrontamiento son el reflejo de los cambios en las demandas físicas o ambientales y sus correspondientes secuencias internas (Lazarus & Folkman, 1991). Estas etapas son: la anticipación, el impacto y el postimpacto.

Anticipación

Se presenta cuando el acontecimiento no ha ocurrido todavía. Los aspectos principales a evaluar en esta etapa incluyen la posibilidad de que el acontecimiento suceda o no, el momento en que ocurrirá y la naturaleza de lo que acontecerá; el proceso cognitivo de evaluación en esta etapa, es la evaluación secundaria, es decir, se valora el manejo de la amenaza, hasta qué punto puede el sujeto hacerlo y de qué forma.

Impacto

Durante este periodo muchos de los pensamientos y acciones para el control pierden el valor, puesto que al presentarse el acontecimiento el individuo comprueba si éste es igual o peor de lo que anticipaba, al encontrar estas diferencias, se presenta una reevaluación de la importancia del acontecimiento.

Postimpacto

En esta etapa emerge un conjunto de nuevas consideraciones, aunque el acontecimiento estresante haya pasado o terminado. El fin de dicho evento estresante suscita todo un conjunto renovado de procesos anticipatorios.

2.2 Funciones del afrontamiento

La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia. Mechanic, (1974) menciona tres funciones: 1) afrontar las demandas sociales y del entorno, 2) crear el nivel de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y 3) mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

En este sentido los trabajos de Lazarus (1980) han señalado dos grandes funciones del afrontamiento: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. La primera se da cuando las condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio, y las segundas cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas.

Recursos para el afrontamiento

Sin duda, la forma en que el individuo afronta una situación dependerá principalmente de los recursos de que dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada (Lazarus & Folkman, 1991). Estos recursos son: la salud y energía (recursos físicos), las técnicas sociales (aptitudes), las creencias positivas (recursos psicológicos) de resolución de problemas, de apoyo social y de recursos materiales.

Técnicas para la resolución del problema

Incluyen habilidades para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción adecuado.

Apoyo social

Se refiere a la importancia del afrontamiento que posee el contar con alguien para recibir apoyo emocional, informativo y tangible.

Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción

Estos se refieren, en general, a los procesos cognitivos encargados de disminuir el nivel de trastorno emocional, incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Algunas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir una determinada situación sin cambiarla, sólo se busca un cambio en el significado de la situación. Así utilizamos el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptarlo y, para actuar como si lo ocurrido no nos importara.

Modos de afrontamiento dirigidos al problema

Los modos de afrontamiento se dirigen hacia la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas, y a la consideración de tales alternativas de elección y aplicación. Con ello no sólo se hace referencia a la resolución del problema, pues este sólo implica un objetivo, sino que además se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

Dentro de este modo de afrontamiento se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos; estrategias dirigidas a resolver el problema.

En este caso específico, el problema es que la esposa del bebedor problema utiliza, como los estudios lo reportan, estrategias de afrontamiento poco funcionales fusionados con la dificultad de comprender que no tiene poder alguno sobre la forma en la que bebe su pareja (Cutland, 1998).

Así uno de los propósitos de la presente investigación es conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan las esposas en torno al consumo de alcohol. Se espera que el presente estudio contribuya a la modificación de tales estrategias que utiliza la esposa a través de un programa de intervención que considera como un área importante de trabajo para con las consortes.

CAPITULO 3. ASERTIVIDAD

Otro de los aspectos a considerar en el presente estudio son las habilidades sociales en la pareja del bebedor problema bajo la impresión de que probablemente la consorte se manifieste de manera poco clara, abierta y directa, además de utilizar respuestas pasivas y/o agresivas ante el consumo de alcohol de su pareja, de tal forma que para cambiar tal impresión se consideró pertinente el retomar planteamientos de los autores que han trabajado al respecto. Según Caballo (1991) el entrenamiento en habilidades sociales a través de la asertividad se adhiere a un enfoque conductual de adquisición de respuestas y se centra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de éstas respuestas. El entrenamiento en habilidades sociales incluye, según este autor, cuatro elementos estructurales:

1. Entrenamiento en habilidades, donde se enseñan conductas específicas y se practican y se integran al repertorio conductual del sujeto.
2. Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas, empleando directamente una técnica de relajación.
3. Reestructuración cognitiva, en donde se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y actitudes del sujeto. Se aplican técnicas de la terapia racional emotiva y auto-instrucciones, entre otras.
4. Entrenamiento en solución de problemas.

3.1 Entrenamiento asertivo

Fensterheim (1971) definió la asertividad como la acción de mostrarse uno mismo, de afirmarse. Una manera más activa que pasiva de estar en el mundo. Esta posición activa frente al mundo que apoya lo que somos y sentimos, está negativamente relacionada con la ansiedad. Así, la asertividad se fundamenta en la ausencia de ansiedad ante situaciones sociales, de manera que sea posible manifestar sentimientos, pensamientos y acciones sin ansiedad.

Según Ullrich & Ullrich (1978) la asertividad engloba cuatro áreas conductuales:

- Permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás
- Saber expresar exigencias propias, permitirse tener deseos propios y saber llevarlos a la práctica.
- Establecer contactos con otras personas y saber mantenerlos.
- Saber rechazar peticiones ilógicas de los demás sin experimentar posteriormente sentimientos negativos (culpabilidad excesiva, preocupación, etc.), este punto implica saber decir “no”.

Por su parte MacDonald (1978) define asertividad como la franca expresión (de palabra y de comportamiento) de las preferencias, de manera que induzca a los otros a tomarlas en cuenta, y cualquier acto que sirva para afirmar o salvaguardar los propios derechos.

Aunado a lo anterior, Flores (1994) a partir de sus estudios acerca de la connotación de la palabra asertividad y de los resultados obtenidos en la construcción de un instrumento, definió asertividad como la habilidad de la persona para expresar deseos, creencias, necesidades,

opiniones (tanto positivas como negativas), a sí como el establecimiento de límites de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo como individuo aún en la interacción social.

Para Flores lo anterior se entiende como a) relaciones no necesariamente con personas conocidas, b) relaciones afectivas en donde existe una interacción con personas involucradas sentimentalmente, (familia, amigos y pareja) y c) relaciones educativo-laborales en donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto sociocultural determinado.

Según Blanco (1983) la asertividad tiene componentes característicos como:

1. Una dimensión conductual, que se ha manejado con los siguientes factores:
 - a) defensa de los propios derechos;
 - b) rehusar peticiones;
 - c) dar y recibir cumplidos;
 - d) iniciar, mantener y finalizar una conversación;
 - e) expresar amor y afecto, expresión de opiniones personales, incluyendo el desacuerdo
 - f) expresión justificada de la ira y el enfado.
2. Dimensión personal, que incluye a personas especialmente relevantes, tales como:
 - a) Amigos y conocidos
 - b) Esposa (o), novia (o), padres y familiares
 - c) Figuras de autoridad
 - d) Extraños
 - e) Relaciones profesionales.

Por otro lado, en lo que respecta a las conductas típicamente asertivas, Gambrill & Richey (1975) mencionaron que éstas se componen de un elemento emocional (ausencia de incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual. Posteriormente Gambrill (1977) incluyó las siguientes respuestas asertivas: rechazar peticiones, responder a las críticas, aceptar cumplidos, iniciar y mantener conversaciones, halagar a otros, terminar interacciones desagradables, pedir un cambio en la conducta de otra persona, expresar desacuerdo, resistir interrupciones y pedir disculpas.

En lo arriba señalado se puede apreciar que los elementos más comunes en las definiciones de asertividad son “el derecho de expresar sentimientos e ideas”, “el respeto hacia los derechos de uno mismo y hacia los demás”, así como “las consecuencias satisfactorias de la interacción”. De esta manera, el modelo conductual de Gambrill señala que el carácter situacional de las respuestas asertivas pueden verse afectadas por: 1) la confianza hacia las personas con quienes se interactúa, 2) como se expresan los sentimientos positivos o negativos, 3) características relevantes de las personas tales como status, edad y sexo, 4) el status percibido (situación de igualdad, de subordinación ante una autoridad etc.) y 5) el número de personas presentes.

En cuanto a su relación con otros modelos Wolpe (1979) señala que el entrenamiento asertivo es aplicable al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad desadaptativos que se presentan como respuestas ante la gente con la que el paciente interactúa. Es necesario agregar que un gran número de emociones, principalmente las “agradables”, parecen implicar acontecimientos corporales que compiten con la respuesta de ansiedad.

Así Wolpe (1979) cita, en los ejercicios de ensayo de frases asertivas, un fuerte énfasis en la expresión de sentimientos negativos, como el enfado, el desacuerdo y la hostilidad, suponiendo que eran pertinentes más a menudo para las necesidades de los pacientes. Durante mucho tiempo la conducta asertiva implicó únicamente las dimensiones referidas a la defensa de los derechos y la expresión de sentimientos negativos, lo que llevó a equiparar la conducta asertiva con la agresión.

Así mismo se han diseñado múltiples programas de entrenamiento asertivo, atendiendo a las necesidades particulares de los pacientes. Los diversos diseños de tratamiento combinan por lo general los mismos elementos terapéuticos, como son:

- Ensayo de la conducta.
- Modelamiento.
- Retroalimentación.
- Reforzamiento.
- Tareas.
- Modificación cognitiva.

En algún momento se aborda la reestructuración cognitiva desde los modos “incorrectos” de pensar del individuo. También las pautas inadecuadas de pensamiento se consideran específicas a las situaciones en que se encuentra el individuo.

El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas, es ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen así mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta. Para ello se utilizan diversos ejercicios que permiten hacer evidentes la relación entre cogniciones, sentimientos y conductas con procedimientos tales como el auto-análisis racional, las imágenes racional-emotivas o diversas variaciones del entrenamiento en auto-instrucciones (Caballo, 1991).

Modelamiento

El uso más frecuente en el entrenamiento asertivo es el modelamiento, el modelamiento permite al observador ver el patrón entero de la conducta y aprender cualidades de conducta no verbal, como el ver de frente a una persona, los movimientos corporales que muestren seguridad en sí mismo, ser acorde en la expresión de sus emociones con lo que está manifestando verbalmente. El objetivo es ofrecer un modelo adecuado, del cual el sujeto pueda copiar conductas, ensayarlas en forma sistemática, repetir las en diversos contextos e incorporarlas de manera definitiva a su repertorio conductual (Delgado, 1983). Lo practica el terapeuta o las participantes cuando el entrenamiento se hace en grupo. Este modelo de conducta supera las instrucciones verbales acerca de cómo ser más expresivo, mostrar más interés o manifestarse más tranquilo y relajado.

Tareas

Las tareas son la asignación de ejercicios relacionados con déficits conductuales de cada paciente para su realización fuera de las sesiones o dentro de las mismas. Constituyen un elemento importante para asegurar la generalización al ambiente natural del sujeto (Cotler & Guerra, 1976). El terapeuta supervisa su cumplimiento y ofrece el reforzamiento adecuado a los

reportes de ejecución. Se acostumbra utilizar el inicio de la sesión para evaluar las tareas. El grado de dificultad de las tareas se incrementa progresivamente, ajustándolo al progreso del paciente.

Modificación cognitiva

Aunque el entrenamiento asertivo fue concebido inicialmente para llevarse a cabo de manera individual, se ha prestado cada vez mayor atención al formato grupal (Cotler & Guerra, 1976). En este sentido el entrenamiento asertivo ha variado dependiendo de los objetivos, el tiempo del terapeuta y el número de sujetos disponibles. Se han observado grupos desde 3 hasta 15 personas. Caballo (1991) sugiere que el número ideal sea de 8 y 12 individuos. Generalmente, las sesiones tienen lugar una vez a la semana, en un período de 8 a 12 semanas. Sin embargo, el tiempo del tratamiento y de la sesión ha cambiado, sobre todo, por requerimientos y circunstancias en una investigación, la duración de las sesiones también pueden variar de 30 minutos hasta 2 horas y media.

Aunado a lo anterior Smith (1983) sugiere algunas técnicas como:

- Aserción negativa. Consiste en la aceptación de los errores propios mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas hostiles o constructivas acerca de las cualidades negativas de la persona. Se considera aquí el derecho a cometer errores.
- Interrogación negativa. Esta técnica propone suscitar las críticas sinceras de los demás, a fin de sacar provecho de ellas si son útiles, o de agotarlas si son manipuladoras. De esta manera, se busca mejorar la comunicación.
- Auto-evaluación. Implica aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos del comportamiento, del estilo de vida, de la inteligencia, etc. de uno mismo, con el objeto de fomentar y favorecer la comunicación y reducir la manipulación que puede manifestarse en la relación con el otro.
- Compromiso viable. Consiste en negociar y llegar a un acuerdo para llevar un compromiso en el que las distintas partes muestren disponibilidad y cedan para solucionar un problema, sin menoscabar los derechos personales o asertivos de cada una de las partes o de cada integrante.
- En este sentido, en Estados Unidos se ha prestado mayor atención al entrenamiento asertivo desarrollando programas de cambio de habilidades sociales, para desarrollar una conducta más asertiva en las relaciones interpersonales (Lange y Jakubowski, 1976).

Hersen & Bellack (1977) por su lado señalaron a la asertividad como las habilidades sociales que involucran la habilidad para expresar sentimientos tanto positivos como negativos en un contexto interpersonal, sin sufrir como consecuencia una pérdida de reforzamiento social. Tales habilidades deben mostrarse en una gran variedad de contextos interpersonales e involucrar la emisión coordinada de respuestas verbales y no verbales. Además, el individuo socialmente hábil es consciente de las realidades de la situación y se encuentra alerta cuando es probable que sea reforzado por sus esfuerzos. Como puede apreciarse la habilidad social representa la herramienta que permite la interacción entre personas.

En este sentido Eisler (1976) en su artículo sobre la evaluación de las habilidades sociales, mencionó que la suposición principal del modelo de habilidades es que las conductas

desadaptativas sean reemplazadas gradualmente por la adquisición, ejecución y reforzamiento de una conducta social más adaptativa. Las metas de este modelo son enseñar al individuo formas más efectivas de interactuar con otras personas, ayudarlo a desarrollar repertorios de respuesta más funcionales en su ambiente y con sus compañeros como puede ser su cónyuge. Además se trata de desarrollar mayor competencia en ciertas clases de situaciones interpersonales.

Es decir que la esposa, se entrene en el manejo de habilidades donde sus afectos y sentimientos, no la bloqueen de tal manera que pueda ser clara, abierta y directa en su expresión en gran medida.

3.2 Asertividad y su relación con otras variables

Por otro lado en el concepto tradicional de socialización de los roles sexuales se han encontrado diferencias en la asertividad entre hombres y mujeres. En este sentido se ha observado que los hombres son más asertivos, competitivos independientes y agresivos, y las mujeres son más dóciles, sumisas y menos asertivas (Block, 1973).

Deluty (1981) ha confirmado que la conducta asertiva es más problemática para las mujeres que para los hombres. Este autor señala que para el hombre la asertividad está relacionada con popularidad y autoestima, mientras que para las mujeres no. Según Deluty esto se debe a que las mujeres tienden a recibir un menor reforzamiento por la expresión asertiva.

De esta manera, en lo que respecta a la solución de situaciones problemáticas, Hollandsworth & Cooley (1978) encontraron, a través de las respuestas a situaciones interpersonales de conflicto, que la asertividad suscita mayor aprobación y menos cólera en una interacción de personas que la agresividad.

En este sentido también Deluty (1981) exploró las relaciones entre estilos de respuesta para solucionar problemas, agresivos, asertivos y sumisos, en relación con tres medidas de ajuste. Los resultados obtenidos de su estudio indicaron asociaciones positivas entre asertividad, autoestima, popularidad y puntuaciones de conducta ajustada en hombres y asociaciones negativas entre niveles de agresividad y popularidad para ambos sexos. En general, concluyó que los sujetos altamente agresivos son menos populares que los sujetos muy asertivos o que los sujetos muy sumisos.

Así lo anterior hace sospechar que la asertividad está ausente muy probablemente en la mayoría de las esposas de los bebedores problema, y se pretende, a través del entrenamiento asertivo, que la esposa del consumidor de alcohol adquiera tal habilidad para la solución de situaciones problemáticas en su relación con éste, es decir al observarse la dificultad en el manejo de límites, establecer una comunicación indirecta, poco clara, no abierta y pasivo agresiva, además de situaciones culturales, donde la sumisión, dependencia, incondicionalidad, decir si a todo, evitar problemas para que no se enoje su pareja, ante tales suposiciones es preciso la adquisición de habilidades sociales a través del entrenamiento en asertividad.

La (RET) terapia racional emotiva y el entrenamiento asertivo

En el tratamiento de la ansiedad interpersonal comparada con el entrenamiento en asertividad ha demostrado que tal entrenamiento, es una técnica útil para fomentar una conducta asertiva y para reducir la ansiedad interpersonal (Lazarus, 1973; Ellis & Rusell, 1997).

La conducta asertiva y la ansiedad son hasta cierto punto respuestas incompatibles; a través de un ensayo conductual, de la creación de modelos y de las situaciones de la vida, el individuo puede "aprender" a expresar respuestas asertivas en lugar de las respuestas previamente aprendidas, no asertivas, acosadas por la ansiedad. La mayor parte de los terapeutas que utilizan el entrenamiento asertivo reconocen ahora que es importante proporcionar un componente cognoscitivo y conductual para suscitar una conducta asertiva (Ellis & Rusell, 1997).

De este modo el entrenamiento asertivo (conocimiento de los propios derechos como ser humano y la forma de ejercitarlos apropiadamente) es una de las estrategias que se recomiendan para aumentar la seguridad en uno mismo y la autoestima. Disponer de la capacidad para ejercer los propios derechos o valores se relaciona con una fuente básica de autoestima y éxito (Caballo, 1993).

CAPITULO 4. AUTOESTIMA

De esta forma, asociada a la problemática que vive la consorte del bebedor problema es el como se ve afectada su autoestima en ella. Por ello en el presente apartado se abordará una revisión al término y sus implicaciones en la vida de estas mujeres.

Branden en (1995) la puntualizó de la siguiente manera:

- La confianza en nuestra capacidad de pensar y de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.
- La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

Así, la autoestima crea un conjunto de expectativas acerca de lo que es posible y apropiado para nosotros. Por tanto, el concepto de uno mismo se basa tanto en lo que pensamos de nosotros como en quiénes somos, en nuestros rasgos físicos y psicológicos, en nuestros valores personales, responsabilidades, posibilidades y limitaciones y en nuestras fuerzas y debilidades.

La autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí, uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la (auto-eficacia personal) y el otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad y el respeto a uno mismo. La auto-eficacia personal implica tener confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones; confianza en uno mismo para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de mis intereses y necesidades, en creer en mí mismo y tenerme confianza.

Para Rosemberg (1977) la auto-imagen es un aspecto de la psicología del individuo que desempeña un papel muy importante en la formación de sus ideas, sentimientos y conducta. Para este autor la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular. Por su parte, Coopersmith (1976) afirma que la autoestima es una actitud y una expresión de merecimiento, bajo esta perspectiva la autoestima (o su falta) es un rasgo aprendido. En este mismo sentido, Schuller (1981) también considera que la autoestima es una actitud favorable que el individuo tiene hacia sí mismo.

Otra de las definiciones de autoestima revisada es la de Carpenito (1995) entendida como “apreciación de valor o auto evaluación que una persona hace sobre sí misma.

Así la autoestima conlleva un sentimiento de eficacia personal y un sentido de mérito personal. La eficacia personal (auto eficacia), según describe Bandura (1987) significa confianza en el funcionamiento de mi mente, en mi capacidad de pensar, en mi capacidad de elegir, decidir mi vida, asumir y responsabilizarme de ella.

4.1 Desarrollo de la autoestima

Según Coopersmith (1976) el desarrollo de una alta o adecuada autoestima tiene que ver con cuatro factores relevantes:

1. El respeto, aceptación y consideración que recibimos de las personas significativas en nuestra vida.
2. Nuestra historia de éxitos y la posición que mantenemos en el mundo. Los éxitos traen reconocimiento y, por lo tanto, están relacionados con nuestra posición en la sociedad, lo que influye en la autoestima.
3. Obtener autoestima únicamente en las áreas que personalmente son significativas; así las experiencias son interpretadas y modificadas de acuerdo con los valores y aspiraciones individuales.
4. Control y defensa, que son capacidades individuales para definir consecuencias e implicaciones negativas, de tal manera que disminuya su valor. En este sentido, el individuo puede minimizar, distorsionar o suprimir las acciones degradantes provenientes de los que le rodean, igual que las fallas o fracasos de sí mismos.

4.2 Autoestima alta y baja

Hablar de baja o alta autoestima implica conocer cómo se percibe a sí misma una persona, qué sentimientos tiene de sí y cómo le está afectando en su diario proceder. Coopersmith (1976) advierte que las personas con alta autoestima se criaron bajo condiciones de aceptación, definición clara de reglas y respeto; son personas afectivas, equilibradas y competentes, capaces de acciones creativas e independientes. En estas personas el nivel de ansiedad parece ser bajo y su habilidad para tratar con la angustia es mayor que el de las otras personas, son socialmente hábiles y capaces de tratar con situaciones y demandas externas de manera directa, sus relaciones sociales son generalmente buenas y pueden ocupar posiciones de influencia y autoridad.

Con respecto a la baja autoestima, el mismo autor indica que tener una baja autoestima implica sentirse inapropiado para la vida, no sólo acerca de un tema o conocimiento, sino como persona, inadecuado en la propia existencia y para responder a los desafíos y alegrías de la vida con un sentimiento fundamental de incapacidad y desmerecimiento. Coopersmith también menciona que las personas con baja autoestima son criadas bajo condiciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, llegando a creer que son incompetentes y sin recursos, además, se sienten aislados, sin amor, incapaces de expresarse y demasiado débiles para afrontar y sobrellevar sus deficiencias.

Una autoestima alta está intrínsecamente orientada a la racionalidad

Una pobre autoestima no sólo inhibe el pensamiento sino que tiende a deformarlo. Si tenemos una mala imagen de nosotros mismos e intentamos identificar la motivación de alguna conducta, podemos reaccionar ansiosamente y a la defensiva y torcer nuestra mente para no ver lo que pudiera ser claro. También, por un sentido de culpa y de indignidad generalizada, podemos sentirnos persuadidos por la explicación menos lógica de nuestro comportamiento y que más daño puede producir o por la que nos coloca en la peor posición moral (Branden, 1998).

Si comprendemos la naturaleza de la autoestima y las prácticas de las que depende, la mayoría de nosotros podríamos mejorar nuestra vida en todos los sentidos por ello, si deseamos trabajar con nuestra autoestima tenemos que conocer qué prácticas específicas tienen el poder de aumentarla, asimismo si trabajamos con otras personas para ayudarles a aumentar su autoestima, tenemos que conocer qué prácticas específicas son eficaces.

Según Branden (1995) los seis pilares que contribuyen a la mejora de la autoestima son:

1. La práctica de vivir conscientemente.
2. La práctica de aceptarse a sí mismo.
3. La práctica de asumir la responsabilidad de uno mismo.
4. La práctica de la autoafirmación.
5. La práctica de vivir con propósito.
6. La práctica de la integridad personal.

Vivir conscientemente implica un respeto hacia los hechos de la realidad. Esto implica tanto los hechos de nuestro mundo interior (necesidades, deseos, emociones) como del mundo exterior.

Cuando vivimos de manera consciente no imaginamos que nuestros sentimientos sean una guía infalible a la verdad. Cuando vivimos de manera consciente no confundimos lo subjetivo con lo objetivo, lo que nos convierte en seres responsables con respecto a nuestra realidad.

Vivir de manera consciente supone:

- Una mente que está activa en vez de pasiva.
- Una inteligencia que goza de su propio ejercicio.
- Estar “en el momento” sin desatender el contexto más amplio.
- Salir al encuentro de los hechos importantes en vez de rehuirlos.
- Preocuparse por distinguir los hechos de las interpretaciones y de las emociones.
- Percibir y enfrentarse a los impulsos propios para evitar o negar las realidades dolorosas o amenazantes.
- Interesarse en conocer “dónde estoy” en relación con mis diversas metas y proyectos.
- Interesarse en conocer si mis acciones están en sintonía con mis propósitos.
- Buscar la retroalimentación del entorno para adaptar o corregir mi camino cuando es necesario.
- Perseverar en el intento de comprender a pesar de las dificultades.
- Ser receptivo a los conocimientos nuevos y estar dispuesto a reexaminar las antiguas suposiciones.
- Estar dispuesto a ver y a corregir mis errores.
- Intentar siempre ampliar la conciencia – comprometerse a aprender - ; por lo tanto, tener un compromiso con el crecimiento como forma de vida.
- Interesarse en comprender el mundo que nos rodea.
- Interesarse en conocer no sólo la realidad exterior sino también la realidad interior, la realidad de mis necesidades, sentimientos, aspiraciones y motivos, de manera que no sea un extraño o un misterio para sí mismo.

- Preocuparme de ser consciente de los valores que me mueven y guían, así como de su raíz, de forma que no esté gobernado por valores que he adoptado de manera irracional o he aceptado críticamente de los demás.

Según Branden (1998) desarrollar una buena autoestima cuando ya se es adulto, depende de:

1. Nuestra racionalidad, honestidad e integridad, que son procesos volitivos, operaciones de la mente de las cuales somos responsables.
2. La política de vivir conscientemente (lo cual incluye racionalidad, honestidad e integridad).
3. El auto aceptarse es un rechazo a negar o desestimar cualquier aspecto de sí mismo: nuestros pensamientos, emociones, recuerdos, atributos físicos, subpersonalidades o acciones. El auto aceptarse es la negativa a mantener una relación de rivalidad con nuestra propia experiencia.
4. Proteger la autoestima, es decir, saber evaluar nuestra conducta de manera apropiada, esto incluye: a) tener la certeza de que los parámetros con los cuales juzgamos son verdaderamente nuestros, no meramente los valores de los demás, con los cuales nos sentimos obligados aparentar que estamos de acuerdo; b) efectuar auto-evaluaciones con una actitud de honestidad.
5. Se debe aprender a no disculpar nunca nuestras virtudes, ni reprocharnos con ellas, ni tratar de desestimarlas. Se debe tener el coraje de reconocer nuestros puntos fuertes y nuestros aciertos.
6. Reconocer las múltiples fases de nuestra personalidad y admitirlas, para poder sentirnos enteros, no divididos, sino integrados.
7. Vivir activamente y no pasivamente, asumir la responsabilidad de nuestras elecciones, sentimientos, acciones y bienestar, para así, hacernos responsables de nuestra propia existencia.
8. Vivir auténticamente con auto confianza y auto-respeto. En esto consiste el coraje de ser quienes somos, preservando la coherencia entre nuestro “sí mismo” interior y el “sí mismo” que presentamos al mundo. En sentido literal, significa vivir auto-afirmativamente, aspecto que manifestamos al mundo a través de nuestros pensamientos, valoraciones y sentimientos.
9. Apoyar la autoestima de los otros para apoyar la nuestra.
10. Comprender que la autoestima implica y presupone el supremo valor de una vida individual.

4.3 La culpa

Un aspecto importante para aumentar nuestra autoestima consiste en erradicar la culpa. La solución del problema de la “culpa” reside en el coraje para escuchar la voz del sí mismo, en otras palabras, en una mayor autonomía. Esta solución, en principio, reside una vez más en aumentar la soberanía, cambiando las fuentes de autoestima de las señales externas a las internas, lo cual implica aprender a respetar esas señales internas. La dificultad con la que muchas personas se enfrentan cuando tratan de erradicar la culpa es el miedo a la soledad y a lo que implica la propia responsabilidad.

Sin duda, no maduramos negando o reprimiendo nuestros sentimientos de dependencia, sino aceptándolos, experimentándolos, para luego dejarlos atrás aprendiendo a escuchar y respetar nuestras señales internas, a pensar por nosotros mismos, y a dejarnos guiar por nuestras propias conclusiones.

Por tanto si intentamos evitar, negar y reprimir nuestros sentimientos negativos, en vez de afrontarlos con honestidad, lo único que hacemos es enterrarlos y con ello la culpa se extiende por todo el sentido del “sí-mismo”. De ahí la importancia del conocimiento y la acción apropiada que fluye de esa toma de conciencia. Nos engañamos si imaginamos que podemos redimir nuestra autoestima sólo a través del sufrimiento (Branden, 1995).

4.4 El miedo

De acuerdo con el grado de baja autoestima que tiene una persona, su conciencia se registrará, en mayor o menor medida, por el miedo (a otras personas, a hechos reales o imaginarios sobre el sí-mismo tanto evadidos o reprimidos al mundo exterior y al mundo interior).

El miedo sabotea la mente, la claridad y la eficacia, además debilita el sentido de la valoración personal. Las acciones motivadas por el miedo, son, generalmente, acciones que dejan en el individuo una sensación de menosprecio personal.

Cuando una persona que tiene baja autoestima establece diferentes defensas para evitar la realidad, con el propósito de no afrontar la sensación de ineficiencia con distorsiones en su manera de pensar al respecto. Por tanto, los procesos mentales ya no son regulados por el objetivo de aprehender la realidad con claridad, sino, por el de obtener sólo aquellos conocimientos compatibles con el mantenimiento de las defensas.

Si una persona no asume la responsabilidad de tomar conciencia de su miedo personal, el resultado es la desconfianza hacia uno mismo, es decir, la sensación de que la mente no es un instrumento fiable.

Asimismo, en la medida en que una persona tiene baja autoestima, vive de manera negativa y a la defensiva, motivada por el miedo. Así, cuando la persona elige valores y objetivos particulares, el motivo principal no es gozar de la existencia, sino defenderse de la ansiedad, de sentimientos inquietantes, de ineptitud, inseguridad, culpa y de la posibilidad de ser lastimada, (Branden, 1999).

4.5 Autoestima, trabajo remunerado en la mujer y relación de pareja

Otra de las particularidades asociadas al alta o baja autoestima de la mujer también esta considerada en su participación en el trabajo. En México el trabajo femenino se centra en el sector de servicios (Guzmán, 2001).

Para las mujeres tener un trabajo extra doméstico tiene ventajas tanto en la familia y la sociedad como en ellas mismas. Entre las ventajas destacan que la mujer esté sobre los cambios en el mundo, participe en ellos y en ocasiones sea generadora de éstos, cuando la mujer trabaja se eleva su autoestima al saberse parte responsable de la producción, del desarrollo y del

crecimiento del país, además se amplía su círculo de relaciones sociales y sus posibilidades de aprender, capacitarse y enriquecerse en el ámbito intelectual. Esta mujer se siente satisfecha al contribuir en lograr una mayor calidad de vida en su familia (Branden, 2001). En este sentido también es un punto a considerar en el programa dentro de las variables instrumentales dentro de la intervención, como otro punto que favorecerá muy probablemente a la consorte de la pareja del bebedor problema.

Por otro lado también la autoestima se asocia a la relación de pareja, que pone totalmente a prueba al individuo ya que en la relación se ve proyectada la historia del individuo, sus problemas, la responsabilidad que tiene para enfrentarlos, su habilidad para identificar sus sentimientos y comunicarlos, su capacidad para adaptarse, escuchar y negociar, entre otros aspectos (Aguilar, 1994). Sin duda, lo que es un individuo, si tiene baja o alta estima, así como su propia historia repercute en su relación con el otro.

El proceso de integración de una pareja está asociado en gran medida al manejo de ciertos elementos, tales como la información que cada uno tiene de su pareja y de sí mismo, la forma de reaccionar ante las personas, las estrategias utilizadas para solucionar problemas, el tipo de comunicación, el manejo de la ansiedad ante situaciones problemáticas, las expectativas de la pareja y del matrimonio, entre otros (Barrientos, 1990). Por ello, es importante que el individuo cuente con cierto nivel de autoestima que le permita tener la habilidad de decidir con quién va a establecer una relación sentimental amorosa, cómo va a ser su interacción, identifique sus necesidades y las de su pareja y vea cómo puede satisfacerlas, acepte las características y actividades personales de su compañero, identifique qué tan compatibles son, desarrolle y ponga en práctica su habilidad para comunicar honesta y claramente lo que piensa y requiere de las situaciones o de la gente, y busque la oportunidad para resolver favorablemente las dificultades que se le presenten al relacionarse con el otro (en este caso su pareja).

De esta manera, la satisfacción o insatisfacción de un individuo en sus relaciones interpersonales dependerá de su capacidad de tener una relación positiva consigo mismo. Por tanto, se puede afirmar que la autoestima es una parte fundamental para que el individuo alcance la plenitud y la autorrealización tanto consigo mismo como en su relación con otros, en especial, en su relación de pareja (Rodríguez, 1988).

En lo que se refiere a la autoestima de la pareja de un consumidor de alcohol u de otras sustancias, ésta se ve seriamente afectada. Al respecto Hogg & Frank (1992) señalan ciertos comportamientos de la pareja del consumidor como un patrón de dependencia al dolor con repuestas compulsivas, necesidad de aprobación de los otros de donde intenta encontrar seguridad, auto valía e identidad de sí misma viviendo a través de una persona consumidora de alcohol y otras sustancias. Estos comportamientos incluyen componentes como el martirio, la fusión, la intrusión, la perfección y la adicción. Por otro lado, Cermack (1991) añade a estos comportamientos, una continua inversión de la autoestima en la habilidad para controlar al otro, asumir responsabilidades de otros para satisfacer sus necesidades sin tomar en cuenta las propias, ansiedad y distorsión en el manejo de los límites en la separación del yo y la intimidad con el otro.

Además Arias, Fernández & Kalina (1990) coinciden con las características que señala Cermak y conjuntamente agregan que la permanencia durante periodos prolongados en íntima relación con un adicto o consumidor de alcohol sin pedir ayuda, suscita trastornos del sueño y alimentación en la consorte, promueve problemas de separación entre sus límites y los de los demás en ella, muestra una responsabilidad exacerbada y dificultad para manejar conflictos con el consumidor, así como exhibir la incapacidad para dar y recibir amor (Neville, Bradley & Bunn, 1991; Shockley, 1994).

CAPITULO 5. ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

En otro sentido el enfoque cognitivo conductual en el presente trabajo dio el hilo conductor para la intervención con las consortes de bebedores problema, sobre todo los planteamientos de Beck y Ellis, sin que por ello se consideren menos importantes sus antecedentes.

Dahab, Minici y Rivadeneira (2005) señalan que el desarrollo del enfoque cognitivo conductual se puede considerar en tres etapas. La primera de ellas se desarrolla entre los años 1950 y 1970 de manera paralela pero independiente en Inglaterra y Estados Unidos. Este período se encuentra ubicado por un fuerte auge de la teoría del aprendizaje fruto de la investigación básica en el laboratorio. En esta línea se destacan claramente los trabajos de Eysenck y Wolpe. Por otra parte, en Norteamérica, los psicólogos se orientaron predominantemente al tratamiento de pacientes institucionalizados y crónicos, básicamente con trastornos psicóticos con un alto nivel de deterioro. En este último caso, la teoría del condicionamiento operante propuesta por Skinner dio el marco de referencia. Este enfoque que otorgaba escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos representa históricamente la arista conductual del actual enfoque cognitivo conductual.

También cabe mencionar a Joseph Cautela, quien durante la década de los 60's y 70's propuso un conjunto de procedimientos terapéuticos bajo el nombre de "condicionamiento encubierto" o "control operante". Entre ellos, la primera y más amplia forma fue la sensibilización encubierta con la cual se abordaron problemas de alcoholismo, tabaquismo y obesidad. Entre las demás técnicas propuestas por Cautela, cabe destacar al reforzamiento encubierto, la extinción encubierta y el modelado encubierto. Todos estos procedimientos se basan en el denominado supuesto de la continuidad, el cual afirma que los procesos y principios que describen los fenómenos encubiertos (cognitivos) son continuos con aquéllos que describen las conductas explícitas.

Posteriormente Beck (1976) y Ellis (1977) comparten el punto de vista de que la mayor parte de los desórdenes psicológicos están asociados a cogniciones incorrectas y/o un procesamiento cognitivo equivoco. Coherentemente con lo anterior, proponen para tales desórdenes la corrección de los pensamientos cognitivos irracionales y en el reemplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más objetivas, adaptativas y funcionales. Definitivamente, la terapia cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la psicología con el tratamiento de la depresión. Así el nuevo enfoque enriqueció sustancialmente a las estrategias de intervención derivadas de las teorías del condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden anteriormente mencionado.

Otros de los trabajos que deben ser mencionados también, son los de (Meichenbaum y Cameron, 1977) acerca del diálogo interno y las auto-instrucciones que una persona establece consigo misma. Ellos estudiaron cómo las auto-verbalizaciones que se dan en forma automática o deliberada ejercen una fuerte influencia en el comportamiento de la persona. Partiendo de la concepción de que gran parte de los comportamientos y las cogniciones humanas se producen de manera automática, con escasa mediación de mecanismos conscientes; Meichenbaum (1985) plantea que para lograr cambios en el comportamiento de manera deseada era necesario "des

automatizar” la conducta del individuo utilizando para ello mediadores verbales, esto es, cogniciones deliberadas en forma de auto instrucciones. De acuerdo con ello, diseñó un procedimiento técnico denominado “entrenamiento en auto instrucciones” que ha mostrado gran eficacia en el tratamiento de la impulsividad prominente, en déficits en habilidades sociales y en el manejo de la ansiedad.

Otra aportación a considerar es la teoría de la atribución cuya hipótesis central afirma que la causalidad percibida puede influir en el comportamiento. Se plantea que una de las inferencias más comunes que realizamos los humanos se refiere a las causas del comportamiento, tanto el propio como el ajeno. Esto no es en absoluto asombroso ni novedoso, pero el hecho de la importancia clínica radica en la naturaleza de nuestras atribuciones. Por tomar tan sólo uno de los autores que más han trabajado en el tema (Seligman, 1984) sugiere que las personas depresivas tienden a efectuar atribuciones negativas más estables, más personales y más globales. La investigación en esta área ha diseñado un procedimiento técnico denominado reatribución que ayuda a modificar este estilo cognitivo, produciendo una consecuente mejora en el estado de ánimo del paciente.

Por otro lado las técnicas de resolución de problemas ocupan hoy un lugar prominente en la terapia cognitivo conductual. Si bien en este terreno existe el aporte de varios autores, entre ellos el procedimiento propuesto por (D`Zurilla & Goldfried, 1971) es el que posee mayor aceptación y utilización. La formulación inicial realizada por estos autores en la década de los 70s’ consistía en una estrategia técnica con cinco etapas que, aplicadas como conjunto, se espera que maximicen la probabilidad de hallar e implementar la solución más eficaz. Con solución de problemas, en el contexto social de la vida real, hace referencia al proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual una persona o un grupo identifican los medios efectivos para enfrentarse con los problemas que hay en su vida cotidiana. El proceso incluye la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones. En suma, el entrenamiento en solución de problemas es una estrategia general de afrontamiento (Dahab, Minici & Rivadeneira, 2005).

Hacia finales de la década de los 80’s, el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio, presentándose así la otra etapa del desarrollo del enfoque cognitivo conductual, que continúa hasta la fecha.

De este modo, este enfoque, se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos tienen en la generación de las emociones. Se sostiene que el cambio en los pensamientos irracionales y en los sistemas de procesamiento llevará a cambios emocionales y de comportamientos. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de pensamientos y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento. Todos estos procedimientos están orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más objetivas y funcionales para su vida cotidiana o ante situaciones específicas.

Hoy, más allá de los avances en el terreno cognitivo, se acepta ampliamente que existen desórdenes psicológicos para cuyo tratamiento no se puede prescindir de las técnicas

conductuales. Tal es el caso de los hábitos nerviosos (por ejemplo, tricotilomanía, tartamudez), desórdenes del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Baste sólo para ilustrar, en el tratamiento de la agorafobia la terapia de exposición con prevención de la respuesta, una técnica eminentemente de manejo del comportamiento, constituye una de las opciones más efectiva.

No obstante los orígenes relativamente independientes de ambas líneas de trabajo, en la actualidad la mayoría de los psicólogos dedicados a la práctica psicoterapéutica aceptan que la integración de ambos paradigmas conduce a la mayor eficiencia de ésta (Dahab, Minici y Rivadeneira, 2005).

Enfoque cognitivo conductual

De esta forma, para ubicar propiamente tal estrategia de intervención utilizada en el presente trabajo se consideraran los planteamientos que la sustentan, considerando aspectos como:

Tal enfoque representa una orientación en la modificación de la conducta. Esta orientación se desarrolló como resultado de líneas de investigación que han demostrado el papel de los procesos de pensamiento en el control de la conducta.

Otra razón para reconocer la importancia en el cambio de la conducta es su asociación con lo cognitivo. Las conductas manifiestas por las que recurre una persona a tratamiento no siempre son el problema, sino sus experiencias internas que pueden estar asociadas con la forma de pensar, sentir y auto-verbalizar que utiliza la persona consigo misma.

El enfoque cognitivo conductual se centra en los significados conscientes, le interesan los *cómo* y los *para qué* que los *por qué* (Dahab, Minici y Rivadeneira, 2005). Es decir se orienta al análisis de pensamientos automáticos, los supuestos o creencias y la organización de sus percepciones, así como en el análisis de las conductas y actitudes sintomáticas que lo hacen verse en conflictos internos o externos.

5.1 Objetivo del enfoque

Así el enfoque cognitivo conductual, se caracteriza por ser una estrategia de intervención a corto plazo, que promueve una participación activa tanto del terapeuta como del paciente, de manera directiva por el terapeuta, donde se trabaja de forma conjunta.

Su objetivo es que el paciente descubra su pensamiento disfuncional, compruebe la asociación que establece con la realidad de su pensamiento y conducta y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuestas, a nivel interpersonal como consigo mismo. La meta está en entrenar al paciente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de vida, la idea es que el paciente aprenda a hacerlo por él mismo, considerando los siguientes principios.

5.2 Principios

El enfoque cognitivo conductual considera una serie de principios (Beck, 1995) enfocados al paciente, tales como:

1. Un paciente tratado bajo este enfoque, aprende a distinguir con objetividad entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que al hacer un análisis de ellos se detecta si son en sí mismos resultados de la irracionalidad.
3. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación (Calderón, 2004).

Aunado a estos principios, existen aquellos que (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) formularon para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión, enriqueciendo aún más este enfoque, como:

1. Modelo de aprendizaje de los trastornos emocionales.
2. Se sigue un modelo educativo, es decir se busca un aprendizaje de patrones alternativos, de formas diferentes de percibir la realidad, siendo el propio paciente el agente principal de cambio.
3. Es breve y con límite de tiempo. El saber manejar el tiempo y el centrarse en los temas importantes a corto y largo plazo va a permitir alcanzar las metas del tratamiento en el plazo adecuado.
4. Se sustenta en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
5. Aplicación del método socrático (conocimiento interno de sí mismo).
6. Es una condición necesaria, el mantener una buena relación entre paciente y terapeuta.
7. Estructurada y dirigida.
8. Orientada hacia la solución de problemas.
9. Basada en el método científico.
10. Gran importancia a los autoregistros.

Para corregir las distorsiones cognitivas y los errores habituales y específicos en el proceso de pensamiento, el enfoque cognitivo conductual considera técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al paciente a la identificación y corrección de sus pensamientos, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más objetiva y adaptativa con énfasis en el “aquí y el ahora” de los problemas tanto situacionales como psicológicos se espera que el paciente experimente una modificación en los síntomas y en su conducta.

Dentro de las técnicas más importantes están: las utilizadas por el enfoque racional-emotivo, el entrenamiento en auto instrucción, el enfoque cognitivo de Beck y solución de problemas.

5.3 Enfoque racional emotivo

El cual fue desarrollado por Ellis (1977) y se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamiento equivocados o

irracionales. Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden.

El enfoque racional emotivo y el proceso por el que se produce el cambio en el paciente puede comprenderse muy bien, imaginando la intervención en términos de una cadena de acontecimientos, A-B-C-D-E (Ellis & Dryden, 1989).

- A: considerado como un acontecimiento externo al que la persona se expone.
- B: una serie de pensamientos (autobevalizaciones implícitas) que la persona crea en respuesta a A.
- C: constituyen las emociones y conductas que resultan de B.
- D: representan los intentos del terapeuta de modificar lo que ocurre en “B” Aquí el terapeuta le mostrará al paciente cómo descubrir, debatir y discriminar sobre sus pensamientos irracionales y en su lugar sustituirlos por pensamientos más objetivos.
- E: son las emociones y conductas nuevas surgidas a raíz de D.

De esta manera se puede observar que el enfoque cognitivo conductual, tiene características particulares como:

- En primer lugar, el estar orientado hacia una meta, por lo que los objetivos del enfoque cognitivo conductual están claramente definidos y están especificados en términos de que sean fácilmente medibles en este caso la autoestima, afrontamiento y asertividad en las esposas de los bebedores problema.
- En segundo lugar la intervención busca un cambio de comportamiento per se.
- En tercer lugar, el enfoque cognitivo conductual está orientado hacia un proceso que no considere únicamente identificar el comportamiento que el paciente debe adoptar, sino que proporciona estrategias de aprendizaje.

La intervención generalmente se maneja en paquetes que incluyen lo siguiente:

Auto-monitoreo: que es una parte importante del tratamiento.

Resolución de problemas: Entrenamiento a través de las tareas, las cuales enseñan al paciente a ubicar las dificultades que aparezcan y a corregirlas.

Intervención cognitivo- conductual en grupo: Las indicaciones antes mencionadas normalmente se incluyen en el manejo con grupos. Los grupos incluyen de 6 a 20 personas; y no solamente representa un gasto menor sino que se ha visto mejores resultados a largo plazo. Los beneficios de la intervención en grupo derivan no solamente del soporte que los pacientes claramente se dan unos a otros, sino también de una competencia sana.

Duración del tratamiento: Las sesiones son semanales, con una duración de 60 a 90 minutos y debe manejarse una agenda estructurada. Se revisan las tareas y los esfuerzos hechos por los integrantes del grupo por modificar sus hábitos relacionados con su comportamiento y sus pensamientos.

El tiempo programado ayuda al paciente a probarse a sí mismo. Parece que pueden mantener una motivación cuando les queda más claro cuando empiezan y cuando terminan. (Calderón, 2004).

Desde la primera sesión se administran cuestionarios y ejercicios en los que se evalúan los síntomas específicos, su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o (manuales y que para el presente trabajo se utilizó el manual racional emotivo, el de asertividad, el de afrontamiento y el de autoestima) acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. El terapeuta tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de enfoque busca lograr un funcionamiento independiente, en esta estrategia se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades. Además, se fortalece el comportamiento independiente (en este caso con el afrontamiento, búsqueda de empleo, búsqueda de asesoría legal). Este enfoque está centrado en los síntomas y su resolución. Su objetivo es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la intervención. También cabe señalar que este enfoque rechaza el principio de sustitución de síntomas. La meta del enfoque cognitivo-conductual es eliminar, o al menos reducir los síntomas, inmediatamente también puede darse una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen. Asimismo pone énfasis en el cambio de pensamiento y comportamiento. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. El terapeuta desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias, confrontándolo con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve la auto-reflexión.

Se centra en la resolución de problemas.- Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.

Otro aspecto a considerar es que utiliza planes de tratamiento.- Generalmente, esta estrategia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas sesiones. Es decir propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. Las tesis cognitivo-conductuales han sido ampliamente comprobadas respecto de su eficacia para tratar una variedad de trastornos. Es decir, más que simplemente decir que funciona, esta comprobado que funciona (Rozados, 2005).

El enfoque cognitivo conductual, destaca la importancia de los fenómenos cognitivos en el proceso terapéutico. Más allá de la polémica acerca de la adecuación del nombre de la terapia y lo que en él se subraya, hoy casi nadie discute el rol crucial que los procesos cognitivos juegan en los desórdenes mentales y, consecuentemente, en el tratamiento de los mismos. Así quizás, es importante distinguir entre hechos, procesos y estructuras cognitivas:

- Los hechos cognitivos hacen referencia a pensamientos e imágenes identificables en el flujo de la conciencia o que se pueden recuperar fácilmente si así se desea, es decir, adoptan la forma de un diálogo interno.
- Los procesos cognitivos constituyen la manera en que automática o inconscientemente se “procesa” la información (manipula, transforma, combina, etc.). Hace referencia a los mecanismos tales como la catastrofización o minimización (errores cognitivos) o al almacenamiento y recuperación (en relación con la memoria).
- Las estructuras cognitivas son las suposiciones tácitas, creencias, compromisos y significados que influyen en las formas habituales de interpretación. Constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones. Considerando también a los esquemas y supuestos básicos.

Normalmente, se identifica a los procedimientos terapéuticos de corte cognitivo a Beck y Ellis. En este sentido, es bien conocida la reestructuración cognitiva propuesta por Beck, llevada a cabo con técnicas como la discusión y puesta a prueba de los pensamientos automáticos o la búsqueda de respuestas alternativas y racionales. También se han difundido ampliamente los planteamientos de Ellis acerca de cómo identificar y cambiar las creencias irracionales que conducen al malestar emocional. Definitivamente, estos dos autores son máximos exponentes de los aspectos cognitivos del enfoque y sus contribuciones han sido ampliamente utilizadas (Rozados, 2005).

De esta manera, la reestructuración cognitiva como técnica pretende que la persona identifique los patrones irracionales de pensamiento y corrija mediante la elaboración de formas más realistas de pensamientos su forma de entender el self (Yo), el mundo y las otras personas que le rodean, lo que fortalecerá su autoestima.

La solución de los problemas es otra de las técnicas de elección para el fortalecimiento de la autoestima. Esta técnica pretende que la persona con baja autoestima sea capaz de identificar y definir bien el problema que la envuelve y pueda formular objetivos realistas a conseguir después del intento de posibles soluciones. Para ello se le enseña a generar posibles alternativas de respuesta a priori y a ponderar las posibles consecuencias antes de ejecutar en la realidad.

D’ Zurilla & Goldfried (1971) concluyeron que las fases consisten en aprender a reconocer que existe un problema, ser capaz de identificar las posibles respuestas y los resultados probables, saber seleccionar la mejor alternativa para una situación o proyección particular y disponer de habilidad para elaborar un plan realista que permita alcanzar una meta.

5.4 Apego a tratamiento

Para el presente trabajo se consideró el apego a la intervención, en términos de las implicaciones de la estrategia utilizada ante las esposas de bebedores problema, bajo el supuesto que hubiera diferencias entre, las consortes que se apegaron a la intervención cognitivo-conductual en modalidad grupal y las que no se apegaron a la intervención en la misma modalidad.

En este sentido, ante el problema de la deserción, se ha intentado identificar los factores que permitan predecir la culminación y el éxito de los tratamientos. Algunos autores han señalado la dificultad de predecir los resultados de las psicoterapias, y en particular de predecir el apego y adherencia del paciente (Bloch, 1979; Hoglend, Fossum & Sorbye, 1992; Hoglend, 1993). Ya que los índices de deserción registran cifras que oscilan entre 30 y 45%, que se consideran sobresalientes según criterios generalmente aceptados (Hoglend, 1993). Así el fenómeno del abandono es un hecho clínico generalizado y con una magnitud que varía, según la literatura, entre el 25% y el 64% (Freire, 1986).

También se han considerado algunos factores asociados al abandono del tratamiento, y se ha encontrado que los pacientes que desertan y no se apegan a la intervención, están menos dispuestos psicológicamente y muestran sintomatología psiquiátrica más severa; asimismo, los terapeutas los percibieron con baja cohesión al tratamiento (McCallum, Piper & Joyce, 1992).

Quienes han trabajado igualmente en la terapia de grupo han detectado que en la fase inicial del tratamiento es la más susceptible, pues en esta etapa el índice de abandono documentado oscila entre 13 y 63%, con un promedio de 35% (Lothstein, 1993).

Lipsey & Wilson (1993) afirman que las intervenciones psicoterapéuticas en general obtienen un índice de éxito, 62%, en tanto que los grupos no tratados mejoran en un 38 %.

En un trabajo sobre la evaluación de la viabilidad de la psicoterapia, Truant (1998) menciona que debido a la organización de los programas de salud, cada vez es más necesario contar con criterios que permitan determinar quien puede ser tratado de manera segura y con éxito mediante la intervención psicoterapéutica.

En este mismo sentido Biagini, Torruco & Carrasco (2005) llevaron a cabo un estudio con pacientes que presentaron trastorno límite de la personalidad, bajo el objetivo de observar la relación entre las características psicológicas y psicopatológicas de estos pacientes en su apego a una intervención psicoterapéutica en modalidad grupal. Describieron las características de tales pacientes en términos de su: temperamento y carácter, autoestima, calidad de vida, funcionamiento psicosocial, problemas interpersonales, fuerza yoica y sintomatología psiquiátrica. En tal estudio, utilizaron la prueba estadística no paramétrica de Spearman para correlacionar las variables psicológicas y el número de sesiones a las que los pacientes asistieron. De acuerdo con lo observado en este estudio se concluye que las pacientes con este trastorno, no tienen un apego a la intervención psicoterapéutica grupal en la que se incluyen únicamente sujetos con este trastorno de la personalidad.

En esta misma orientación, Torres & Lara (2002) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de: a) comparar las peculiaridades psicosociales de los pacientes que permanecen en tratamiento con las particularidades de aquellos que lo abandonan de manera prematura y b) valorar los efectos del tratamiento en quienes concluyen el proceso terapéutico. La muestra de este estudio consideró a 111 pacientes, 83 mujeres y 28 varones, quienes fueron referidos por sus médicos tratantes al servicio de psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría. Para tal estudio aplicaron los siguientes instrumentos: inventario de personalidad, escala de sintomatología psiquiátrica, escala de ajuste social, escala de apoyo social percibido, escala de fuerza del yo y escala de autoestima. En un grupo finalmente conformado por 82 pacientes, 64 mujeres y 18

varones. El tratamiento consistió en una sesión de intervención psicoterapéutica grupal de forma semanal, durante 20 semanas o en psicoterapia individual breve: 16 sesiones, una por quincena. 42 pacientes (51%) completaron 16 semanas de tratamiento y 40 (49%) dejaron de acudir a éste. Al finalizar, a los que completaron dicho proceso se les aplicó la misma batería de escalas. Al comparar las puntuaciones iniciales no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que permanecieron en tratamiento (n=42) y los que no tuvieron apego al mismo (n=40). La comparación antes-después de los que completaron dicho tratamiento sí mostró diferencias significativas en diversas escalas, entre ellas; ansiedad, depresión, hostilidad y ajuste social. En este mismo estudio, concluyeron con algunas reflexiones respecto a la necesidad de buscar métodos de estudio idóneos para evaluar el complejo proceso que implica el tratamiento psicoterapéutico.

Un estudio también efectuado en México por Rivera & Rodríguez (1982), pretendió aportar un elemento de tipo pronóstico acerca de la permanencia en psicoterapia, mediante el análisis de la personalidad y del rendimiento intelectual de pacientes ambulatorios universitarios, a través de la prueba de dominós y las escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI. En general, observaron altos puntajes en K, los cuales estuvieron relacionados con bajos puntajes en la escala RTR. Así un bajo puntaje en K en el tratamiento de un paciente, pudo reflejar un incremento en la vulnerabilidad y sensación de crisis asociadas con el episodio del tratamiento. La asociación con altos puntajes en la escala RTR, pudiera reflejar esta vulnerabilidad, carencia de confianza en sí mismo, escasa habilidad en la resolución de problemas y falta de confianza en los demás.

En este mismo estudio, señalaron que las escalas de validez del MMPI se emplearon como predictoras de la respuesta del sujeto ante la sesión. Los perfiles de las escalas de validez sugirieron una posición de defensa, negación de su problemática, o bien, la percepción que una persona tuvo sobre sus conflictos los rebasaba.

Butcher y Graham (1994) también señalan que la elevación de las escalas 2 y 7, además de depresión y ansiedad, refiere un considerable estrés emocional que pone al examinado en una alta probabilidad de enfermarse y por consiguiente, permanecer durante más tiempo en tratamiento. Puntajes altos en la escala RTR sugieren que el examinado puede tener actitudes negativas hacia los profesionales de la salud mental y hacia el tratamiento psicológico, lo que puede interferir con una intervención psicológica efectiva.

Además, agregan que las escalas de validez del MMPI pueden emplearse como predictoras de la respuesta del sujeto ante la situación de consejo. Los perfiles de las escalas de validez sugieren del cliente una posición de defensa, negación de su problemática, o bien, la percepción en el cliente que sus conflictos lo rebasan.

CAPITULO 6. MÉTODO

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Ante la problemática que vive la esposa o compañera del bebedor problema, el contexto de la relevancia social y los antecedentes de esta línea de investigación, es necesario proponer una estrategia de intervención, que permita a estas mujeres cambios conductuales, de autoestima, del afrontamiento y de asertividad. Considerando, que el afrontamiento se maneja bajo la concepción de las estrategias cognitivas y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos de la persona (Lazarus & Folkman, 1991).

Bajo una estrategia de abordaje cognitivo-conductual (Ellis, 1977) basada en la suposición de que la persona se encuentra ante experiencias que activan y generan una cadena de pensamientos que se conceptúan como auto expresiones internas. Algunos de estos pensamientos son irracionales y las consecuencias son emociones negativas con sus conductas concomitantes.

En este sentido, se entiende por “irracionalidad” (Ellis, 1977) cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfiere de forma importante en la supervivencia y felicidad del individuo. El comportamiento irracional considera varios aspectos: 1) la persona cree, a veces, que la irracionalidad se ajusta a los principios de la realidad, aunque no en algún aspecto importante; 2) las personas que se aferran a la irracionalidad se denigran o no quieren aceptarse a sí mismos; 3) la irracionalidad interfiere con la buena amistad de los miembros de sus grupos sociales primarios; 4) bloquea seriamente el conseguir la clase de relaciones interpersonales que les gustaría tener; 5) impide su trabajo lucrativo y alegre en algún quehacer productivo y 6) interfiere en los intereses propios, así como en otros aspectos importantes.

Bajo la consideración de que las personas no reaccionan emocional o conductualmente de forma directa a los acontecimientos que encuentran en su vida, las personas generan sus propias reacciones de acuerdo con la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

La finalidad de este tipo de terapia dentro de la presente investigación, es inducir a la esposa del consumidor a que reconozca lo absurdo de sus pensamientos irracionales, los abandone y adopte otros nuevos, de manera más apropiada, es decir, que adopte alguna forma de modificación o reestructuración cognitiva, con la finalidad de volverse más racionales y producir los cambios emotivos y conductuales deseados. Por otro lado, dado que la esposa juega un papel relevante en la adicción del esposo, es importante enseñarle algunas conductas que son comunes en esta problemática.

Además, en este contexto la asertividad incluye la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivas como negativas, y el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna respetándose a sí misma como individuo y a los demás (Lazarus, 1973; Cotler & Guerra, 1976; Lange & Jakubowski, 1976; Aguilar-Kubli, 1987; Alberti y Emmons, 1974).

De esta manera, la presente investigación se propone indagar el efecto que tiene un programa de intervención cognitivo-conductual que incluye el entrenamiento en asertividad, fortalecimiento de la autoestima y manejo de estrategias de afrontamiento diferentes a las que han sido reportadas en otros estudios y que buscan habilitar a la esposa del bebedor problema en modalidad grupal.

6.2 OBJETIVOS

6.2.1 Objetivo general

El objetivo general del presente estudio fue el probar el efecto de una intervención cognitivo-conductual, en las habilidades asertivas, en la autoestima y de afrontamiento en consortes de bebedores problema en modalidad grupal.

6.2.2 Objetivos específicos

De la intervención

- 1) Enfatizar el aprendizaje para discriminar entre las afirmaciones racionales e irracionales, llevando a cabo ejercicios de reestructuración cognitiva, examinando las dimensiones del problema, sus soluciones posibles e implementar instrumentación de alternativas.
- 2) Determinar si fortalecer la autoestima y las habilidades asertivas y de afrontamiento permiten a la consorte solucionar problemas asociados al consumo de alcohol de la pareja.

6.2.3 Objetivos específicos

Del estudio

- 1) Observar que estrategias de afrontamiento utiliza ante el consumo de alcohol de su pareja, la asertividad y autoestima en consortes de bebedores problema.
- 2) Observar diferencias entre la preevaluación-seguimiento a dos años en consortes consumidoras de alcohol, desertoras, con depresión mayor y que cambiaron de domicilio en su autoestima, afrontamiento y asertividad.
- 4) Evaluar el programa de intervención.

6.3 HIPOTESIS

HI: (1) Existen diferencias significativas entre el grupo del CAAF (Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares) y el grupo del Centro Julián MacGregor y Sánchez Navarro.

HI: (2) Existen diferencias significativas antes y después del programa de intervención cognitivo-conductual en afrontamiento, la asertividad y autoestima de la esposa del bebedor problema.

HI:(3) Existen diferencias significativas después de un programa de intervención cognitivo-conductual a 3 y 6 meses de seguimiento en afrontamiento, la asertividad y autoestima en la esposa del bebedor problema.

HI: (4) Existen diferencias significativas después de un programa de intervención a un año y seis meses de seguimiento en afrontamiento, la asertividad y autoestima en las consortes que recibieron la intervención cognitivo-conductual.

6.4 Variable Independiente

Programa de intervención, el cual estuvo conformado por 18 sesiones, descrito en el procedimiento y consideró variables:

- **COGNITIVAS:** Reestructuración de pensamientos irracionales; análisis de hábitos de pensamientos; utilización de autoafirmaciones; análisis de su auto-evaluación, auto-concepto y de su auto-conocimiento y análisis de las respuestas de afrontamiento que utiliza ante el consumo de alcohol de su pareja.
- **EMOCIONALES:** Ejercicios de Autoanálisis (resentimiento, temor, frustración, miedo, tristeza, dolor, etc.).
- **INSTRUMENTALES.**
 - Modelamiento.
 - Role-playing (ensayo conductual).
 - Ejercicios interactivos (“dinámicas de grupo”)
 - Apoyo a tratamiento de la pareja.
 - Búsqueda de empleo.
 - Búsqueda de asesoría legal.
 - Realización de auto-registros

6.4.4 Variables dependientes

Asertividad, autoestima, afrontamiento.

Asertividad. Para el presente trabajo se empleó la definición de Lange & Jakubowski (1976) quienes definen “asertividad” como hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada, respetando los derechos de la otra persona.

Se evaluó con los puntajes que obtuvieron las consortes en el inventario de Asertividad de Gambrill & Richey (1975).

Autoestima. Coopersmith (1981, en Verduzco, Lara-Cantú, Gary & Rubio, 1989) define a la autoestima como “el juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta”.

Serafino & Amstrog (1988) mencionan que la autoestima es la evaluación personal de los méritos y cualidades que el sujeto realiza acerca de su propio valor, con base en su auto imagen, término que se refiere a la imagen mental que el sujeto tiene de sí mismo y del sí mismo que le gustaría ser, es decir, es la noción interna de las propias características y hasta que grado las posee, manifestándose por las caracterizaciones y descripciones que hace de sí mismo.

Se midió con el puntaje obtenido en el inventario de Autoestima de Coopersmith, versión para adultos (1993; validada por Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo & Cortés).

Afrontamiento. Entendido como aquellos esfuerzos necesarios para dominar las demandas que desbordan al individuo, independientemente de su eficacia o de cuál sea su valor intrínseco (Lazarus & Folkman, 1991).

Se estimó a través del puntaje que obtuvieron las consortes, en el Inventario de Afrontamiento (Universidad de Birmingham School of Psychology, 1996, en Orford, Natera, Davis, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello & Velleman, 1998b)

6.5 Criterios de Inclusión

- Tuvieran entre 20 y 59 años de edad.
- Ser pareja de un bebedor problema, que en los últimos dos a cinco años haya consumido alcohol y que presentaran como motivo de consulta problemas con su pareja relativos al consumo.
- Nivel escolar, con primaria terminada como mínimo.
- Nivel socioeconómico bajo a medio.
- No participaran en grupos de autoayuda
- No haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de solicitar la ayuda.

6.6 Criterios de exclusión

- Depresión incapacitante.
- Ser abusadoras o dependientes de drogas o alcohol.
- Psicosis

***Nota:** Depresión y psicosis se evaluaron con el **Mini International Neuropsychiatric Interview** (M.I.N.I.)

Los síntomas reportados por las consortes en la aplicación del M.I.N.I. como prueba de tamizaje bajo el objetivo de cubrir los criterios de exclusión, se observó que tres de las consortes cubrieron criterios para depresión mayor, es decir reportaron en el momento de la entrevista, que en las últimas dos semanas se habían sentido deprimidas la mayor parte del día, perdiendo el interés en la mayoría de las cosas, con dificultad para dormir casi todas las noches, sin energía, pérdida de peso, con dificultad para permanecer tranquila, con dificultad para concentrarse y tomar decisiones, siendo canalizadas a otros servicios.

También al aplicar el apartado de psicosis del MINI como prueba de tamizaje a las 35 consortes, tales consortes reportaron que nunca habían tenido la impresión de que alguien le espiaba o conspiraba contra ellas o que trataban de hacerle daño, así como no tener la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que podía leer o escuchar los pensamientos de otros, tampoco reportaron haber creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente y la hayan hecho actuar de una manera no usual en ellas, ninguna de ellas reportó que le enviaran mensajes especiales a través de la radio, el

televisor o el periódico o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por ella, tampoco alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar como voces, o que alguna vez estando despierta llegara a tener visiones o ha visto cosas que otros no podían ver, nadie presentó un lenguaje desorganizado, incoherente o con marcada pérdida de las asociaciones, tampoco presentaron un comportamiento desorganizado durante la entrevista.

En torno al uso de alcohol, 3 consortes reportaron consumirlo y de acuerdo con los criterios del DSM-IV, se observó a una de las consortes como dependiente al alcohol y dos abusadoras de éste, tales consortes fueron canalizadas a otros servicios. Es decir reportaron necesitar cantidades cada vez mayores de alcohol para alcanzar un estado de embriaguez, los efectos que tiene con la misma cantidad que se toma son menores ahora que antes, después de haber consumido cantidades fuertes de alcohol o que el efecto ha pasado se siente, inquieta, nerviosa, deprimida o molesta Toma durante el día para aliviar las molestias producidas de cuando dejo de beber, en ocasiones ha tomado mas de lo que se propuso en un principio, algunas veces ha deseado dejar de tomar, ha tratado de dejar de beber sin lograrlo, ha dejado de hacer cosas en el trabajo, con la familia o asistir a reuniones por la bebida y a pesar de saber acerca de los daños físicos y psicológicos del alcohol ha seguido tomando.

Criterios de eliminación

- Retiro voluntario.

6.7 Selección de Participantes

En el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) y el Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro dependiente de la Facultad de Psicología, se les proporcionó la intervención a 18 consortes de bebedores problema, las cuales tienen dificultades en la relación y no saben cómo ayudar a su pareja en torno al consumo de alcohol. En el primer centro, se presentaron 18 esposas y en el segundo, acudieron 17, estas últimas fueron canalizadas del Hospital General de México (CAPRA). De las 35 esposas, 3 se diagnosticaron con depresión mayor y se enviaron al INP. Otras 3, por ser consumidoras de alcohol se integraron a otro programa. 8 se dieron de baja voluntaria y 3 cambiaron de residencia por motivos laborales. Fueron seleccionadas no probabilísticamente, quedando conformada una N = 18, formando así un grupo de n=10 participantes y otro de n= 8.

6.7.1 Datos sociodemográficos

	Frecuencia Preevaluación	Frecuencia Seguimiento a dos años	Porcentaje Preevaluación	Porcentaje Seguimiento
Amas de casa	6	5	35.5 %	29.5%
Comerciante	4	4	23.5 %	23.5 %
Empleada	7	4	41.2 %	23.5 %
Profesionista	0	4	0 %	23.5 %
TOTAL	17	17	100 %	100 %

En la **Tabla 1**, se observa en las consortes que el 41.2% su ocupación la reportaron como empleadas y para el seguimiento a dos años reportaron esta situación un 23.5%; como amas de casa se reportó un 35.5% en la preevaluación y para el seguimiento, informó un 29.5% esta misma actividad, y como profesionista en la preevaluación no hubo quien lo señalara, situación reportada en el seguimiento a dos años en un 23.5%.

	Frecuencia Preevaluación	Frecuencia Seguimiento a dos años	Porcentaje Preevaluación	Porcentaje Seguimiento
Unión libre	4	4	23.5 %	23.5 %
Casada	10	10	58.8 %	58.8 %
Separada	3	3	17.6 %	17.6 %
Total	17	17	100 %	100 %

En la **Tabla 2**, se presenta el estado civil de las consortes que desertaron, cambiaron de domicilio, usuarias de alcohol y con depresión mayor; reportándose como casadas el 58.8%, el 23.5% en unión libre y el 17.6% como separada, en situación de preevaluación y seguimiento a dos años.

Rango	Frecuencia	Porcentaje
1-13 años	11	30 %
14-21	13	40 %
23-33	11	30 %
TOTAL	35	100 %

En la **tabla 3**, se indica el tiempo de consumo de alcohol del bebedor problema de las 35 consortes, el 40% reportaron las cónyuges que lleva de 14 a 21 años consumiendo alcohol y el 30% mencionó que su pareja lo ha consumido de 1 a 10 años y de 23 a 33 años, en el mismo porcentaje.

6.8 Escenario

La aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares y en el Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro (las dos instituciones cuentan con sala de juntas, espacio con sillas movibles, con medidas de 8 metros X 10 metros con suficiente iluminación, cuentan con video y televisión, pantalla para proyección de acetatos, pizarrón y ventilador). El primero se encuentra ubicado en la calle República de Venezuela esquina con Rodríguez Puebla, en la parte alta del mercado Abelardo Rodríguez barrio de Tepito dentro del Centro Histórico de la Cd. de México, y el segundo Centro, se encuentra ubicado en la calle de Tecacalo no. 21 lote 24, Col. Ruiz Cortines, Delegación Coyoacán.

El primer centro se estableció con la finalidad de brindar asistencia y apoyo a la enseñanza e investigación de problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, tanto en el bebedor como en su familia. Su área de influencia considera 11 calles a su alrededor.

Dentro de esta área se localizaron 780 unidades habitacionales, 607 expendios de bebidas alcohólicas, 301 estacionamientos, 189 casas de huéspedes, 13 dormitorios públicos, 176 hoteles, 51 parques y centros deportivos y 35 centros médicos, consultorios y hospitales (Natera, Tenorio, Figueroa & Ruiz, 2002).

El Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro, dependiente de la Facultad de Psicología, UNAM, tiene como función principal contribuir en la profesionalización de estudiantes de las diferentes áreas de la licenciatura y el postgrado en psicología, donde el estudiantado tiene la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos en una amplia diversidad de situaciones y problemáticas que están presentes en la comunidad que rodea al centro y para población abierta. Su radio de acción abarca, principalmente, las colonias Ajusco, Candelaria, El Reloj, Nueva Díaz Ordaz, Ruiz Cortines, San Pablo Tepetlapa, Sta. Úrsula Coapa y Santo Domingo. Las actividades del centro van acordes con las funciones sustantivas de la UNAM, es decir, además de la formación estudiantil, se incluyen también las labores de extensión e investigación.

6.9. Tipo de estudio

Fue un estudio de campo, es decir, en una situación real, donde la variable independiente fue manipulada, en este caso, el programa de intervención (Kerlinger, 1985).

6.10. Diseño de la investigación

Fue un diseño de un grupo con línea base múltiple (Kazdin, 1982), que buscó demostrar la relación entre la variable independiente (programa de intervención) y las dependientes (autoestima, asertividad y afrontamiento). Este tipo de diseño permite el examen de varias respuestas simultáneamente, se realizaron observaciones dependientes dentro del grupo. La postevaluación y seguimiento a tres, seis meses y 18 meses, también son componentes básicos del diseño.

6.11 Descripción de los instrumentos y materiales

Se utilizaron los siguientes instrumentos (descritos ampliamente en los anexos):

Fase de tamizaje

Entrevista semiestructurada. La cual fue aplicada con el objetivo de conseguir datos sociodemográficos y los síntomas que pudieran ser observados por la consorte con relación al consumo de alcohol de su pareja, de acuerdo a manifestaciones señaladas del DSM-IV y uso de alcohol (Skinner, Horn, Wanberg & FASTER, 1984; adaptado por Solís, 1997).

Manual de diagnóstico, (M.I.N.I.) (Versión en español, Ferrando, Bobes & Gibert, 2000 Adaptation for South and Central America, Heinze & Cortés, versión computarizada). El cual

tiene un coeficiente de validez y confiabilidad aceptablemente alto, tal instrumento fue aplicado para detectar depresión mayor incapacitante y psicosis, como criterio de exclusión.

Pretratamiento, postratamiento y seguimientos.

Inventario de asertividad (Gambrill & Richey, 1975; validado por Guerra en 1996). El coeficiente alfa del inventario obtenido en su estudio, (0.924) fue muy similar al de Carrasco, Clemente & Llavona (1989) de (0.915) y consta de 40 reactivos.

Inventario de autoestima (Coopersmith, 1993, validado por Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés). La validez de constructo del instrumento la obtuvieron estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de las pruebas t. Los resultados mostraron que todos los reactivos discriminaron significativamente ($p=.05$).

Inventario de afrontamiento (Universidad de Birmingham School of Psychology, 1996 en Orford, Natera, Davis, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello & Velleman, 1998). En su estudio con población mexicana e inglesa, reportaron un coeficiente interno de validez para las ciudades de (0.82, 0.78 y 0.67; respectivamente para el suroeste de Inglaterra); (0.82, 0.73 y 0.70 para la Ciudad de México).

6.12 PROCEDIMIENTO

La presente investigación se dividió en 3 fases.

6.12.1 Fase de tamizaje y preevaluación. Para llevar a cabo esta fase fue necesario realizar la difusión del programa en centros institucionales, que por ser lugares que atienden a poblaciones con problemas relacionados con el consumo de alcohol, fueron consideradas para la captación pronta de participantes a través de la distribución de carteles y trípticos, así como dar a conocer con las coordinaciones de programas de tales instituciones de forma específica la intervención para la esposa del bebedor problema para la realización del proyecto. Tales contactos se realizaron en el Hospital General de México, en el área para la atención de problemas relacionados con el alcohol (CAPRA), con dirección en Dr. Balmis no. 148 Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc; Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”; Centro Comunitario de Salud Mental “Santa Ma. La Ribera”; Hospital General “Gregorio Salas”; Central Mexicana de Servicios Generales de A. A., zona centro y 5 grupos de alcohólicos anónimos de la zona de influencia. Las anteriores instituciones se visualizaron de acuerdo al conocimiento que se tiene sobre los programas de apoyo ante los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Después de la difusión, se consideró la captación de participantes durante tres semanas en tres sesiones clínicas (presentación de casos) del C.A.A.F. (Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares) donde se elaboró el listado de las esposas, del turno vespertino. Además, también se programó la evaluación socioeconómica que realiza el área de trabajo social de manera individual, quien fijó la cuota de pago a cubrir por cada participante. Para el Centro Comunitario “Julián MacGregor y Sánchez Navarro”, se emitió una invitación a través de trípticos de difusión, señalando fecha y hora de cita, así como costo por sesión.

Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación de instrumentos de tamizaje de manera individual, de forma calendarizada por fecha y hora, antes de implementar el programa de

intervención. No sin tener firmado el consentimiento informado, dando a conocer el objetivo de la aplicación de instrumentos, donde el aplicador permaneció en el mismo espacio con la intención de que los resultados no se vieran afectados por problemas de la aplicación.

Los instrumentos a aplicarse en esta fase fueron el M.I.N.I. y una entrevista semiestructurada.

Las instrucciones que se dieron a las consortes fueron determinadas según los requerimientos específicos de los instrumentos.

Cabe señalar, que la aplicación de éstos instrumentos se llevó a cabo con la finalidad de cubrir los criterios de exclusión de casos de acuerdo al instrumento propuesto para ello (aplicando las áreas específicas que evalúan trastorno depresivo- mayor y psicosis).

Los inventarios de autoestima, de asertividad y el de afrontamiento, se aplicaron a todas las consortes que presentaron la demanda de atención.

La aplicación de dichos instrumentos se programó a partir de las 3 sesiones clínicas y de la fecha de difusión del programa, tomando para la aplicación de dichos instrumentos un tiempo aproximado de 2 horas, dicha aplicación se realizó en los cubículos del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares y del Centro Comunitario “Julián MacGregor y Sánchez Navarro”, con espacios adecuados, con privacidad y comodidad para las consortes.

Posteriormente, se les indicó la fecha de inicio de la intervención; a quienes requirieron ser canalizadas a otra institución u otro programa se le refirió, indicándoles los procedimientos requeridos, como su compromiso (considerando el consentimiento informado), además, se señaló la importancia de su asistencia y la continuidad para el logro de los objetivos propuestos de la intervención.

6.12.2 Fase de intervención

Se incorporaron a las participantes al tratamiento de acuerdo con los criterios de inclusión y asignación ya señalados. Las manipulaciones experimentales se hicieron de la siguiente forma:

Se consideraron señalamientos a las participantes, aclarando los roles dentro del programa de intervención y se distinguió el papel de cada uno de los participantes, es decir:

Se les comentó a las participantes que habría un coordinador, quien fungiría como facilitador grupal, conductor de la sesión grupal, realización de los señalamientos psicológicos, indicando límites, distribuyendo la acomodación del grupo, manejo de los contenidos temáticos, manejar los autoregistros, las dinámicas de grupo y grabación de las sesiones grupales.

Además, se les hizo la observación de que habría un observador. El cual se encargaría de controlar la asistencia, elaborar la crónica de cada una de las sesiones (considerando la participación de los miembros, las manifestaciones de comportamientos, manejo del tema, desarrollo de los contenidos temáticos y retroalimentación al coordinador) y apoyo del manejo técnico de los medios audiovisuales.

El tiempo considerado para el desarrollo de la sesión fue de 2 horas con 30 minutos como máximo, proponiéndose un día a la semana en un mismo horario y espacio de trabajo. Al inicio de cada sesión se pasó lista de asistencia para posteriormente abordar el tema, promoviendo la participación-reflexión de cada una de las participantes considerando las preguntas y objetivos planteados por sesión, incorporando dinámicas de grupo y, finalmente, hacer los planteamientos teóricos de acuerdo con el tema abordado. El grupo trabajaba en forma de círculo, de tal manera que se facilitara la participación e interacción de cada una de las consortes. En el desarrollo de la sesión el coordinador condujo la reflexión-participación, hizo los señalamientos e indicaciones de los comportamientos o verbalizaciones expresadas en el grupo, coordinó el manejo de los autoregistros y siguió las instrucciones específicas de cada dinámica de grupo y del tema a considerar.

Al final de cada sesión se resumió e hizo énfasis en los objetivos planteados de acuerdo con el tema trabajado durante 10 minutos.

Así las 18 sesiones específicas, se describen a continuación:

1.- SESIÓN INTRODUCTORIA

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema conociera el número de sesiones, el tiempo requerido para cada sesión, los contenidos del programa en términos generales y la secuencia de la temática.

- Asimismo estar al tanto de las reglas y normas a seguir y cumplir; la distribución de los roles del equipo de trabajo y la forma en que se desarrollaría el mismo.
- Presentación de cada una de las integrantes y establecimiento de sensibilización y empatía.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el fin de ponderar los temas a tratarse. Dinámica de grupo “fiesta de presentación” (Acevedo, 2000).

EVALUACIÓN. Reflexión sobre sus expectativas, haciendo la siguiente pregunta:

¿Qué le gustaría que pasara después de participar en este programa de intervención?

2.- SESIÓN “RELACIÓN DE PAREJA Y AFRONTAMIENTO”

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema evalúe el modo en cómo se satisfacen las necesidades emocionales, psicológicas, intelectuales y físicas de cada uno de los miembros. Señale las formas cómo ha afrontado el problema de su pareja ante el consumo de alcohol.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo de auto registros, con la finalidad de “poder centrarnos y saber en qué consisten realmente los problemas” y el manual de afrontamiento.

EVALUACIÓN. Se comentan las experiencias vividas.

3.- SESIÓN “ANÁLISIS DE LOS CONFLICTOS”

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema reflexione entorno a los acontecimientos desencadenantes de conflictos, su naturaleza y cuáles son los mecanismos más frecuentes que utiliza en el afrontamiento de conflictos.

TÉCNICA. Reflexiva participativa con el apoyo de material didáctico y el auto registro de análisis de la confrontación, los hechos, pensamientos y sentimientos presentes ante una situación problemática con su pareja.

EVALUACIÓN. Comentarios entorno al material didáctico utilizado.

4.-SESIÓN “MANEJO DEL CONFLICTO”

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema reflexione entorno a las formas que utiliza para manejar el conflicto, considerando la situación, niveles de tensión, signos de comunicación, desacuerdos sobre las metas y el uso de sus recursos.

TÉCNICA. Reflexiva participativa con el apoyo de la dinámica de grupo llamada “la telaraña” (Greiner, 1996).

EVALUACIÓN. Comentarios a partir de la experiencia con el material didáctico.

5.-CONSUMO DE ALCOHOL, LA FAMILIA Y AFRONTAMIENTO

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema identifique las perturbaciones en la familia, la agresión, las limitaciones, los síntomas en los hijos; además reconozca las alianzas en la familia, y ubique el ciclo vital de la misma. Todo ello, con el fin de entender el manejo de la autoridad, límites, valores y las alianzas que pueden darse en una familia con problemas asociados al consumo de alcohol, así como los estilos de afrontamiento utilizados.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo de la película “Escoria humana” (Shattered Spirits, 1986).

EVALUACIÓN. Reflexión entorno al material revisado.

6.-JUEGO DE ROLES Y ANÁLISIS INSTRUMENTAL DE COMPORTAMIENTOS INDIVIDUALES

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema ubique con claridad los diferentes roles que hay en las relaciones familiares y haga un análisis de cómo ella se asume en torno a los mismos; así como replantear qué le gustaría que sucediera y cómo instrumentar comportamientos diferentes a los asumidos.

TÉCNICA. Reflexiva –participativa con el apoyo de la dinámica de grupo. “¿A favor o en contra?”(Greiner, 1996) y el registro de conductas instrumentales

EVALUACIÓN.- Reflexión a partir del material revisado.

7.- MANEJO DE LA CODEPENDENCIA

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema identifique cómo se ha involucrado entorno al consumo de alcohol de su pareja y pueda sensibilizarse para apoyarlo de manera diferente.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo del auto registro de la situación problemática, conductas, pensamientos, sentimientos y repercusiones.

EVALUACIÓN. Reflexión del tema y alternativas de solución.

Se le proporcionó además un directorio de instituciones de auto-ayuda, tratamiento y rehabilitación, para su pareja.

8.- IDEAS Y CONDUCTAS IRRACIONALES

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema ubique ideas y conductas irracionales, considerando los conceptos de Ellis, a través de la forma en que se habla así misma (ilógica, auto derrotista y/o negativa). Identificando con ello cuándo ocurre, cómo ocurre, cuantas veces, qué siente y qué piensa.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo del auto registro de situación problemática y la lista de ideas irracionales de Ellis.

EVALUACIÓN. Reflexión tomando en cuenta las siguientes preguntas.

¿Este pensamiento es objetivo?

¿Este pensamiento me ayuda a proteger mi vida y a mantenerme en buen estado de salud?

¿Este pensamiento me ayuda a conseguir rápidamente lo que quiero? ¿Me ayuda a conseguir mis metas?

¿Este pensamiento me ayuda a sentirme como me quiero sentir o me produce sentimientos desagradables?

¿Este pensamiento me evita problemas con los demás o me ayuda a tener buenas relaciones?

- Análisis de ideas irracionales aprendidas.
- Reflexión sobre hábitos de pensamiento irracional

9.- IDEAS Y CONDUCTAS RACIONALES

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema reincorpore ideas y conductas racionales en forma lógica, madura y positiva.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo de la técnica de relajamiento y respiración y con el manual de referencia procesos de pensamiento (Jurado, 1995).

EVALUACIÓN. Reflexión entorno a cómo detectar sus pensamientos.

- Evaluar sus pensamientos.
- Cambiar los pensamientos irracionales.
- Generar alternativas
- Ubicar autoafirmaciones para emplear contra el enojo.
- Ubicar reacciones durante la confrontación.
- Ubicar autoafirmaciones para usar contra la ansiedad.

10.- TÉCNICA DE AUTOANÁLISIS

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema ubique los hechos que le están afectando; los pensamientos que tiene respecto a éstos y describa los sentimientos que le provocan.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo de auto registros.

EVALUACIÓN. Reflexionar sobre si lo que escribió es objetivo, analizar si los pensamientos irracionales se cambian por alternativas racionales y señalar la forma en que le gustaría sentirse.

11.- ANÁLISIS DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS, PENSAMIENTOS, GRADO DE MALESTAR Y CONSECUENCIAS

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema realice un análisis de las situaciones problemáticas, los pensamientos antes, durante y después; el grado de malestar que siente y las consecuencias de las situaciones problemáticas.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo de auto registros de análisis de situaciones problemáticas, pensamientos, grado de malestar y consecuencias.

EVALUACIÓN. Se hace con base a los auto-registros utilizados.

12.- ASERTIVIDAD

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema aprenda a ser capaz de expresar de manera clara, directa y abierta sus sentimientos y pensamientos sin incomodarse, ejerciendo sus derechos, sin violar los de los demás.

Que realice un análisis de los derechos humanos según los planteamientos que señala la asertividad.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo del manual de asertividad.

EVALUACIÓN. Reflexión alrededor de las preguntas.

- ¿Cuáles serían las diferencias entre el ser y no asertivo?
- ¿Por qué se hace mal uso de la asertividad?

13.- DERECHOS ASERTIVOS

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema reflexione y ejemplifique cómo lleva a cabo sus derechos asertivos.

TÉCNICA. Reflexiva participativa con el apoyo de la tabla de derechos asertivos se implementó la técnica de juego de roles.

EVALUACIÓN.- Análisis sobre el material didáctico y sus propias experiencias.

14.- CONDUCTAS ASERTIVAS NO VERBALES, PASIVAS Y AGRESIVAS

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema ubique los componentes no verbales y diferencie respuestas pasivas o agresivas.

TÉCNICA. Reflexiva-participativa con el apoyo de auto registros de conductas agresivas, pasivas y asertivas, subrayando las más utilizadas por ella.

EVALUACIÓN. Ejemplifique conductas pasivas, agresivas y asertivas.

15.- TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y ENSAYO DE CONDUCTAS CON EJERCICIOS

OBJETIVO. Que la esposa del bebedor problema encuentre componentes asertivos como el contacto visual, la expresión y postura corporal, tono de voz, contacto físico y espacio corporal.

TÉCNICA. Reflexiva participativa con el apoyo de registro de conductas verbales y no verbales.

EVALUACIÓN. Reflexión sobre sus experiencias; dificultades y respuestas de cada una de las integrantes del grupo.

16.- AUTOESTIMA

OBJETIVO.- Que la esposa del bebedor problema ubique y reflexione en la sesión grupal en torno a su auto-conocimiento; autoconcepto; auto aceptación, auto evaluación y auto respeto.

TÉCNICA.- Reflexiva participativa con el apoyo del cuestionario de autodefinición, quién soy, qué tanto me conozco y cómo me evalúo actualmente.

EVALUACIÓN.- Reflexión entorno a sus respuestas dadas en los cuestionarios.

17.- AUTOESTIMA.- Que la esposa del bebedor problema fortalezca su autoestima a través de juego de roles.

TÉCNICA.- Reflexiva participativa con el apoyo de la dinámica de grupo, “lo que me gusta de mí” (Greiner, 1996) y con el manual de autoestima.

EVALUACIÓN.- Reflexión a partir de la dinámica de grupo con respecto a ellas mismas y los contenidos del manual.

18.- CIERRE DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVO. Que cada una de las participantes reciba información de lo observado en su proceso, se aplique nuevamente los instrumentos de asertividad, afrontamiento y autoestima, así como el cuestionario de evaluación del programa, y se hable en torno al seguimiento de caso.

6.12.3 Fase de seguimiento. En esta fase se aplicaron nuevamente los instrumentos, una vez terminada la fase de intervención, a los tres y seis meses, a un año seis meses para quienes recibieron la intervención y a dos años para las consortes que no la recibieron, con la finalidad de observar cambios en su autoestima, afrontamiento y asertividad. La fase de seguimiento 1 y 2 se llevó a cabo en el mismo espacio donde se realizó la preevaluación y en las mismas condiciones,

siguiendo las instrucciones de cada instrumento y los mismos tiempos contemplados de la preevaluación.

Cabe señalar que en esta fase se contó con 17 participantes, porque a una de ellas no se pudo localizar.

Para el seguimiento 3 (consortes que recibieron la intervención) y seguimiento a dos años (consortes que no recibieron la intervención, como desertoras, con depresión mayor, que cambiaron de domicilio por motivos laborales y consumidoras de alcohol) las condiciones de aplicación de instrumentos se dio de forma individual y grupal, bajo las mismas instrucciones, en espacios como (restaurantes, su espacio laboral y Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares).

CAPITULO 7. RESULTADOS

7.1 ANALISIS DE RESULTADOS

Como análisis para saber si el grupo 1(CAAF) y 2 (CENTRO COMUNITARIO), de las consortes que recibieron la intervención en la condición de preevaluación formaban un grupo homogéneo se aplicó la prueba estadística no paramétrica U de Mann Whitney, que hace comparación entre grupos independientes para saber si pertenecen a una misma población.

Posteriormente, con la finalidad de ver si hubo cambios en el afrontamiento, la autoestima y la asertividad de las participantes que recibieron la intervención cognitivo-conductual de este estudio, se comparó las condiciones que tenían antes de la intervención (pre-evaluación) y después de ella a través de la prueba de Wilcoxon. Esta misma prueba se utilizó para comparar la pre evaluación con el seguimiento 1 (tres meses después de la intervención); la pre-evaluación con el seguimiento 2 (seis meses después de la intervención); pre-evaluación con el seguimiento 3 (a un año y seis meses después de haber participado en el programa).

Para poder interpretar y calificar afrontamiento y asertividad de las consortes se obtuvieron las medias grupales de los dos instrumentos, y para autoestima se obtuvo el percentil para todas las participantes que solicitaron la atención.

Consecutivamente se consideran efectos de la intervención en el estado civil de las consortes que recibieron la intervención, la situación laboral y el consumo de alcohol de su pareja.

Por otro lado también se presentarán frecuencias y porcentajes de la evaluación del programa.

De esta manera la aplicación de la prueba U de Mann Whitney mostró que no hubo diferencias significativas entre el grupo 1(CAAF) y 2 (CENTRO COMUNITARIO), en fase de pre-evaluación, en las tres áreas evaluadas, es decir en la asertividad, autoestima y afrontamiento; lo que indica homogeneidad en la población. Con este resultado se consideró como un solo grupo de 18 participantes (ver tabla 4, 5 y 6).

Tabla 4. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney para el inventario de autoestima. n=18				
Grupos	N	Media	U	Z
Grupo 1	10	8.20	12.00	-2.49
Grupo 2	8	11.13		

La **tabla 4**, muestra la prueba estadística no paramétrica U de Man-Whitney, en fase de preevaluación, entre el grupo 1(CAAF) y 2 (CENTRO COMUNITARIO), de las consortes para intervención en el área de autoestima, las diferencias no son significativas al .112

Grupos	N	Media	U	Z
Grupo1 (Grado de Incomodidad)	10	9.35	38.5	-.134
Grupo 2 (Grado de Incomodidad)	8	9.69		
Grupo 1 (Probabilidad de respuesta)	10	9.65	27.00	-1.159
Grupo 2 (Probabilidad de respuesta)	8	9.31		

Como puede observarse en la **tabla 5**, la prueba U de Mann Withney, muestra que no hubo significancia estadística al .274 en probabilidad de respuesta y en incomodidad con una significancia de .897, al hacer la comparación entre el grupo 1(CAAF) y 2 (CENTRO COMUNITARIO), en fase de preevaluación en la asertividad de las participantes para intervención.

Grupos	N	Media	U	Z
Grupo 1	10	10.90	26.0	-1.24
Grupo 2	8	7.75		

En la **tabla 6**, se muestran los resultados de la prueba estadística no paramétrica U de Mann Withney =26.0, y un valor $z = -1.24$, no siendo significativa al .237 en fase de preevaluación de las participantes para intervención, en afrontamiento.

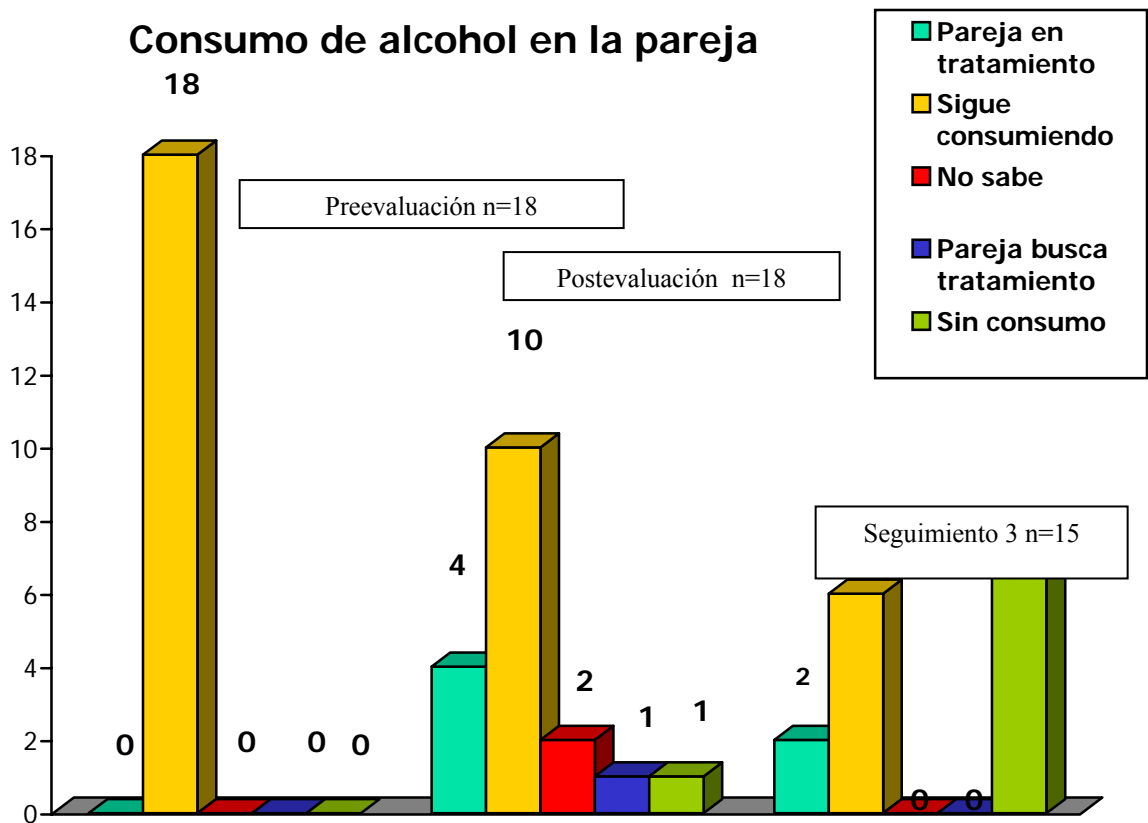
	Pre-evaluación Frecuencias	Seguimiento 1 y 2 Frecuencias	Seguimiento 3 Frecuencias	Preevaluación %	Seguimiento 1 y 2 %	Seguimiento 3 %
Casada	7	3	4	38.9	16.7	26.7
Divorciada	0	1	3	0	5.6	20 %
Unión Libre	5	0	2	27.8	0	13.3
Separada	6	13	6	33.3	72.2	40%
TOTAL	18	17	15	100 %	100 %	100 %

En la **tabla 7**, se reporta el estado civil de las participantes que recibieron la intervención, en la preevaluación el mayor porcentaje señala ser casadas (38.9%) y (33.3%) estar separada. En el seguimiento 1 y 2, su situación civil se modifica, las participantes reportaron en un 72.2% estar separadas o no vivir con su pareja por problemas asociados al consumo de alcohol y en el seguimiento 3, el 40% se reportó separada por la misma situación del consumo de alcohol de su pareja, el 20.0% informó estar divorciada y el 26.7 % seguir casada pero bajo la condición de no consumo de alcohol de su pareja.

	Frecuencias Preevaluación	Frecuencias Seguimiento 1 y 2	Frecuencias Seguimiento 3	Porcentaje Preevaluación	Porcentaje Seguimiento 1 y 2	Porcentaje Seguimiento 3
Ama de casa	4	1	3	22.2 %	5.6 %	20 %
Comerciante	6	4	4	33.3 %	27.8 %	26.7 %
Empleada	4	6	5	22.2 %	33.3 %	33.3 %
Profesionista	4	6	3	22.2 %	33.3 %	20 %
TOTAL	18	17	15	100 %	100 %	100 %

En la **tabla 8**, se presenta la ocupación de las participantes que recibieron la intervención. En la pre-evaluación 33.3% se dedicaban al comercio, y 22.2% reportaron ser amas de casa, empleadas y profesionistas en el mismo porcentaje, mientras en el seguimiento 1 y 2, 33.3% se reportó como profesionista y como empleada en el mismo porcentaje, y 27.8% como comerciante y para el seguimiento 3 un 33.3% informo estar empleada, un 26.7% reportó dedicarse al comercio y un 20.0% se dedica a estar como ama de casa, por haber logrado pensión alimenticia para sus hijos y en este mismo porcentaje disponerse a su profesión.

Gráfica 1



La **gráfica 1**, hace referencia a la situación del consumo de alcohol de su pareja, en la preevaluación se puede observar que los 18 esposos presentaban consumo de esta sustancia

cuando la consorte del bebedor problema solicitó la atención; mientras que en la post-evaluación, reportaron 10 de las consortes que sus parejas continuaban con el consumo de alcohol, 4 estaban en tratamiento, 2 no se sabe, 1 estaba en tratamiento y 1 no consume alcohol. En el seguimiento 3, reportaron 7 consortes que sus parejas ya no consumían alcohol pero no estaban en tratamiento psicoterapéutico sino acuden a A. A. (alcohólicos anónimos), 6 seguían consumiendo y 2 estaban en tratamiento psicoterapéutico.

Tabla 9. Síntomas observados, según su percepción, por la consorte cuando sus parejas consumen alcohol. Frecuencias y porcentajes. n= 35						
N° de pregunta	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Frecuente mente	Siempre	Total
1. Por beber ha dejado de cumplir con sus deberes en el trabajo	6 17.1%	15 42.9%	3 8.6%	3 8.6%	8 22.9%	35 100%
2. Su pareja cuando asiste a fiestas ingiere bebidas	3 8.6%	13 37.1%	10 28.6%	2 5.7%	7 20.0%	35 100%
3. Su pareja tiene crudas los domingos o lunes por la mañana	7 20.0%	9 25.7%	4 11.4%	5 14.3%	10 28.6%	35 100%
4.. Ha observado usted que su pareja tiene temblores cuando deja de tomar	6 17.1%	16 45.7%	2 5.7%	2 5.7%	9 25.7%	35 100%
5. Su pareja se pone mal cuando toma	5 14.3%	13 37.1%	5 14.3%	2 5.7%	9 25.7%	35 100%
6. Su pareja cuando consume alcohol se tropieza o se va de lado o camina en zig-zag	3 8.6%	11 31.4%	4 11.4%	4 11.4%	12 34.3%	35 100%
7. Su pareja cuando consume alcohol sufre sudoración después de haber tomado	9 25.7%	11 31.4%	5 14.3%	1 2.9%	8 22.9%	35 100%
8. Le ha mencionado, haber visto cosas que en realidad no existen	17 48.6%	13 37.1%	2 5.7%	1 2.9%	2 5.7%	35 100%
9. Le ha reportado, sentir miedo al pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite	17 48.6%	11 31.4%	1 2.9%	0 0%	4 11.4%	35 100%
11. Su pareja esconde la botella	15 42.9%	9 25.7%	2 5.7%	5 14.3%	4 11.4%	35 100%
12. Después de un período sin consumo su pareja termina tomando de nuevo	8 22.9%	10 28.6%	5 14.3%	2 5.7%	10 28.6%	35 100%
13. En los últimos 12 meses llego a perderse completamente	13 37.1%	7 20.0%	3 8.6%	3 8.6%	8 22.9%	35 100%
14. Ha tenido ataques o convulsiones después de un período	28 80.0%	5 14.3%	1 2.9%	1 2.9%	0 0%	35 100%
15. Su pareja cuando toma una copa lo hace con rapidez	7 20.0%	5 14.3%	10 28.6%	4 11.4%	9 25.7%	35 100%
16. Después de tomar una o dos copas, generalmente puede dejar de tomar	19 54.3%	14 40.0%	2 5.7%	0 0%	0 0%	35 100%
17. Después de consumir grandes cantidades, lo nota nervioso, deprimido o molesto	4 11.4%	8 22.9%	5 14.3%	5 14.3%	13 37.1%	35 100%
18. Toma durante el día para aliviar las molestias producidas por dejar de beber	8 22.9%	8 22.9%	5 14.3%	3 8.6%	11 31.4%	35 100%

Continuación. Tabla 9. Síntomas observados, según su percepción, por la consorte cuando sus parejas consumen alcohol. Frecuencias y porcentajes. n= 35

N° de pregunta	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Frecuente mente	Siempre	Total
19. A pesar de saber los daños físicos que le ocasiona el alcohol, continúa bebiendo	2 5.7%	8 22.9%	6 17.1%	4 11.4%	14 40.0%	35 100%
20. A pesar de saber los daños psicológicos que le ocasiona el alcohol, continúa bebiendo	4 11.4%	8 22.9%	3 8.6%	4 11.4%	16 45.7%	35 100%

Tabla 10. Síntomas observados, según su percepción, por la consorte cuando sus parejas consumen alcohol

N° Pregunta	Ponerse contento	Emborracharse	Lo suficiente como para perderse
21. Cuando ingiere alcohol su pareja lo hace para:	10 28.6%	10 28.6%	14 40.0%

En las tablas 9 y 10, se presentan las frecuencias y porcentajes de los síntomas observados por la consorte, según su percepción, cuando consume alcohol su pareja. Señalando manifestaciones como las siguientes:

Su pareja por beber ha dejado de cumplir con sus deberes laborales, algunas veces un 42.9%; cuando asisten a fiestas él ingiere bebidas algunas veces, el 37.1%; cuando el bebedor ingiere alcohol lo hace lo suficiente como para perderse, un 40%; siempre tiene crudas los domingos o lunes, un 28.6%, manifiesta temblores cuando deja de beber algunas veces, un 45.7% y siempre se pone mal cuando toma un 25.7%.

Cuando toma su pareja se tropieza o se va de lado, el 34.3% siempre; su pareja ha manifestado pérdida de memoria como resultado del consumo de alcohol, algunas veces un 40.0%.

El bebedor esconde la botella, algunas veces un 25.7% y después de un periodo de tiempo sin consumo el bebedor termina consumiendo de nuevo alcohol, el 28.6% siempre, también en los últimos 12 meses llegó a perderse completamente, siempre un 22.9%.

El bebedor ha tenido ataques o convulsiones por el consumo de alcohol un 2.9%.

También la consorte reportó que cuando consume alcohol su pareja lo hace con rapidez casi siempre un 28.6%, también toma demasiadas copas en un periodo corto, algunas veces y casi siempre un 34.3%, también después de tomar una o dos copas, generalmente nunca puede dejar de tomar un 54.3%.

Ha notado que su pareja después de consumir grandes cantidades, lo nota nervioso, deprimido o molesto, siempre o casi siempre un 37.1%.

Su pareja toma durante el día para aliviar las molestias producidas por dejar de beber algunas veces un 22.9%.

A pesar de saber sobre los daños físicos que le ocasiona el alcohol, siempre continua bebiendo, un 40.0% y a pesar de saber acerca de los daños psicológicos que le provoca el alcohol continua bebiendo siempre un 45.7%.

Por otro lado con la finalidad de observar si había cambios en las participantes, entre la preevaluación y la postevaluación, la preevaluación-seguimiento1, la preevaluación-seguimiento2 y preevaluación-seguimiento 3 en quienes recibieron la intervención. Se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Tabla 11. Resultados de la prueba Wilcoxon del inventario de afrontamiento. n=18					
Condiciones	N. de casos	Media	Ds	α	Valor z
Pre-evaluación Postevaluación	18	53.61	14.73	.24	-1.15
	18	47.22	14.85		
Pre-evaluación Seguimiento 1	18	52.71	14.66	.00	-2.67
	17	37.24	11.03		
Pre-evaluación Seguimiento 2	18	52.71	14.66	.00	-2.86
	17	35.82	10.30		
Pre-evaluación Intervención- Seg. 3	18	53.61	14.73	.008	-2.643
	15	37.20	11.62		

En la **Tabla 11**, se muestran los resultados de la prueba de Wilcoxon para el inventario de afrontamiento en la condición preevaluación-postevaluación se observa un valor $z = -1.15$ con un nivel $\alpha = .249$ no significativo, en la preevaluación-seguimiento1, se observa un valor $z = -2.67$ y un nivel $\alpha = .007$ significativo. En la preevaluación-seguimiento 2 se observa un valor $z = -2.86$ y un nivel $\alpha = .004$ significativo. Y en la preevaluación-seguimiento 3 se observó un valor $z = -2.64$ con un valor $\alpha = .008$ significativo.

7.2 Medias grupales del inventario de afrontamiento de las consortes que recibieron la intervención.

En otro sentido para elaborar la calificación de éste instrumento se realiza en función a los puntajes brutos con relación a la media tanto del instrumento en su totalidad como por sus medias de acuerdo a las tres subescalas que lo componen y que son interpretadas como disfuncionales a mayor puntaje.

En la calificación del inventario de afrontamiento, en la **tabla 11** puede observarse que las participantes que recibieron la intervención en la preevaluación tuvieron una $X = 53.61$, en la postevaluación alcanzaron una $X = 47.22$, en el seguimiento 1 sacaron una $X = 37.24$, en el seguimiento 2, se observó una $X = 35.82$ y en el seguimiento 3 obtuvieron una $X = 37.20$.

Afrontamiento por subescalas

Subescala	X Pre	X Post	X Seg1	X Seg2	X Seg3
Involucramiento	26.33	22.83	15.88	16.94	15.13
Tolerancia	11.33	7.28	4.18	3.24	3.67
Separación	14.33	15.78	17.16	15.65	18.40

En la **tabla 12**, se muestran las medias de cada subescala. Tales datos permiten la interpretación para la subescala “involucramiento” en la preevaluación las consortes que recibieron la intervención obtuvieron una $X= 26.33$, en post-evaluación, la $X= 22.83$, en el seguimiento 1 se observó una $X= 15.88$, en el seguimiento 2 se observó una $X= 16.94$ y en el seguimiento 3 se observó una $X=15.13$.

En la subescala de “tolerancia” las participantes que recibieron la intervención, en la preevaluación, se observó una $X=11.33$, en la postevaluación obtuvieron una $X= 7.28$, en el seguimiento 1 se observó una $X= 4.18$, en el seguimiento 2 se observó una $X= 3.24$ y en el seguimiento 3, se observó una $X=3.67$.

En la subescala “separación” las consortes que recibieron la intervención, se observó en la preevaluación una $X= 14.33$, en la postevaluación, éstas participantes obtuvieron una $X=15.78$, en el seguimiento 1 se observó una $X= 17.16$, en el seguimiento 2 se observó una $X= 15.65$ y por último en el seguimiento 3 se observó una $X=18.40$.

Condiciones	N. de casos	X	DS	α	Valor z
Probabilidad pre – post	18	110.83	25.24	.206	-1.26
	17	100.61	24.27		
Incomodidad pre – post	18	97.94	25.16	.663	-.43
	17	101.67	33.45		
Probabilidad pre- seg 1	18	110.53	25.98	.055	-1.91
	17	94.12	22.45		
Incomodidad pre – seg 1	18	99.63	23.44	.196	-1.29
	17	86.69	35.18		
Probabilidad pre – seg 2	18	110.53	25.98	.028	-2.20
	17	90.06	21.46		
Incomodidad pre – seg. 2	18	96.82	25.47	.102	-1.63
	17	79.06	29.17		
Probabilidad pre-evaluación Intervención seg.3	18	111.20	25.68	.173	-1.36
	15	100.93	26.60		
Incomodidad pre-evaluación Intervención seg.3	18	96.80	26.16	.112	-1.59
	15	82.13	37.97		

En el inventario de asertividad, la prueba Wilcoxon muestra en la subescala “grado de incomodidad” o malestar subjetivo que la persona experimentaría en cada una de las situaciones descritas, en la preevaluación-postevaluación se obtuvo un valor $z= -.43$ con un nivel de $\alpha=.663$ no significativo como se puede observar en la **Tabla 13**.

En la preevaluación-seguimiento1 en probabilidad de respuesta o la probabilidad de que la persona lleve a cabo la conducta descrita, se obtuvo un valor $z= -1.91$ con un nivel $\alpha=.055$

significativo. En “grado de incomodidad” en la preevaluación-seguimiento 1, se obtuvo un valor $z = -1.29$ con un nivel de $\alpha = .196$ no significativo.

En “probabilidad de respuesta” en la preevaluación-seguimiento 2 se obtuvo un valor $z = -2.20$ con un nivel $\alpha = .028$ significativo. En grado de incomodidad, en la preevaluación-seguimiento 2 se obtuvo un valor $z = -1.63$ con un nivel $\alpha = .102$ no significativo.

En la subescala “grado de incomodidad” o malestar subjetivo que la persona experimentaría en cada una de las situaciones descritas en la escala, al hacer la comparación preevaluación-seguimiento 3, en las participantes que recibieron la intervención se observó un valor $z = -1.59$ y un valor $\alpha = .112$ no significativo.

También en la **tabla 13** se presentan los datos de la prueba de Wilcoxon para la subescala “probabilidad de respuesta” o la probabilidad de que la persona lleve a cabo las conductas descritas en la subescala; de las participantes que recibieron la intervención en la condición preevaluación-seguimiento 3, se observó un valor $z = -1.36$ y un valor $\alpha = .173$ no significativo.

7.3 Medias grupales del instrumento de asertividad. Grupo de consortes que recibió la intervención.

Para calificar este instrumento, se consideran los puntajes brutos, en relación a la media o por puntajes T para cada subescala y para el presente trabajo se tomaron como puntajes de interpretación los obtenidos en su calificación bruta, y después se combinaron las calificaciones de ambas subescalas para interpretar si se es asertivo o no. De esta manera para considerarse asertivo, se integran las calificaciones de las dos subescalas esperando obtener grado de incomodidad bajo, y probabilidad de respuesta alta, para no experimentar incomodidad y actuar asertivamente.

En la **tabla 13**, puede observarse que las participantes en “probabilidad de respuesta” alcanzan una $X = 110.83$ en preevaluación, en la postevaluación obtienen una $X = 100.61$, en el seguimiento 1, $X = 94.12$, en el seguimiento 2, $X = 90.06$ y en el seguimiento 3 una $X = 100.93$.

En preevaluación en “grado de incomodidad” el grupo obtiene una $X = 97.94$, en la postevaluación obtuvo una $X = 101.67$, en el seguimiento 1 logran una $X = 86.69$, en el seguimiento 2, $X = 79.06$ y en el seguimiento 3 alcanzan una $X = 82.13$.

Tabla 14. Resultados de la prueba Wilcoxon del inventario de autoestima.					
Condiciones	N. de casos	X	Ds	α	Valor z
Preevaluación Postevaluación	18	14.39	4.85	.887	-.14
	18	14.78	5.59		
Preevaluación Seguimiento 1	18	14.35	5.00	.004	-2.91
	17	20.65	3.74		
Preevaluación Seguimiento 2	18	14.35	4.17	.004	-2.89
	17	20.18	5.00		
Preevaluación	18	14.39	4.85	.002	-3.04
Intervención-Seguimiento 3	15	20.40	4.19		

En la **tabla 14** se observan los resultados obtenidos de la prueba de Wilcoxon para el inventario de autoestima en la preevaluación-postevaluación se obtuvo un valor $z = -.14$ con un nivel $\alpha = .887$, no significativo.

En la preevaluación-seguimiento 1 se obtuvo un valor $z = -2.91$ con un nivel $\alpha = .004$, significativo. En la preevaluación-seguimiento 2 se obtuvo un valor $z = -2.89$ con un nivel $\alpha = .004$, significativo.

En esta misma tabla pueden verse los resultados de la prueba de Wilcoxon, para la escala de autoestima; de las participantes que recibieron la intervención en la condición preevaluación-seguimiento 3, obteniendo un puntaje $z = -3.04$ y un nivel $\alpha = .002$ significativo.

Tabla 15. Percentil inventario autoestima. Grupo que recibió la intervención cognitivo-conductual

Percentil	Pre	Frec	Post	FREC	Seg1	Frec	Seg2	Frec	Seg3	Frec
25	10.75	4	10.00	7	19.50	4	19.00	5	18.00	4
50	15.50	5	15.50	2	22.00	7	22.00	6	22.00	4
75	19.00	6	20.00	7	23.5	2	23.00	3	23.00	4
100	23.00	3	24.00	2	24.00	4	24.00	3	25.00	3

En la **tabla 15**, se muestra el percentil obtenido por el grupo de consortes que recibió la intervención, en el inventario de autoestima, se observó en la preevaluación que el grupo estuvo dentro del percentil 25; en la postevaluación se observó que se ubicaban dentro del mismo percentil 25; en la condición de seguimiento 1, se percató que el grupo se situó en el percentil 50, para la condición de seguimiento 2 y 3, el grupo se encontró en el percentil 75.

Tabla 16. Percentil del inventario de autoestima de las consortes desertoras, depresivas, consumidoras de alcohol y que cambiaron de domicilio. n=17. Con seguimiento a dos años.

Percentil	Preevaluación	Frecuencias	Seguimiento	Frecuencias
25	5.50	4	10.00	8
50	12.00	6	15.00	5
75	17.00	4	20.00	3
100	21.00	1	25.00	1

En la **tabla 16** se muestran los percentiles obtenidos por el grupo de consortes, desertoras, consumidoras de alcohol, depresivas y que cambiaron de domicilio, observándose en la preevaluación el encontrarse en el percentil 50 y en el seguimiento a dos años se ubicaron en el percentil 25, es decir con baja autoestima.

Tabla 17 Esposas que desertaron, cambiaron de domicilio, bebedoras y depresivas. Preevaluación y seguimiento a dos años.

Condiciones	N. de casos	X	DS
Afrontamiento, preevaluación, desertaron	8	47.63	9.211
Afrontamiento, seguimiento, desertaron	8	57.00	12.036
Afrontamiento, preevaluación, depresivas	3	47.67	24.028
Afrontamiento, seguimiento, depresivas	3	59.00	19.975
Afrontamiento, preevaluación, cambio de domicilio	3	47.33	18.717
Afrontamiento, seguimiento, cambio de domicilio	3	50.33	11.372
Afrontamiento, preevaluación, bebedoras	3	57.00	3.606
Afrontamiento, seguimiento, bebedoras	3	34.00	27.713

Continuación. Tabla 17 Esposas que desertaron, cambiaron de domicilio, bebedoras y depresivas. Preevaluación y seguimiento a dos años.			
Condiciones	N. de casos	X	DS
Asertividad, Incomodidad, preevaluación, desertaron	8	111.38	20.996
Asertividad, Incomodidad, seguimiento, desertaron	8	124.50	18.670
Asertividad, Incomodidad, preevaluación, depresivas	3	100.00	10.817
Asertividad, Incomodidad, seguimiento, depresivas	3	94.00	22.539
Asertividad, Incomodidad, preevaluación, cambio de domicilio	3	108.00	21.166
Asertividad, Incomodidad, seguimiento, cambio de domicilio	3	124.00	20.075
Asertividad, Incomodidad, preevaluación, bebedoras	3	123.67	37.448
Asertividad, Incomodidad, seguimiento, bebedoras	3	120.00	50.000
Asertividad, Probabilidad de respuesta, preevaluación, desertaron	3	114.50	16.835
Asertividad, Probabilidad de respuesta, seguimiento, desertaron	3	134.00	13.126
Asertividad, Probabilidad de respuesta, preevaluación, depresivas	3	115.33	10.066
Asertividad, Probabilidad de respuesta, seguimiento, depresivas	3	115.67	40.550
Asertividad, Probabilidad de respuesta, preevaluación, cambio de domicilio	3	141.00	23.302
Asertividad, Probabilidad de respuesta, seguimiento, cambio de domicilio	3	147.33	19.218
Asertividad, Probabilidad de respuesta, preevaluación, bebedoras	3	124.33	20.793
Asertividad, Probabilidad de respuesta, seguimiento, bebedoras	3	132.67	22.942
Autoestima, preevaluación, desertaron	8	12.38	6.391
Autoestima, seguimiento, desertaron	8	14.88	5.718
Autoestima, preevaluación, depresivas	3	14.00	4.359
Autoestima, seguimiento, depresivas	3	19.00	5.292
Autoestima, preevaluación, cambio de domicilio	3	9.67	9.504
Autoestima, seguimiento, cambio de domicilio	3	9.67	7.024
Autoestima, preevaluación, bebedoras	3	9.33	3.215
Autoestima, seguimiento, bebedoras	3	12.67	10.599

En la **tabla 17** se muestran las medias grupales, obtenidas en los tres instrumentos aplicados, en preevaluación y seguimiento a dos años, de las consortes desertoras, que cambiaron de domicilio, bebedoras y con depresión mayor.

En afrontamiento, las que desertaron, en la preevaluación, obtuvieron una $X=47.63$ y en el seguimiento una $X=57.00$. Las detectadas con depresión mayor, obtuvieron una $X=47.67$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=59.00$. Las que cambiaron de domicilio obtuvieron una $X=47.33$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=50.33$ y las consumidoras de alcohol obtuvieron una $X=57.00$ y en el seguimiento obtuvieron una $X=34.00$.

En asertividad, en la subescala de incomodidad, las que desertaron, en la preevaluación, obtuvieron una $X=111.38$ y en el seguimiento obtuvieron una $X=124.50$. Las detectadas con depresión mayor, obtuvieron una $X=100.00$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=94.00$. Las que cambiaron de domicilio obtuvieron una $X=108.00$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=124.00$ y las consumidoras de alcohol obtuvieron una $X=123.67$ y en el seguimiento obtuvieron una $X=120.00$.

Continuando con asertividad, en la subescala de probabilidad de respuesta, las que desertaron, en la preevaluación, obtuvieron una $X=114.50$ y en el seguimiento obtuvieron una $X=134.00$. Las detectadas con depresión mayor, obtuvieron una $X=115.33$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=115.67$. Las que cambiaron de domicilio obtuvieron una $X=141.00$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=147.33$ y las consumidoras de alcohol obtuvieron una $X=124.33$ y en el seguimiento obtuvieron una $X=132.67$.

En autoestima, las que desertaron, en la preevaluación, obtuvieron una $X=12.38$ y en el seguimiento una $X=14.88$. Las detectadas con depresión mayor, obtuvieron una $X=14.00$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=19.00$. Las que cambiaron de domicilio obtuvieron una $X=9.67$ en la preevaluación y en el seguimiento obtuvieron una $X=9.67$ y las consumidoras de alcohol obtuvieron una $X=9.33$ y en el seguimiento obtuvieron una $X=12.67$.

Tabla 18. EVALUACION DEL PROGRAMA						
Nº Pregunta	Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	Total
1. ¿Fueron útiles los ejercicios empleados, en la adquisición de habilidades asertivas, de afrontamiento y en la autoestima de usted de manera?	8 44.44 %	10 55.56 %	0 0%	0 0%	0 0%	18
2. ¿Cómo calificaría al programa de intervención?	4 22.22%	14 77.78 %	0 0%	0 0%	0 0%	18
5. ¿Los conceptos fueron claros y aplicables de manera?	5 27.8 %	12 66.7%	1 5.6%	0 0%	0 0%	18
6. Los logros y beneficios que adquirió a partir del programa fueron:	8 44.44 %	10 55.56 %	0 0%	0 0%	0 0%	18
7. Se cubrieron sus expectativas o lo que esperaba del programa de intervención de forma	6 33.33 %	10 55.56 %	2 11.11 %	0 0%	0 0%	18
8. ¿Quedo satisfecha con el número de sesiones del programa de manera	9 50 %	9 50 %	0 0 %	0 0%	0 0%	18
9. ¿Le pareció adecuado el tiempo empleado para cada sesión del programa de forma	5 27.8 %	11 61.1 %	2 11.1 %	0 0%	0 0%	18
12. El material utilizado para cada uno de los temas fue de forma	5 27.8 %	13 72.2 %	0 0%	0 0%	0 0%	18

En la **tabla 18**, se muestran frecuencias y porcentajes de si les fueron útiles los ejercicios empleados en la adquisición de habilidades en autoestima, afrontamiento y asertividad, 44.44 % de las esposas reportaron que fueron excelentes y 55.56% informaron que fueron buenos. Así como, las frecuencias y porcentajes de la pregunta cómo calificarían las participantes al programa de intervención; 22.22% de las consortes lo calificaría como excelente y 77.78% lo calificaría como bueno. En tanto que para la pregunta con respecto a la claridad de los conceptos; el 50% reportó que fueron aplicables de manera excelente y buena en un 50%.

Los logros y beneficios de acuerdo al programa, las consortes señalaron que fueron excelentes en un 44.44% y buenos en un 55.56%.

Así mismo se muestran las frecuencias y porcentajes, acerca de si se cubrieron sus expectativas o lo que esperaba del programa de intervención de forma excelente, reportó el 33.33% de las participantes, 55.56% sus expectativas se cubrieron de buena manera.

Mientras que para la pregunta sobre la manera en que quedaron satisfechas con el número de sesiones; reportando el 61.1% de las participantes que fue buena y para el 33.1% de manera regular.

En relación al tiempo empleado para cada sesión y su parecer; la respuesta a la pregunta número 9 presenta frecuencias y porcentajes; el 33.33% reportó que le pareció excelente y al 61.1% le pareció bueno.

TABLA 19. Pregunta N° 3	Afrontamiento	Autoestima	Asertividad	Total
3. ¿Cuáles fueron los temas que le quedaron más claros?	5 27.8 %	6 33.3 %	7 38.9 %	18

Al 33% de las participantes le quedó más claro lo relacionado con afrontamiento, al 55.56% le pareció lo relacionado con autoestima y al 11% le pareció lo asociado a la asertividad.

TABLA 20. Pregunta. N° 4. ¿Qué observaciones le haría al programa?			
Recibir entrenamiento en relación de pareja	Aumentar número de sesiones	Entrenamiento para cuando establezcan relaciones con el hombre, identificar maltrato psicológico, conflictos en la expresión de sus afectos, confusión de roles y miedo al compromiso.	Total
6 33.33 %	10 55.56 %	2 11.11 %	18 100%

En observaciones al programa, propusieron el 33.33% recibir un entrenamiento en relación de pareja; el 55.56% aumentar 3 sesiones más a lo relacionado con autoestima y el 11.11% pidió el entrenarse cuando establezcan relaciones con el hombre, el identificar maltrato psicológico, cuando el hombre tiene conflictos con el manejo y expresión de sus sentimientos y no puede proporcionar afecto y esté en búsqueda de una mamá y con miedo al compromiso.

TABLA 21. Pregunta N° 10.	Si	No	Total
10. ¿Recomendaría nuevamente este programa?	18 100 %	0 %	18

En torno a la información proporcionada completa y comprensible sobre cada uno de los temas abordados de forma; muy satisfactoria para el 61.1% de las participantes.

TABLA 22. Pregunta N° 11	Muy satisfactoria	Satisfactoria	Parcialmente satisfactoria	Total
11. ¿La información proporcionada fue completa y comprensible para cada uno de los temas abordados?	8 44.4 %	8 44.4 %	2 11.1 %	18 100%

La recomendación del programa por las participantes, fue del 100% con un si.

7.4 RESULTADOS CUALITATIVOS

Por otro lado, en la sesión introductoria se realizan las actividades programadas y ante la pregunta realizada por el facilitador, “que les gustaría que pasara”. Responden las participantes: “me gustaría que dejara de beber; ya no quiero sentirme así, mal emocionalmente, dejarlo”.

En la sesión 2, ante el planteamiento como se satisfacen las necesidades emocionales, psicológicas, intelectuales y físicas en cada uno de los miembros de la pareja y las formas como ha afrontado la participante el consumo de alcohol de su pareja. El grupo de participantes, reconoce que sus necesidades emocionales no son cubiertas en su relación de pareja, por tanto, el refugio para éstas son sus hijos para llenar el vacío que sienten.

Sus necesidades físicas, las asocian con el trabajo y las labores domésticas y no con la realización de ejercicio u otra actividad porque su pareja no se lo permite. También, hacen mención sobre sus relaciones sexuales, señalando que tal actividad ocurre ocasionalmente, debido a las situaciones de conflicto y discusiones con su pareja.

Sobre como se cubren las necesidades psicológicas, el grupo de participantes describe sentimientos de enojo, tristeza, desilusión, resentimiento, dolor, por no estar satisfechas estas necesidades, porque perciben a sus parejas distantes, que son necesitadas por ellos más no son queridas por éstos.

Por otro lado, señalan que la forma usual de hacer frente a la situación del consumo de alcohol por su pareja era evitándolo, negándolo, enojándose, controlándolo, chantajeándolo y resintiéndose.

En su reflexión, proponen opciones para modificar muchas de estas situaciones como “darse espacio para hacer cosas en su provecho como, hacer ejercicio, ir a bailar, retomar estudios, hacer nuevas amistades, mejorar laboralmente, asesorarse legalmente, etcétera, y ya no seguir girando alrededor de la vida del bebedor problema”

Con el ejercicio “para poder centrarnos y saber en que consiste realmente un problema” identificando el lugar, situación, como afrontaban el problema y lo que buscarían modificar de su conducta. Contestaron que sus problemas ocurrían con su pareja no sólo por su forma de beber sino por su forma de ser como persona, considerando lo que piensan los demás, temiendo al ridículo o que se les malinterprete al considerarse poco asertivas y agresivas, utilizando la agresión desplazada hacia sus hijos.

La forma como lo afrontan, es evitar la confrontación, no diciendo nada pese a sus molestias, además de evitar las situaciones problemáticas aparentar indiferencia, con temor a ser agredidas física y psicológicamente por el consumidor.

Y como objetivo a seguir proponen, valorarse más a sí mismas y poder solucionar problemas sin ser agresivas, no permitir seguir siendo utilizadas y que abusen de ellas. Opinan que existe una lucha de poder con el consumidor y que también es importante no seguir enganchadas a tal dinámica. Consideran que es importante mejorar la relación con sus hijos y no depositar en ellos sus frustraciones.

Esperan que sus parejas cambien a partir de nuevas actitudes en ellas.

En la tercera sesión, las esposas reflexionan en torno a acontecimientos desencadenantes de conflictos, naturaleza y mecanismos más frecuentes en el afrontamiento de los conflictos con su pareja.

Cuando se trabaja con el manual de afrontamiento y se aborda la confrontación, manifiestan como hechos el consumo de alcohol, muestran comportamientos de rechazo, identifican sentimientos de coraje, impotencia, desesperanza, desprotección, dolor, frustración, enojo, compasión, lástima, se sienten incapaces, tontas, confusión, pena consigo mismas, odio, soledad y miedo.

Sus pensamientos fueron que no valía la pena discutir con un consumidor, que no pone de su parte; pensaron en establecer un diálogo consigo mismas con verbalizaciones como: “ya cállate”; “siempre contesta de mal modo, no tiene sentido hablar”, “pienso dejarlo pero no me animo”, “reclamarle, pero no lo hago”, “pienso en tomar, la decisión de un divorcio”, “que diría la familia si lo dejo”, “me divorcio, dejar a mis hijos sin padre....”

El grupo de participantes utiliza el estilo evitador de problemas y reportan no afrontarlos por sentimientos de miedo, por temor a que se enoje el consumidor, que no le dirija la palabra y ser ignorada por él.

También, estas esposas, utilizaban un estilo evasivo, negador, ignorándolo “involucraba mis emociones como el enojo, la tristeza, la compasión, el resentimiento, la culpa”, “había discusiones cuando llegaba tomado, aunque me hiciera la dormida, terminábamos peleando”.

Situaciones que son señaladas como importantes de considerar, que al estar en un conflicto con el consumo de alcohol, el no afrontarlo clara, abierta y directamente, pareciera que les hizo creer que evitar los problemas era la forma de resolver conflictos.

Además, responden: “Bueno, es que me paralizaba”, “bueno, él se volvía más espléndido y cariñoso”, “yo entraba en un miedo”.

La pauta es que en estado sobrio pueden abordar la situación, consideran que si permiten que sus emociones las dominen o depender de acuerdo a las respuestas que manifiesta su pareja, es alimentar la dependencia emocional. La terapeuta hace la observación de tener presente que el otro tiene derecho a mostrar sus sentimientos y que ellas no tienen que engancharse a los sentimientos de sus compañeros.

Las participantes señalan:

“Quiero aprender a manejar mi miedo, mi enojo, mi soledad y estas formas de afrontar que no me funcionan”.

De esta manera se les hace el señalamiento que es muy importante considerar los tres estilos que tiene que fortalecer: el independiente, es decir, (pensar en que estoy haciendo de mi vida, hacia donde voy y que quiero).

El estilo asertivo.- es decir, aprender a ser clara, abierta y directa, manifestando lo que sienten, piensan y quieren sin agredir al otro.

Y apoyador.- es decir, apoyar un tratamiento integral para su pareja, considerando centros de tratamiento donde pueden ayudar al bebedor problema, con medicina, psiquiatría y psicología, y considerar lo que han aprendido con su experiencia, como darse cuenta que no lograron rescatarlos, salvarlos o cambiarlos y por lo tanto no pueden seguir siendo las psicólogas, mamás, enfermeras o cómplices de la situación.

Manejo del conflicto

Cuando se aborda esta área, las participantes se identifican con sentimientos negativos, es decir, con desconfianza, desprecio, resentimiento, temor y rechazo que son desencadenadores, básicamente, ante los problemas interpersonales con su pareja regidas por barreras opositoras, no sintiéndose con ánimo para resolver frontalmente los conflictos no sólo entorno al consumo de alcohol de su pareja, sino de la relación en sí misma.

La naturaleza del conflicto la perciben como cíclica ya que se rigen por la culpa, seducción, sadismo-masoquismo, que las hace permanecer en “más de lo mismo” y tienden a un escalamiento, ya que se ha tornado cada vez más conflictiva la relación.

Asimismo, se identifican con el retraimiento; agresión directa o agresión desplazada hacia los hijos dificultándoseles una solución de compromiso y la resolución del problema, es decir, no se buscan metas alternas, también en este mismo sentido observan que son frecuentes las contradicciones donde no hay coherencia entre lo que se dice y se actúa en la relación.

Para defenderse de la amenaza, utilizan la huida, la distracción, sin emplear la expresión del yo, haciéndole el juego a tal amenaza, inventando excusas, tratando de controlar el problema de consumo de alcohol de su pareja, sin lograr efectos positivos. Cerrándose así la comunicación, surgiendo un desacuerdo sobre las metas, métodos, estrategias y procedimientos, provocando que la relación se deteriore.

Se les enfatiza a las participantes, la importancia de considerar la resolución de los problemas y conectar lo que piensan con lo que sienten.

Consumo de alcohol, familia y afrontamiento

Las participantes verbalizan ver proyectada a su familia en la película “escoria humana”, “la forma en que los alcohólicos utilizan mecanismos de escudo de protección y su falta de compromiso, usualmente, primero emplea el maltrato para que no se le confronte y asuma la responsabilidad que les corresponde compensándolo con la culpa; comportándose seductor, utilizador, manipulador y chantajista como respuestas, que se siguen manteniendo aunque no consuma alcohol”.

También las participantes, observan síntomas en sus hijos “a los 8 años empezó a hacerse popo y siguió hasta la adolescencia”, “mi hijo empezó a tomar dinero como a los 12 años y lo negaba”, “mi hijo grande se hizo adicto también”, “mi hijo lleva materias reprobadas en la

escuela”, “es muy frecuente que me citen en la escuela por problemas de comportamiento en mi hijo”.

Señalan no haberse dado cuenta que por estar viendo al consumidor y vivir a través de él; sus hijos estaban siendo descuidados, abandonados y desprotegidos también por ellas.

“Ahora me doy cuenta que les hice más daño a mis hijos”, “con una autoridad impositiva, dominante, agresiva” y de “mi parte ausente o muy flexible en esa autoridad”.

“A mis hijos les cuesta trabajo convivir, pero a mí también me es difícil la convivencia con ellos y utilizaba la agresión desplazada”, “aunque ya no se da en este momento el consumo de alcohol, de todos modos no se ha hablado de lo que implicó el consumo de alcohol, del dolor, del miedo, de la tristeza y tampoco se ha replanteado la comunicación, límites, normas, valores, papeles”, “no se habló de lo que cada uno sentimos cuando el se fue”, “a veces les digo que ellos tienen la culpa porque no me han pedido que lo deje, que pobrecito de mi papá”, “además, la angustia me hace gritar y salirme de control de mí misma”.

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario realizar un reencuadre de todos estos aspectos como los límites, valores, normas, manejo de la autoridad positiva, cuidados, atenciones, manejo del afecto hacia los hijos, apoyo y orientación. Manifestando reflexiones como, “que los hijos necesitan afecto, no cosas”, “yo estaba siendo muy pasiva y el siempre se mostraba evasivo, agresivo, distante, manipulador, controlador, chantajista, sometedor, dominante y demandante y queriendo tener una autoridad moral que no tiene... ”.

Así, la película da la pauta para hacer contacto con situaciones muy importantes al darse cuenta como se involucraba a los hijos en el conflicto de pareja y dar pauta al reacomodo y clarificación de roles, con verbalizaciones de las participantes, como. “Si bien es cierto que hay cosas que en nuestra relación de pareja no están funcionando, además del consumo de alcohol, ya no tienes que encargarte de rescatar, cuidar, proteger o hacerla de papá con uno de nosotros”, es decir “clarificar la posición parental”, “ siento que incluso me está ayudando a darme cuenta que realmente ya no me interesa como persona, ni como hombre y entiendo mi codependencia”, “yo quiero ser una mujer sana y lo voy a lograr; ya me metí en la cabeza eso y ya no quiero sufrir”, “siento tristeza porque vivimos con los ojos cerrados por el miedo y la falta de afecto”, “queriendo rescatar a otro de su problema con el alcohol y ya vimos que no se puede”.

En cuanto a las alianzas, las participantes verbalizan, “ya no seguir permitiendo que los hijos participen en el juego, pues vemos que definitivamente, él necesita tratamiento”, “y esto ha creado también en nuestros hijos no sólo síntomas, sino también mucho enojo, tristeza, miedo, resentimiento, dolor y desilusión, por tener una familia así”, “y que algunos de nuestros hijos terminan repitiendo lo mismo”, “yo me casé con un alcohólico, porque también mi padre lo era, yo no conocí el amor y por eso permitía muchas cosas”. Los límites eran difusos “no se tenía claridad, por ejemplo, en horarios, tareas de cada uno de nosotros, cada cual hacía lo que se le pegaba la gana, no había hora de llegada”, con confusión de roles “en lugar de ser la pareja, soy la mamá del bebedor” y el esposo “no tiene claridad en el papel de papá, de pareja y no sabe lo que quiere como persona”.

Las participantes detectan una comunicación indirecta y no clara, abierta y directa. “Yo le digo a mi hijo ve y dile a tu papá... o me quejo con mi hijo, sobre él y no me daba cuenta”,

“ahora veo que mis hijos necesitan orientación apoyo, guía”, “ahora veo que es muy importante la expresión del afecto”.

Se hace la observación de que importa mucho proveer herramientas a los hijos para que no sean consumidores, no se relacionen con parejas consumidoras y que su proceso también pueda ayudar para que distingan a una madre independiente emocional y económicamente, segura de sí misma, autónoma, que pone límites, que puede ejercer una autoridad no dominante o muy flexible y convivir con sus hijos sin depositar su frustración en ellos.

Tener en consideración la convivencia, supervisión, normas, cuidados, atención, expresión y manejo de sus afectos, con comunicación clara, abierta y directa, con claridad en los papeles. De esta manera, las participantes señalan: “Tuve la capacidad gracias a Dios, de poder decir todas esas cosas que nos está diciendo, yo le dije qué como demandaba respeto, si no lo sabía dar y le dije que en un momento dado que no nada más era la presencia del papá que da cosas, sino la convivencia, el compartir las tareas, cuidados que donde estaban... que de alguna manera no tenía ningún derecho a seguir peleándome, tuve la capacidad de decirle cosas ya sin agresión, que antes me tragué por miedo, por miedo a que se enojara, por miedo a su venganza, a que me dejara sin dinero, a que se largara y me dejara”.

“Me estoy dando cuenta que yo no tengo ninguna necesidad de seguirlo soportando y que no me angustiara más”, “muchas veces me callé por no tener más problemas, en un momento dado siempre pensé que la familia tenía que estar completa, pero con un papá así ya no pienso lo mismo”, “si ya se dio la oportunidad de reconocer ese velo, ya lo desenmascaré, diciéndole eres una persona irresponsable, que agarra el dinero y hay que llamarlo por su nombre, entonces el día de hoy yo le digo al bebedor, ya no me vengas a hablar de moral, no me vengas a pedir respeto, y sentí como una liberación”.

Juego de roles y análisis instrumental del manejo de comportamientos individuales

El grupo reporta que las dominaba el miedo, sobretodo la angustia cuando se alcoholizaba, “ahora que lo veo, él siente que puede todo, pero la realidad es que no, el tiene mucha inseguridad, también miedo y sentimientos de inferioridad y aparenta ser bueno, pero en realidad le ganan los sentimientos de culpa”, “yo si fui agresiva o también me quedaba paralizada”.

Facilitador.- ¿Qué sienten?

Participantes.- “Reviví el momento”, “coraje, porque de alguna manera como que uno no tiene esa necesidad de vivirlo y lo vive, también me sentí bloqueada”.

Facilitador.- ¿Qué mecanismos de afrontamiento están presentes?

Participantes.- “la evasión, confrontación, emocional, negación, justificación”.

Facilitador.- ¿Qué les hace sentir haber utilizado esos mecanismos?

Participantes.- “Me hace sentir infelicidad”, “a veces con esa necesidad de querer botar todo y desaparecer”, “me dejaba seducir”.

Facilitador.- Lo importante es que se dan cuenta del juego establecido de seducción que les permite cuestionarlo y me imagino que se preguntan qué quieren ahora.

En sus auto-registros, el grupo reportó dedicar buena parte de la semana al trabajo, realizar poco ejercicio y tener poca diversión, limitándose ésta a los fines de semana, debido al

trabajo en casa. Declaran no descansar lo suficiente y que su sueño no es reparador. Con actividad sexual muy reducida.

Ellas desearían: Tener una buena relación de pareja, ya sea mejorando la actual o iniciando otra con una persona diferente, relacionarse más con los amigos y en especial con los hijos, realizar ejercicio, recibir una mejor remuneración, mejorar su puesto incluso estudiar y superarse.

Durante la revisión del manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y drogas, señalan identificarse con todos esos estilos que se señalaron en dicho material, siendo los menos utilizados el mostrarse independientes, asertivos y apoyo al tratamiento de la pareja, situación que permite distribuir un directorio de instituciones para apoyo al tratamiento de su pareja y grupos de autoayuda. La dinámica de grupo, favorece el reforzamiento de utilizar sobre todo los tres últimos estilos.

Manejo de la codependencia

La esposa identifica un rol que no percibía, empezó a asumir ante el consumo de alcohol, “el rol de mamá, exactamente porque lo tenía que cuidar, decirle lo que tenía que hacer, las cosas que no estaban bien”.

Facilitador.- ¿Qué sentimientos evocan en ustedes el verse en la posición de mamá de sus parejas?

Participantes.- “El mecanismo de alcohol hace que se desacomoden las cosas de tal manera que el consumidor se sale de la relación para con los hijos y con la esposa, y sin querer la esposa empieza a girar alrededor del problema de él, y por lo tanto, su papel y el mío se van perdiendo”, “ahora me doy cuenta que sigo en lo mismo”

Facilitador.- ¿Quieren seguir teniendo ese papel?

Participantes.- “yo ya no quiero, me deja así... pensando”.

Facilitador.- ¿Se dan cuenta que una relación plena de pareja no la hay?

“Si solo hay poder, dependencia, competencia, rivalidad, manipulación y chantaje”.

Facilitador.- ¿Y no han aprendido a defenderse?

Participantes.- “Pues no, porque de alguna manera así siempre hemos vivido”.

“¿Cómo ha sido posible que durante tanto tiempo haya permitido ser maltratada psicológicamente?”, “entramos en el haber quien puede más”, “girábamos exactamente alrededor de él, viviendo a través de él y eso tiene que cambiar”.

Ideas y conductas irracionales

El grupo concluyó que no se cubrían sus objetivos con esa forma de pensar negativamente, identificando sentimientos negativos y comportamientos no coherentes.

Al realizar el análisis de sus reflexiones, manifiestan situaciones problemáticas que se repiten continuamente con su pareja, produciéndoles sentimientos de coraje, depresión e impotencia.

Ante las preguntas: ¿Este pensamiento me ayuda a proteger mi vida, me ayuda a conseguir lo que quiero, me ayuda a sentirme como me quiero sentir, me evita problemas con los

demás? Dan respuestas negativas, situación que permite a las esposas ubicar ideas y conductas irracionales.

De la lista de ideas irracionales de Ellis, las identifican como respuestas usuales en ellas, así como el considerar que tienen hábitos de pensamiento irracional como mentirse a sí mismas, negar la realidad, han funcionado con base a etiquetas subjetivas de sí mismas considerándose como inútiles, incapaces, desvalidas, desamparadas y desprotegidas.

Generalizan sus ideas irracionales a todos los ámbitos de sus relaciones interpersonales, usualmente se rigen por los sentimientos de culpa, ya que en general decían si a todo y empezar a decir no les evoca culpa, se han sentido confundidas en como actuar ante el consumo de alcohol de su pareja confundándose con ser responsable entorno a tal situación.

Facilitador.- ¿Es necesario para un ser humano ser querido y aceptado por todo el mundo?

Participantes.- “Creía que así tenía que ser”, “vivía queriendo ser reconocida, querida por alguien, aprobada y valorada”, “siempre me importaba lo que los demás dijeran de mí”.

Facilitador.- Uno tiene que ser muy competente y saber resolver todo.

Participantes.- “Sí, eso me pasa”.

Facilitador.- También pareciera que es una forma de tener bajo control y compensar además su baja autoestima.

Participantes.- “Sí, porque así nos enseñaron nuestras mamás, abuelas, tías...”

Facilitador.- ¿Hay gente mala y despreciable que no debería existir?

Participantes.- “Eso siento por mi pareja”.

Facilitador.- Es horrible que las cosas no salgan de la misma forma que a una misma le gustaría.

Participantes.- “Si me afecta y me hace sentir terrible, me gustaría que fueran como yo quisiera”.

Facilitador.- ¿La desgracia humana es debida a causas externas?

Participantes.- “Si me llega a pasar eso, es una lucha que tengo, yo fui violada y eso no se me olvida”, “yo viví abuso sexual y eso me sigue afectando”, “como me trataron mis padres, también me hizo creer que tenía que sufrir”.

Facilitador.- ¿Siempre se necesita de alguien más fuerte?

Participantes.- “A veces si y a veces no” “Tengo que aprender a no sentir que necesito a otro”.

Facilitador.- ¿Un suceso pasado es determinante para la conducta y continuará afectándome?

Participantes.- “Creo que hay cosas que aún no he resuelto y me van a seguir afectando o que tengo conductas que derivan de eso”, “Antes así era, pero ahora lo veo diferente”.

“Mi esposo es igual que mi papá, el me golpeaba, era alcohólico, a mi mamá también la golpeaba y también siempre discutían, no daba para el gasto pero si tenía para sus amigos, una vez hasta sacó mis zapatos nuevos para venderlos”.

Facilitador.-Entonces no conocieron el amor y pareciera que han estado por dependencia emocional, por miedo a la soledad, están juntos por necesitarse, más no por quererse.

Participantes.- “Sí”, “Nos duele aceptar que no conocimos el amor” “me da miedo y también por eso me he aguantado tanto”, “hubo muchas carencias con un padre alcohólico”.

Facilitador.- ¿Cuáles serían algunas soluciones?

Participantes.- “quiero hacer mi vida”, “ir poco a poco, paso a paso enfrentar situaciones nuevas, que me ponga metas”, “lo que me hace pensar, es que él ya se divorció de mí desde hace mucho tiempo, la que no entiendo soy yo, pues vivo enganchada a la persona”.

Facilitador.- ¿Qué siente?

Participantes.- “Frustración, de la patada, justificándolo, diciéndome (si tu hubieras hecho más cosas) y te das cuenta que no es cierto, que el también tiene carencias emocionales, que no quiso responsabilidades y que si el no quiere ayuda tu no puedes hacer nada, nada...”.

“Yo me dije, (como me pude relacionar con alguien así, agresivo, alcohólico, abusivo, lejano). “Lo aprende uno como modelo”.

Facilitador.-Ahora lo que importa es trabajar ese modelo para no seguir relacionada con tal esquema.

Participantes.- “O sea en un momento si me afectó, pero finalmente hoy en día ya puedo hacer algo por mí y es lo que estoy haciendo ¿no?”.

“Ahora veo como él o yo nos refugiamos en los hijos”, “Yo creo que en una familia muy grande definitivamente hay carencias y también de madre, que yo recuerde ella no tenía tiempo para nosotros, tenía que trabajar para alimentarnos, no recuerdo un beso, jamás, ella hacía dos roles, y yo quiero ser una mujer, que no me duela nada”.

Facilitador.-Si estas cosas están muy presentes también tendrán que trabajar con su sentimiento de abandono.

Participantes.- “Sí, porque me conseguí un hombre abandonador”, “si yo creo que hay algo que uno evade y también uno abandona”.

Facilitador.-Los puntos abordados hacen ver que han predominado las ideas irracionales y la intención no es la crítica o evidenciarlas, sino que nos habla de aspectos muy significativos que tenemos que trabajar; porque si siguen con esta forma de pensar de que necesitan ser queridas y aceptadas por todos los demás es alimentar la dependencia, entonces siguen dejando el control de su persona en manos de otra. Hace ver que no tienen que seguir con la idea de ser buenas esposas, buenas madres, buenas cocineras buenas trabajadoras, etc.

Participantes.- ¿Nos pregunta que estamos sintiendo para que aprendamos a conocer nuestros sentimientos?

Facilitador.- Sí, así es. Además, también se pretende que realicen una conexión con lo que piensan y hacen.

“Yo me metí hoy en la cabeza, este hombre murió para mí, el día de hoy ya no tengo una actitud dependiente”.

Facilitador.-Quiere decir empezar a hacerse responsable de sí misma.

Participantes.- “Tú piensas que a través de él, tú vives, o sea adaptaste toda tu vida, todas tus actividades para él, alabado sea Dios”, “Nunca sabemos en que momento te va a caer el veinte”

Al hacer la pregunta sobre la repercusión del problema, las participantes respondieron “tengo problemas con él y se me hicieron cotidianos”, “nunca pensaba en ello, sólo los evitaba”.

Participantes.- “yo me quedo pensando que he estado ignorándolo”.

Facilitador.-El que lo ignore, no quiere decir que el problema deje de existir, lo estás evadiendo y el problema sigue existiendo.

Participantes.- “Yo necesito trabajar, necesito sensibilizar al otro para que vaya a tratamiento, si no quiere ir a tratamiento, lo siento pero también hay otras opciones”.

Facilitador.- ¿Cuál es su meta?

Participantes.- “Yo me voy a ir, me voy a separar de él, porque él no quiere hacer nada, pregunta qué es lo que me pasa, si antes me callaba y era incondicional”, “Antes decía sí a todo y no tenía metas”, “Me dice que si ando con alguien, porque estoy cambiando mucho”, “Que si a eso vengo aquí, a volverme una loca”, “Yo me preocupo, me molesto, me angustio”.

Facilitador.- ¿Cuándo el problema es de quien?. Es muy difícil asimilarlo.

Participantes.- “¡Igual qué con mi papá!. En mi relación veo las mismas cosas que sucedían con él, eso se debe a que estoy proyectando lo mismo que viví con mis padres. Me encuentro con un hombre explotador, abusador, utilizador, controlador, con estas cosas demuestra que no me ”.

“Recordé la sesión pasada, yo me contesté y no logre nada, porque me la pasé cuidando hermanos, durante mi juventud estuve trabajando, tuve mi niñez con carencias, tristeza, todo lo que puede haber; después me casé e igual. Mis hijos no son lo que hubiera querido, hicieron su vida con alcoholismo, drogadicción, volteo para atrás y me doy cuenta que no tengo nada, y ahora me toca a mí, ya no tengo niños chiquitos; me di cuenta que fueron 49 años tirados a la basura, por eso me tengo que poner las pilas, me voy a cambiar de casa”.

“Yo también empecé a estudiar, a entender después de la semana pasada cómo es que me mantuve en lo mismo, de alguna manera tengo que cambiar mis pensamientos a positivos, porque de cierta forma me dejé llevar por mi pareja, cómo era posible que uno le da ese poder a una persona, ponernos todo ese tiempo a estarlo cuidando, observando, a estar poniendo mi voluntad en alguien, fue un tiempo perdido que nunca me pude dar a mí; el día de hoy, me estoy dando cuenta que ese tiempo puede ser para hacer cosas más importantes, incluso ya me siento libre de mis pensamientos, de mis actitudes, definitivamente ya no tengo ansiedad como antes y es, la primera vez, que siento mi energía y desde hoy es mi decisión el cómo me siento, que si estoy en función de ti, dejo el control de mi vida en tu persona”. “A mí también me sucedió algo positivo, él hace 4 meses se enredo con una chica más joven y le puso departamento y me dije, ya solamente falta que lo envuelvas en papel celofán y que le pongas un moño, y toda la semana estuve con esa reflexión y dije, él es un alcohólico que, efectivamente, el no va a cambiar su vida de la noche a la mañana. Me hace bien desprenderme de él. Soy libre, me veo con muchas posibilidades, porque realmente todo viene en función de mí. De repente la verdad me dolió, pero estoy decidida a cambiar”.

“Como tantos años esperamos que valorar lo que hacíamos por él, pero es una mentira porque, lo único que hicimos fue hacer grandes a ese monstruito”.

Facilitador.-Bueno, son aspectos importantes que ayudan a reflexionar. Conectar sus sentimientos y revisarlos, les va permitiendo ubicar el tipo de pareja escogida y aceptar que se equivocaron en la elección de esa persona, y que es un gran aprendizaje ahora, con el trato con otras personas detectar este tipo de situaciones es más fácil y pueden cambiar estos esquemas.

Participantes.- “Y entonces, por lógica, ver la vivencia de mi madre, me lleva a cometer el mismo error de buscar una persona similar a mi padrastro, porque yo no viví con mi papá.

“Yo vivo lo mismo que mi madre vivió, falta de atención, pensé que todo eso era lo normal, cuando en realidad no lo es, de alguna manera, me doy cuenta que también es falta de comunicación, siempre había esa lucha de poder, no había forma de caminar juntos y si no se camina juntos no se va a hacer nada, lo que siento que estoy aprendiendo a diferenciar lo que un día tuve y lo que puedo tener”.

“Yo me identifico en algo, muchos años estuve con una persona así, yo tuve violación en mi infancia por un familiar y creí que al tener a esta persona, él sería mi salvador, porque mi papá igual me abandonó por el alcohol”.

Facilitador.- ¿Qué siente?

“Siento mucho coraje, me duele, porque me quedé también con un alcohólico, tantos años y fue más grave, porque tengo hijos que se drogan; ahora pienso, tú has tu vida y a mí déjame en paz”, “mi caso es muy parecido”.

Facilitador.- ¿Qué siente?

Participantes.- “Tristeza, dolor, queriendo manipular al alcohólico de mi pareja, controlarlo, chantajearlo, nunca resultó nada, me doy cuenta que no valió la pena, me siento con fuerza

suficiente para salir adelante, ya me separe de él, yo en este caso me siento feliz porque yo puedo controlar mi vida, puedo hablar y puedo ser lo más clara y directa que se puede, como dice usted”.

Facilitador.- Bien, vemos que en el grupo está predominando la conciencia de que sin querer habían repetido el modelo de la relación de pareja de sus padres y que esta situación desde ahora la pueden cambiar, no tienen que seguir el modelo de las mujeres sumisas, incondicionales, abnegadas, dedicadas al trabajo de casa, hay más alternativas diferentes, ser ustedes mismas, ver que ustedes también piensan, sienten y pueden tomar decisiones para sí mismas.

Facilitador.- Los síntomas presentes en su relación hacen ver que su relación ya no está funcionando, está deteriorada, si no es posible entenderse, comunicarse, aceptarse como personas, no pueden convivir, no pueden ser compañeros y el no quiere ir a tratamiento, así como se dieron cuenta que él no quiere cambiar, entonces ustedes tienen que empezar a tomar decisiones.

Participantes.- “Lo que pasa, es que uno no es honesto con uno mismo, yo la verdad no lo quiero, ya no quiero seguir así”.

Facilitador.- Estas situaciones las hace entender que no necesitan sufrir para vivir.

Se les señala a las participantes que es muy importante que consideren las autoafirmaciones para emplear contra el enojo, dominar sus reacciones durante la confrontación y cuales usar contra la ansiedad.

Con la técnica de autoanálisis, el terapeuta enfatiza el fortalecimiento de pensamientos objetivos, alternativas racionales y señalar las formas en que les gustaría sentirse.

Con el autoanálisis, se puede observar que es posible el entrenamiento del pensamiento, al hacer un análisis de todas las posibles soluciones.

Cuando la persona se deja llevar por sus impulsos y la tensión, nos lleva a no conseguir lo que queremos y, lo que se pretende, es que logren lo que quieren sin agresión, pero sobretodo que ninguna persona tenga el control de su persona.

Asertividad

Facilitador.- Es muy importante que no permitan que sus sentimientos sigan predominando, es decir, bloqueando lo que tienen que decir a su pareja o a sus hijos por evitar que se enojen o que las rechacen.

El grupo de participantes consideran que si bien es cierto que su vida ha sido muy difícil, merecen respeto, atención y ser escuchadas.

El grupo reconoce que tienen dificultad para negarse, ya que ha predominado el decir siempre sí a todo y han permitido, sin darse cuenta, que otros abusen de ellas.

“No me da para el gasto, pero si llega y pide de comer, ropa limpia, sexo cuando él lo desea”.

Externan que por miedo al hablar con su pareja, no podían expresar con entera libertad sus sentimientos. Experimentar culpa o incomodidad al expresar un deseo. No se atreven a reclamar algo legítimo, acumulan sentimientos hasta explotar, han dado demasiada importancia al que dirán y a la aprobación de los demás, incluso han hecho muchas cosas que en realidad no deseaban.

Manifiestan sus deseos por seguir rompiendo estas respuestas usuales en ellas, las cuales consideran que, también, la cultura ha tenido su influencia, “siempre la gente verbaliza que va a decir tu mamá, que van a decir los vecinos si...”, “tienes que aguantarte”, “esa es tu cruz”.

Reconocen dos formas usuales de actuar en interacción con sus parejas. La lucha o la huida, sin visualizar la capacidad para resolver problemas.

Reconocen la agresión y el miedo, como respuestas usuales que las lleva a ser impulsivas o a paralizarse negando así los problemas.

Cuando revisan los derechos humanos, reportan que siempre habían permitido la manipulación y el papel de juez a otras personas ajenas a ellas.

Daban razones para justificar su o el comportamiento de su pareja o de ellas mismas. Sentían la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas. No se daban el derecho a cambiar de parecer, cometer errores y decir no lo sé. Dependían de la voluntad de los demás. No se permitían actuar en contra de la lógica.

Se sentían con la responsabilidad de entender la situación de sus parejas lo que las hacía mostrarse sensibles a las necesidades de ellas, pero no considerar las propias.

La Asertividad les permite detectar respuestas usuales en ellas y sus parejas como la manipulación, el control, el chantaje, la utilización y la seducción.

Participantes.- “Me hacía la promesa de cambiar, de no volver a tomar y le creía”, “me pedía perdón y me hacía tener relaciones sexuales, llevándome flores”.

“si me decía que no me pusiera tal ropa, lo hacía”, “me decía si vas a salir llévate a uno de tus hijos, sola no sales”, “me decía tienes que cumplir con tus responsabilidades, si no quieres que busque a otra”, “por tu culpa yo bebo”.

Con el ejercicio de comunicación, observan que se les dificulta mirar a las personas de frente, si utilizan las manos lo hacen en un tono amenazante o sumiso, hablan con el mismo tono de voz o demasiado alto y reconocen que usualmente niegan sus sentimientos.

“Si me preguntan ¿estás enojada?, contesto que no, pero en el fondo sí estoy enojada”; “o me preguntan ¿por qué lloras?, por nada, no me pasa nada”.

“Si mi pareja dice, ¿quieres hablar?- Le respondo, ¿de qué quieres que hablemos si ya dijimos todo?”, “yo lo mando al carajo”, “yo le tengo mucho miedo y por eso no le digo muchas cosas”.

“Ahora que reviso el manual parece como si me hubieran retratado, todo eso me pasa, pero tengo que cambiar, ya no tengo que guardarme tantas cosas, también tengo que poner límites y callarme no me lleva a nada”.

Autoestima

El grupo de participantes en su auto evaluación y que tanto se conocen, responden que su físico no es el que les gustaría tener.

En relación con su salud, reportan sentirse mal tanto física como emocionalmente, en algunas ocasiones, asociadas al ambiente de su relación de pareja. Consideran tener capacidad suficiente para aprender, aunque a veces se sienten limitadas. Les gustaría ser más independientes tanto económica como emocionalmente de su pareja.

Refieren que este proceso les ha ayudado a quererse más, pensar más en sus necesidades y están aprendiendo a aceptarse tal cual son y manejar sus problemas con mayor control de sus emociones.

Empiezan a sentirse orgullosas de ser lo que son, (mujeres responsables, independientes).

Se están conociendo mejor por las reflexiones y están teniendo un crecimiento como personas. Consideran estar teniendo la capacidad de ver sus problemas desde otra perspectiva. El entorno familiar representa un papel muy importante dentro de este proceso.

El respeto que empiezan a sentir por ellas, es una prioridad para lograr relacionarse con las personas.

Reportan estar más conscientes de sus necesidades, expresar sus sentimientos, empezar a tener control y conciencia de sí misma, reconsiderar sus valores humanos e ir hacia el desarrollo de una madurez personal y social.

Sueñan con tener un lugar propio, poseer una familia estable y sobretodo una pareja que las ame tal como son.

Su trabajo lo realizan de buena gana, con orden, responsabilidad por ser su fuente de ingresos.

Piensan que el pasado no tiene porqué afectarles más.

Con los ejercicios realizados, las esposas creen que es importante fortalecer el éxito.

Participantes.- “bueno me hizo tomar en cuenta que el pensar en el pasado aún me evoca un poco de temor y angustia, se torna como amenazante en mi vida actual”.

Facilitador - ¿Qué aspectos importantes de su pasado los viven amenazantes?

Participantes.- Haciendo un recuento de mi relación de pareja, en realidad no encuentro muchas cosas que hayan sido agradables, al contrario hubo cosas que me lastimaron, que me dolieron. En mi infancia viví la sobreprotección.

Facilitador - ¿Por parte de quién?

Participantes.- De mi mamá, mi papá era proveedor material, más no afectivo.

Facilitador. - Esto se conecta con su autoestima, si en casa su familia de origen les enseñó a no merecer atenciones, ternura, protección, cuidados, cercanía, apoyo, seguridad, sienten culpa cuando alguien es atento y esa culpa no les permite salir del maltrato en su relación de pareja.

Participantes.- “Exactamente, sino nos damos una oportunidad diferente porque la culpa nos gana”.

Facilitador.- Esto es importante trabajarlo.

Participantes.- “Yo ya no quiero irme con la finta, porque cuando el fue a un grupo de autoayuda se dieron algunos cambios pero otra vez volvió a lo mismo, cuando yo me alejo él se acerca más. Pero después se vuelve a alejar; por eso tengo dudas, me crea culpa dejarlo”.

“Pero desgraciadamente, uno sabe la realidad y es muy difícil aceptarla, porque la soledad es muy fuerte y es lo más difícil a lo que uno se tiene que enfrentar, pero la soledad está dentro de mí, y me digo tengo que pasar y cruzar esa puerta y enfrentarme, llegar a una decisión”.

“A mí me evoca sucesos que en mi vida hicieron una mella, porque si tu analizas que el pasado no cambia, pero ¿cómo haces que ese pasado te ayude, para ser mejor día a día y transformar lo

que te pasó?, que tiene mucho que ver, lo que viví en mi familia de origen con lo que se da en la pareja y es muy real, éramos tantos y siento mucha tristeza, yo me hice indispensable, nunca provoqué problemas a nadie y eso fue lo mismo que hice con mi pareja, tratar de darle todo lo que yo más podía y para qué...”

Facilitador.- Quiere decir que tienen que asimilar, como han tenido que hacer tantas cosas para recibir el afecto de una persona, y que en esa persona que estoy depositando la esperanza, no es la persona indicada porque nunca se lo va a dar, si él está dañado, si el no se quiere, al consumir alcohol se está destruyendo, por lo tanto no puede amarla.

Participantes.- “Si, como no me sentí aceptada en la relación con mis padres, entonces me pasé la vida haciendo muchas cosas para los otros para que me dieran su aceptación, su reconocimiento, para que yo me sintiera valorada y sin darme cuenta, escojo a personas carentes y entonces sentimos que si valemos”.

“Sí, nada funcionó; además es una persona, que se une a nosotros porque también sufrió abandono, tiene soledad, tristeza y con esto nos damos en la torre”.

Facilitador.- Necesitan trabajar con proporcionarse lo que necesitan, y también trabajar con sus miedos, ya que al quedar el antecedente, me lastimaron, entonces todos me van a lastimar, por lo tanto, busco a alguien que no se me acerque demasiado, porque está el miedo a volver a ser lastimadas y es una forma de evitar el afecto.

Participantes.- “Pienso que no sé relacionarme con las personas”.

Facilitador.- Asimismo, también es importante considerar si están en una relación de dependencia emocional, que las hace abandonar cosas de ustedes y que es el momento para empezar a dejarse espacio para sí mismas. Saber de antemano que tus elecciones pueden no gustarle a algunas personas.

Participantes.- “Ahora menos que en el pasado, pero todavía quiero hacer sentir bien a otros y me olvido de mis propias necesidades”

Facilitador.- A su vez revisar que les origina culpa.

Participantes.- “Miedo a ser juzgada, rechazada o abandonada”, “cuando niñas nos enseñan a no tener derecho de sentirnos bien, a disfrutar, a ser feliz”.

Facilitador.- Evaluar las verdaderas consecuencias de su comportamiento.

“Yo me siento a gusto, estoy tranquila”.

Facilitador.- Que las personas significativas y cercanas respeten sus decisiones, ya que son capaces de enfrentar las desilusiones que provoquen sus comportamientos.

Participantes.- “Sí, aunque a veces me cuesta confiar en mis decisiones”, “lo que cuenta el día de hoy es saber cómo me siento con mis decisiones que tomo, buenas o malas pero sólo mías”.

Facilitador.- Reconsiderar un sistema de valores.

Participantes.- “Generar nuevos valores es importante para mí”, “viví valores impuestos y ya no quiero algo así”, “ya no estoy viendo a la mujer en la condición de sumisión, abnegación, dependencia económica y emocional, soy capaz de poner límites, y puedo ver que si puedo relacionarme de manera diferente con el otro y estoy defendiendo lo mío, me estoy permitiendo tener la libertad en mis manos”.

“Ahora estoy siendo capaz de decirle a mi pareja, a mi casa no llegues ni siquiera con aliento alcohólico, por favor te pido que respetes, ya te dije que el alcohol ha causado muchos destrozos, hazme el favor de irte... aquí vas a ser bien recibido cuando vengas sin alcohol”.

“Veo que tengo un trabajo, que me permite cubrir mis necesidades y hasta las de la casa”, “viví en consumo de alcohol más de 26 años, nos dejamos muchas veces y regresamos; ahora que él se fue me digo: “ni pensar en regresar a una luna de miel de 8 días y después lo mismo, ahora ya no me voy a dejar”. “Ahora veo que estoy teniendo cambios por la terapia”.

“Ya no quiero engancharme en el problema de él, como consumidor, eso que viví al inicio de la relación se acabó, y con el paso del tiempo me quería agarrar de esos momentos agradables, para no aceptar realmente el presente, la parte emocional no está cubierta con los hijos y con la propia relación de pareja, entonces me digo ahora tengo que hablar seriamente con él del compromiso y, si él no decide comprometerse, no puedo obligarlo a una situación que él no quiere asumir, porque ya es un rompimiento que se viene dando desde años atrás y ya lo que nos une es necesitarnos, así como mi propio miedo a la soledad y a conducir mi vida; culturalmente, también nos enseñan a depender de otro emocionalmente, ya me di cuenta que nos la pasamos culpándonos el uno al otro, reprochándonos, hay lejanía, no hay una buena sexualidad y todas esas cosas y entonces no tienes que esperar a que el otro decida, te va a doler, es una situación de mucha tristeza, de frustración, de desilusión, porque uno dice: tanto tiempo estuve con esta persona que sabía utilizar, seducir, hablarme a veces bonito, pero realmente no le entró, no le preocupó la relación y pues si antes estaba al lado de esa persona, ahora ya decidí terminar con eso”.

“Yo me dije ¿qué necesidad tengo de estar así?. Ya estuvo ¿no?... Yo lo permití, hasta que acudí a una ayuda profesional, fue cuando entendí porqué pasaban todas esas cosas y sí, me daba miedo estar sola, hoy lo disfruto mucho, estoy tranquila, me siento feliz y con libertad”.

“Aquí me suena un poco a que, tenemos que tener bien firme, esta idea de nuestra propia autoestima para tomar decisiones y pienso: ya no tengo que sentirme tonta, mala, ni permitir el maltrato psicológico o me traten como niña, o darle el poder a otras personas para que piensen o decidan por mí, creo que eso fue lo que empezó a ayudarme en un momento dado, a decir ya no”.

“Yo sentía, que sin un hombre ya no tenía valor y ahora me digo, no te voy a permitir ya muchas cosas, o sea poner las cosas bien claras, no te voy a permitir que me vuelvas a hacer sentir mal, ni que vuelvas a insultarme, que abuses de mí, me controles o me chantajees, no ya no “.

Procedimiento para el control de variables

- Después de haber formado el grupo, ya no se admitió a ninguna otra participante, así como las condiciones; ya que se modificaría la estructura del trabajo.
- Ninguna esposa contó con el apoyo de orientación por el área de Trabajo Social, ya que no se tendría control sobre esta variable.
- Las consortes no participaron en grupos de autoayuda.
- Los temas fueron desarrollados de acuerdo con los contenidos teóricos de apoyo estructurados propiamente dentro del proyecto.

Se dieron instrucciones específicas para la sesión grupal como:

- Hablar en primera persona (YO). No generalizar, ni filosofar, ni hablar por las demás.
- Hablar directamente a cada participante, no sólo al terapeuta.
- Hablar desde el fondo de sus emociones y pensamientos.
- Hablar de lo que esté oyendo, viendo y sintiendo en el grupo.
- Leer los mensajes de su cuerpo (sudor, temblor, rubor, etc.) y ser tan honesta y espontánea como le fuera posible.
- No mantener conversaciones ni secretar durante la sesión.
- Darse cuenta del papel que adopta con relación al grupo.
- Hablar de la forma en que las personas del grupo se rodean de significativa, tanto en su vida presente como pasada.

- Tratar de ser genuina en la interacción con los demás. Decirles como las observas, es decir, describirlas.
- Esperar a que haya períodos de silencio.
- Recordar que el crecimiento se da más rápida y profundamente en una atmósfera de confianza.
- Escuchar activamente.
- Dar a cada miembro la oportunidad de hablar. Si alguien está dominando al grupo y hablando mucho, darse cuenta de que lo estás permitiendo. Es válido decirle como te sientes a este respecto.
- La confidencialidad es extremadamente importante en el trabajo en grupo. Dejar en el grupo lo que es del grupo, la vida de cada miembro depende de esto.

Nota: A las participantes se les hizo la siguiente observación. El trabajo en grupo es una experiencia muy emotiva. Por lo tanto, emociones de dolor, ansiedad y rabia pueden aflorar después de la sesión. Esto es normal y, es común que ocurra y sí así fuere, no se detengan en solicitar apoyo al facilitador o coordinador. En la misma forma, los “Asuntos no resueltos” pueden tratarse en la siguiente sesión.

Por otro lado, al final de la intervención, se aplicó un cuestionario de evaluación del programa, haciendo hincapié en que fueran lo más sinceras posible, y sin considerar los sentimientos hacia el terapeuta, ya que de ello dependería la mejora del programa (ampliarlo, quitarle o modificarle). Tal instrumento fue aplicado por el observador grupal, con la finalidad de no inducir las respuestas de las participantes. Asimismo, a las participantes que no recibieron intervención y se encontraban en el seguimiento 3 y seguimiento a 2 años, se les hizo la observación de honestidad, sinceridad y hacer de lado sentimientos hacia el terapeuta.

Cabe mencionar, que en los anexos se presentarán los manuales modificados de acuerdo a las observaciones que surgieron en el trabajo grupal.

8. DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo general del presente estudio; evaluar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual en las habilidades asertivas, en afrontamiento y en la autoestima en consortes de bebedores problema, en modalidad grupal (ver tablas, 11, 13 y 15), las diferentes mediciones muestran como se modifican considerablemente las medias grupales en cada condición, es decir los datos muestran en la preevaluación una baja autoestima, no asertividad y un afrontamiento disfuncional.

En esta área, en la “subescala involucramiento” de este instrumento en la preevaluación se mostraron con censura hacia la naturaleza y las consecuencias del consumo, iniciar discusiones, amenazar, pérdida de control emocional y actuación impulsiva a través de agresiones verbales o físicas, éstas mismas reacciones manifestaron en la post-evaluación, en el seguimiento 1 en esta misma subescala, indicó que las conductas de control, expresión de emociones y asertividad se modifican considerablemente. En el seguimiento 2 y 3, muestran que los cambios se han mantenido. En afrontamiento, la subescala de “tolerancia”, las esposas no se muestran indiferentes, muestran acciones encaminadas a ayudar al usuario a modificar sus hábitos de consumo, en preevaluación y post-evaluación. En la subescala de “separación” muestra que las mujeres de este estudio refieren acciones, deseos o intenciones que tienden a establecer distancia física y emocional en relación con el usuario, se muestran evitadoras y poco independientes, situación también manifiesta en la post-evaluación.

En el seguimiento 1, en esta misma subescala, indica que las participantes manifiestan conductas de distancia física y emocional en relación con el usuario, pidiéndole que se vaya de casa, tienden a interesarse en el bienestar familiar e interesarse por sus propias necesidades, manteniendo esta misma situación en el seguimiento 2 y 3 (léase tabla 11), logrando una alta autoestima, o sea, su experiencia subjetiva reportada, fue haber mejorado su valía personal, conocerse a sí misma (léase tabla 15) y haber mejorado habilidades, cualidades y aceptado sus errores y estar incorporando nuevas actividades a sus vidas personales. Utilizan estrategias de afrontamiento funcional y se tornan asertivas, aunque en el seguimiento 3, no se sostienen cambios significativos; sin embargo, tienden a tener puntajes de probabilidad alta para que lleven a cabo las conductas descritas y en incomodidad sus puntajes tienden a bajar, lo cual es esperado para lograr ser asertivo.

En lo que concierne a los *objetivos específicos de la intervención*.

Enfatizar el aprendizaje, para discriminar entre las afirmaciones racionales e irracionales, llevando a cabo ejercicios de reestructuración cognitiva, examinando las dimensiones del problema, sus soluciones posibles e implementar instrumentación de alternativas; mediante el análisis de los ejercicios en el manual racional emotivo, logran reconsiderar lo irracional de sus pensamientos modificándolos (léase apartado de resultados cualitativos).

Determinar si las estrategias de afrontamiento y las habilidades asertivas le permiten afrontar y solucionar problemas asociados al consumo de alcohol de la pareja (obsérvese las tablas 11, 12 y el apartado de resultados cualitativos). Se cubren tales objetivos, los cambios se observan de manera significativa a un año y seis meses de la intervención cognitivo-conductual, como lo indican los datos con la prueba de Wilcoxon. También, obsérvese que al cuestionar al bebedor problema por parte de la consorte, el bebedor problema manifiesta una respuesta

diferente (léase la gráfica 1), 4 buscan el ser atendidos, 1 se dispone propiamente a recibir tratamiento y 1 deja de beber; también el estado civil de las consortes se ve transformado, 3 se divorcian y 6 se mantienen separadas, estas últimas manifestaron, asimismo, la visión de lograr el divorcio, por considerar que no es posible tolerar no sólo el consumo de alcohol, sino el reconocer que la relación se dañó completamente. Finalmente, nótese que, igualmente, su ocupación (tabla 8) se manifiesta con modificaciones y logros, es decir, reportaron mejoras económicas y ascensos como profesionistas.

- 1) De acuerdo a los *objetivos del estudio*, en lo que se refiere a considerar las estrategias de afrontamiento, la asertividad y autoestima (ver tablas 11, 13 y 15) de consortes que solicitaron la ayuda en fase de preevaluación (n=18, asignadas al programa de intervención y n=17, véase tablas 16 y 17 de quienes estuvieron en diferentes situaciones, es decir, de las que desertaron, cambiaron de domicilio, consumidoras de alcohol y con depresión mayor), en tales áreas:

Las consortes, en asertividad se muestran indiferentes, o sea, no actúan asertivamente, manifestando incomodidad, dificultad para hacer valer sus derechos, sin expresar lo que creen, sienten y quieren de forma directa, honesta y de manera apropiada, no respetando los derechos de otras personas.

En afrontamiento, las consortes utilizan todas las estrategias de involucramiento, tolerancia y separación, es decir, los datos indican que, ante el consumo del usuario, estas participantes se muestran indiferentes, tolerantes, no hacen nada y ayudan al usuario a modificar sus hábitos de consumo.

En autoestima, las consortes muestran baja autoestima, manifiestan un juicio personal de minusvalía expresado hacia consigo misma, por sus reportes verbales.

- 2) En *el segundo objetivo del estudio*, observar diferencias entre la preevaluación-seguimiento a dos años en las participantes que desertaron, bebedoras de alcohol, las que cambiaron de domicilio y con depresión mayor, en su autoestima, afrontamiento y asertividad (ver tablas 16 y 17) en:

Afrontamiento grupal

Las consortes se mostraron (controladoras, emocionales y poco asertivas); es decir, los datos indican que ante el consumo del usuario estas consortes se muestran indiferentes, tolerantes, no hacen nada y ayudan al usuario a modificar sus hábitos de consumo, aunque puede observarse que en el seguimiento de las consumidoras de alcohol disminuyen considerablemente estas respuestas de afrontamiento.

Asertividad grupal

En las participantes que desertaron, bebedoras de alcohol, las que cambiaron de domicilio y con depresión mayor, a dos años de seguimiento en la subescala de probabilidad de respuesta y grado de incomodidad se muestra no asertividad, es decir, manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conductas asertivas, sin actuar asertivamente.

Autoestima grupal.

En autoestima, las que desertaron, consumidoras de alcohol, quienes cambiaron de domicilio y las que se ubicaron con depresión mayor, en la preevaluación, muestran baja autoestima, presentan un juicio personal de minusvalía expresado hacia consigo misma, por sus reportes verbales. En el seguimiento a dos años sólo las que habían sido ubicadas con depresión mayor mejoraron su autoestima.

3) En *el tercer objetivo del estudio*. Las consortes que recibieron la intervención cognitivo-conductual, reportaron que les fueron útiles los ejercicios empleados en la adquisición de habilidades en autoestima, afrontamiento y asertividad; calificaron al programa de intervención como bueno. En tanto, que para la pregunta con respecto a la claridad de los conceptos, mencionaron que fueron aplicables de manera excelente y buena al evaluar el programa de intervención (obsérvese las tablas 18 a la 22).

En logros y beneficios de acuerdo al programa, las consortes señalaron que fueron excelentes y buenos.

En cuanto, a sus expectativas alcanzadas o lo que esperaban del programa de intervención, reportaron que sus expectativas se cubrieron de forma favorable.

Mientras que para la pregunta sobre la manera en que quedaron satisfechas con el número de sesiones, las consortes reportaron satisfacción.

En relación con el tiempo empleado para cada sesión y su parecer, reportaron que les pareció bien el tiempo designado para cada sesión.

A las participantes, les quedó más claro lo relacionado con afrontamiento y autoestima, no así lo asociado a la asertividad.

En observaciones al programa, propusieron recibir un entrenamiento para la relación de pareja; aumentar 3 sesiones más a lo relacionado con autoestima y entrenarse cuando establezcan relaciones con el hombre, identificando maltrato psicológico, asimismo cuando el hombre tiene conflictos con el manejo y expresión de sus sentimientos y no puede proporcionar afecto, además que esté en búsqueda de una mamá y con miedo al compromiso.

Entorno a la información proporcionada completa y comprensible sobre cada uno de los temas abordados fue de carácter muy satisfactorio para las participantes.

Como última observación, las participantes señalaron que recomendarían el programa ampliamente.

Por otro lado, en la **hipótesis 1**, de si existen diferencias significativas entre el grupo del (CENTRO COMUNITARIO, 2), y el grupo del (CAAF, 1), se observó que al pertenecer a una población homogénea, no se encontraron diferencias significativas en la aplicación de la U de Mann Whitney, en la asertividad, autoestima y afrontamiento, en la preevaluación (ver tablas, 4, 5 y 6).

En la **segunda hipótesis**, existen diferencias significativas antes y después del programa de intervención en afrontamiento, la asertividad y autoestima en la esposa del bebedor problema, los resultados de la prueba de Wilcoxon mostraron lo siguiente (ver tablas 11, 13 y 14).

Afrontamiento grupal

El grupo de participantes que recibió la intervención, se muestra (controladoras, emocionales y poco asertivas); es decir, tanto en la preevaluación como en la post-evaluación los datos indican que ante el consumo del usuario, estas participantes se muestran indiferentes, tolerantes, no hacen nada y ayudan al usuario a modificar sus hábitos de consumo.

Asertividad grupal

En probabilidad de respuesta y grado de incomodidad en la preevaluación, las participantes se mostraron no asertivas.

Lo esperado sería que fueran asertivas con grado de incomodidad bajo y probabilidad de respuesta alta, para no experimentar incomodidad y actuar asertivamente. Sin embargo, en la subescala “probabilidad de respuesta” y “grado de incomodidad” en la post-evaluación, las participantes que recibieron la intervención se siguen mostrando no asertivas.

Autoestima grupal

El grupo de participantes que recibió la intervención en el inventario de autoestima se observó en la preevaluación y post-evaluación, una baja autoestima.

En la **tercera hipótesis**, existen diferencias significativas después de un programa de intervención a 3 y 6 meses de seguimiento en la asertividad, afrontamiento y autoestima en la esposa del bebedor problema, no así en la asertividad. Como puede observarse con el uso de la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas (ver tablas 11, 13 y 14)

Para la **cuarta hipótesis**, existen diferencias significativas después del programa de intervención cognitivo-conductual a un año seis meses de seguimiento, los resultados de la prueba de Wilcoxon mostraron (ver tablas 11, 13 y 14) en:

Afrontamiento grupal

En el grupo de consortes, sus puntajes disminuyen considerablemente, modificando los estilos de afrontamiento, es decir, se muestran menos inactivas, menos indiferentes, menos tolerantes y proporcionan diferentes alternativas que no se relacionen con el consumo de alcohol, a un año seis meses de seguimiento.

Asertividad grupal

En las subescalas de probabilidad de respuesta y grado de incomodidad, el grupo de participantes que recibió la intervención, disminuye los puntajes sin ser significativos estadísticamente; sin embargo, la calificación de la prueba al combinar las subescalas, muestra que no experimentan incomodidad y manifiestan asertividad.

Autoestima grupal

El grupo de participantes que recibió la intervención en el inventario de autoestima, se observó un incremento estadísticamente significativo en esta área, es decir, aumentan su autoestima a un año y seis meses de seguimiento.

CAPITULO 9. CONCLUSIÓN

De acuerdo con las observaciones de Loughhead, Spurlock & Ting (1998), el presente estudio encontró, también, que las esposas de consumidores de alcohol exhiben desórdenes y deficiencias en las respuestas de afrontamiento en fase de preevaluación sin lograr o tener efectos positivos, es decir, todas las respuestas de afrontamiento que utilizaban usualmente no ayudaba en nada en la solución de situaciones relacionadas con el consumo de alcohol de su pareja, situaciones también señaladas por (Natera, 1999).

En este mismo sentido, también se detectó que al igual que en otro de los estudios llevados a cabo en México por (Orford, Natera, Casco, Nava & Ollinger, 1990), sobre las respuestas de afrontamiento de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas, formas usuales de afrontamiento fueron: la emocional, facilitadora, evitación, control, inacción, confrontación, apoyo e independencia. Además, esta misma situación, se observa en el grupo de las consortes que no recibieron la intervención, es decir las depresivas, las consumidoras de alcohol, quienes cambiaron de domicilio y las que desertaron, refieren el utilizar todas las estrategias de afrontamiento de manera disfuncional tanto en la preevaluación como en el seguimiento a dos años.

Asimismo, no existe una forma única de afrontar el problema de consumo y la mayoría de las mujeres señalan que han utilizado diversas estrategias relacionadas con la evolución del problema y sus efectos (léase tabla 13, 9 y 10 sobre síntomas observados por la consorte sobre el consumo de alcohol de su pareja) en el desarrollo emocional y en la salud (Natera, Mora & Tiburcio, 1997).

Por otro lado, en el seguimiento 1, 2 y 3, se pudo observar cambios estadísticamente significativos, las participantes proporcionan diferentes alternativas que no se relacionen con el consumo de alcohol de su pareja. En este mismo sentido, se consideran los planteamientos de Mechanic (1974) sobre las funciones del afrontamiento, es decir, afrontar las demandas de la situación entorno al consumo de alcohol del bebedor problema y crear un nivel de motivación para hacer frente a la situación a través del uso del manual de afrontamiento, considerando el fortalecer la independencia económica y emocional, así como el ser directa, abierta y clara con el bebedor problema sobre lo que implica para ella y su familia el consumo de alcohol; también, buscar un estado de equilibrio psicológico para dirigir su energía y sus recursos (afrontamiento dirigido al problema y a la emoción) por medio del análisis de cada una de las estrategias utilizadas, primero, de forma disfuncional.

Reconsiderar sus recursos para el afrontamiento, recapacitando que pueden depender de sí mismas; que existen otros espacios donde el consumidor puede atenderse, ya que las estrategias que empleó la consorte antes de la intervención, no le funcionaron en cambiar la situación de consumo de su pareja, incluso tampoco sirvió utilizar la asesoría legal, para proteger a sus hijos y a sí misma.

Implementando técnicas de resolución de problemas mediante la utilización de los ejercicios en los manuales, permitió hacer un análisis de las situaciones y establecer planes de acción (en el seguimiento 3 reportan haber incorporado actividades benéficas como el baile, salir con amigas, tomar clases de meditación, aprender otras actividades artísticas, retomar la escuela,

participar en grupos de voluntariado, iniciar su propio negocio, ofrecer empleo a sus mismas compañeras de grupo en intervención, salir a excursiones y ver por su salud en todos sentidos).

Por otro lado, en el concepto tradicional de socialización de los roles sexuales se han encontrado diferencias en la asertividad entre hombres y mujeres. En este sentido, se ha observado que las mujeres son más dóciles, sumisas y menos asertivas (Block, 1973) esta misma situación se observó en la preevaluación y post-evaluación. Tal situación, también hace suponer que podría estar relacionada con lo que culturalmente se da en nuestro medio, el cual muestra que la mujer debe situarse en una posición sumisa, dependiente y abnegada, además, involucra sus sentimientos de tal manera que se le dificulta ser clara, abierta y directa en sus relaciones más cercanas, aspectos también reportados por las consortes al inicio del proceso de intervención.

Bajo esta línea, Deluty (1981) ha demostrado que la conducta asertiva es más problemática para las mujeres que para los hombres. Este autor señala que las mujeres tienden a recibir un menor reforzamiento por la expresión asertiva, al parecer en este grupo de participantes dicha situación se manifiesta también, léase en la preevaluación-post-evaluación, éstas participantes se muestran no asertivas.

Lo cual podría dar explicación sobre la ausencia de efectos sobre incomodidad en asertividad, es decir, el grado de incomodidad evalúa el malestar subjetivo que la persona experimenta ante cada situación que el instrumento de asertividad valora, si se observa la tabla 16 en esta área, quienes recibieron la intervención aunque no hay cambios significativos estadísticamente, tienden a bajar los puntajes en incomodidad y lo esperado es que la persona no la experimente, o sea se espera que en esta área los puntajes bajen.

A diferencia de quienes no recibieron la intervención, su incomodidad es superior al promedio, su malestar subjetivo es más alto que las que recibieron intervención, como puede observarse en esta área sus puntajes son altos a dos años de seguimiento.

Por otro lado, entendiendo la probabilidad de respuesta de que la persona lleve a cabo la conducta descrita en cada una de las situaciones señaladas en el instrumento de asertividad, en quienes recibieron la intervención, su probabilidad es baja, y lo esperado sería una probabilidad alta. Si se observan las medias estadísticas del grupo, éstas tendieron a bajar, lo esperado es que tener una probabilidad más alta de llevar a cabo las conductas descritas.

Llama la atención que aquellas que no recibieron atención reportaron puntajes altos en la preevaluación y en el seguimiento a dos años, incrementando sus puntajes, es decir manifestaron probabilidad alta, interpretándose, por lo tanto, como falta de asertividad; sin embargo, cuando se trabaja esta área logra verse que esta situación puede modificarse de acuerdo con los planteamientos de los diversos autores que hace ver que la persona puede aprender a tener (Lazarus, 1973; Alberti & Emmons, 1974; Cotler & Guerra, 1976; Lange & Jakubowski, 1976; Aguilar Kubli, 1987) “la habilidad verbal para expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones, tanto positivas como negativas, y el establecimiento de límites de manera honesta y oportuna, respetándose a sí misma como individuo y a los demás”, esto logra darse en el seguimiento 2 y 3, en el grupo de participantes que recibió la intervención. También, de acuerdo con los planteamientos de (Natera, Mora & Tiburcio, 1997) las esposas pueden adoptar acciones más asertivas y de independencia con un entrenamiento o intervención.

Otro aspecto que llama la atención, como señalan Arias, Fernández & Kalina (1990) es la permanencia durante periodos prolongados en íntima relación con un consumidor de sustancias adictivas sin pedir ayuda, situación que es observada en los años que lleva consumiendo alcohol su pareja y que fue reportada por las consortes (léase tabla 3), que va de los dos años de consumo hasta 27 años inmersas en el problema, probablemente, asociado también a problemas de separación entre sus límites y los de los demás en la consorte, mostrar responsabilidad exacerbada y dificultad para manejar conflictos con el consumidor, así como la incapacidad para dar y recibir amor (Neville, Bradley & Bunn, 1991; Shockley , 1994).

Con una autoestima seriamente afectada, buscando la aprobación y aceptación de los otros para conformar su sentido de dignidad y autoconcepto (Hogg & Frank, 1992; Fischer, Spann & Crawford ,1991) como puede observarse, claramente, reflejado en la preevaluación de todas ellas, que al parecer la esposa del bebedor problema satisface necesidades psicológicas, involucrándose excesivamente con otra persona consumidora de sustancias, ubicándose también como codependiente (Bensch, 1997) quien busca a personas a quienes ayudar (Lyon & Greenberg, 1991). Estas mujeres pierden su propia imagen, es decir, no poseen un autoconcepto, no saben qué quieren y a dónde van y su vida la basan en controlar al consumidor (Shockley, 1994; Hogg & Frank, 1992) situaciones ampliamente reportadas en las reflexiones durante el proceso de intervención; señalan ciertos comportamientos de la pareja del consumidor, como un patrón de dependencia al dolor con repuestas compulsivas, necesidad de aprobación de los otros de donde intenta encontrar seguridad, autovalía e identidad de sí misma viviendo a través de otra persona. Estos comportamientos incluyen componentes como el martirio, la fusión, la intrusión, la perfección y la adicción. Por otro lado, Cermack (1991) añade a estos comportamientos, una continúa inversión de la autoestima en la habilidad para controlar al otro, asumir responsabilidades de otros para satisfacer sus necesidades sin tomar en cuenta las propias, ansiedad y distorsión en el manejo de los límites en la separación del yo y la intimidad con el otro.

En este sentido, al ser evaluada esta área en la situación preevaluación-post-evaluación, y en el proceso de intervención, también así lo señalaron, percatándose que se olvidaron de sí mismas por centrarse en el bebedor problema. En estos señalamientos se está de acuerdo, no así en los seguimientos 1, 2 y 3, observándose que logra fortalecer su autoestima (Honig & Spinner, 1986; Loughlead, Nelly & Bartlet-Vigot, 1995), es decir, se entrena en defenderse, ser autosuficiente y apartarse del consumidor de acuerdo con las recomendaciones de Hogg & Frank (1992) esto puede observarse en la forma en que se modifica su situación en el estado civil, su ocupación y la incorporación de otras actividades no consideradas antes de la intervención.

Es importante considerar que, muy probablemente, los ejercicios realizados en el manual de autoestima, permitió a la consorte ubicar quién es, considerar sus rasgos psicológicos, valores personales, posibilidades y limitaciones, así como sus debilidades. En la intervención se enfatiza el no seguir buscando el reconocimiento, la aceptación, aprobación y ser valoradas por otras personas sino hacerlo a partir de sí mismas, ser sus propios jueces, así como reconsiderar que tienen el derecho a ser diferentes y que pueden cambiar cosas de ellas mismas.

Tomando en cuenta lo anterior, los resultados de este estudio arrojan datos alentadores hacia el abordaje de la problemática de la esposa del bebedor problema, se pudo observar, que indagar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual que incluyó el

entrenamiento en asertividad, fortalecimiento de autoestima y manejo de estrategias de afrontamiento, tuvo un efecto significativo en las áreas mencionadas.

Cabe citar algunas recomendaciones propuestas por otros investigadores, como Loughead, Kelly & Bartlet-Voigt (1995) quienes señalan que los tratamientos más efectivos para este fenómeno deben incluir trabajo en grupos constituidos por la consorte del consumidor y generar autosuficiencia y asertividad (Valentine, 1996) así como el manejo de situaciones relativas al consumo de alcohol (Estes & Hanson, 1976).

Honig & Spinner (1986) mencionan una serie de fases que la esposa ajusta debido a la crisis del alcoholismo del marido y que a su vez, sirve de base para que se acerque a un grupo de tratamiento pero desde ella. Además, recomiendan centrarse en fortalecer la autoestima de la cónyuge, antes de tratar los problemas familiares asociados al consumo.

En este sentido, Hogg & Frank (1992) recomiendan considerar el tratamiento del comportamiento de cada uno de los miembros de la pareja. Según sus autores esto constituye un modelo de tratamiento hacia una perspectiva de salud emocional en cada uno de los integrantes de la pareja.

También, quienes han trabajado en grupos de intervención con cónyuges de consumidores sugieren que los tratamientos más efectivos, deben contar con un grupo de consejería constituido por personas que padecen la misma situación, y para el presente estudio se consideró no incluir a las mamás de los consumidores, hermanas u otros trastornos de comorbilidad psiquiátrica en las consortes, así como las que tuviesen depresión incapacitante (ver criterios de exclusión), es decir, sólo se consideró a las consortes. El ser abusadoras o dependientes al alcohol (ver criterios de exclusión) permite aprender modelos de desarrollo autónomos y medir la eficacia que puede haber en ellas a través de los cambios manifiestos en cada uno de sus miembros del grupo, tales como un aumento en la autoestima, dejar de sentirse culpables sino se sacrifican por los demás y estar menos preocupadas por los síntomas del bebedor problema. También agregan las implicaciones de sanar las enfermedades emocionales para construir una identidad en la consorte, conectarse consigo mismas y desarrollar la capacidad de establecer relaciones saludables con los otros. Además, las estrategias que incluyen la asesoría, son esenciales en el tratamiento de las adicciones, así como el uso de técnicas experienciales (Loughead, Kelly & Bartlet-Voigt 1995) que se utilizaron en la intervención con ejercicios de modelamiento, dinámicas de grupo y el reporte de sus propias vivencias. Todas estas fueron consideraciones importantes que se implicaron para llevar a cabo la intervención.

En este sentido, Beck (1976) y Ellis (1962) en sus planteamientos mencionan que la mayor parte de los desórdenes psicológicos están asociados a cogniciones incorrectas, esto fue confirmado cuando llevaron a cabo sus ejercicios del manual racional-emotivo (léase apartado de anexos) reemplazándolos por otros más objetivos, adaptativos y funcionales. Asimismo, (Dahab, Minici & Rivadeneira, 2005) señalan que el diálogo interno que establecen para consigo mismas, mediante la intervención, logra “desautomatizar” por medio de auto-instrucciones, señaladas en el manual racional-emotivo. Además, la resolución de problemas (D’Zurilla & Goldfried, 1971), identifica otros medios efectivos para enfrentarse con el problema de alcohol de su pareja (estrategias de afrontamiento), generando soluciones alternativas “el problema de consumo de alcohol es de mi pareja no mío y él está así porque él ha querido estarlo”, facilitando el directorio

de instituciones para que las consortes se lo dieran al bebedor problema, con la intención de que ellos conocieran opciones de atención para la atención del consumo de alcohol, reconsiderar su ocupación y toma de decisiones como; el separarse, divorciarse o condicionar la relación por tratamiento del bebedor problema, léase la gráfica 1 de la situación del consumidor cuando la consorte entra a intervención.

Otra consideración sobre la estrategia cognitivo-conductual, a corto plazo, que promovió la participación activa tanto de las consortes como del terapeuta, de manera directiva, es que el programa tuvo una secuencia y estructuración de cada una de las sesiones (léase el apartado de procedimiento de la intervención y resultados cualitativos), con la intención de distinguir con objetividad su realidad y la percepción de esa realidad “creía que yo era la culpable de su alcoholismo”, “creía tener una pareja y un padre para mis hijos”, “cuando en realidad no me satisface física, psicológica y emocionalmente”, “y no es un padre para mis hijos”.

Se administraron cuestionarios (en este caso se evaluó autoestima, afrontamiento y asertividad) para tener idea del cambio obtenido en diferentes tiempos.

Otro aspecto a considerar fue el detectar depresión incapacitante como criterio de exclusión, se logró detectar a 3 casos en tal situación, esto lo reportaron en el momento de la aplicación del M.I.N.I., mencionaron que en las últimas dos semanas se habían sentido deprimidas la mayor parte del día, perdiendo el interés en la mayoría de las cosas, con dificultad para dormir, sin energía, pérdida de peso y con dificultad para permanecer tranquila. Sin embargo, llama la atención que aplicando el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) los datos encontrados en otro estudio, también con esposas de bebedores problema, aparecen los puntajes de las medias de las escalas clínicas básicas observándose que los valores van de una $T= 69.25$ a una $T= 45.19$; las escalas que resultaron ser clínicamente significativas ($T>60$) fueron: Esquizofrenia (Es), Desviación psicopática (Dp), Paranoia (Pa), Depresión (D), Psicastenia (Pt), Hipocondriasis (Hs), e Histeria (Hi). Pareciera que ambos instrumentos son sensibles, mientras que el M.I.N.I. permite detectar propiamente depresión mayor el MMPI-2 permite encontrar síntomas depresivos.

CAPITULO 10. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Se recomienda hacer un monitoreo específico para saber si son las consortes quienes sensibilizan al consumidor para que entre a tratamiento, o si es que la consorte condiciona el seguir viviendo con él, pero sin consumo de alcohol, ambas tienen un efecto de sensibilización para que su pareja tome tratamiento o haga algo al respecto.

Fortalecer más el manejo de la asertividad ampliando el número de sesiones y enfatizando con reforzamiento positivo o modelaje de conductas, el manejo del rechazo, la crítica y el manejo del temor a ser asertivas. Ya que en este sentido, fue reportado por las consortes, en el tercer seguimiento, que se les dificultaba mostrarse asertivas, por no estar acostumbradas a serlo y otras personas lo interpretaban como agresión. Además, valoraron que al generalizar su actitud asertiva llegaron a perder amistades o la gente se alejaba o distanció por mostrarse abiertas, claras o directas. También, reportaron sentir dolor por detectar que eran buscadas o solicitadas por ser necesitadas y no porque hubiera un interés hacia su persona.

Se recomienda utilizar la escala multidimensional de Asertividad (Flores, Diaz-Loving, 2004) por las siguientes consideraciones:

- Tras conjuntar los trabajos teóricos y experimentales previos a partir de los estudios realizados por Flores, Diaz-Loving y Rivera (1987), así como también por los resultados obtenidos en diferentes técnicas exploratorias (Flores, 1989; 1994a), se define el concepto de asertividad desde la perspectiva etnopsicológica como:

La habilidad verbal para expresar deseos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, así como la defensa de derechos e intereses, manejo de la crítica positiva y negativa, manifestación y recepción de alabanzas, declinación y aceptación de peticiones e iniciación de la interacción de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo laborales en un contexto sociocultural determinado.

Con base en lo anterior, Flores (1994b) plantea una nueva versión de la Escala Multidimensional de asertividad, que corresponde a la definición propuesta. Esta definición consideró los estilos de confrontación previamente encontrados en las siguientes áreas: expresión de deseos, opiniones, sentimientos positivos y negativos, defensa de derechos, manejo de la crítica, limitaciones personales, manifestación y recepción de alabanzas, elaboración, declinación y aceptación de peticiones e iniciación de la interacción. Además estos mismos autores definen.

Asertividad indirecta: Es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo; llevándolo por tanto a expresar sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, decir no, dar y recibir alabanzas y manejar la crítica, a través de cartas, teléfono u otros medios.

No asertividad. Es la inhabilidad del individuo para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.

Asertividad. Es la habilidad del individuo para expresar sus limitaciones, sentimientos, opiniones, deseos, derechos, para dar y recibir alabanzas, hacer peticiones y manejar la crítica.

La consistencia interna que reportan los autores de la prueba total fue de .91. El rango de calificaciones para cada factor es de 5 a 75, con una media teórica de 40, por lo que, el único factor donde la media de las puntuaciones cae por arriba de la media teórica es el de asertividad, considerando en este sentido que tal escala está elaborada para población mexicana.

Por otro lado, se recomienda conectarlo con aspectos culturales y roles de género, revisando planteamientos entorno a premisas socioculturales ya trabajadas por algunos autores, por ejemplo sumisión, pasividad, incondicionalidad y dependencia.

Asimismo, se sugiere incorporar un módulo que aborde la elaboración de la pérdida de la relación de pareja y el aprendizaje sobre nuevas formas de relación, de tal forma que al relacionarse nuevamente, la consorte no repita los mismos esquemas de su relación de pareja que vivió con el bebedor problema.

Es decir, se sugiere abordar con la pareja la solución de problemas, comunicación, satisfacción marital entre otros aspectos, ya que como una derivación de las relaciones interpersonales que se tienen en la vida diaria, como puede ser la relación de pareja, surgen conflictos situacionales que requieren una resolución. Estos conflictos que se identifican como problemas, son una manifestación de las diversas capacidades de los individuos para manejar problemas, lo que se percibe como una conducta ineficaz con sus consecuencias negativas que se derivan, en ansiedad, depresión y/o creación de problemas secundarios (Goldfried & Davison, 1981).

Bajo este precepto, se puede suponer que la pareja con problemas asociados al consumo de alcohol permanece unida, pero están emocionalmente separados el uno del otro, siguen juntos por varias razones, no precisamente por necesidades de amor, sino por necesidades económicas, deber hacia los hijos, dependencia emocional personal, temor a la soledad o simplemente por la falta de alternativas. La familia permanece físicamente unida, pero la pareja está emocionalmente separada (Bernstein, 1988).

Así, la relación de pareja ha tomado cada vez mayor importancia, debido a que es el núcleo y la base de la familia, es fundamental que dentro de su formación, desarrollo y trascendencia estén los integrantes de la misma, de acuerdo con sus roles, normas e interacción, entre otras cosas; para que en su interacción con el mundo externo, ya sea en sociedad, familia extendida, trabajo, etc., puedan funcionar y desarrollarse adecuadamente, logrando así la felicidad (Díaz-Loving, Lignan, Rivera, 1998) y satisfacción marital y sin consumo de alcohol u otras sustancias.

Por otra parte, (Sager, 1976; Knox, 1994) señalan que las principales causas de conflicto conyugal son: deficiencias en la comunicación, insatisfacción sexual, problemas económicos, estilo de vida, familias de origen, crianza de los hijos, mitos familiares, valores, amistades, roles, intereses, religión e ingesta de alcohol. Algunas de estas situaciones, fueron consideradas en el trabajo realizado por (Cruz, Gaona, García & Delgadillo, 2005) donde uno de los aspectos observados fue la satisfacción marital la cual se ha considerado como la actitud hacia la

interacción marital u aspectos del consorte, la cual incluye satisfacción con las emociones del o la compañero/a, la relación en sí, así como aspectos estructurales tales como la forma de organización y de establecimiento y cumplimiento de las reglas en la pareja (Pick y Andrade, 1988; Díaz-Loving, Ruiz, Cárdenas, Alvarado y Reyes, 1994).

El trabajo de (Cruz, Gaona, García & Delgadillo, 2005) evaluó a la pareja con conflictos asociados al consumo de alcohol, en particular, parejas donde uno de los miembros era bebedor problema; además, valoraron la satisfacción y comunicación marital y obtuvieron resultados similares a los reportados por (Sager, 1976; Knox, 1994) en donde las principales causas de conflicto conyugal fueron: deficiencias en la comunicación en expresión de sentimientos, vida sexual, hijos, trabajo, funcionalidad de la pareja e ingesta de alcohol. En tal estudio utilizaron la: 1) Escala de Comunicación Marital (Nina, 1991) y 2) La Escala de Satisfacción Marital (ESM) (Pick de Weiss y Andrade, 1988). Ambos instrumentos con confiabilidad y validez en población mexicana. El tipo de muestreo que utilizaron fue no probabilístico y accidental. Con 59 participantes (23 hombres y 36 mujeres) 22 participantes del Centro Julián Mac Gregor y Sánchez-Navarro y 37 participantes del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. Con nivel socioeconómico bajo a medio y con escolaridad mínima de primaria. Emplearon la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, los resultados de esta prueba señalaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas al hacer la comparación entre los dos centros, es decir, pertenecen a la misma población, valorando comunicación y satisfacción marital. También se aplicó la prueba t para muestras independientes, para hacer la comparación entre hombres y mujeres en satisfacción marital y comunicación, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

En el mismo estudio, se reportaron problemas maritales en expresión de sentimientos y las habilidades de comunicación mostraron estar afectadas. Los hombres estuvieron más insatisfechos con la relación sexual, con las reacciones emocionales, con la forma de organización, establecimiento y cumplimiento de reglas de su pareja. Con respecto a la comunicación en la relación de pareja, no se están expresando sus sentimientos, no hablan sobre su propia familia, tampoco hablan sobre su vida sexual, hablan muy poco sobre sus hijos, hablan poco sobre su trabajo, y no hablan sobre sus creencias, actitudes y sus opiniones de la relación de pareja.

De acuerdo con lo observado en este estudio, concluyen que las parejas en donde existe el consumo de alcohol, por parte de uno de los miembros, la satisfacción y comunicación marital se muestran seriamente afectadas.

Por otro lado, el presente trabajo también difiere en ubicar a la pareja del bebedor problema bajo el rubro de codependencia, como lo señalan (Cermack, 1991; Arias, Fernández & Kalina, 1990) ya que no es sólo hablar de baja autoestima o girar alrededor de otra persona consumidora de alcohol, sino como lo reportó otro estudio (Cruz & Gaona, 2005) que tuvo como objetivo, observar las características de personalidad que pudieran estar asociadas al apego a un tratamiento cognitivo conductual, en esposas de bebedores problemas a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2). Fue un estudio descriptivo, de campo, ex post facto y transversal. Participaron 68 esposas de bebedores problema, seleccionadas de manera accidental, cuya edad fluctuó entre 19 y 59 años, y con escolaridad mínima de primaria. Los resultados del estudio señalaron, a través del análisis realizado con la prueba T, para

muestras independientes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al .00, en cada una de las subescalas, al realizar la comparación entre las que recibieron una intervención cognitivo conductual y las que se dieron de baja voluntaria, en fase de preevaluación. Se pudo concluir, que las esposas de bebedores problema que se apegan o no a la intervención grupal, mostraron rasgos de personalidad como: dificultad para vincularse emocionalmente, problemas con la autoridad y problemas maritales, moralista y centrada en sí misma, con desesperanza, pesimismo, desesperación, sentimientos de culpa, tienden a intelectualizar y perfeccionar, tristeza, incertidumbre y sentimiento de vacío, con dificultad para tomar decisiones, problemas de salud (dolores de cabeza, problemas gástricos), dificultades para concentrarse, tensión y presión en el trabajo, conflictos y carencias afectivas en su matrimonio, baja autoestima, dificultad para controlar su enojo, sumisas, no pueden verse a sí mismas, poco adaptadas, con problemas emocionales, carencias afectivas y maltrato infantil durante su niñez. En los puntajes de las medias de las escalas clínicas básicas, se observó que los valores van de una $T= 69.25$ a una $T= 45.19$; las escalas que resultaron ser clínicamente significativas ($T>60$) fueron, esquizofrenia (Es), desviación psicopática (Dp), paranoia (Pa), depresión (D), psicastenia (Pt), hipocondriasis (Hs), e histeria (Hi).

También se pudo observar los valores de los puntajes obtenidos en las escalas de contenido, que van de $T = 67.41$ a $T = 52.16$, y las escalas que resultaron clínicamente significativas de acuerdo a su elevación $T > 60$ fueron depresión (DEP), problemas familiares (FAM), dificultad en el trabajo (DTR), preocupación por la salud (SAU), ansiedad (ANS), baja autoestima (BAE), enojo (ENJ), rechazo al tratamiento (RTR) y obsesividad (OBS). Por otra parte, estuvieron las escalas que aunque no fueron clínicamente significativas, fueron relevantes debido a que refieren problemas entre las que destacan; la escala de pensamiento delirante (DEL) y la personalidad tipo A (PTA).

Además, en tal estudio el 43% mostró apego a la intervención grupal y 57% desertó. Esta última cifra es acorde con lo señalado por (Lothstein, 1993; Hoglend, 1993) en la terapia de grupo la fase inicial del tratamiento es la más susceptible, pues en esta etapa el índice de abandono documentado oscila entre 13-63% y 45%. Por las características psicosociales de las pacientes, que permanecen en tratamiento con las de los que lo abandonan de forma prematura. Al comparar las puntuaciones iniciales, no se encontraron diferencias significativas al igual que lo observado por Torres y Lara (2002). Igualmente específica de manera más amplia, lo que otros autores señalan utilizando el MMPI (Rae, 1972, Ávila y Ledesma, 1990, Gaona, 2004).

ANEXO 1

Descripción de los Instrumentos

La entrevista o **M.I.N.I.**, (versión en español 5.0.0, en Ferrando, Bobes & Gubert, 2000 Adaptation for South and Central America, Heinze & Cortés) se basa en los parámetros del DSM-IV y el CIE-10 es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración, explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I (depresión mayor, psicosis, entre otras y para el presente trabajo se tomaron como referencia las mencionadas), el M.I.N.I., tiene un coeficiente de validez y confiabilidad aceptablemente alto, y se puede administrar en un período de tiempo mucho más breve en (promedio entre 18.7 \pm 11.6 minutos, media 15 minutos) en comparación con otros instrumentos. Además los clínicos, como el psicólogo o el médico psiquiatra, lo pueden utilizar luego de una breve sesión de entrenamiento. El aplicador del M.I.N.I. debe considerar los siguientes aspectos: a fin de mantener la entrevista lo más breve posible, se informa al paciente que se va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos, las cuales requieren respuestas en términos de sí o no.

El M.I.N.I. está dividido en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al especialista indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en “letra normal” deben leerse “palabra por palabra” al paciente a fin de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en “MAYÚSCULAS” no deben de leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en “negrita” indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (→) del reactivo indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, circular “NO” en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, la pregunta H6).

Las frases en paréntesis son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

- Cuenta con instrucciones de anotación:
- Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta circulando SI o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta la ha tomado en cuenta por el paciente (por ejemplo, período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

a) Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la M.I.N.I. La M.I.N.I. plus “tiene preguntas que exploran estos problemas”.

La “**entrevista semiestructurada**”. Preguntas relacionadas con datos sociodemográficos y los síntomas observados por la consorte en relación al consumo de alcohol de su pareja de acuerdo a manifestaciones señaladas del DSM-IV y uso de alcohol (Skinner, Horn, Wanberg & FASTER, 1984; adaptado por Solís, 1997). Cabe señalar que no se pudo utilizar como diagnóstico del consumidor ya que los bebedores problema no fueron quienes solicitaron el servicio, sin embargo también fue importante el tener la percepción de algunos síntomas que fueron observados por la consorte del bebedor problema.

Aquí la dependencia se entiende como un patrón des adaptativo de uso de la sustancia, precedido por un perjuicio clínicamente significativo que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes síntomas, mismos que ocurren en cualquier momento del mismo período de 12 meses.

- a) La sustancia, a menudo se consume en grandes cantidades o por períodos más largos de lo planeado.
- b) Deseo persistente o esfuerzos infructuosos para dejar de usar la sustancia o controlar su uso.
- c) Gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o para recuperarse de sus efectos.
- d) Importantes actividades sociales, ocupacionales y recreativas se dejan de practicar o se disminuyen por el abuso de sustancias.

- e) Uso continuo de sustancias a pesar de saber que tiene problemas sociales, psicológicos y físicos persistentes causados o exacerbados por el consumo de éstas.
- a) Tolerancia, determinada por la necesidad de aumentar significativamente las cantidades de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado o por efectos marcadamente disminuidos con el uso continuo de la misma cantidad.
- b) La abstinencia manifestada por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o se toma la misma (o cercanamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Aquí se consideran bebedores problema, como:

Una enfermedad marcada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo y con las responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales. El alcoholismo se divide en dos categorías: dependencia y abuso.

Las personas con dependencia del alcohol, el trastorno alcohólico más severo, por lo general experimentan tolerancia y abstinencia. La tolerancia es la necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para lograr la embriaguez o el efecto deseado. La abstinencia se presenta cuando el consumo se suspende o se reduce. Las personas con dependencia del alcohol pasan mucho tiempo consumiéndolo y consiguiéndolo.

Los alcohólicos son "bebedores problema", es decir, pueden tener problemas legales, como beber y conducir (tomar seis o más tragos en una ocasión). Las personas que son dependientes o abusan del alcohol vuelven a su consumo a pesar de la evidencia de problemas físicos o psicológicos. Las personas con dependencia presentan problemas más severos y una mayor compulsión por beber.

Nombres alternativos para bebedores problema:

Dependencia del alcohol; abuso del alcohol (Chandran, 2004).

Inventario de asertividad de Gambrill & Richey. Consta de 40 reactivos, (Gambrill & Richey, 1975, en Guerra, 1996) desarrollaron este instrumento, principalmente, con fines de investigación, aplicable a población general, e incluyeron reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas, mismas que se engloban en ocho categorías:

- Rechazar peticiones

- Admitir limitaciones personales
- Iniciar contactos sociales
- Expresar sentimientos positivos
- Afrontar la crítica de los demás
- Discrepar de sus opiniones
- Realizar conductas asertivas en lugares públicos y,
- Expresar sentimientos negativos.

Estos reactivos se elaboraron a partir de los reportes de estudiantes y pacientes, así como, de una amplia revisión de la literatura, para determinar cuáles son las situaciones a las que con mayor frecuencia respondían con inasertividad.

Debido a que los reactivos se contestan en dos ocasiones de manera independiente, se obtienen dos subescalas:

- 1.- Grado de incomodidad (GI), evalúa el malestar subjetivo que la persona experimentaría en las situaciones descritas según su puntuación que va de 1 a 5, (1= nada; 5= demasiado).
- 2.- Probabilidad de respuesta (PR), evalúa la probabilidad de que la persona lleve a cabo la conducta descrita, referida en una escala de 1 a 5, (1= siempre; 5= nunca).

Gambrill & Richey (1975) aplicaron el inventario a tres muestras de estudiantes y un grupo de mujeres participantes de un programa de entrenamiento asertivo. Las medias obtenidas por hombres y mujeres, en las muestras de estudiantes, fueron muy similares [94-96 en grado de incomodidad (GI) y 102-108 en probabilidad de respuesta (PR)]. La media de las puntuaciones en la escala de malestar subjetivo fue significativamente mayor en el grupo con tratamiento psicoterapéutico que en los grupos de estudiantes, considerados sujetos normales.

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en ambos indicadores (grado de incomodidad y probabilidad de respuesta) según los autores configuran los siguientes cuatro grupos posibles:

1. “Asertivos”, personas con GI (grado de incomodidad) bajo y PR (probabilidad de respuesta) alta, que serían las propiamente asertivas, pues no experimentan incomodidad y actúan asertivamente.
2. “No asertivos”, personas con GI (grado de incomodidad) alto y PR (probabilidad de respuesta) baja, es decir, personas que manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conductas asertivas sin actuar asertivamente.

3. “Actores ansiosos”, personas con GI (grado de incomodidad) alto y PR (probabilidad de respuesta) alta. Serían personas que despliegan conductas asertivas pero que experimentan altos niveles de ansiedad.

4. “Indiferentes”, personas con GI (grado de incomodidad) bajo y PR (probabilidad de respuesta) baja. No actúan asertivamente pero tampoco experimentan ansiedad.

Gambrill & Richey (1975) consideraron que la distinción entre el grado de incomodidad y la probabilidad de respuesta es importante en tanto que las diferentes combinaciones de estos factores pueden indicar la necesidad de procedimientos de cambio conductual distintos. Por ejemplo, una persona puede experimentar un alto grado de incomodidad pero no actuar de manera asertiva o bien hacerlo muy pocas veces o sentirse extremadamente incómoda y actuar asertivamente. Si la conducta asertiva se despliega acompañada de mucha incomodidad y es seguida de consecuencias positivas es muy probable que exista un adecuado repertorio de conductas. En los casos en los que la conducta asertiva no tiene lugar, se puede sospechar la existencia de déficit conductuales.

En suma, la inclusión de estos factores, permiten describir diferentes categorías diagnósticas y, por tanto, señalar el procedimiento terapéutico idóneo.

Los ítems más frecuentemente señalados por las mujeres, como aquellos en los que les gustaría ser más asertivas, estuvieron relacionados con admitir limitaciones personales, como ofrecer una disculpa o admitir confusión. Los hombres señalaron con mayor frecuencia ítems relacionados con hacer peticiones, pedir favores, solicitar empleo, pedir una cita.

En el estudio de Gambrill & Richey (1975), el inventario obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.87 para la escala de GI (grado de incomodidad) y de 0.81 para la de PR (probabilidad de respuesta). Respecto al grupo terapéutico, los datos apoyaron la validez del inventario. Observaron, después del tratamiento, una reducción significativa de la media del indicador GI (grado de incomodidad) (107.7 comparado con 82.0, t 3.67, $p < .002$) y también del indicador PR (probabilidad de respuesta) (104.8 comparado con 87.9, t 2.39, $p < .05$). Esta reducción no se observó en el grupo control que no recibió entrenamiento asertivo. Además se audio-grabaron interacciones de juego de roles antes y después del entrenamiento, que posteriormente fueron evaluados por jueces. Se obtuvieron correlaciones significativas entre los cambios detectados por los jueces y los cambios en los puntajes de la escala.

El análisis factorial del indicador GI o grado de incomodidad, determinó la existencia de once factores:

1. Iniciar interacciones (reactivos 9,15, 17 y 18)

2. Confrontación (reactivos 26,32, 35,36, 38 y 39)
3. Dar retroalimentación negativa (reactivos 7,8, 27,28 y 29)
4. Responder a las críticas (reactivos 5, 12, 14 y 24)
5. Rechazar peticiones (reactivos 1, 3, 6 y 11)
6. Manejar situaciones de servicio (reactivos 4, 23, 25)
7. Resistir la presión de otras personas (reactivos 31 y 34)
8. Involucrarse en conversaciones agradables (reactivos 30 y 37)
9. Halagar a otros (reactivos 2 y 16)
10. Admitir deficiencias personales (reactivos 10 y 19)
11. Manejar una situación molesta (reactivos 13 y 40)

Desafortunadamente, Gambrill & Richey (1975) no incluyen en su artículo información referente al método empleado para este análisis, el tipo de rotación y las cargas factoriales de los reactivos.

Por otro lado, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de hombres y mujeres, los hombres indicaron, como menos probable, resistir proposiciones sexuales, rechazar la petición de una mujer de salir juntos y preguntar si habían ofendido a alguien. Las mujeres señalaron, como menos probable, discutir con alguien que critica su trabajo o pedir una cita con una persona. Estas diferencias parecen reflejar las expectativas sociales de los roles femenino y masculino.

Gambrill & Richey señalaron entre las implicaciones clínicas de los resultados obtenidos, que el puntaje en la subescala de grado de incomodidad parece ser un buen indicador para identificar a los candidatos potenciales para recibir entrenamiento asertivo.

Carrasco, Clemente & Llavona (1989) retomaron el inventario de Gambrill & Richey y evaluaron su consistencia interna y su estructura factorial. Trabajaron con una versión en español, la que aplicaron a una muestra de 150 estudiantes de psicología de edades entre 19 y 21 años. Obtuvieron un coeficiente alfa de 0.91. Al realizar el análisis factorial (método de factores principales y rotación varimax) obtuvieron 12 factores en GI (grado de incomodidad) y 13 en PR (probabilidad de respuesta) todos relacionados con los factores obtenidos por Gambrill & Richey excepto uno llamado “rechazo de situaciones ventajosas”. Además agregaron que respecto a interacciones en el ambiente laboral, con familiares y con extraños, el inventario recogió poca

información. Concluyeron que existe poca especificación tanto de las situaciones como de las personas ante las que se ha de desplegar la conducta.

Guerra (1996) también retomó el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey realizando un estudio en población mexicana, encontrando que tal instrumento posee una estructura interna homogénea y consistente. El coeficiente alfa del inventario obtenido en el estudio, (0.924) es muy similar al de Carrasco, Clemente & Llavona (1989) de (0.915). Esto señala que las calificaciones de los reactivos se relacionan de manera recíproca, independientemente de su contenido. A partir de esto puede suponerse que los reactivos miden una variable común: asertividad. Al comprobar que este instrumento es capaz de proporcionar medidas consistentes, se abre la posibilidad de relacionar los puntajes del inventario con otras variables o mediciones con un buen grado de confianza.

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD: NORMAS PARA POBLACION DE LA CD. DE MEXICO

SUBESCALA GRADO DE INCOMODIDAD		
PUNTAJE BRUTO	CALIFICACION T	NIVEL
157 EN ADELANTE	80	GI MUY ALTO
134 A 156	70	GI ALTO
111 A 133	60	GI SUPERIOR AL PROMEDIO
88 A 110	50	GI PROMEDIO
65 A 87	40	GI INFERIOR AL PROMEDIO
42 A 64	30	GI BAJO
HASTA 41	20	GI MUY BAJO

SUBESCALA PROBABILIDAD DE RESPUESTA		
PUNTAJE BRUTO	CALIFICACION T	NIVEL
156 EN ADELANTE	80	PR MUY BAJA
135 A 165	70	PR BAJA
114 A 134	60	PR INFERIOR AL PROMEDIO
93 A 113	50	PR PROMEDIO
72 A 92	40	PR SUPERIOR AL PROMEDIO
51 A 71	30	PR ALTA
HASTA 50	20	PR MUY ALTA

Inventario de afrontamiento

El instrumento ha sido utilizado en diversos estudios con población mexicana y en otros países. El cuestionario se tradujo inicialmente para llevar a cabo un estudio de factibilidad en la Cd. de México. Al cual le han hecho agregados y modificaciones como resultado del estudio de viabilidad. Para tal estudio se aplicó una versión de 62 ítems, observándose ser apropiado para México, modificando algunos ítems, eliminando otros que aportaron la menor frecuencia de respuestas afirmativas y añadiendo algunos más surgidos de las entrevistas, esto llevado a cabo en 1989, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo el propósito de observar las formas de afrontamiento que utilizan las familias para enfrentar o reaccionar ante el consumo de alcohol o drogas entre sus miembros. El estudio se llevó a cabo con diez familias: cinco con problemas identificados por el uso de alcohol o drogas, y cinco sin ese problema. En cada familia se realizaron entrevistas separadas con dos de sus integrantes, así como una reunión familiar a la que asistieron entre dos y siete de sus miembros. El informe contiene una descripción detallada de los métodos utilizados y de los resultados obtenidos, y concluye con una serie de recomendaciones para llevar a cabo un estudio más amplio y definitivo (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1993).

El cuestionario de afrontar y reaccionar (coping) estaba conformado inicialmente por ocho áreas con reactivos de opción múltiple; las áreas investigadas eran las siguientes: emocional, facilitadora, evitación, control, inacción, confrontación, apoyo e independencia; para cada reactivo existen tres alternativas de respuesta: no, una o dos veces, y más seguido. Evaluándose el nivel de homogeneidad entre los reactivos, el cual ayudó a definir preguntas más específicas, que profundizan en las respuestas del cuestionario de afrontamiento o formas de reaccionar de la familia.

Observándose ser un instrumento adecuado para identificar las formas como responden los miembros de la familia y las tácticas y estrategias que emplean para tratar de controlar sus consecuencias. Se entrevistó a dos miembros de la familia y después se realizó una dinámica familiar con la mayor parte posible de sus integrantes. Como resultado de este estudio piloto se decidió hacer un estudio definitivo, ya que se probó la factibilidad de su metodología, así como de sus instrumentos (Orford, Natera, Casco, Nava & Ollinger, 1990).

Este instrumento originalmente fue diseñado para ser administrado a esposas de bebedores problema, el cual contenía 60 reactivos y fue usado en el estado de Kingdom y en otras ciudades (McCrary, Noel, Abrams & Hay, 1981). La nueva versión está diseñada para ser administrada a algún miembro de la familia con algún tipo de problema con drogas o consumo de alcohol.

Se construyeron tres escalas con base en tres factores identificados al realizar por separado el análisis de factores para ingleses y mexicanos, reduciéndose los ítems a 30 reactivos (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello & Velleman, 1998b).

Las escalas nominadas fueron:

Tolerancia-inactividad y manejo del afrontamiento, encontrándose un coeficiente interno de validez para las ciudades de (0.82, 0.78 y 0.67; respectivamente para el suroeste de Inglaterra; (0.82, 0.73 y 0.70 en la Cd. de México).

De esta manera el instrumento se conformó por subescalas, en su subescala de involucramiento quedó conformada por 14 reactivos, la de tolerancia por 9 ítems y la de separación por 7 reactivos, y en cada subescala se obtiene la suma total y se califica por su media.

La subescala de involucramiento (controlador, emocional y asertivo) se describe como. Controlador.- donde el familiar manifiesta acciones e intenciones por censurar la naturaleza y las consecuencias del consumo. Alentando al usuario para que haga juramentos o promesas de no consumo de alcohol, lo vigila, tira las botellas a la basura, maneja su dinero.

Emocional.- el familiar expresa sus emociones iniciando discusiones, amenazando, suplicando. Implicando una pérdida de control emocional del familiar, actuando también impulsivamente de forma agresiva verbal o física.

Asertivo.- el familiar se expresa de forma tranquila, abierta y directa hacia el consumidor aclarándole que no está dispuesto a tolerar, siendo firme, directo y dando suficiente información para no aceptar la situación de consumo.

La subescala de tolerancia (inactivo, tolerante, apoyador) descrita como:

Inactivo.- en esta estrategia el familiar no hace nada, no se involucra y se muestra indiferente. Pareciera estar resignado de forma pasiva, perdiendo las esperanzas de cambio en el consumidor y acepta la situación como parte de su vida que no puede cambiar.

Tolerante.- el familiar muestra actitudes y comportamientos de aceptación, protegiendo al consumidor de las consecuencias negativas. Tendiendo a disculparlo o encubrir la conducta del consumidor, por ejemplo tener atenciones cuando está ebrio, consume junto con el bebedor, le da dinero a sabiendas que lo gastará en alcohol.

Apoyador.- Las acciones del familiar se dirigen a impulsar en alcanzar propósitos personales y proporcionar diferentes alternativas que no se relacionen con el consumo. Hablando con él e impulsarlo en la búsqueda de tratamiento.

La subescala de separación (evitación e independencia) se describe como:

Evitación.- hace referencia a las acciones, deseos e intenciones para establecer distancia física y emocional con relación al bebedor. Es decir el familiar se torna distante, frío, le pide que se vaya de casa.

Independencia.-El familiar actúa fortaleciendo el bienestar familiar. Mostrando interés por actividades propias y cubrir sus propias necesidades.

Así el concepto de afrontamiento se entiende como todo lo que la familia reporta haber hecho, sentido o pensado como respuesta o resultado del consumo de drogas o como consecuencia de ello (Orford, Rigby, Miller, Todd, Bennet & Velleman, 1992; Natera, Mora & Tiburcio, 1997).

Inventario de autoestima

Coopersmith empieza en 1959 un estudio sobre la autoestima y en 1976 publica una escala de medición de autoestima para niños de 5° y 6° grados de primaria, que es ampliamente utilizada. Coopersmith empieza a utilizar una prueba de 58 reactivos como base para el desarrollo de la versión que se utilizaría posteriormente en adultos y que en México fue retomado por Lara-Cantú, Verduzco, Acevedo & Cortés (1993).

Ryder (1978) también al llevar a cabo un estudio con la finalidad de revisar la confiabilidad test-retest, encontró un coeficiente de .80 en mujeres, con respecto a la validez del constructo, además, refiere diferencias significativas entre los grupos con alta y baja autoestima.

Verduzco, Lara-Cantú, Gary & Rubio (1989) también reportaron un estudio con el objetivo de realizar la confiabilidad y la validez de constructo y concurrente del inventario de Coopersmith. Este inventario para adultos, consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas, fue traducido al español con base en la traducción del mismo inventario en su versión para niños (Verduzco, Lara-Cantú, Acevedo & Cortés, 1994) en el cuál se usó el procedimiento de traducción doble. La validez de constructo del instrumento se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de las pruebas t. Los resultados mostraron que todos los reactivos discriminaron significativamente ($p=.05$).

ANEXO 2

CONTRATO TERAPÉUTICO

Por medio del presente contrato me comprometo a integrarme al **Programa de Tratamiento del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF)**.

Estoy informado que este tratamiento consta de un número programado de sesiones y **una vez cubiertos los objetivos seré dado de alta.**

Toda la información que proporcione será confidencial.

Estoy de acuerdo en realizar las siguientes actividades ya que son indispensables para mi tratamiento y mejoría:

- Ser honesto conmigo mismo y el especialista que se me ha asignado.
- Asistir puntualmente a las citas programadas con las diferentes áreas terapéuticas (Psicología, Medicina, Psiquiatría, Trabajo social y Terapia familiar).
- Llamar con anticipación si no puedo asistir a mis citas.
- Llevar a cabo las indicaciones y tareas asignadas por los terapeutas.
- Motivar la asistencia de mis familiares cuando sea requerido.
- Si se requiere un manejo a largo plazo, una vez cubiertos los objetivos en el CAAF seré referido a otra institución.

En caso de no seguir los lineamientos del programa de tratamiento del CAAF puedo ser dado de baja y referido a otra institución para mi tratamiento.

Fecha: _____

Nombre y firma del paciente

Testigo

(El CAAF se rige por la Ley General de Salud, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones NOM-028-SSA2-1999)

ANEXO 3

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LAS CONSORTES QUE VIVEN CON UN BEBEDOR PROBLEMA. SINTOMAS OBSERVADOS EN TORNO AL CONSUMO DE ALCOHOL DE SU PAREJA.

1. ¿Su pareja por beber ha dejado de cumplir con sus deberes en el trabajo?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
2. ¿Su pareja cuando asiste a (reuniones, comida, fiestas, actividades deportivas) ingiere bebidas alcohólicas en exceso?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
3. ¿Cuando ingiere alcohol su pareja lo hace para:
1) Para ponerse contento 2) Para emborracharse 3) Lo suficiente como para perderse
4. ¿Su pareja con frecuencia tiene crudas los domingos o lunes por la mañana?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
5. ¿Ha observado usted que su pareja tiene temblores cuando deja de tomar?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
6. ¿Su pareja se pone mal cuando toma (vómitos, dolor de estómago)?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
6. ¿Su pareja, cuándo toma se tropieza, se va de lado o camina en zig-zag?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
7. ¿Ha observado usted que su pareja sufre de sudoración después de haber tomado?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
8. Le ha mencionado, haber visto cosas que en realidad no existen como consecuencia de haber ingerido alcohol?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
9. ¿Le ha reportado, sentir miedo al pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
10. ¿Le ha manifestado, perdida de memoria como resultado del consumo?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
11. ¿Su pareja esconde la botella en algún lugar para tenerla a la mano?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
12. ¿Después de un período sin consumo su pareja termina tomando de nuevo?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
13. ¿En los últimos 12 meses llego a perderse completamente por haber ingerido alcohol?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
14. ¿Ha tenido ataques o convulsiones después de un período de consumo de alcohol?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
15. ¿Su pareja cuando toma una copa lo hace con rapidez?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
16. ¿Ha observado que su pareja, toma demasiadas copas en un corto período de tiempo?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre

17. ¿Después de tomar una o dos copas, generalmente puede dejar de tomar?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
18. ¿Después de consumir grandes cantidades, lo nota nervioso, deprimido o molesto?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
19. ¿Toma durante el día para aliviar las molestias producidas por dejar de beber?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
20. ¿A pesar de saber los daños físicos que le ocasiona el alcohol, continúa bebiendo?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre
21. ¿Su pareja a pesar de saber acerca de los datos psicológicos que le ocasiona el alcohol, continúa bebiendo en exceso?
1) Nunca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 4) Frecuentemente 5) Siempre

1. Referencias.- American Psychiatry Association (1994): Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. (4ta. Edición). Barcelona, España: Masson.
2. Skinner, H. Horn, J. Wanberg, K. & Fester, F. (1984) Addiction Research Foundation. Toronto, Canada, en Solís, 1997. Adaptación Uso de Alcohol. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría.

ANEXO 4

M.I.N.I.

**PARA EL PRESENTE ESTUDIO SOLO SE APLICARON A LAS CONSORTES LOS
APARTADOS PARA DEPRESION Y PSICOSIS COMO CRITERIOS DE EXCLUSION**

Mini International

Neuropsychiatric Interview

Spanish Version (South and Central America) 5.0.0.

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P.Lépine

Hospital de la Salpêtrière Paris FRANCE

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan

University of South Florida Tampa USA

Spanish version translated by:

L. Ferrando, L. Franco-A. M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert

Instituto IAP-Madrid-SPAIN

Adaptation for South and Central America

G. Heinze

Instituto Nacional de Psiquiatría México. México

Requerimientos del Sistema

- ☐ Computadora PC con procesador Pentium o superior.
- ☐ Sistema operativo MS Windows 95-98.
- ☐ Monitor con resolución 600x800 o superior.

Características

- ☐ La aplicación está desarrollada en Visual Basic 5.0.
- ☐ Los resultados son almacenados en una hoja de Excel 2000.
- ☐ Esta versión es para instalación en una PC independiente (No está diseñada para red)

Instalación

La versión se proporciona en CD.

Los pasos a seguir son:

- ☐ En Inicio seleccionar Ejecutar
- ☐ Ejecutar D:\setup (Dependiendo de la configuración del equipo puede ser E:\ o F:\)
- ☐ Indicar que el programa se instale en C:\Mini
- ☐ Indicar que se genere el directorio
- ☐ Al terminar la instalación acceder al directorio C:\Mini
- ☐ Arrastrar la aplicación Mini.exe al escritorio para de esta forma generar un acceso directo.
- ☐ Con el botón derecho del mouse seleccionar Propiedades.
- ☐ Seleccionar Cambiar Icono
- ☐ En el directorio C:\Mini seleccionar el icono IMP-MINI.

El manual de uso se encuentra en C:\Mini en formato Word 2000

Pantalla Inicial.

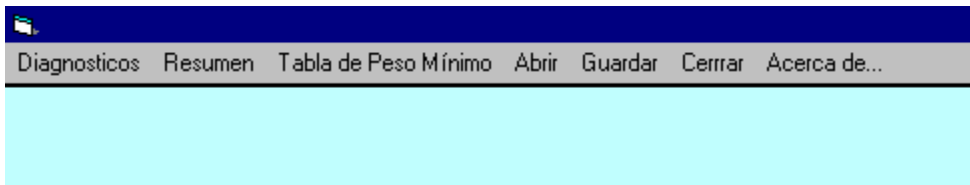
Seleccionar Iniciar para comenzar con la entrevista.



Barra del Menú de la Opciones:

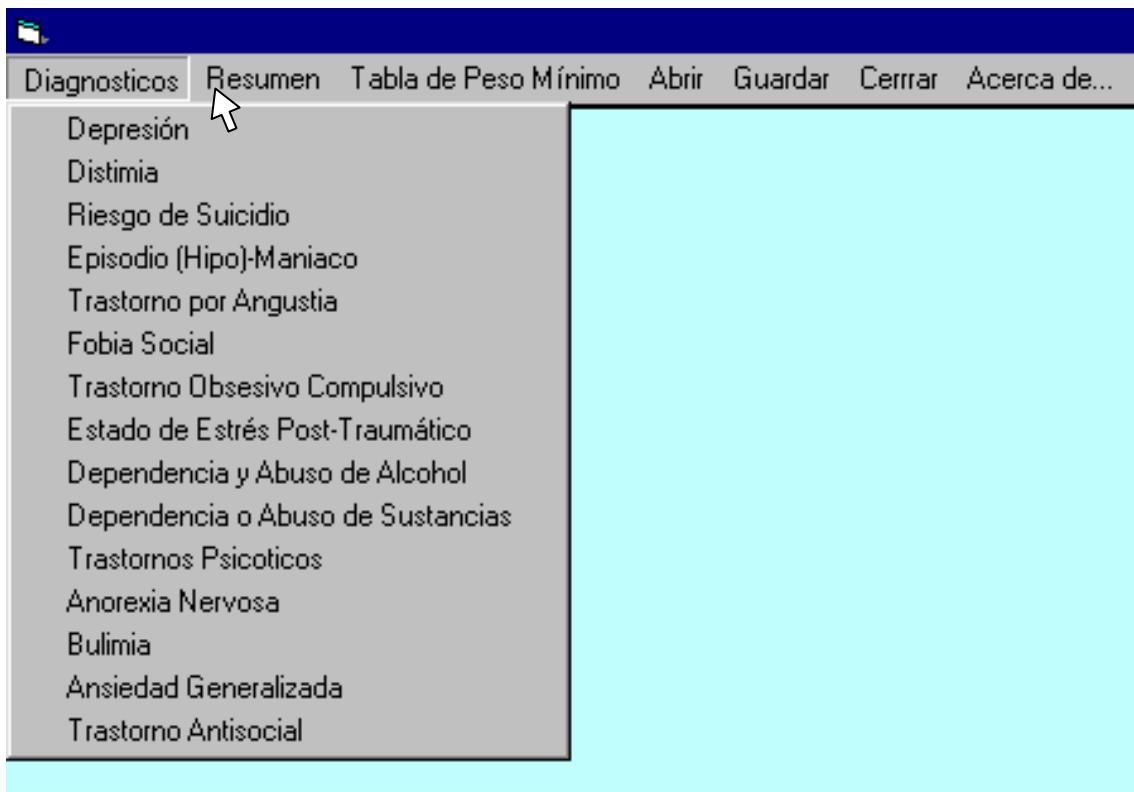
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos: | Presenta los diferentes diagnósticos a evaluar |
| <input type="checkbox"/> Resumen | Presenta el resultado de la entrevista por diagnostico. |
| <input type="checkbox"/> Tabla de Peso Mínimo | Calcula el criterio de peso mínimo para los trastornos de la alimentación |

- | | |
|----------------|---|
| ☐ Abrir | Permite ver los diagnósticos de pacientes evaluados con anterioridad y en su caso completar entrevistas |
| ☐ Guardar | Salva los datos a un archivo |
| ☐ Cerrar | Cierra el programa |
| ☐ Acerca de... | Presenta información sobre los autores del MINI |



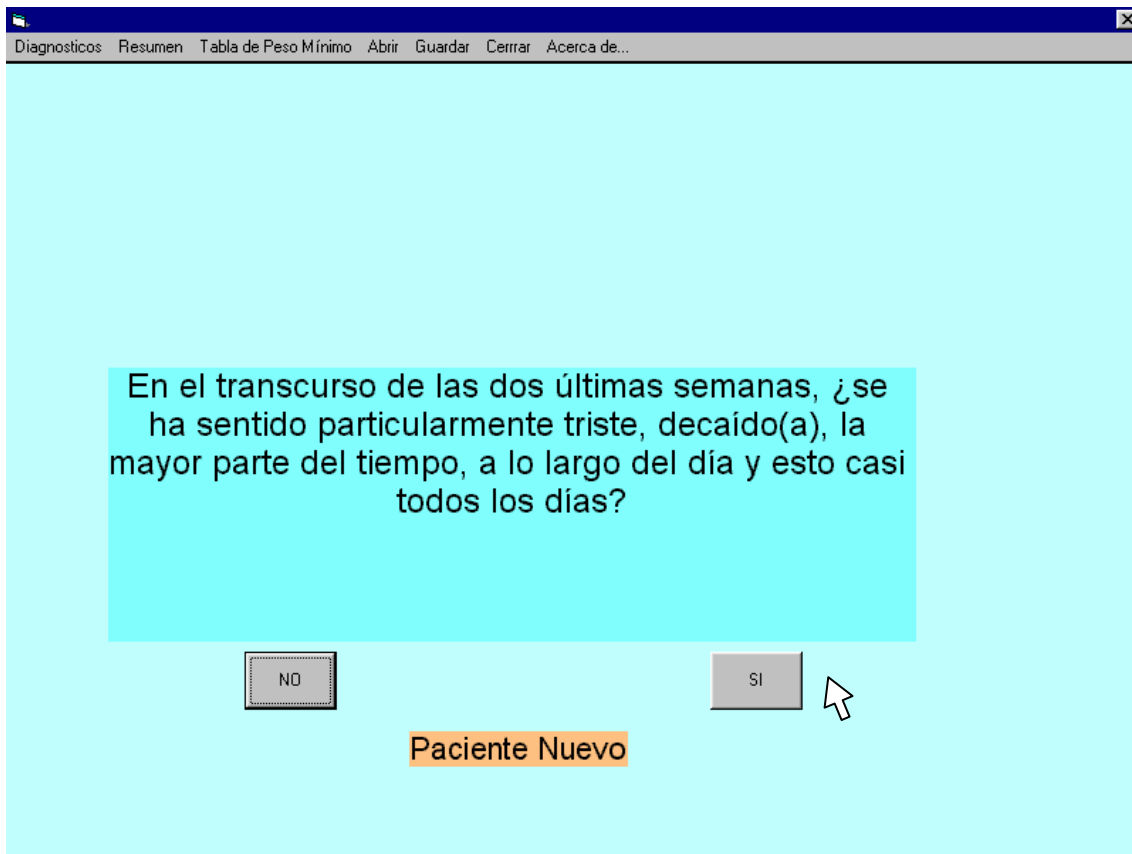
Menú de Diagnósticos.

- ☐ En este menú se presentan los diferentes diagnósticos a evaluar.
- ☐ Por medio de la selección de alguno de ellos se tiene el acceso a la entrevista del mismo.
- ☐ Una vez terminada la exploración de un diagnóstico, este queda inhabilitado



Pantalla típica de exploración

En general para la exploración de los diagnósticos se presenta una pantalla donde aparece la pregunta con dos opciones de respuesta (Si y No), al contestar a cualesquiera de las alternativas aparece la siguiente pregunta.



En la parte baja de la pantalla aparece la leyenda Paciente Nuevo cuando no se ha guardado todavía la información del paciente entrevistado. Cuando ya se guardó información del paciente aparecerá su nombre y fecha. La fecha que aparece corresponde a la última ocasión en que se almaceno información.

MUY IMPORTANTE

SEA CUIDADOSO

Esta versión no ofrece la posibilidad de regresar a la pregunta anterior cuando se comete un error al responder.

SE RECOMIENDA

Guardar los datos cada vez que se termine de explorar un diagnostico. De esta manera, en caso de error usted puede proseguir como sigue: salirse del programa sin guardar y regresar al programa para iniciar de nuevo la exploración del diagnostico donde se cometió el error

Pantalla de exploración para Trastornos Psicóticos.

Las cuestiones para los trastornos psicóticos aparecen primero con el formato típico. Ante la respuesta negativa, la siguiente cuestión aparece con el mismo formato. Por el contrario, cuando se contesta afirmativamente aparece un recuadro donde hay que marcar si la respuesta explorada es **extraña** o no y entonces hacer clic sobre la flecha roja para continuar con la entrevista.

Diagnosticos Resumen Tabla de Peso Mínimo Abrir Guardar Cerrar Acerca de...

¿Ha tenido la impresión, alguna vez, de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?

NO SI

Paciente Nuevo

IDEA EXTRAÑA

SI NO →

Pantalla de exploración para Dependencia o Abuso de Sustancias.

En esta pantalla aparecen las ocho clases de drogas o sustancias a evaluar. Habrá que marcar aquellas que el paciente indique que ha utilizado. Una vez marcadas hacer clic en **CONTINUAR**

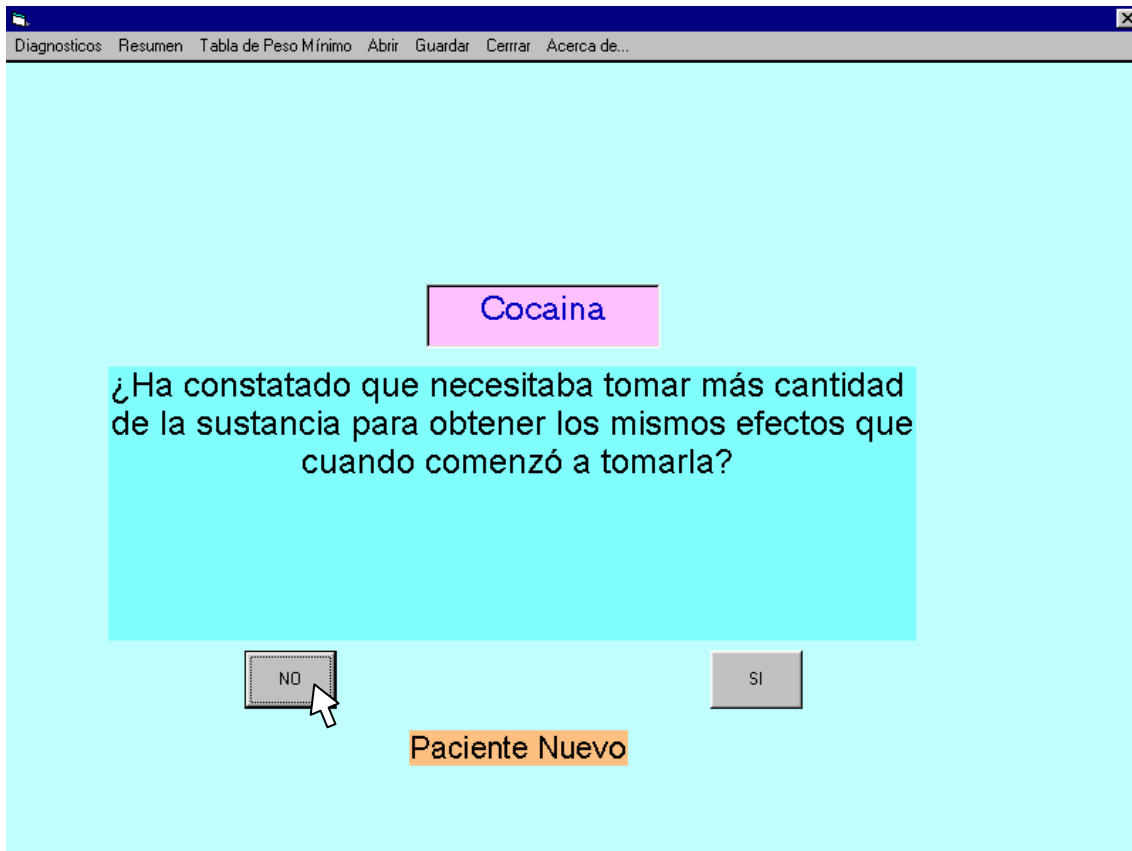
The screenshot shows a software window titled "Form2" with a menu bar containing "Diagnosticos", "Resumen", "Tabla de Peso Mínimo", "Abrir", "Guardar", "Cerrar", and "Acerca de...". The main area contains eight categories of substances, each in a light orange box with a checkbox to its right:

- Estimulantes** (Speed, Ritalin, Pildoras para Adelgazar)
- Inhalantes** (Pegamento, Thinner, eter)
- Cocaína** (Cocaína, coca, crack, speedball)
- Cannabinoides** (Hachis, Marihuana, Hierba, Cannabis)
- Opiáceos** (Heroína, Morfina, Opio, Metadona, Codeína, Meperidina, Fentanyl)
- Tranquilizantes** (Valium, Halción, Lexotan)
- Alucinógenos** (LSD, Acido, Mescalina, PCP, Polvo de Angel, Hongos, Extasis)
- Varios** (Anabolizantes, Esteroides, otras)

At the bottom center of the window is a button labeled "CONTINUAR" with a mouse cursor pointing to it.

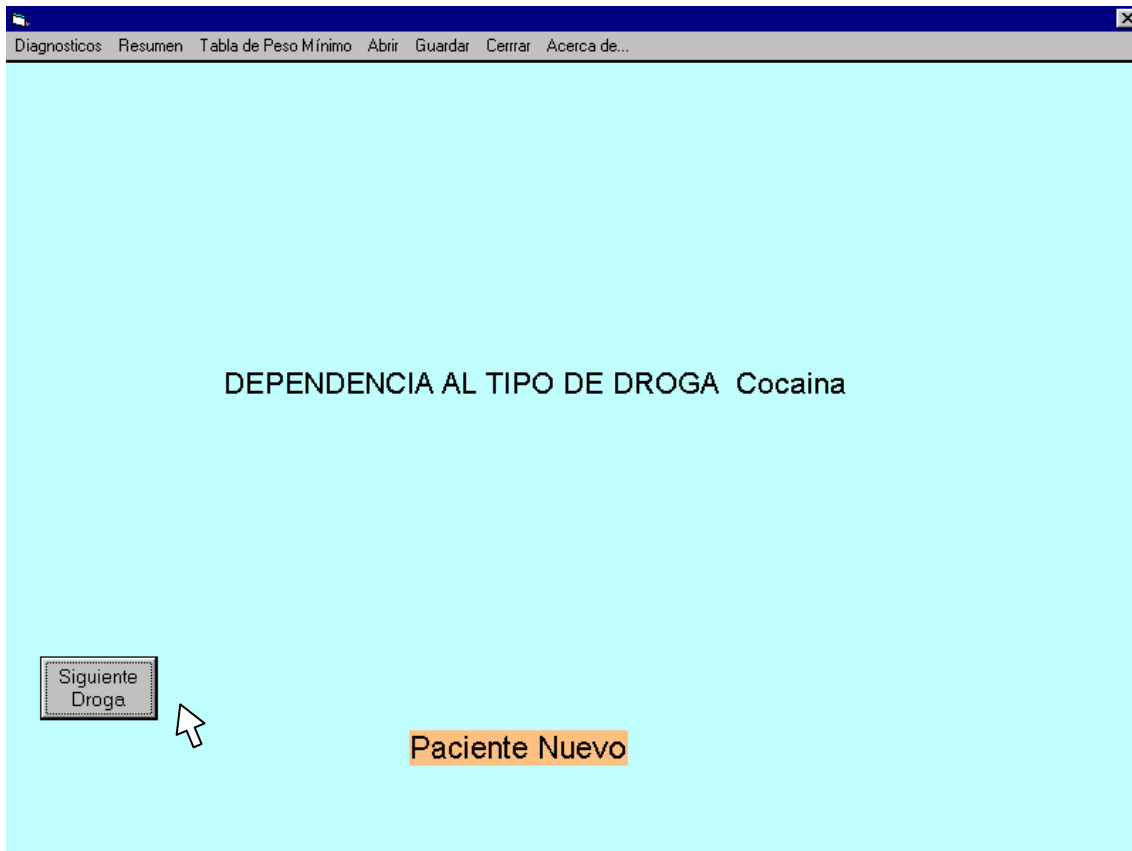
Pantalla de exploración para Dependencia o Abuso de Sustancias.

Esta pantalla es similar a la pantalla típica con la excepción de que en la parte superior aparece una leyenda con la clase de droga que se está explorando.



Pantalla para continuar explorando otros tipos de droga.

Una vez que se terminó de explorar una Droga aparece el diagnostico y para proseguir con otra droga hacer clic en **Siguiente Droga**



Cuando se terminan de explorar todas las drogas utilizadas por el paciente un clic en **Siguiente Droga** regresa a la pantalla principal.

Pantalla para la determinación de peso bajo crítico.

Esta pantalla aparece al explorar Anorexia Nervosa o Bulimia. Introducir la información requerida: el peso mínimo durante los últimos tres meses (kgs) y la talla (cms.). Marcar el sexo del paciente y entonces hacer clic en **Calcular**. Entonces aparece una leyenda indicando si el paciente cumple o no con el criterio para peso bajo. Para proseguir con la entrevista, hacer clic en **Continua**.

Diagnosticos Resumen Tabla de Peso Mínimo Abrir Guardar Cerrar Acerca de...

Peso Mínimo Crítico

Peso mínimo durante los últimos tres meses 35 **Talla** 140

SEXO

Masculino Femenino

Calcular

TALLA	<140	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	>190
PESO MUJERES	<37	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57	>57
PESO HOMBRES	<41	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61	>61

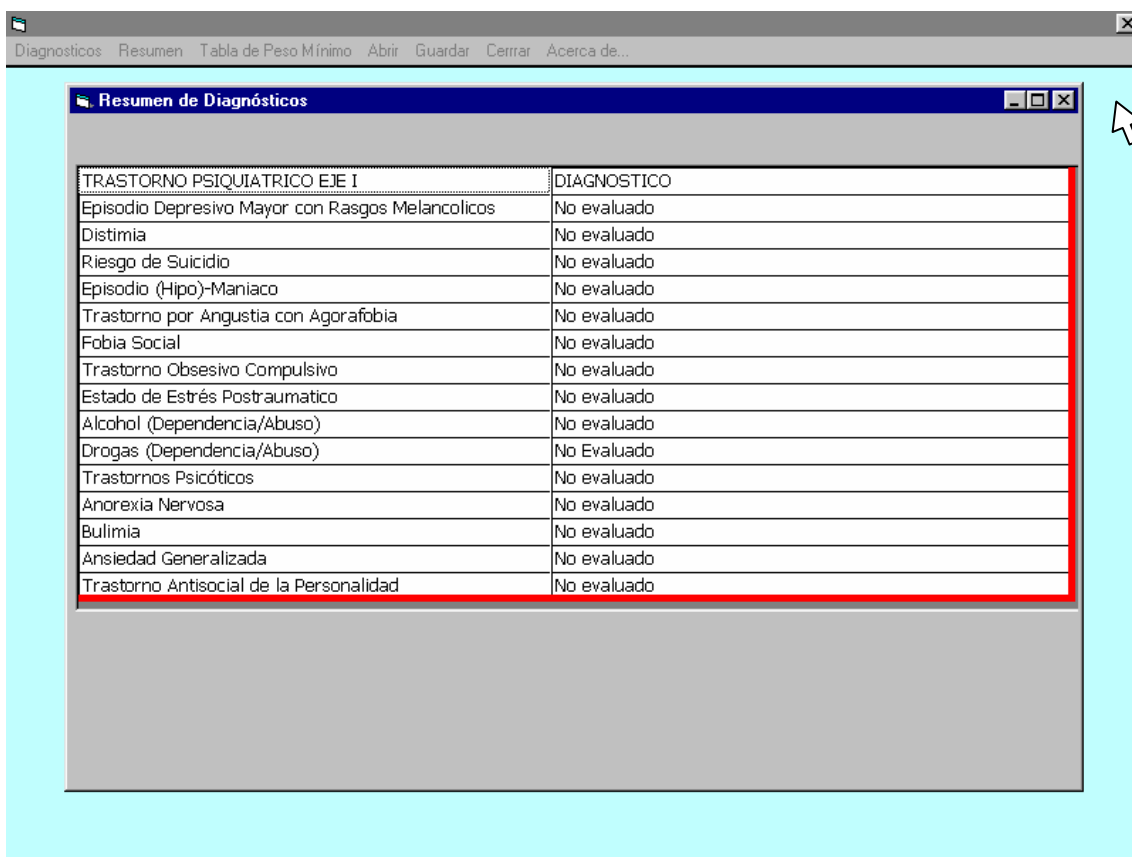
CUMPLE CRITERIO PARA PESO BAJO CRITICO

Continua

Pantalla de Resumen.

En cualquier etapa de la entrevista se podrán consultar los resultados diagnósticos haciendo clic en la opción de **Resumen** del Menú principal.

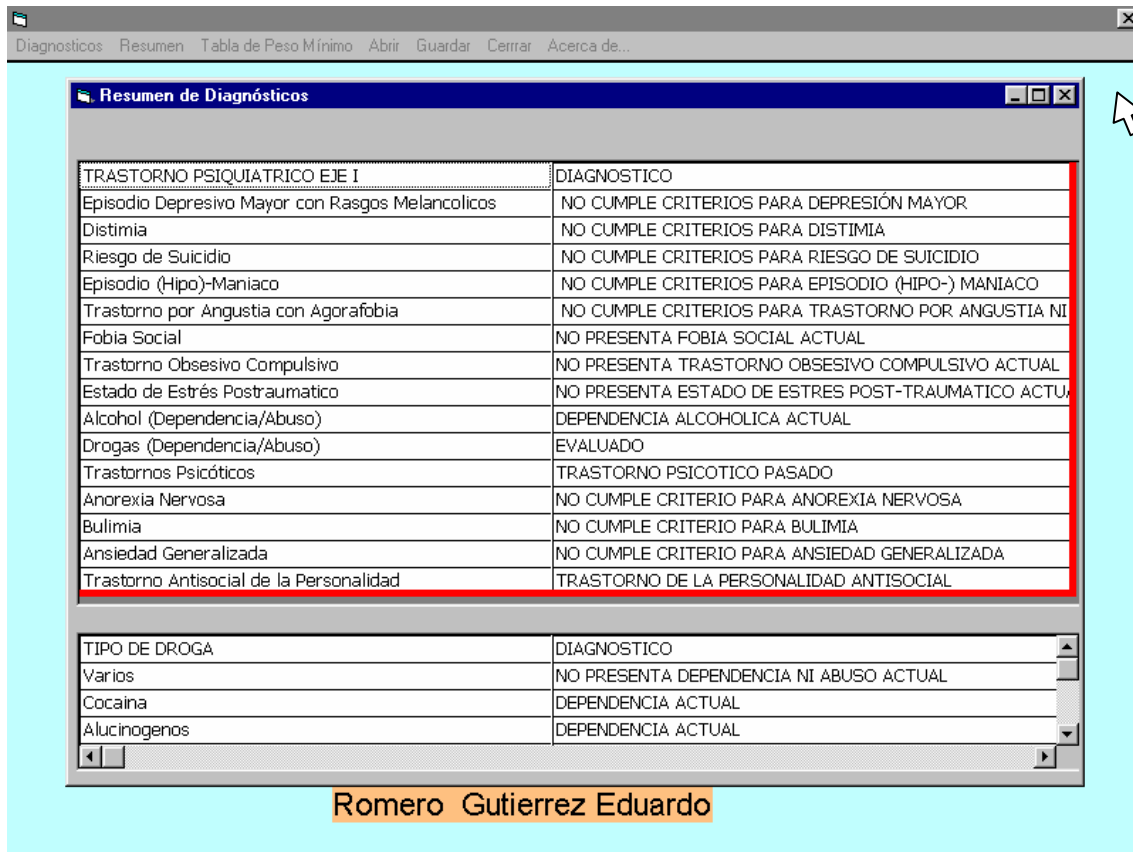
Cuando todavía no se ha evaluado ningún diagnóstico aparece así:



The screenshot shows a window titled "Resumen de Diagnósticos" with a table containing the following data:

TRASTORNO PSIQUIATRICO EJE I	DIAGNOSTICO
Episodio Depresivo Mayor con Rasgos Melancolicos	No evaluado
Distimia	No evaluado
Riesgo de Suicidio	No evaluado
Episodio (Hipo)-Maniaco	No evaluado
Trastorno por Angustia con Agorafobia	No evaluado
Fobia Social	No evaluado
Trastorno Obsesivo Compulsivo	No evaluado
Estado de Estrés Postraumatico	No evaluado
Alcohol (Dependencia/Abuso)	No evaluado
Drogas (Dependencia/Abuso)	No evaluado
Trastornos Psicóticos	No evaluado
Anorexia Nervosa	No evaluado
Bulimia	No evaluado
Ansiedad Generalizada	No evaluado
Trastorno Antisocial de la Personalidad	No evaluado

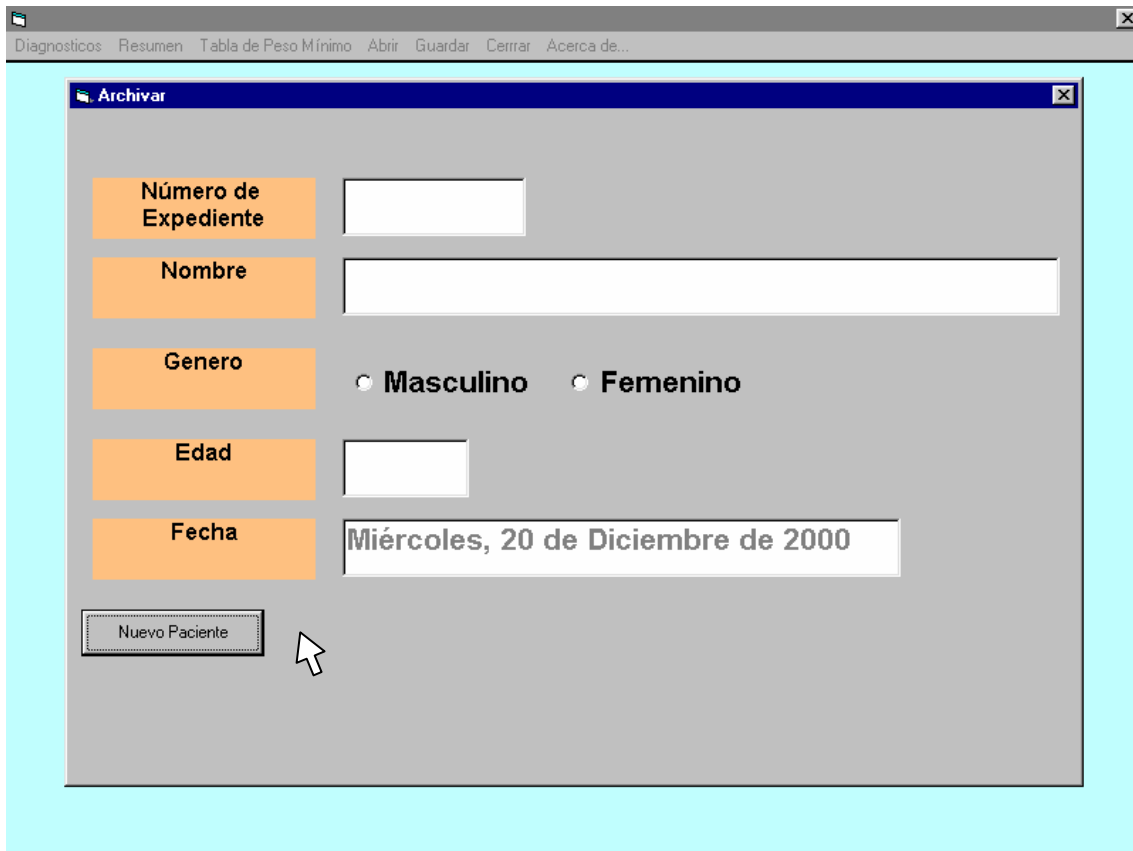
Cuando se ha completado la entrevista la pantalla de **Resumen** presenta la siguiente apariencia:



Para cerrar la pantalla hacer clic en la **X** del extremo superior derecho.

Guardar Datos

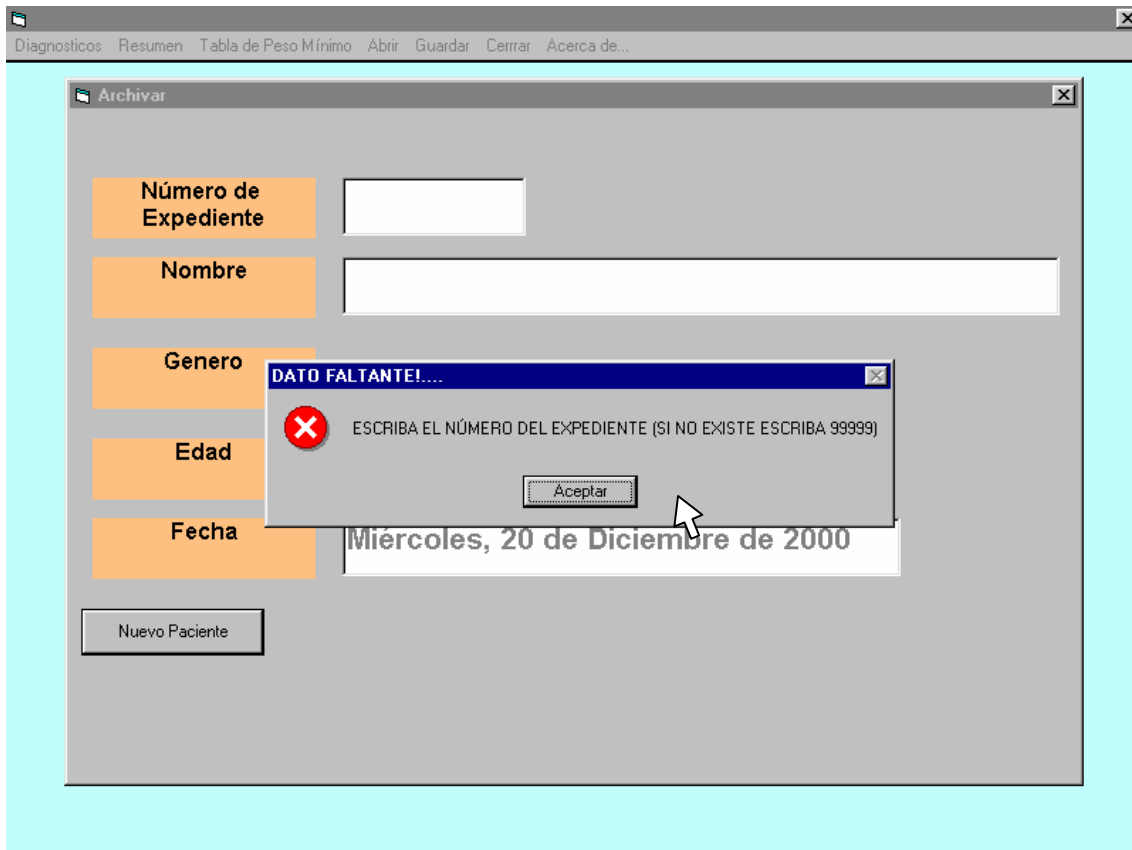
Para guardar datos hacer clic en **Guardar** del Menú principal. Cuando se está salvando información por primera vez aparece la siguiente pantalla:



The screenshot shows a software window titled "Archivar" with a menu bar containing "Diagnosticos", "Resumen", "Tabla de Peso Mínimo", "Abrir", "Guardar", "Cerrar", and "Acerca de...". The main area contains several input fields and a button:

- Número de Expediente:** A text input field.
- Nombre:** A wide text input field.
- Genero:** Radio buttons for **Masculino** and **Femenino**.
- Edad:** A text input field.
- Fecha:** A date input field showing "Miércoles, 20 de Diciembre de 2000".
- Nuevo Paciente:** A button with a mouse cursor pointing to it.

Es necesario llenar todos los campos con la información solicitada, si alguno de estos campos no es llenado, entonces aparece un aviso indicando cual es el campo que no ha sido llenado:



Cuando se han salvado datos de un paciente y la entrevista no ha terminado aún, se puede proseguir con ésta e ir salvando cuantas veces se requiera. La pantalla para salvar en la forma antes descrita aparece ya con los datos del paciente.

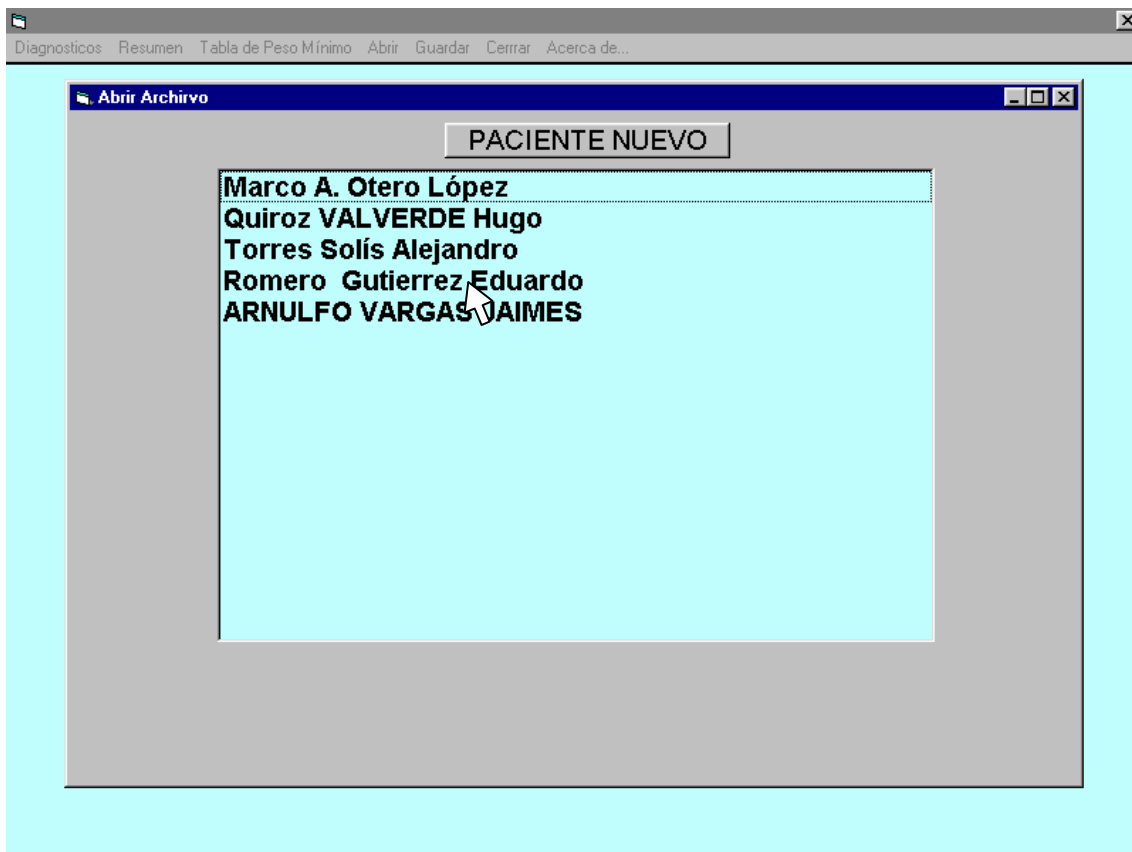
The image shows a screenshot of a software application window titled "Archivar". The window has a menu bar with the following items: "Diagnosticos", "Resumen", "Tabla de Peso Mínimo", "Abrir", "Guardar", "Cerrar", and "Acerca de...". The main area of the window contains a form with the following fields:

- Número de Expediente:** 3457
- Nombre:** Juan Perez
- Genero:** Masculino Femenino
- Edad:** 33
- Fecha:** Miércoles, 20 de Diciembre de 2000

Below the form is a "Guardar" button with a mouse cursor pointing to it. At the bottom of the window, the name "Juan Perez" is displayed in a highlighted box.

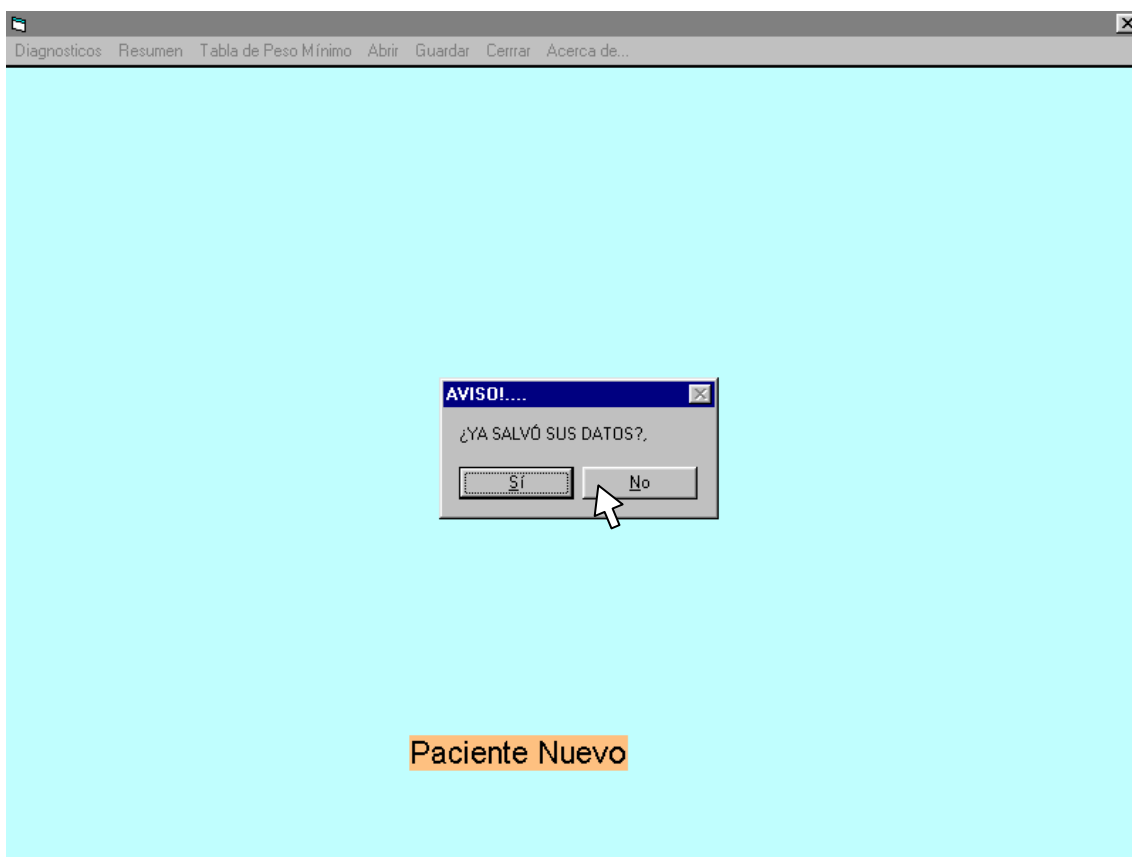
Abrir Datos

Los resultados de los pacientes entrevistados con anterioridad pueden ser consultados o incluso completados si es que la entrevista no pudo ser terminada en una sola ocasión. La pantalla permite consultar un paciente anterior haciendo clic sobre su nombre o incluso después de haber consultado un paciente regresar a esta pantalla e iniciar con un paciente nuevo haciendo clic sobre **Paciente Nuevo**.



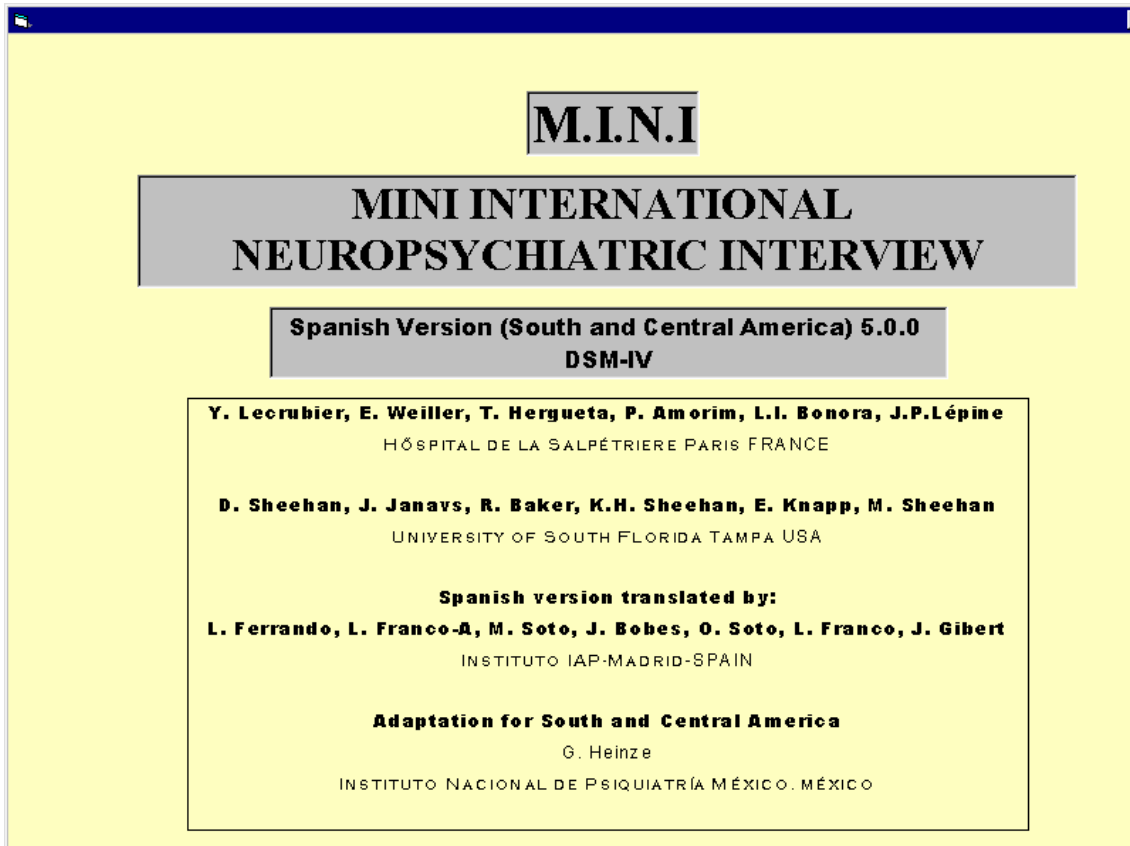
Cerrar

Para cerrar el programa se puede utilizar la opción de **Cerrar** del Menú principal o haciendo clic en la **X** en el extremo superior derecho de la pantalla principal. El programa preguntará si los datos ya han sido salvados, en caso de contestar **SI** y que esto sea falso se perderá la información en memoria, si se contesta **NO** el programa pasa a la pantalla de guardar.



Créditos

Al hacer clic en [Acerca de...](#) aparecen los créditos del MINI.



Manual de la versión computarizada

Dr. Gerardo Heinze Martin

Ing. José Francisco Cortés Sotres

Instituto Nacional de Psiquiatría

Dr. Ramón de la Fuente Muñiz

México. 2000.

ANEXO 5

Criterios Diagnósticos del DSM-IV para dependencia al alcohol

Nombre _____ Fecha _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A UN MISMO PERÍODO EN EL TRANCURSO DE 12 MESES (UN AÑO) (tres o más criterios hacen el diagnóstico)

C.1. TOLERANCIA

C.1.1 ¿Necesita cantidades cada vez mayores de alcohol para alcanzar un estado de embriaguez?

Si No

C.1.2 ¿Los efectos que tiene con la misma cantidad que se toma son menores ahora que antes?

Si No

C.2. ABSTINENCIA

C.2.1 ¿Después de consumir grandes cantidades de alcohol, o que el efecto ha pasado se nota nervioso, deprimido o molesto?

Si No

C.2.2 ¿Toma durante el día para aliviar las molestias producidas por dejar de beber?

Si No

C.3. USO COMPULSIVO

C.3.1 En ocasiones ha tomado mas del o que se propuso en un principio

Si No

C.4. DESCONTINUACIÓN

C.4.1 Algunas veces ha deseado dejar de tomar

Si No

C.4.2. Ha tratado de dejar de beber sin lograrlo

Si No

C.5. ESTRECHAMIENTO DEL CAMPO CONDUCTUAL

C.5.1. ¿Cuando asiste a (reuniones, comida, fiestas, actividades deportivas) ingiere bebidas alcohólicas en exceso?

Si No

C.5.2 ¿Ha notado que tarda una buena parte del día en recuperarse de los efectos de la cruda?

Si No

C.6. REDUCCIÓN MÁXIMA DEL CAMPO DE CONDUCTA

C.6.1 En la mayor parte de las cosas que hace durante el día el alcohol se encuentra presente

Si No

C.6.2 1. Por beber ha dejado de cumplir con sus deberes en el trabajo, con la familia o asistir a reuniones

Si No

C.7. PERCEPCIÓN DE DAÑO

C.7.1 A pesar de saber los daños físicos y psicológicos que le ocasiona el alcohol, continúa bebiendo

Si No

Cuantos criterios cubre: _____

Nombre del aplicador: _____

12. ¿En los pasados 12 meses llegó usted a perderse completamente como resultado de haber tomado?
- a) No b) Una vez c) Varias veces
13. ¿Ha tenido ataques o convulsiones después de un período de consumo de alcohol?
- a) No b) Una vez c) Varias veces
14. Cuando toma una copa lo hace con rapidez
- a) No b) Si
15. ¿Después de tomar una o dos copas, generalmente puede dejar de tomar?
- a) Si b) No

Autores: H. A. Skinner, J.L. Born, K Wanberg y FM Faster. Addiction Research Foundation. Toronto. Ontario Canada, 1984. Traducido y adaptado por Solís, L. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997

ANEXO 7

Cuestionario de Afrontamiento Familiar Versión Corta

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Parentesco con el paciente: _____ Escolaridad _____
 Ocupación: _____ Estado civil _____
 Tiempo que lleva consumiendo alcohol su pareja _____ Fecha: _____

Instrucciones

Cada una de las preguntas siguientes se refiere a la manera como usted puede reaccionar o intentar enfrentarse con alguien de la familia que bebe mucho o que se droga. Recientemente usted (en los 3 últimos meses):

		NO	UNA O DOS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE
1	¿Se ha negado a prestarle dinero o a ayudarlo de otra forma económicamente?	0	1	2	3
2	¿Puso los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él?	0	1	2	3
3	¿Se ha tomado molestias por él, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiando su tiradero después de que bebe o se droga?	0	1	2	3
4	Le ha dado dinero aun pensando que lo gastaría en alcohol o drogas?	0	1	2	3
5	¿Se ha sentado con él y han hablado francamente sobre lo que se podría hacer sobre el uso de alcohol o drogas?	0	1	2	3
6	¿Ha empezado una discusión con él por su manera de beber o de drogarse?	0	1	2	3
7	¿Le ha rogado que deje de beber o de drogarse?	0	1	2	3
8	Cuándo él estaba bajo la influencia del alcohol o drogas ¿lo dejo solo para que se cuidara él mismo o se alejó de él?	0	1	2	3
9	¿Le aclaró que su forma de beber o de drogarse le molesta y que tenía que cambiar?	0	1	2	3
10	¿Se ha sentido demasiado asustada para hacer algo?	0	1	2	3
11	¿Ha tratado de limitar su uso de alcohol o drogas poniendo alguna regla, por ejemplo, prohibiendo el uso de alcohol o drogas en la casa o que traiga amigos que beban o se droguen?	0	1	2	3
12	¿Ha continuado con sus propios intereses, ha buscado nuevos intereses u otras actividades o se ha involucrado en la política, religión o deportes o en alguna otra organización?	0	1	2	3
13	¿Lo animó usted a jurar o prometer no beber o usar drogas?	0	1	2	3
14	¿Se ha sentido demasiado desesperanzada como para hacer algo?	0	1	2	3

		NO	UNA O DOS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE
15	¿Lo ha evitado lo más posible debido a su manera de beber o de drogarse?	0	1	2	3
16	¿Se ha puesto sentimental o de malas con él?	0	1	2	3
17	¿Ha cuidado usted de cerca cada movimiento que hace?	0	1	2	3
18	¿Ha seguido haciendo sus propias cosas o ha actuado como si él no estuviera allí?	0	1	2	3
19	¿Le ha aclarado que no aceptará sus razones para beber o usar drogas y que no lo encubrirá?	0	1	2	3
20	¿Le ha hecho amenazas que verdaderamente no tenía intenciones de cumplir?	0	1	2	3
21	¿Le ha aclarado que es lo que usted espera sobre lo que él debe hacer para ayudar a la familia?	0	1	2	3
22	¿Lo ha defendido o se ha puesto de su lado cuando otros lo criticaban?	0	1	2	3
23	¿Ha llegado a un estado en que no podía tomar una decisión?	0	1	2	3
24	¿Aceptó la situación como parte de la vida que no se puede cambiar?	0	1	2	3
25	¿Lo ha acusado de no amarla o de haberla decepcionado?	0	1	2	3
26	¿Se ha sentado con él para ayudarle a resolver la situación económica?	0	1	2	3
27	Cuando pasaban cosas como resultado de su manera de beber o drogarse, ¿lo disculpó, lo encubrió o se culpó usted misma?	0	1	2	3
28	¿Ha esculcado o buscado sus bebidas o drogas, se las ha escondido o usted decidió que hacer con ellas?	0	1	2	3
29	¿Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos?	0	1	2	3
30	¿Ha tratado de mantener las cosas para que parezcan normales o ha fingido que todo está bien cuando no es así o ha ocultado que tan grave es el consumo de alcohol o drogas?	0	1	2	3

ANEXO 8

Inventario de Autoestima de Coopersmith Adultos

Sexo _____ Edad _____ Estado civil _____
Ocupación _____ Escolaridad _____ Fecha de aplicación. _____

Por favor marque cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice como te sientes, casi siempre, pon una cruz (X) debajo de "SI" en la misma línea.

Si la oración dice como te sientes, casi nunca, pon una cruz (X) abajo de "NO" en la misma línea.

No hay respuestas ni buenas ni malas.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Generalmente los problemas me afectan muy poco. | Si | No |
| 2. Me cuesta mucho trabajo hablar en publico. | Si | No |
| 3. Si pudiera cambiaria muchas cosas de mí. | Si | No |
| 4. Puedo tomar una decisión fácilmente. | Si | No |
| 5. Soy una persona simpática. | Si | No |
| 6. En mi casa me enoja fácilmente. | Si | No |
| 7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo. | Si | No |
| 8. Soy popular entre las personas de mi edad. | Si | No |
| 9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos | Si | No |
| 10. Me doy por vencido(a) muy fácilmente. | Si | No |
| 11. Mi familia espera demasiado de mí. | Si | No |
| 12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy. | Si | No |
| 13. Mi vida es muy complicada. | Si | No |
| 14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas. | Si | No |
| 15. Tengo mala opinión de mí mismo(a). | Si | No |
| 16. muchas veces me gustaría irme de mi casa. | Si | No |
| 17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo. | Si | No |
| 18. Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente. | Si | No |
| 19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo. | Si | No |
| 20. Mi familia me comprende. | Si | No |
| 21. Los demás son mejor aceptados que yo. | Si | No |
| 22. Siento que mi familia me presiona. | Si | No |
| 23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago. | Si | No |
| 24. Muchas veces me gustaría ser otra persona. | Si | No |
| 25. Se puede confiar muy poco en mí. | Si | No |

Inventario de Autoestima de Coopersmith.
Versión para adultos

Forma de calificar:

A cada respuesta se le asigna diferentes valores, dependiendo del número de reactivo, de acuerdo con la siguiente lista.

Reactivos directos SI = 1 NO = 0

Número de reactivo: 1 4 5 8 9 14 19 20.

Reactivos inversos SI = 0 NO = 1

Número de reactivo: 2 3 6 7 10 11 12 13 15 16

17 18 21 22 23 24 25.

La calificación total de la prueba, se obtiene de la suma de todos los reactivos, calificados de la forma antes descrita.

ANEXO 9

Edad: _____ Sexo Fem Masc Estado civil: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

INSTRUCCIONES

Algunas personas tienen problemas para manejar situaciones en las que es necesario expresar sinceramente sus ideas, defender sus derechos o mostrar seguridad en sí mismos, por ejemplo: rechazar una petición, pedir un favor, halagar a alguien, expresar desaprobación o aprobación, etc. Por favor indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que está a la izquierda de cada situación en la lista de la siguiente página. Utilice la siguiente escala para indicar el grado de incomodidad:

- 1= Nada
- 2= Un poco
- 3= Regular
- 4= Mucho
- 5= Demasiado

Después leas la lista por segunda vez e indique en el espacio de la derecha la probabilidad de que usted actúe así si realmente se le presentara esa situación*. Por ejemplo, si usted muy rara vez pide una disculpa, marcaría un "4" después de la situación. Utilice la siguiente escala para indicar la probabilidad de respuesta:

- 1= Siempre lo haría
- 2= Usualmente lo haría
- 3= Lo haría la mitad de las veces
- 4= Rara vez lo haría
- 5= Nunca lo haría

***Nota.** Es importante tapar la columna izquierda (grado de incomodidad) mientras contesta la columna derecha (probabilidad de respuesta). De esta manera un puntaje puede contaminar al otro y la evaluación no será adecuada. Para evitar esto. Coloque un pedazo de papel sobre la primera columna mientras contesta la segunda.

Trate de contestar con la mayor sinceridad posible y no deje ninguna situación sin contestar.

1= Nada
 2= Un poco
 3= Regular
 4= Mucho
 5= Demasiado

1= Siempre lo hago
 2= Usualmente lo hago
 3= Lo hago la mitad de las veces
 4= Rara vez lo hago
 5= Nunca lo hago

GRADO DE INCOMODIDAD	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE RESPUESTA
_____	1. Negarse a prestar su automóvil	_____
_____	2. Halagar a un amigo (a)	_____
_____	3. Pedir un favor a alguien	_____
_____	4. Resistir las ganas de comprar algo en oferta	_____
_____	5. Pedir una disculpa	_____
_____	6. Negar a alguien una reunión o una cita cuando usted no quiere ver a esa persona	_____
_____	7. Admitir que tiene miedo y pedir comprensión	_____
_____	8. Decirle a una persona, con quien está íntimamente relacionado (a), que a usted le molesta algo que dice o hace	_____
_____	9. Pedir un aumento de sueldo	_____
_____	10. Aceptar que no sabe sobre algún tema	_____
_____	11. Decirle a alguien que le pide dinero prestado que no puede prestárselo	_____
_____	12. Hacer preguntas personales	_____
_____	13. Terminar una plática con un amigo que habla mucho	_____
_____	14. Pedir una crítica constructiva	_____
_____	15. Iniciar una conversación con un extraño	_____
_____	16. Halagar a una persona con la cual está usted involucrado (a)9 sentimentalmente o interesado (a)9 en él/ella	_____
_____	17. Solicitar una reunión o una cita	_____
_____	18. Insistir al pedir una reunión o cita que le negaron la primera vez que lo solicitó	_____
_____	19. Admitir confusión acerca de un punto en discusión y solicitar aclaración	_____
_____	20. Solicitar empleo	_____
_____	21. Preguntar si usted ha ofendido a alguien	_____
_____	22. Decirle a alguien que le cae muy bien	_____
_____	23. Reclamar un servicio por el cual usted ha esperado sin ser atendido	_____
_____	24. Discutir abiertamente con una persona que crítica su conducta	_____
_____	25. Devolver productos defectuosos, por ejemplo en una tienda o restaurante	_____
_____	26. Expresar una opinión contraria a la de la persona con la que esta hablando	_____
_____	27. Rechazar proposiciones sexuales cuando usted no esta interesado (a)	_____
_____	28. Decirle a una persona que usted siente que ha hecho algo injusto para usted	_____

1= Nada
 2= Un poco
 3= Regular
 4= Mucho
 5= Demasiado

1= Siempre lo hago
 2= Usualmente lo hago
 3= Lo hago la mitad de las veces
 4= Rara vez lo hago
 5= Nunca lo hago

GRADO DE INCOMODIDAD	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE RESPUESTA
_____	29. Aceptar salir con alguien que se interesa en usted	_____
_____	30. Decirle a alguien que a usted le ha ido muy bien	_____
_____	31. Resistir la presión de alguien que insiste en que usted tome bebidas alcohólicas	_____
_____	32. Aceptar una reclamación injusta de una persona importante para usted	_____
_____	33. Renunciar a su trabajo	_____
_____	34. Resistir la insistencia de alguien que quiere hacerlo enojar	_____
_____	35. Discutir abiertamente con una persona que crítica su trabajo	_____
_____	36. Solicitar la devolución de cosas prestadas	_____
_____	37. Aceptar elogios o cumplidos	_____
_____	38. Continuar la conversación con alguien que está en desacuerdo con usted	_____
_____	39. Decirle a un compañero (a) de trabajo que algo que dice o hace le molesta a usted	_____
_____	40. Pedirle a una persona que lo esta molestando ante otras personas que deje de hacerlo.	_____

Finalmente, por favor indique las situaciones en las que le gustaría conducirse con más seguridad, encerrando en un círculo el número de la situación correspondiente.

ANEXO 10

Dinámica

Fiesta de Presentación

Usos: Lograr un conocimiento interpersonal rápido y sin temor

Recursos Materiales:

- Un salón suficientemente iluminado y amplio para que el grupo pueda trabajar eficientemente.
- Una hoja de papel
- Lápices y alfileres

Duración: 30 minutos

Tamaño del grupo: Diez personas como mínimo

Disposición del grupo: Libre

Instrucciones específicas: Ninguna

Desarrollo:

- Durante 10 minutos el participante realiza alguna de las siguientes variaciones –escogida por él mismo o por el instructor-:
 - a) Uno o varios dibujos de sí mismo.
 - b) Dibujar un pastel con rebanadas de diferentes tamaños, cada una debe significar –como porcentajes-, lo que cada quien dedica a diferentes aspectos de su vida.
 - c) Realizar una gráfica de su vida indicando el momento actual.
 - d) Escribir una descripción de sí mismo.
 - Las hojas se prenden en la espalda de cada participante.
 - Silenciosamente, las personas deben moverse cada dos minutos, de participante en participante, para tener seis o siete encuentros.
 - Se les pide que acudan con las dos personas que les hayan interesado más en los encuentros previos.
 - Se induce a la plática y a la realización de preguntas profundas acerca de sus compañeros.
 - Se comenta el ejercicio.

ANEXO 11

RELACION DE PAREJA

Autores como (Rogers, 1976; Casado, 1991; Badinter, 1986) señalan que la relación de pareja será solo estable en la medida en que se satisfagan las necesidades emocionales, psicológicas, intelectuales y físicas de cada uno de sus miembros. Dichas parejas serán autónomas, basándose en una alta autoestima y una relación de cooperación mutua.

Si de hecho, las relaciones de pareja son complejas y difíciles en términos de convivencia, ya que cada uno aporta lo que le han enseñado sobre todo en su familia de origen, si agregamos los trastornos en el uso, abuso o dependencia al alcohol por un lado, y por el otro, las características de personalidad que cada uno aporta, más las insuficiencias en su comunicación, el inadecuado manejo de las emociones, la autoestima baja que pueda haber en de cada uno de ellos, los valores y conceptos varios que cada uno entienda lo que es una relación de pareja, como el significado de amar, de solidaridad, apego, sacrificio, etc. llegaremos no a una relación sana y productiva sino una relación deficiente y rígida en donde los miembros no crecen ni se satisfacen.

En este sentido las investigaciones han enfocado su atención en el déficit de habilidades de comunicación en la resolución de conflictos conyugales (Beck, 1990; Gottman & Krokoff, 1989; Ting, 1982) y en afirmaciones de que la estabilidad emocional es la característica más importante para que una pareja sea feliz (Shafer, Steve, Fals, 1994; Blake & Humphry, 1994).

Si lo anterior, acerca de la estabilidad emocional lo observamos a la luz de las relaciones bebedor problema-consorte se encuentra sin lugar a duda una relación infeliz e improductiva. Por lo que es necesario trabajar con la esposa, quien esta implicada también.

Para Rogers (1976) el término relación hace referencia a aquella interacción que fomenta el intercambio personal y constructivo, así la relación de pareja es “buena” en términos psicológicos

mientras apoye o mejore el grado de crecimiento y en su defecto “mala” en tanto obstruya el proceso de desarrollo de sus miembros.

Cuyas características las explica en 4 índices:

- Primer índice: Compromiso de la pareja y cualidad del compromiso.

El cual indica que la relación es un proceso, no es una estructura rígida, estática sino que es una relación activa, movida por los sentimientos continuos que pueden ser enfrentados auténticamente, siendo el propio proceso el que determina su curso y desenlace. Además de que el compromiso es individual, lleno de responsabilidad hacia la relación y hacia el propio crecimiento personal. La gratificación y satisfacción deben impregnar a ambos participantes de la relación, sin que uno sacrifique al otro o en el otro, sino que otorgue la verdadera dimensión de “dar”. La frase como “con el amor basta” no es suficiente sino que posee otras condiciones para que la relación de ambos crezca y se mantenga.

En resumen lo ubica con el siguiente enunciado: “Nos comprometemos mutuamente a trabajar juntos en el proceso cambiante de nuestra relación; porque esta enriquece actualmente nuestro amor y nuestra vida, que deseamos verla desarrollarse” (Rogers, 1976).

- Segundo índice: La comunicación abierta.

El ser humano comunica siempre, aún cuando no hable, puede comunicar a través del cuerpo y de su silencio. Lo importante es que esta comunicación nos dé bases para conocernos más íntimamente, desde lo que sentimos y experimentamos, en la profundidad de lo que sentimos y compartimos con nuestra pareja. A esta característica Rogers, la denomina: constancia, y la define como la expresión de todo sentimiento persistente, positivo o negativo que experimente cualquiera de los miembros de la relación.

Por esto la comunicación se vuelve auténtica en la medida en que uno se revela al otro emocionalmente, el principio es “Deseo compartir mi propia realidad y todos los sentimientos, aun cuando no todos sean positivos” (Rogers & Rosenberg, 1981).

Sabemos que esta comunicación autentica conlleva el riesgo de revelarse y volverse vulnerable ante el otro, de esta manera es necesario este factor para una real y buena comunicación; debe excluir juicios, recriminaciones, insultos, comentarios denigrantes o descargas exacerbadas de sentimientos. Sin perder de vista que lo que se comunique tendrá cierto impacto en el receptor.

Es por lo anterior que el enunciado es “Correré el riesgo de comunicar cualquier sentimiento persistente, positivo o negativo, a mi compañero. He de hacerlos con la profundidad que el sentimiento adquiere en mi interior como parte viviente y actual de mí ser. En consecuencia, me arriesgaré a comprender, con todo mi fervor, su respuesta; bien resulte acusadora y crítica o autor reveladora y comunicativa”

- Tercer índice: Emergencia de la persona y la extinción del rol.

Pone en tela de juicio el “deber ser” que jugamos en la sociedad por el “ser”, el expresar lo que damos desde el interior, surgir desde el fondo mismo y no cumplir con las expectativas rígidas y totalitarias que demandan de nosotros.

Los mensajes del deber ser o de los roles, en particular los femeninos nos marcan vivir por el otro, para el otro, sin que desarrollemos nuestros propios deseos y necesidades, al romper con éstos nos volvemos realmente individuos, es entonces y no antes cuando podemos formar realmente parejas, relaciones satisfactorias y que propicien y permitan el desarrollo de cada uno de los miembros en conjunto y por separado “Viviremos conforme a nuestras propias opciones, a las percepciones orgánicas más profundas que seamos capaces, y no nos dejaremos moldear por los deseos, las normas, los roles y expectativas que los demás desean imponernos”.

- Cuarto índice: Convirtiéndose en un individuo definido.

Toda asociación esta compuesta por dos o más individuos y cada uno por su cuenta respeta y desarrolla toda su personalidad en dirección a convertirse en “aquello que uno realmente es”.

La idea de que mi pareja debe ser igual a mí esta tan mitificada y repetida por generaciones que niega que una relación entre más diferenciada este uno del otro, más sólida se vuelve. Se define como: “Quizás pueda descubrir y familiarizarme con lo que realmente soy por dentro con sentimientos a veces furiosos o aterrorizados, a veces amoroso y tiernos, ocasionalmente hermosos y fuertes o salvajes y demenciales, sin ocultarme todas estas vivencias, tal vez pueda llegar a valorarme como la persona rica y variada que soy. Tal vez pueda ser abiertamente, más parecida a esta persona real. En ese caso, viviré conforme a mis propios valores experimentados, entonces podré entregarme a la complejidad de mis sentimientos, gozar de la libertad de entregarme, amar y odiar, y liberar la ternura que hay en mí. Es posible que, así pueda vivir como miembro real de una pareja, porque me encontraré en el sendero que conduce a la persona auténtica. Y espero poder alentar a mi compañero en su camino hacia una personalidad única, que compartiré con todo mi amor”.

Rogers concluye la siguiente definición de pareja sana.

Como aquella que tiene una vía de crecimiento, con una política igualitaria, que se acerca al compromiso auténtico con una evaluación más realista de sus propias necesidades presentes y ocultas, en una comunicación constructiva, con franco progreso hacia la valoración de su yo definido, en desuso de roles y patrones impuestos. Y que sólo en la medida en que cada uno de los miembros de la pareja se vuelve un agente realmente libre (de drogas y otras dependencias), en esa misma medida la relación tendrá permanencia sólo si los cónyuges están comprometidos con su pareja, si hay una buena comunicación entre los dos, si se aceptan como personas individuales y viven juntas como personas. Y que en otro sentido en la relación de pareja adicto-codependiente se visualiza más bien de la siguiente manera como, relación de pareja insana o deteriorada:

Como lo señala Rogers (1976) existen 6 características en una relación considerada como deteriorada:

- 1. - Ambos miembros de la relación de comportan de manera defensiva.
- 2. - La comunicación se vuelve cada vez más superficial, vale decir que se refiere cada vez menos a lo que siente y a la experiencia de la persona.
- 3. - Hay menos capacidad de demostrar comprensión empática, que es necesaria para una buena comunicación.
- 4. - Como consecuencia, no se produce un estado de congruencia o más bien no se evoluciona a ella, pues el estado de desacuerdo que existe entre el organismo y la experiencia, en cada uno de los cónyuges, se cierra a la posibilidad de cambio.
- 5. - Mientras que los miembros funcionen en contra de lo óptimo, es decir que exista inexactitud entre lo que experimentan, dicen y hacen, se produce un estado de confusión en la persona que no le permite ser auténtica (estado de desacuerdo interno).
- 6. - Así, la relación se deteriora, se vuelve negativa y es sentida así por ambos miembros.

ANEXO 12

Manual Destinado a los orientadores de prevención de alcohol y drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares

Guillermina Natera R. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.

Jim Orford. Universidad de Exeter, Inglaterra, 1995.

UTILIDAD

AYUDAR a las familias a tomar CONCIENCIA de que ELLAS tienen la posibilidad de hacer algo en su propio beneficio a pesar de que el usuario No asiste a su tratamiento.

Sección 1

LOS MIEMBROS de la FAMILIA

***NO SON LA CAUSA del consumo excesivo de alcohol o
drogas.***

Más bien son VICTIMAS de esa situación.

La producción de TENSION depende de

- El tipo de sustancia
- El patrón de consumo
- La relación que existe entre el familiar y el usuario
- Distintos factores del ambiente que estimulan el consumo.

Las manifestaciones de **TENSION** más comunes

- Descuidos y perturbaciones de la familia
- Cambio de humor y agresiones
- Suspicias, preocupaciones e incertidumbres
- Cambios en los sentimientos hacia el usuario
- Incertidumbre sobre como actuar con el usuario
- Limitaciones sociales, aislamiento y falta de apoyo
- Limitaciones económicas, desnutrición

*Los familiares del usuario
reaccionan o responden al
consumo excesivo de alcohol
drogas*

El conjunto de sentimientos, creencias y actitudes conforma sus formas particulares de reaccionar o responder, que aquí llamamos **FORMAS DE HACER FRENTE O ENFRENTAR EL PROBLEMA**

- Algunas formas de enfrentar que usan los miembros de la familia tienen efectos muy benéficos en el usuario, porque lo estimulan a reducir su consumo e incluso a dejar de beber
- Otras formas de responder, por el contrario, son contra-productentes, porque pueden provocar al usuario a consumir más, y pueden agravar la situación de tensión que se vive en la familia.

APOYOS RECIBIDOS POR EL MIEMBRO PARA ENFRENTAR EL CONSUMO

- Conocer que apoyos ha recibido de los distintos expertos que dan servicio en las distintas instituciones.
- El estado de salud y bienestar del familiar
- Lo que el familiar necesita y espera.
- Los apoyos sociales con que cuentan las familias para enfrentar el consumo excesivo de alcohol y drogas.
- Las familias usan formas de enfrentar que les son naturales y buscan ayuda en los centros de atención primaria de salud

EMOCIONAL

- Iniciar discusiones con el usuario sobre su consumo de alcohol o drogas
- Proferir amenazas que el familiar no pretende cumplir
- Acusar al usuario de no amar al familiar o de decepcionarlo

EMOCIONAL

Desventajas

- Puede molestar al usuario y no ser eficaz para lograr cambios en su conducta.
- Puede perturbar a otros miembros de la familia, sobre todo a los niños. Puede hacer que el familiar se sienta culpable y que crea que el mismo es un problema igual al del usuario.

TOLERANTE

- Dar dinero al usuario aún sabiendo que será gastado en alcohol y droga.
- Disculpar o encubrir la conducta del usuario; tratar de que las cosas parezcan normales, pretender que todo está bien cuando no es así.

TOLERANTE

Desventajas

- El familiar puede sentir que abusan de él.
- Las familiares pueden sentir que no están enfrentando el problema y que contribuyen a mantener el consumo excesivo.

EVITADOR

- Evitar al usuario lo más posible a causa de su consumo.
- Tratar de actuar como si el usuario no existiera; ser deliberadamente frío y distante con el usuario.

EVITADOR

Desventajas

- Al usuario puede hacerlo sentir más aislado.
- En lugar de ayudar al usuario a reducir su consumo, puede agravar la situación; puede contribuir a una sensación de falta de unión familiar.

CONTROLADOR

- Alentar al usuario a hacer una manda o a prometer que no va a consumir alcohol ni drogas.
- Tratar de controlar el dinero del usuario, guardándolo o dándolo por semana; pasar mucho tiempo pensando en formas de controlar el consumo del usuario.

CONTROLADOR

Desventajas

- Puede causar resentimiento con el usuario y puede no ser eficaz para controlar el consumo.
- Tratar de controlar la conducta del usuario puede ser muy estresante para el familiar, y muy frustrante cuando sus esfuerzos no funcionan.

INACTIVO

- Tratar de mostrarse indiferente, sentirse demasiado ausente o sin esperanza para intentar cualquier cosa.
- Aceptar la situación como parte no cambiante de la vida.

INACTIVO

Desventajas

- Los familiares siguen sintiéndose descontentos por la situación.
- Los familiares pueden sentir que no hacen nada para ayudar a cambiar la situación.

CONFRONTATIVO

- Aclararle al usuario que su consumo perturba al familiar y que debe cambiarlo
- Comunicar al usuario lo que se espera de el y lo que debe aportar a la familia; informándole claramente que si no cambia su consumo, el familiar lo abandonara o el deberá irse de la casa.

CONFRONTATIVO

Desventajas

- El usuario no siempre reacciona favorablemente
- El familiar puede sentir que corre el riesgo de alejar al usuario o perderlo del todo.

APOYADOR DEL USUARIO

- Defender al usuario cuando otros lo critican.
- Tratar de involucrar al usuario en actividades familiares y hacerlo sentir importante para la familia.
- Alentar y apoyar los intereses y actividades del usuario que no se relacionen con el consumo.

APOYADOR DEL USUARIO

Ventajas

- Hacer sentir a los familiares que no rechazan al usuario.
- Puede ser una ayuda más eficaz para que el usuario cambie, que los intentos directos de controlar su consumo.

INDEPENDIENTE

- Buscar nuevos intereses, involucrarse en actividades cívicas, políticas, deportivas religiosas y de otras organizaciones.
- No esperar a que el usuario les dé permiso para salir o hacer sus actividades.
- Esforzarse por mantener las rutinas familiares, como comidas y otras actividades compartidas.

INDEPENDIENTE

Ventajas

- Puede ayudar a familiares a manejar el estrés.
- Puede evitar que los familiares se vean absorbidos en su preocupación por cambiar el consumo del usuario.

ANEXO 13

Cuestiones para poder centrarnos y saber en que consiste realmente un problema

- Con quien ocurre (jefes, compañeros, hombre, mujer, niños, alguna persona o personas sueltas, etc)

- Cuando ocurre (momento y lugar) (en el trabajo, con los amigos, en reuniones, en actos sociales, con mi pareja)

- Que es lo que me preocupa de la situación (lo que piensan los demás, lo que pienso yo, quedar mal, hacer el ridículo, parecer tonto, etc)

- Como lo suelo afrontar normalmente (evito las situaciones problemáticas, le “pego” a alguien, no digo nada, intento a toda costa decir algo, etc)

- Por que no soy asertivo / a con esta conducta concreta, dicho de otra forma: que temo que ocurra si me mostrara asertivo (no se me acepte, se me considere una persona dura, no se me quiera, etc)

- Cual es el objetivo que persigo al querer cambiar mi conducta (que se me tenga afecto, que no me tomen más el pelo, etc)

ANEXO 14

TIPO DE CONFLICTO

Los conflictos interpersonales afectan profundamente las emociones del individuo. Existe una necesidad de proteger la autoimagen y la autoestima del daño de los demás. Algunas veces son incompatibles entre sí los temperamentos de dos personas y chocan sus personalidades. En otras ocasiones los conflictos se presentan por falta de comunicación o por las diferencias de percepción en cada uno de los miembros.

PROBLEMAS EMOCIONALES

Así en una situación de conflicto, los problemas pueden ser emocionales, que pueden implicar sentimientos negativos entre las partes; es decir, ira, desconfianza, desprecio, resentimiento, temor y rechazo.

ACONTECIMIENTOS DESENCADENADORES

Los problemas interpersonales pueden existir por periodos como un conflicto latente o persistente.

La naturaleza latente manifiesta del conflicto interpersonal y se rige por las barreras que se oponen a las acciones y circunstancias de conflicto declarado que se denominan acontecimientos desencadenadores.

El protagonista puede no sentirse con ánimo de afrontar un conflicto interpersonal por barreras internas, como son las actitudes, valores, necesidades, anhelos, ansiedades y patrones habituales.

NATURALEZA DEL CONFLICTO

El conflicto interpersonal puede tornarse cíclico y los ciclos pueden ser de escalamiento, de desescalamiento o de mantenimiento del nivel del conflicto. Un ciclo de un conflicto comprende cuatro elementos básicos.

Los problemas que constituyen el conflicto

Las circunstancias que precipitan el conflicto manifiesto

Los actos pertinentes de los protagonistas del conflicto

Las consecuencias del conflicto

Los conflictos interpersonales también tienden a ser dinámicos, esto es, de un ciclo al siguiente los problemas o la forma de conflicto manifiesto cambian de modo característico. El término escalamiento se refiere a la tendencia de una relación a volverse cada vez más conflictiva, mientras que el desescalamiento designa la tendencia hacia la disminución del conflicto. Puede ser deseable un escalamiento temporal, como parte de una estrategia general de manejo de conflicto, hablaremos de liberar (dejar de controlar) el conflicto. De modo similar, los esfuerzos encaminados a producir un desescalamiento implican control o la resolución del conflicto.

Por otro lado es importante considerar que en un conflicto pueden presentarse barreras como:

Los requisitos de la tarea.

Los conceptos personales del papel

La percepción de la vulnerabilidad del otro

Las barreras de interacción.

Estos estímulos, que llamamos acontecimientos desencadenadores, pueden ejercer sus efectos aumentando la magnitud o importancia de los problemas en el conflicto o reduciendo una de las barreras que obstruyen la acción.

Como reacción a los problemas puede mostrar mecanismos o estrategias de afrontamiento como pueden ser.

Solución de compromiso.- Consiste en buscar una meta alternativa.

Retraimiento.- En donde se niega el deseo y no se acepta ninguna meta alternativa.

Agresión directa.- Se concibe como un ataque dirigido sobre la barrera (el obstáculo que no permite la satisfacción), o lo que parece ser tal.

Agresión desplazada.- Expresa una reacción hostil hacia un espectador u otra figura inocente, como modo de hacer frente a la frustración.

Resolución de problemas y acción productiva.- Posee la jerarquía mas elevada de las técnicas de adaptación y consiste en superar el obstáculo.

Tres tipos de situaciones representan amenazas especialmente significativas:

- Los fracasos nos exponen a una retroalimentación negativa acerca de quienes somos y que podemos hacer.
- Las contradicciones.- nos aportan información que contradice lo que pensábamos sobre quien y que somos. Los sucesos no necesariamente deben ser negativos para ser contradictorios.
- Los factores estresantes.- parecen exceder nuestros recursos para manejarnos con ellos, estos factores corresponden a grandes crisis.

Para defendernos de las amenazas, las personas tratan de manejar sus respuestas emocionales ante las amenazas por medio de la huida, la distracción, la redefinición de la importancia del suceso o la expresión del yo.

HUIDA DE LA AMENAZA: EVASIÓN

La huida evita enfrentarse con la penosa sensación de incapacidad.

IGNORAR LA AMENAZA: RECURSOS PARA DESENTENDERSE DE ELLA.- Algunas veces, los intentos de evitar el penoso acontecimiento y las presiones de los sucesos incontrolables producen una nueva serie de afectos negativos.

Por lo que es necesario

No hacer el juego a la amenaza.

Proteger a la autoestima.

Trabajar con la amenaza: hablar de ella.- Hablando sobre los sentimientos producidos por sucesos amenazadores pueden ayudar a superar en parte el costo emocional y físico.

Llevar a cabo un ataque razonado de la amenaza, enfocándose al problema.- A veces, las personas responden directamente a las amenazas, intentando anular el suceso o la situación negativa misma. Las estrategias posibles es la reinterpretación de la evidencia, presentar excusas, la búsqueda de control o enfrentarse directamente al problema. Centrarse en el problema dirige los recursos cognitivos, emocionales y de conducta hacia la reinterpretación del suceso como no amenazante o anulando físicamente el suceso.

Realizar una evaluación inducida.- Cuando las personas reciben una información negativa puede rechazarla de plano o cuestionar su validez.

No inventar excusas.- La respuesta tiene que ver con las atribuciones de enaltecimiento que distorsionan las explicaciones de la gente sobre sus éxitos y fracasos.

Si uno se auto limita.- Algunas personas sabotean sus buenos resultados para disponer de una excusa si se producen fracasos después.

De esta manera es recomendable tener control del problema.- Los sentimientos de control o dominio son muy importantes.

Así como considerar la resolución del problema.- Cuando podemos atribuir los malos resultados a factores controlables, podemos activar estrategias diseñadas para cambiar nuestro rendimiento.

Los recursos del individuo, así como las características de la situación, dictan la mejor respuesta ante las amenazas. Ninguna respuesta en particular es siempre mejor, pero muchos tipos de respuestas para enfrentarse a la situación pueden ayudar a superar la amenaza.

Otra recomendación es considerar como manejamos el conflicto.

Supongamos que los conflictos son más disfuncionales para los protagonistas o para otras personas y que existe el deseo de manejarlos de una manera más constructiva. Por lo común, el objetivo operacional más general consiste en interrumpir, de un modo o de otro, un ciclo que se mantiene a sí mismo o va en escalamiento, e iniciar un ciclo de desescalamiento, este objetivo se aplica cuando la meta final es o bien el control (reduciendo al mínimo los costos del conflicto sin cambiar los problemas básicos en disputa) o bien la resolución de conflicto (eliminando los sentimientos negativos y los desacuerdos sustantivos).

Cada uno de los cuatro elementos de un ciclo de conflicto sugiere una medida operacional de desescalamiento y determina un objetivo correspondiente para el manejo del conflicto. Tres de estos elementos implican control.

Un objetivo operacional del manejo del conflicto podría ser reducir la frecuencia de los encuentros conflictivos, fortaleciendo los elementos inhibidores de las acciones de conflicto y evitando los acontecimientos desencadenadores o amortiguándolos cuando ocurran.

Por lo general, sin embargo, el inconveniente de las estrategias de control es que los resultados finales pueden ser menos deseables que una pronta expresión del conflicto.

1. - El conflicto puede tender a permanecer oculto, hacerse menos directo pero más destructivo y a la larga, más difícil de afrontar y resolver.

2. - La supresión de los problemas sustantivos por parte de los participantes y sus sentimientos de antagonismo, pueden hacer que el conflicto manifiesto, cuando ocurra, sea más intenso y destructivo.

Si es bien manejado, el diálogo directo entre participantes puede dar por resultado la solución del conflicto o un mejor control de éste. Los mismos participantes o el mediador pueden facilitar una productiva solución, apreciando y manejando los siguientes componentes del ambiente de interacción.

MOTIVACIÓN

PODER SITUACIONAL

SINCRONIZACION

RITMO

NIVELES DE TENSIÓN

SIGNOS DE COMUNICACIÓN

NORMAS

HABILIDADES

Todo lo relacionado al tipo de conflicto fue tomado de las siguientes fuentes Smith, E. (1995), Hollander, E. (1971).

ANEXO 15

CONFRONTACION. _____

DIA DE LA SEMANA

HECHOS

PENSAMIENTOS

SENTIMIENTOS

ANEXO 16

DINÁMICA “LA TELARAÑA”

Es una técnica entretenida de hacer un repaso o un control de lo aprendido. Los participantes escogen tarjetas con preguntas o conceptos relacionados con un tema, tienen la posibilidad de intercambiarlas entre ellos, prepararse a la respuesta y presentar las respuestas ya sea siguiendo un orden determinado.

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aporte de todos los participantes para alcanzar un resultado • Distribuir preguntas que uno pueda responder, acordes al nivel personal de conocimientos, el intercambio de tarjetas facilita este proceso • Reducir los posibles miedos a la hora de presentar los resultados
Realización	<p>El facilitador escribe tarjetas términos importantes referentes a un tema. Cada participante escoge una de las tarjetas sin saber que tema le ha tocado. El resto de las tarjetas se colocan en el centro, en el caso que se quiera cambiar de tema. También hay la posibilidad de cambiar las tarjetas entre los compañeros, hasta estar seguros de que pueden decir algo acerca de su tema.</p> <p>Un participante empieza a hablar, y el que crea que el tema de su tarjeta tiene relación con lo expuesto puede intervenir y proseguir con la presentación. El que ya haya hablado pone su tarjeta en el centro.</p> <p>Variación: El facilitador escribe en las tarjetas, en vez de términos, preguntas centrales referidas a un tema. Las tarjetas están numeradas, y cada persona escoge sin ver la pregunta un número determinado de tarjetas. A continuación, pueden intercambiar las tarjetas con sus compañeros y, una vez terminado esto, empezar a preparar las respuestas.</p> <p>Al estar las tarjetas ordenadas, la persona con el número 1 empieza con su respuesta, y así sucesivamente, repasando de esta forma toda la materia de forma sistemática.</p>
Nº de participantes	Entre 4 y 20 participantes
En que momento	<ul style="list-style-type: none"> • Al final de una unidad, para hacer un repaso de la materia • Para hacer un control de lo aprendido <p>Nota: La opción es muy útil cuando se quiera hacer un repaso de la materia, pero poniendo especial interés en el orden sistemático del contenido (las tarjetas están numeradas).</p>
Material	Tarjetas con términos, conceptos relacionados con el tema a tratar. Opción: tarjetas con preguntas. (Numeradas).
Tiempo	40-50 min

ANEXO 17

AFRONTAMIENTO, EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA FAMILIA

Una de las respuestas ante la situación de consumo de alcohol y otras sustancias es la tensión presente en todos los miembros de la familia de un usuario, no importa que tipo de sustancias utilice, cual sea la forma de consumirla o de que manera están presentes los problemas anteriores.

En este sentido los síntomas manifiestos que pueden observarse, entre otros, están:

- Descuidos y perturbaciones de la familia.
- Cambios de humor y agresiones.
- Cambios en los sentimientos hacia el usuario.
- Incertidumbre sobre cómo actuar con el usuario.
- Limitaciones sociales, aislamiento y falta de apoyo.
- Limitaciones económicas.

Así mismo, hay formas de reaccionar al consumo excesivo que agravan el problema en vez de aliviarlo. Por ejemplo, algunas acciones de la esposa, pueden provocar que el usuario consuma más (cuando se siente aislado, agredido o retado), o aumentar la tensión que vive la familia (por ejemplo, cuando por miedo al usuario se tolera su violencia).

Al respecto Wallace (1990), refiere que las familias sufren terriblemente si uno de sus miembros es alcohólico. Por lo cual recomienda reconocer y tratar el sufrimiento de los miembros de la familia de un consumidor problema, cualquiera que sea el destino final de éste. A pesar de que la familia no provoca que uno de sus miembros sea alcohólico, sin darse cuenta puede provocar que su enfermedad persista. Se ha observado frecuentemente que los cónyuges y los hijos mayores encubren al alcohólico, justifiquen su manera de beber o le resten importancia, ignoren las consecuencias o pasen por alto una conducta que es totalmente inaceptable, renuncien a sus propios derechos y se dejan intimidar.

También este mismo autor hace algunas observaciones de las esposas de pacientes alcohólicos (Wallace, 1990) indica que éstas utilizan una gran variedad de tácticas para afrontar el alcoholismo, algunas de las cuales favorecen que el esposo continúe bebiendo, en vez de que se controle. Algunos ejemplos de estas maneras de afrontar el problema por las consortes son las siguientes:

- Abandono de la relación marital, evita a los esposos, se rehúsan a tener relaciones sexuales, niegan sus propios sentimientos y se resisten a comunicarse.
- Protección al alcohólico.- Le sirven la bebida, disculpa su comportamiento donde laboran sus esposos con sus jefes en el trabajo, inventan excusas y se aseguran que coman.
- Ataque.- Las esposas maltratan verbalmente al usuario de alcohol, los dejan fuera de la casa y discuten con ellos acerca del divorcio, como amenazas sin cumplirlas.
- Defensa de los intereses familiares.- Controlan el dinero, pagan las cuentas, alejan del alcohólico a los hijos.
- Representación de papeles.- Amenazan al consumidor con suicidarse, se emborrachan con el consumidor o provocan sus celos.

Con frecuencia, los alcohólicos tienen un concepto tan negativo de sí mismos, que proyectan estas características negativas e indeseables hacia otros (Wallace, 1990) Además menciona que la pareja del consumidor no debe aceptar acusaciones de culpa porque no son ellas las causantes de que los alcohólicos beban. La negación de su manera de beber, de la enfermedad y de lo que debe hacer al respecto el bebedor problema.

Recomienda seis reglas básicas para las personas que viven cerca de cualquier alcohólico activo y que pueden seguir de manera concisa, según (Wallace, 1990).

1) No se deje engañar por las excusas del alcohólico porque no existe una razón válida para que beba.

2) No acepte la culpa de que el alcohólico beba.- El alcoholismo es una enfermedad, no un problema causado por cónyuges, hijos, amigos o padres.

3) No acepte la negación que con frecuencia acompaña a la enfermedad.- Continúe señalando las consecuencias de beber en exceso cuando la situación sea adecuada para ello y no lo haga cuando el este ebrio.

4) Busque ayuda de otras personas y no abrigue la creencia de que usted sola puede hacer que el alcohólico se mantenga sobrio.

5) Es muy improbable que un alcohólico entienda su problema mientras está alcoholizado.- Nunca discuta con una persona que esté intoxicada, trate de persuadirla cuando se encuentre sobria.

6) Deténgase un momento para analizar la manera de beber y de utilizar las drogas, del consumidor.

Por otro lado, según Keesel y Walton (1991) la esposa de un alcohólico a menudo admite que había advertido que su marido bebía en el momento de casarse, pero argumentará que no se dio cuenta de lo que eso implicaba.

Estos mismos autores, refieren que la mujer es testigo de su conducta ebria, día tras día, semana tras semana, con creciente aversión. El no es totalmente consciente de lo que está haciendo. Es ella la que ve lo terribles que son algunas de sus acciones. La mayor parte del tiempo, ella siente que es incapaz de una conducta decente. Ve que destruye insidiosamente y progresivamente todo lo que ella había soñado y esperado de la vida. Es posible que tenga que soportar su violencia. Él puede sentir celos y acusarla de salir con otros hombres. Puede ser muy maltratada, física o psicológicamente. Estas peleas, discusiones y actitudes violentas producen gran tensión en la familia. También los mismos autores hacen mención que en los alcohólicos no hay signos de compañerismo, calidez y comprensión hacia sus parejas. No hay oportunidad para el diálogo, de manera que ella no puede comunicarle sus pensamientos, experiencias y necesidades. La mujer del

alcohólico esta confundida y no le es posible poner en perspectiva lo que ha sucedido en su vida. Se pregunta si ella misma lo ha causado. No sabe si es más apropiado estar enojada o ser protectora. No sabe qué posición tomar frente al problema o a quién acudir por ayuda. La mujer persiste en la inútil secuencia de súplica, discusión, hostilidad y odio porque todavía no comprende que, por mucho que su marido desee dejar de beber, sólo con ayuda externa especializada podrá abandonar el alcohol. Mientras tanto, la familia debe vivir entre peleas, terror, agresión física y desprecio por parte de los vecinos. Es posible que la esposa ya no tolere más la angustia o que decida que por el bien de sus hijos y de ella misma, debe abandonar a su marido.

ANEXO 18

A FAVOR O EN CONTRA

Esta técnica ayuda a obtener una discusión amena y bien estructurada. Se forman dos grupos: un grupo esta a favor de algo y el otro en contra. Se trabaja primero en grupos y, después se presentan los argumentos, formando una discusión plenaria. Un moderador (puede ser un participante) escribe los argumentos principales en la pizarra y dirige la discusión.

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivar una conversación que se ha paralizado y reestructurarla. • Fomentar la capacidad argumentativa de los participantes y su concentración. • Aprender a respetar los argumentos de los demás.
Realización	En primer lugar se presenta el tema del que se va a hablar. Después, se forman dos grupos: los que están a favor y los que están en contra de un tema. Cada grupo trabaja primero por sí solo, formulando argumentos a favor o en contra de un fenómeno. En cada grupo hay una persona encargada de escribir los argumentos en una hoja. Cuando los grupos estén preparados, se inicia la discusión. Todos participan y el moderador escribe los puntos principales de la argumentación en la pizarra.
Nº de participantes	Se forman dos grupos, máximo 30 participantes, en caso que sean más de 14, es recomendable formar 3 o 4 grupos.
En que momento	<ul style="list-style-type: none"> • En una fase de introducción a un tema. Se recogen así los argumentos y puntos de vista de los participantes. • Cuando una discusión se ha paralizado y necesita de un empuje y de cierto orden en el desarrollo.
Material	Dos hojas y material para escribir. Una pizarra
Tiempo	45 min.

ANEXO 19

CARNET DE CONDUCTAS INSTRUMENTALES



EJERCICIO

Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sap	Dom



DORMIR BIEN

Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sap	Dom



TRABAJO

Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sab	Dom

Lun	Mar	Mier	Juev

Vier	Sap	Dom

ACTIVIDAD SEXUAL

ANEXO 20

CODEPENDENCIA

Codependencia término que hace referencia a una característica de la compañera del adicto, según algunos autores la delimita como, "La persona que se las ingenia para hacer girar su vida alrededor de otra que presenta problemas de alcoholismo o drogadicción. Tiene como característica principal una autoestima baja" Barnetche y Prieto (1989).

Otro investigador que ha trabajado codependencia es Jellinek, (1968, en Natera, Herrejón, & Rojas, 1988), quien señala indicadores como:

Preocupaciones y miedos sobre lo que pueda pasar, problemas psicossomáticos (alergias, depresión, ansiedad, dolores de cabeza), pelean por su forma de beber, cambia en los roles, culpa, disminución de la actividad sexual, amenazas de separación o divorcio, resentimiento, dependencia, aislamiento social y emocional, abandonan intereses personales, ella misma se abandona, se relaciona probablemente con otro alcohólico.

Barnetche y Prieto (1989) afirman que la adicción a personas es similar a los síntomas del adicto, es decir se manifiesta la irritabilidad, la ansiedad, trastornos del sueño, trastornos en la alimentación, depresión en la pareja, entre otros síntomas. De acuerdo a la problemática adictiva caracterizada por presentar dependencia psicológica y dependencia física, que a mayor contacto con la sustancia se desarrolla tolerancia y en ausencia de ésta, se presenta el síndrome de abstinencia. Se han encontrado puntos que corren paralelos en la adicción a personas, como:

1. - Dependencia psicológica (al adicto) con elementos obsesivos de la relación.
2. - Aspectos compulsivos: el acto repetido de pretender controlar la vida y forma de intoxicarse del adicto y la fuerte adherencia a él manifestada en el hecho de permanecer junto a éste, a pesar del sufrimiento que se ocasiona a sí misma.

3. - Se presenta tolerancia al sufrimiento y al estrés que le provoca la convivencia con el consumidor: la codependiente asume mayores responsabilidades.

4. - El momento en que se le explica a la codependiente que deje de asumir responsabilidades del adicto, e inicie su proceso de individuación o de que exista la amenaza de separación real del cónyuge presenta síntomas de supresión como ansiedad, deseos de agredir o agredirse a sí misma.

5. - Y por último, lo progresivo y mortal del proceso adictivo: las conductas de la codependiente siguen una escalera hacia abajo igual que la del adicto, cuyo escalón más bajo y último es la muerte (Barnetche y Prieto, 1989; Wegscheider, 1990).

Como figura familiar más estudiada y descrita con cierto tipo de personalidad patológica con conflictos de dependencia emocional (Fisher, Spann & Crawford, 1991).

Quien parece satisfacer ciertas necesidades psicológicas, como mantener su autoestima, a través del excesivo involucramiento con otra persona (Bensch, 1997). En donde buscan desde su niñez la aprobación y aceptación en los otros para conformar su sentido de dignidad y autoconcepto (Hogg & Frank, 1992) buscando a personas a quienes ayudar (Hule, 1994) con un patrón de dependencia al dolor con comportamientos compulsivos. Con un proceso similar a la adicción que parece fundamentarse en una variedad de conductas adictivas (Loughead, 1991).

Capaz de crear suficiente intensidad y rigidez de tal forma que puede crear objetivamente una disfunción, manifestándose desórdenes de la personalidad (Neville & Bradley, 1991).

Estas mujeres pierden su propia imagen, es decir no posee un auto-concepto, no saben que quieren y a donde van, su vida la basan en controlar al consumidor (Shockley, 1994).

Las consortes permanecen durante periodos prolongados en íntima relación con un adicto sin pedir ayuda. Invierten tiempo y energía para controlar conductas del adicto.

Postergan las propias necesidades y deseos en función de atender al consumidor. Con síntomas de trastornos del sueño y alimentación, alejándose de la vida social, presentando una excesiva tolerancia al abuso físico y emocional (Arias, Fernández & Kalina, 1990).

ANEXO 21

HOSPITALES GENERALES

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS	JEFE DE T. S
Hospital General de México (Clínica para atención de problemas relacionados con el alcohol CAPRA. Consultorio 9)	Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores 06726 Delg. Cuauhtemoc	55 88 01 00 55 88 09 20	Dr. Rafael Gutiérrez Vega Director	Hospitalización Rehabilitación y tratamiento. Consulta externa	
Hospital Juárez de México	Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160 Col. Magdalena de las Salinas Delg. Gustavo A. Madero	57 47 75 60 al 89	Dr. Cesar Vargas Martínez. Director	Hospitalización Rehabilitación y Tratamiento. Consulta externa	Lic. Ma. Elena Téllez Tel. 57 47 76 31
Hospital Juárez del centro	Plaza de San Pablo No. 13 Col. Centro Delg. Cuauhtemoc	55 42 01 89 fax 55 22 99 83	Dr. Elías Rescala Vaca Director	Hospitalización Rehabilitación y tratamiento. Consulta externa	Lic. Leticia Márquez 55 42 91 51
Hospital infantil de México "Federico Gómez"	Dr. Márquez No. 162 Col. Doctores Delg. Cuahtemoc	52 28 99 17 55 78 33 97 55 78 33 12	Dr. Romero S. Rodríguez Suárez	Hospitalización Rehabilitación y tratamiento. Consulta externa	Lic. Teresita Salamanca Vargas
Hospital Homeopático	Chimalpopoca No. 135 Col. Obrera	55 88 44 26 55 88 44 29 Fax 57 61 49 78	Dr. José Noe Ibáñez Hdz Director	Servicio Lunes a Viernes. Turno matutino y vespertino.	
Hospital General Ticoman	Plan de San Luis y Bandera Col. Ticomán	57 54 39 79	Dr. Jose A. Jiménez Douglas Director	Hospitalización rehabilitación y tratamiento. Consulta externa.	Lic. Angélica Barrientos

HOSPITALES GENERALES

Hospital de la mujer	Prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374 C.P. Delg. Miguel Hidalgo	53 41 11 00 53 41 13 52	Dr. Juan Luis García Benavides Director	Hospitalización rehabilitación y tratamiento. Consulta externa.	Lic. Rosa Alicia Cruz Flores
Hospital "Dr. Manuel Gea González"	Calz. Tlalpan No. 4800 Col. Secc. XVI C. P. 14080 Delg. Tlalpan	56 65 35 11		Hospitalización rehabilitación y tratamiento. Consulta externa.	

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS	JEFE DE T. S
Centro Comunitario de Salud Mental "Santa Ma. La Ribera".	Enrique González Martínez No.131 Col. Santa Ma. La ribera C.P. 06400 Delg. Cuauhtémoc	55 45 12 24 (conmutador) 56 41 16 77 (Dirección).	Dr. Cesar Bañuelos Arzac Director	Psicología, Psiquiatría, terapia familiar y de pareja. Horario: L y V 7:00 a 7:30hrs. 21 fichas 12.00 a 12.30 hrs. 16 fichas p. v. \$5.00	Lic. Guadalupe Lopez
Centro Comunitario de Salud Mental "San pedro Zacatenco"	Av. Ticoman, Esq. Huanuco, Col San Pedro Zacatenco C. P. 07360 Delg. Gustavo A. M.	57 54 66 10 (Dirección) 57 54 22 05 (Conmutador) 57 54 66 01 (Fax)	Dra. Aimeé Sobrino Zaldivar Directora.	Psicología, psiquiatría, terapia familiar y de parejas, paidopsiquiatria Horario: L a V de 8:00 a 16:00 hrs. P.V. \$ 16.00	Lic. Susana Hdez. Chávez
Centro Comunitario de Salud Mental "Zona Urbana Ejidal".	Eje 5 sur y Guerra de Reforma Col. Leyes de reforma C. P. 09310 Delg. Iztapalapa	56 94 16 60 56 00 81 88 (LADAFON)	Dr. Javier Alfaro Torres. Director	Psicología, Psiquiatría, terapia familiar y de pareja.Horario:L y V 8 a 16hrs.\$16.00	Lic. Noemí Núñez

HOSPITALES GENERALES DEL GOBIERNO DEL D.F

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS	JEFE DE T.S
Hospital General "Villa"	Calzada San Juan de Aragón No. 285 Col. Granjas modernas	55 77 39 08 55 77 39 09	Dr. Alejandro Manuel Vargas García	Urgencias Hospitalización modulo toxicológico.	
Hospital General "Balbuena"	Av. Cecilio Robelo y sur 103 Col. Aeronáutica Militar	55 52 08 44 55 52 03 60 55 52 04 16 55 52 08 05 55 52 07 63	Dr. Francisco Javier Caballo Cruz	Urgencias Hospitalización modulo toxicológico	T. S. Ma. Del Carmen Pérez Martínez (55 52 66 68)
Hospital General "Dr., Rubén Leñero"	Plan de San Luis Y Díaz Mirón COL. Santo Tomas Delg. Miguel Hidalgo	55 47 96 49 53 41 79 41	Dr. Rolf Herber Willy Meiners Hebner	Urgencias Hospitalización modulo toxicológico	
Hospital de Urgencias "Xoco"	Av. México Coyoacan y Bruno Traven Col. Xoco	56 88 91 31 56 84 95 33 Conmutador 56 04 45 88	Dr. Jorge Arturo Aviña Valencia	Urgencias Hospitalización modulo toxicológico	
Hospital General "Gregorio Salas"	Carmen No. 42 Col. Centro Delg. Cuauhtémoc	55 02 03 46	Dr. Miguel Ángel Martínez Guzmán	Urgencias y hospitalización	Margarita Hernández 57 02 03 58

INSTITUCIONES DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS
Centro de integración Juvenil	Tlaxcala No. 208 6° piso Col. Condesa Delg, Cuauhtémoc	55 12 12 12	Dr. Víctor Guisa Director	Prevención, tratamiento en consulta externa
Prevención , tratamiento en consulta externa.	Rodríguez Puebla esq. Con Callejón de Girón Col. Centro	57 02 07	Lic. Cristina	Prevención, tratamiento en consulta externa
Centro de Integración Juvenil “Miguel Hidalgo”	Adormidera No.50 Col. Un Hogar para nosotros Delg. Miguel Hidalgo	53 41 36 95	Psc. Laura Soubran Ortega Directora. T.S. Lic. Elisa Martínez Herrera	Prevención, tratamiento en consulta externa
Centro de Integración Juvenil “Miguel Hidalgo”	Bahía de Coqui No. 76 Col. Verónica Anzures	52 60 0719		Prevención, tratamiento en consulta externa
Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa-Centro”	Cruz del Sur No. 82 Col. Prado Churubusco			Prevención, tratamiento en consulta externa
Centro de Integración Juvenil “Iztapalapa-Sur 1917”	Calzada Ermita Iztapalapa No. 2206 Col. Constitución de 1917	56 13 37 94	Dra. Ma. Dolores Herrera	Prevención, tratamiento en consulta externa
Centro de Integración Juvenil”Chalco”	Av. 1 Solidaridad S/N esq. Benito Juárez Col. Providencia Valle de Chalco	59 71 26 95		Prevención, tratamiento en consulta externa
Centro de Integración Juvenil “Nezahualcoyotl”	Acequia No. 277 Col. Porfirio Díaz (casi esquina Av. Pantitlan.)	57 65 06 76		Prevención, tratamiento en consulta externa
Familias Anónimas			52 49 09 56 (Ofic., Central) 56 45 68 18 (fax) 56 30 38 30 56 62 08 15	Autoayuda

INSTITUCIONES DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS
Narcóticos Anónimos Oficina Central	Kelvin No. 10 6°. Piso Col. Anzures Delg. Cuahatemoc	55 31 50 22 (fax)		Autoayuda
Adictos Anónimos a las Relaciones A.C Oficinas Centrales	Amado Nervo No. 53-b Col. Moderna Delg. Benito Juárez	55 90 27 27 55 79 66 48		Autoayuda
Neuróticos Anónimos A.C. Oficina de Servicios Generales	Isabel la católica No. 25 Despacho 14 y 15 Col. Centro Delg. Cuahatemoc	55 12 37 74 55 12 43 83 55 12 63 44 (fax)		Autoayuda
Comedores Compulsivos A.C. Oficinas Centrales	Eugenia No. 272 Esq. Bonampak, Col. Narvarte Delg. Benito Juárez 03501	55 39 55 09		Autoayuda
Adictos a las relaciones Destructivas	Grupo Xola: Amado Nervo 53-B Col La moderna atrás metro Xola	55 90 27 27 55 79 66 48		Autoayuda
Adictos a las relaciones Destructivas	Grupo Cuautitlan: Austral No. 6 Altos Esq. Litoral Col. Atlanta. Cuautitlan izcalli Edo. Méx.	58 73 34 44		Autoayuda
Adictos a las relaciones Destructivas	Grupo Atenas: Av. Allende No. 139 Col. Clavería entre Av. Egipto y el parque de la China Metro Cuitlahuac	53 41 22 02 53 41 48 05		
Adictos a las relaciones Destructivas	Grupo Iztapalapa: Fco. I Madero Mz 2 No. 39 Col. Progresista	56 13 69 20		
Adictos a las relaciones Destructivas	Gpo. Jóvenes: Atenas 44 esq. Irapuato Col. Clavería			
Casa de rehabilitación para adictos y alcohólicos "Libertad".	Pedro Negrete, andador A No. 15 Col. 3 Secc. Barrio de San Miguel, Pueblo de San Juan de Aragón, Gustavo A. Madero			

INSTITUCIONES DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS
“Quinta Sta. Maria”. Centro de recuperación para alcohólicos.	Calle Coahuila No. 68 Huitzila Hidalgo	91 (771) 60-506		Autoayuda. 24 hrs. Mujeres.
Grupo. “héroes”	Jesús Urreta No. 6 Col. Moderna	56 96 89 56		Autoayuda 24 hrs
Grupo “árbol de la vida”. Enfermos en superación.	Aztecas No. 49 Barrio de la Asunción Delg. Iztapalapa.	56 85 59 75		Autoayuda 24 hrs
				Autoayuda 24 hrs
Fundación “Sergio Berumen”	Puerto San Blas No. 7 Col. Casa Alean Esq. Camino de San Juan de Araron . Delg. Gustavo A. Madero	57 81 04 49		Autoayuda 24 hrs
Fundación “Sergio Berumen” Unidad Jóvenes.	Calle 631 No. 272 casi esq con 608 4°.- y- 5° Sección San Juan de Aragón	57 96 08 44		Autoayuda 24 hrs

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS
Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA)	Dr. Carmona y Valle No. 5 4 2 . Piso Col. Doctores	56 25 70 35 56 25 70 37		Localización de personas extraviadas o ausentes. Actúan coordinadamente con Locatel para proporcionar información sobre personas detenidas a sujetas a investigación
Centro de Atención a la violencia intrafamiliar(CAVI).	Gral. Gabriel Hernández No. 56 Esq. Con Dr. Rio de la Loza Col. Doctores	56 25 78 64	Lic. Liliana Trujillo Piedrahita. Directora	Atiende conflictos de índole familiar en los que este presente la violencia física o psicológica... Servicio medico, psicológico, social y legal.
Centro de terapia de apoyo a victimas de delitos sexuales	Pestalozzi No. 1115 Col. Del Valle	52 00 96 33	Dra. Ma. Elena Alegría y Escamilla	Atención psicoterapéutica a victimas y familiares.
Albergue temporal	Dr. Lavista No. 78 Esq. Dr. Jiménez, Col. Doctores	56 25 75 19 56 25 75 21		Brinda atención a menores en situación de daño, conflicto o peligro.

OTROS SERVICIOS

INSTITUCION	DIRECCION	TELEFONO	A QUIEN SE DIRIGE LA REFERENCIA	SERVICIOS
Prevención Del Maltrato a Niños		56 04 67 00		Denuncia del maltrato infantil. Prevención del maltrato infantil.
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Prolongación Xochicalco No. 947 Planta Baja Col. Santa Cruz Atoyac	56 01 22 22		Asesoría legal. Lunes a viernes de 8:00 a 14:00
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia del D.F. Comedor Familiar No. 1	Rodríguez Puebla No.32 Col. Centro Delg. Cuauhtemoc	57 02 04 72 57 89 45 90	Lic. Rosa Patricia Luna Sefami Líder coordinador de proyecto.	Comedor.
Colectivo de hombres por relaciones Igualitarias A.C. (CORIAC).	Diego Arenas Guzmán No. 189 Col. Iztaccihuatl (metro Villa de Cortes) C.P. 03520 Delg. Benito Juárez	56 96 34 98 (fax)	A quien corresponda	Grupos y talleres para hombres violentos.
Asociación Mexicana de Salud Sexual A.C	Tezoquipa No. 26 Col. La joya Delg. Tlalpan	55 73 34 60	A quien corresponda	Servicio de Lunes a Viernes de 9:00 a 14 :00 hrs. Y 16:00 a 19: 00 hrs.
Asociación de familiares y amigos de Pacientes Esquizofrénicos	San Lorenzo No. 1009 2º piso Depto. 204 Col. Del Valle	Tel-Fax 58 88 58 00	A quien corresponda	Orientación, red de apoyo.
Instituto oftalmológico “Fundación Conde de Valenciana”	Chimalpopoca No. 14 Col. Obrera Delg. Cuauhtemoc	55 78 97 48	A quien corresponda.	Diagnostico y tratamiento de problemas oftalmológicos. Centro de rehabilitación para ciegos y débiles visuales.

ANEXO 22

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

DIA DE LA SEMANA

CUANDO OCURRE	CUANDO OCURRE	CUANTAS VECES	QUE SIENTE	QUE PIENSA

¿Este pensamiento es objetivo?
¿Este pensamiento me ayuda a proteger mi vida y mantenerme en buen estado de salud?
¿Me ayuda a conseguir lo que quiero?
¿Me ayuda a sentirme como me quiero sentir?
¿Me evita problemas con mi pareja?

ANEXO 23

DERECHOS LEGALES

- Que en todo trámite, el servidor público que te atiende se identifique.
- Que los Ministerios Públicos te atiendan sin amenazarte, ni humillarte; sin abuso, maltrato o negativa de atenderte. Debes exigirles protección, equidad y justicia.
- En caso de ser detenida, que se respete tu integridad física y psicológica. La autoridad no te puede incomunicar, ni torturar, ni tratarte de forma degradante o inhumana.
- Denunciar cualquier forma de maltrato o abuso sexual.
- Denunciar a cualquier integrante de tu familia que te maltrato de forma física, emocional o sexual.
- Recibir atención respetuosa y diligente de los funcionarios de las Agencias del Ministerio Público, como los agentes, los médicos, los trabajadores sociales, los policías y los peritos.
- Recibir servicios integrales de justicia que incluyan tratamiento especializado, cuando eres víctima de algún delito.
- Recibir servicios integrales de justicia que incluyan tratamiento especializado, cuando eres víctima de algún delito.
- Que si necesitas atención médica, la persona que te atienda sea de tu mismo sexo.
- Recibir asesoría jurídica para reclamar la reparación del daño por medio del Ministerio Público.
- No ser prejujada por los servidores públicos de procuración y administración de justicia, por tu apariencia o cultura.
- Poner una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del D.F. si algún servidor público viola tus derechos.
- Derecho a tener un trabajo.
- Elegir un empleo o profesión.
- Decidir en que quieres trabajar. Tu pareja no puede oponerse.
- Igualdad de remuneración y de protección entre la mano de obra masculina y femenina, por un trabajo de igual valor.
- Si estás embarazada, tener 6 semanas de descanso antes y después del parto, conservando integro tu salario y tus derechos adquiridos.

- Dos descansos extraordinarios, de media hora cada uno, durante la lactancia, para alimentar a tu hija o hijo.
- Negarte a que se te haga un examen de no gravidez para ser contratada.
- Tener condiciones equitativas en el trabajo.
- Negarte a ser despedida por estar embarazada.
- Recibir un salario por tu trabajo igual o mayor al mínimo que marca la ley.
- No realizar, en caso de embarazo, trabajos que exijan un esfuerzo considerable o signifiquen un peligro para la salud tuya o de tu hija o hijo.
- Participar libremente en la organización sindical que tú elijas. El patrón no puede obligar a afiliarte a ningún sindicato.
- Los mismos derechos y la misma autoridad para decidir que tu pareja.
- Independientemente de la aportación económica de los cónyuges
- Distribuir la carga de los trabajos domésticos.
- Que un juez de lo familiar fije la pensión alimenticia, no tu pareja.
- Que el trabajo doméstico, el trabajo del hogar y el cuidado de las hijas e hijos se tome como tu contribución económica al sostenimiento del hogar.
- Que en la pareja ambos desempeñen cualquier actividad siempre que sea lícita.
- Compartir la Patria Potestad y ejercer conjuntamente la Guarda y Custodia.
- Si están separados o divorciados, sólo perder la Patria Potestad si la ley castiga con esa pena.
- En caso de separación o divorcio, que el juez decida quién ejerce la Guarda y Custodia de las hijas e hijos.
- Si tu pareja pierde la Patria Potestad, pierde los derechos, pero no sus obligaciones.
- Que se te asigne un defensor de oficio, si no tienes recursos para contratar a un abogado o abogada.
- Reclamar ante un juez el reconocimiento de la paternidad, cuando el padre de un hijo o hija se niegue a hacerlo.
- Elegir libremente a tu pareja.
- Decidir el número de hijos o hijas que quieras tener.
- Decidir libremente cuándo tener relaciones sexuales.
- A no ser forzada por tu pareja a tener relaciones sexuales que te degraden o humillen.
- Ejercer tu sexualidad con placer y libre de riesgos de contagio.

- La libre expresión de tu orientación sexual y no ser discriminada por ello.
- Una educación sexual libre de prejuicios, tabúes y mentiras que nos permita prevenir infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y tener una mejor calidad de vida.
- Una educación integral que se promueva el disfrute de la sexualidad sin culpa, sin pena, sin miedo y sin pensar únicamente en la reproducción.
- Saber cómo prevenir embarazos no deseados.
- Que las instituciones públicas te den orientación y acceso a los diferentes métodos de control natal para decidir con libertad e información.
- Que las instituciones de salud pública repartan condones femeninos y masculinos de manera gratuita.

ANEXO 24

Lista de ideas irracionales de Ellis

1. Es necesario para un ser humano ser querido y aceptado por todo el mundo.
2. Uno tiene que ser muy competente y saber resolverlo todo si quiere considerarse necesario y útil.
3. Hay gente mala y despreciable que debe de recibir su merecido.
4. Es horrible que las cosas no salgan de la misma forma que a una le gustaría.
5. La desgracia humana es debida a causas externas y la gente no tiene ninguna y muy pocas posibilidades de controlar sus disgustos y trastornos.
6. Si algo es o puede ser peligroso o atemorizante, hay que preocuparse mucho al respecto y recrearse constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar que hacer frente a algunas dificultades o responsabilidades personales.
8. Siempre se necesita de alguien más fuerte que uno mismo en quien poder confiar.
9. Un suceso pasado es un importante determinante de la conducta presente, porque si algo nos afecto mucho, continuará afectándonos indefinidamente.
10. Uno debe de estar permanentemente preocupado por los problemas de los demás.

ANEXO 25

TECNICA “RELAJAMIENTO Y RESPIRACIÓN”

Es un ejercicio para relajarse cuando hay un agotamiento físico o psíquico. Los participantes se recuestan en el suelo y, viajando por su cuerpo con la mente y tomando conciencia de su respiración, se relajan todas las partes del cuerpo.

Objetivos	Ver página 103
Realización	Los participantes se recuestan sobre el suelo. Relajan sus cuerpos y cierran los ojos. El facilitador los guía en la percepción de los mismos, de sus distintas partes del cuerpo y del ritmo de la respiración: “concéntrese en su pie derecho. ¿Qué está sintiendo, como es su temperatura? Recorra con su imaginación su pie por dentro”. Esto se puede ampliar. Para finalizar, el facilitador les dirige de la siguiente forma: Que los participantes se concentren primero en los dedos del pie, relajándolos con cada respiración. Después se va subiendo por las piernas y a medida que se vaya llegando a la cabeza las distintas partes del cuerpo se han ido relajando. Se finaliza cuando todo el cuerpo esté en un estado de pleno descanso y sin tensiones.
Nº de participantes	Entre 4 y 40 participantes
En que momento	<ul style="list-style-type: none"> • Al principio de la jornada, en momentos de agotamiento físico o para finalizar una jornada
Material	Eventualmente cobijas o colchones, si el piso es frío.
Tiempo	30-35 min.

ANEXO 26

MANUAL DE REFERENCIA PROCESOS DE PENSAMIENTO

El presente manual fue elaborado con el propósito de que el lector cuente con un concentrado de técnicas, conceptos y procedimientos, que pueden ser empleados como consulta o referencia para combatir o ubicar los pensamientos que causan problemas de ansiedad.

Es importante señalar que la sola lectura de este material no implica que habrá un cambio en la forma de pensar, se requiere realizar las prácticas incluidas y ante todo estar dispuesto a confrontar las ideas con que se ha vivido durante muchos años, con una nueva forma más real: lo cual no es nada fácil. También se debe tener muy en cuenta que probablemente se requiera la ayuda de un profesional especializado que maneje y conozca las técnicas aquí descritas y haga los señalamientos indicados ya que a veces tendemos a dar explicaciones, justificaciones o racionalizaciones a nuestro comportamiento o a nuestra forma de pensar.

Los procesos de pensamiento son aquellos que nos permiten darnos cuenta de cuáles son nuestros propios patrones de pensamiento que nos llevan a conductas no efectivas: así como también nos permiten cambiar estos modos de pensamiento por otros más productivos.

Las emociones son determinadas por la forma en que la persona se habla a sí misma, es decir de forma racional que significa hablarse en forma madura, lógica, con lo que difícilmente se experimentan emociones negativas.

O puede hacerlo de forma irracional que significa, hablarse a sí mismo en forma ilógica, auto derrotista, negativa.

EXISTEN DOS CREENCIAS RACIONALES BÁSICAS

El hombre es VALIOSO porque existe.
Evaluó MIS ACTOS más no mi persona.

HIPÓTESIS RACIONALES

Las emociones no sólo surgen del ambiente sino también del pensamiento y de las creencias acerca de ese ambiente.

Al hablar la gente consigo misma, las cosas que se diga y la forma en que lo haga afecta su manera de comportarse.

Los estados de ánimo dependen de los pensamientos, lo que se cree y se dice.

Pensar sobre sus pensamientos lo puede alterar.

La imaginación y la fantasía pueden cambiar la emoción y el comportamiento. El pensamiento, la emoción y la conducta están estrechamente relacionados.

El pensamiento afecta el control fisiológico.

Para saber si las ideas que tenemos son racionales o irracionales se siguen dos pasos básicos:

Identificar la situación específica. En primer lugar se requiere que la persona sepa con precisión cuando ocurre, como ocurre, cuantas veces, que siente, y que piensa respecto a una situación problemática.

Para realizar este paso usted debe pensar en el lugar, persona o personas con quien se pasó el tiempo o eventos digamos de la semana anterior (por ejemplo.- a) no haber podido platicar con su esposo sobre la importancia de que tome un tratamiento y resuelva situaciones personales y su relación con el consumo de alcohol, b) no pedir una explicación, c) haber experimentado soluciones no efectivas, d) haber evitado enfrentar demandas o exigencias no razonables hechas por su pareja.

También para detectar áreas problema de razonamiento se puede uno mismo preguntar ¿en que me gustaría trabajar? ¿qué cosas evito para no cometer errores?

Identificación de los derechos personales en la situación. El objetivo de lo anterior es reducir la ansiedad en la situación, aumentar el repertorio personal de respuestas. Desarrollar un sistema de creencias que valoren los derechos personales y los de otros. Aprender a reconocer suposiciones irracionales y catastróficas para reemplazarlas por otras más racionales de como reaccionaría usted y las otras personas; así como desarrollar capacidades propias.

Para poder juzgar y calificar los pensamientos como racionales o irracionales contamos con 5 criterios que se presentan en forma de preguntas.

1.- ¿Este pensamiento es objetivo?

Se basa en la realidad objetiva y no sólo en creencias u opiniones.

2.- ¿Este pensamiento me ayuda a proteger mi vida y a mantenerme en buen estado de salud?

3.- ¿Este pensamiento me ayuda a conseguir rápidamente lo que quiero, me ayuda a conseguir mis metas?

4.- ¿Este pensamiento me ayuda a sentirme como me quiero sentir, o me produce sentimientos desagradables?

5.- ¿Este pensamiento me evita problemas con los demás, o me ayuda a tener buenas relaciones?

Si respondemos afirmativamente por lo menos a 3 de estas preguntas el pensamiento es racional. En cambio si respondemos NO a 3 o más de estas preguntas el pensamiento es irracional y es deseable que sea cambiado para poder sentirnos mejor y solucionar nuestros problemas.

IDEAS IRRACIONALES APRENDIDAS.

LAS 3 BASICAS O PRIMARIAS SON: DONDE TE HAN HECHO VER QUE.....

I. DEBES. Debes ser buena esposa, buena madre, buena mujer, buena cocinera, cuando en realidad “no necesitas la aprobación y aceptación de los demás, sino ser tu misma”.

Yo puedo determinar que es lo que quiero en vez de adaptarme a lo que otros quieren.

II. Pensamiento absolutista.- Esta idea irracional sería: tengo que ser competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles. “Es tu cruz, aguántate, es tu destino, que va a decir la gente”

Esta idea se basa en una valoración equivocada del ser humano que depende del grado de perfección alcanzado.

Los pensamientos racionales son: me gustaría ser perfecto pero no tengo que serlo, tengo éxito aunque las cosas no me salgan perfectamente, lo que hago no tiene que ser perfecto, con tal de que sea bueno, el éxito no determina mi valor como persona.

III: Tienes que ver la vida atroz, terrible, horrible o catastrófica cuando las cosas no van del modo en que a ti te gustaría que fueran, aquí la base equivocada esta en considerar que es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera que fueran.

HABITOS DE PENSAMIENTO IRRACIONAL

SER EXTREMISTA.- Ver todo en función de los absolutos todo-nada, nunca-siempre.

MENTIRSE A SI MISMO.- Ejemplo “A mi no me afecta el alcoholismo de mi marido”, “El va a cambiar” (distorsionar la realidad). “Tengo que darle la oportunidad que cambie algún día, no creo que sea un alcohólico”.

NEGAR LA REALIDAD.- Actuar como si la realidad fuera diferente, ejemplo, “Lo que hace mi marido no me afecta...”-

FUNCIONAR EN BASE A ETIQUETAS SUBJETIVAS DE SI MISMO O LOS DEMAS.- Ejemplo.- “tonta, inútil, no vas a poder, sin el no eres nadie”.

EXAGERAR LA REALIDAD CONDUCTAS O SENTIMIENTOS PROPIOS Y DE LOS DEMAS.

GENERALIZAR.- A partir de un sólo hecho, calificar a las demás situaciones o personas como si todas fueran idénticas.

PREDECIR Y AFIRMAR COMO 100% SEGURO QUE ALGO VA A SUCEDER SIN TENER LA SUFICIENTE EVIDENCIA.- Ejemplo- “Ya se como se va a poner si le digo...”

CATASTROFIZAR.- Exagerar las consecuencias de mi conducta o la de los demás.

AFIRMAR TENIENDO UNA EVIDENCIA MINIMA SUFICIENTE para sostener la afirmación, refiriéndose al presente o pasado. Ejemplo: “Desde que llegaste estabas enojado y te desquitaste conmigo”.

CONFUNDIR LO PROBABLE COMO POSIBLE.- saliéndose incluso en ocasiones de los límites de la realidad, ejemplo.- Como no quise comprarle la botella no va a querer acompañarme con mi mamá el sábado, siendo en realidad que no tengo que alimentar el consumo en él.

SENTIR CULPA CUANDO NO EXISTE MOTIVO O CONFUNDIR EL SER RESPONSABLE CON SER CULPABLES .El me dice que por mi culpa toma, cuando en realidad el decide estar así y no resolver su problema.

El confundir a una persona con sus conductas y

Demandar como “deberían” de comportarse las personas o como “deberían” ser castigadas, es decir, tomar una filosofía de exigencia.

Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe preocuparse terriblemente por ello y sentirse trastornado.

Esta idea se basa en una demanda de cierto grado de inseguridad y la ansiedad provocada ante la falta de garantía, utilizando el tiempo en preocuparse en lugar de ocuparlo en actuar y solucionar los problemas.

Es más fácil rehuir dificultades y responsabilidades que poner en práctica formas de disciplina.

El pasado es de total importancia y si alguna vez afectó profundamente la vida de uno, lo hará indefinidamente.

Lo importante ante esta idea es que mientras la persona esté convencida de que no puede cambiar, no va a tratar de hacerlo.

Necesito alguien más fuerte en quien apoyarme.

La irracionalidad de esta idea depende básicamente del concepto “necesito” y debemos preguntarnos ¿en realidad es así? ¿Tengo que seguir permitiendo que otro/s piense por mí, decida por mí, haga por mí, sienta por mí?

EJEMPLOS DE PENSAMIENTOS RACIONALES

Puedo decirle a mi pareja firme y directamente que lo que hace tiene consecuencias negativas para mí sin tener que agredirlo por su conducta. Cuando lo agredo, también hay un costo para mí.

Aunque mi pasado ejerce considerable influencia, no estoy atado en mis pensamientos ni afectiva o conductual mente y por lo tanto puedo cambiar.

*** AUTOAFIRMACIONES PARA EMPLEAR CONTRA EL ENOJO

Puedo elaborar un plan para manejar esto.

Puedo manejar la situación, se como controlarme.

*** REACCIONES DURANTE LA CONFRONTACION

No hagas más de lo que tienes que hacer.

No tengo porque dudar de mí mismo. No importa lo que digan.

Esta situación está bajo mi control.

PARA ELIMINAR LA ANSIEDAD O EXCITACION.

El molestarme no ayudará.

Tengo derecho a estar molesto, pero mantendré la calma.

No puedo esperar que la gente actúe en la forma que yo quiero, es mejor tomarlo con calma.

SI EL PROBLEMA NO SE RESOLVIO

Son situaciones difíciles y toma tiempo seguir adelante, trata de ubicar el asunto, no le permitas interferir con otras áreas significativas de tu vida, probablemente no es tan serio como parece, respira profundo y piensa positivo.

CUANDO SI SE RESOLVIO.

Lo manejé muy bien, funcionó.

No fue tan difícil como pensé.

Pude hacerlo sin enojarme.

*** AUTOAFIRMACIONES PARA USAR CONTRA LA ANSIEDAD (estrés)

PARA DEFENDERNOS DE QUIEN NOS CAUSA ANSIEDAD.

Puedes desarrollar un plan para manejarlo.

REACCIONES DURANTE LA SITUACION DE TENSION.

Relájate, estás en tu control, respira lento y profundo.

PARA CUANDO NOS ABRUMAN.

Cuando el miedo venga, calma solamente.

No trates de eliminar el miedo totalmente, sólo mantenlo bajo dominio.

REFLEXIONES SOBRE LA EXPERIENCIA.

No fue tan malo como esperabas.

Tus malas ideas - ese es el problema- cuando las controlas también controlas tu miedo.

Mejoras cada vez que usas los procedimientos.

Debes sentirte contento de tus progresos.

¡Lo hiciste!

Los pensamientos: Con frecuencia lo califico como injusto, porque tenemos puntos de vista diferentes, lo cual no significa, que yo tengo siempre la razón y que es siempre él el equivocado. Aun cuando en ocasiones yo lo considero injusto, y esto es solo mi opinión, la mayor parte de las veces no lo es.

Sí me molestan sus gritos pero no son insoportables, ya que sólo son momentáneos. Cuando estamos en desacuerdo me da coraje y me siento mal, porque pienso que se aprovecha de mi y que yo no tengo ninguna posibilidad de defenderme o de cambiar la situación, lo cual es falso. No valgo menos que el porque el aporte el gasto. Y si puedo hacer muchas cosas, como: hablar con el, cambiar mi forma de pensar.

Las emociones.

Me siento más tranquilo.

La conducta.

Evitar ciertas cosas que para mi no son importantes pero que a él si le molestan. No discutir con el cuando esta enojado, buscando el momento adecuado para aclarar las cosas.

El debate de los pensamientos tiene como meta cambiar las creencias erróneas o irracionales de la persona. Una de las mejores herramientas con que cuenta, es el auto-cuestionarse, es decir, hacerse una serie de preguntas, respecto a cada pensamiento.

EJERCICIO

Explica la razón por la que las siguientes ideas no están de acuerdo al criterio con que se están cuestionando.

Por qué no es objetivo pensar:

Soy inferior a todos.

Nadie me quiere.

Por qué no me lleva a proteger mi vida, cuando pienso.

Aunque no duerma noches enteras tengo que encontrar la solución al consumo de alcohol de mi pareja.

Por qué los siguientes pensamientos no me ayudan a conseguir lo que quiero obtener.

La gente que vale la pena nunca pide ayuda.

Enfrentarme a mis problemas en la relación de pareja por el consumo de alcohol es demasiado doloroso.

Por qué no me ayuda a sentirme como me quiero sentir el pensar.

Si los demás me critican seguramente hice algo malo.

Tengo que ayudar a mi esposo como sea para quitarle yo su alcoholismo

Por qué no me evita problemas con mi esposo cuando pienso.

Ahora que llegue borracho me va a oír....

EJERCICIO

A partir del conocimiento de que no son las cosas o las personas las que nos producen los sentimientos, trata de poner las siguientes afirmaciones en forma correcta.

1.- El me molesta.

en realidad:

2.- Mi esposo me hizo sentir culpable.

en realidad:

3.- No puedo estar tranquila y tengo que estar de acuerdo a como mi esposo reacciona.

en realidad.

4.- Por culpa de mi marido estoy muy deprimida.

en realidad.

5.- El alcoholismo de mi marido tiene la culpa de que me sienta infeliz.

en realidad.

6.- Mi pareja se encarga de ponerme muy mal.

en realidad.

IMAGINACION RACIONAL EMOTIVA

La imaginación racional emotiva es una forma de practicar las respuestas emocionales y conductuales, sin tener necesidad de esperar a que la situación problemática se de en realidad. Para lograr la imaginación racional emotiva, es necesario entender la forma racional de pensar, sentir y actuar, haciendo un auto-análisis, en forma más adecuada, pero si a pesar de ello seguimos sintiéndonos mal, significa que nos hace falta práctica tanto en el aspecto de pensamiento, como en el conductual, y es por ello que se creo esta técnica utilizando la imaginación.

Supongamos que ante una situación determinada, tú reaccionas irracionalmente. El primer paso es hacer un ABC, prestándole especial atención a la forma racional de abatir las creencias y a generar la mayor cantidad de alternativas posibles.

Ahora busca un lugar cómodo y trata de relajar tu mente y tu cuerpo lo más posible.

Cierra tus ojos e imagina que te encuentras de nuevo en la situación que describiste en tu ABC y repasa lentamente toda la parte racional, es decir, los nuevos pensamientos como si te estuvieras hablando así mismo, en forma racional y tranquila e imagínate sintiendo, como te gustaría sentirte.

Repite una y otra vez esa parte racional (de pensamientos y sentimientos), durante varios minutos varias veces al día. Si te pones tenso o te sientes mal al hacerlo, detente y cuando te sientas tranquilo, vuelve a empezar todo desde la relajación.

Por último imagínate en un futuro, enfrentándote a la misma situación o a una similar pero respondiendo o actuando en una forma racional, tal como te gustaría actuar.

EJEMPLOS DE SITUACIONES PROBLEMATICAS

Recomendación.- lea cuidadosamente cada uno de los ejemplos siguientes y comparando los argumentos que le acompañan trate de pensar en otro problema similar al aquí descrito pero que usted haya experimentado.

Hecho o situación problemática: Hice algo que va a hacer que mi esposo se enoje conmigo; por ejemplo sacarle dinero cuando está bebido.

IDEAS IRRACIONALES.

No puedo ser feliz si la gente que es importante para mí, me rechaza, me critica o me deja de amar. Necesito el amor y la aprobación de los demás.

IDEAS RACIONALES

Aún cuando es agradable y deseable saber que cierta gente me quiere y tiene una buena opinión de mí, si me critica o no está de acuerdo conmigo, no significa que ya no me quiere o que está en contra de mí como persona. Es importante que esté consciente de que no toda la gente va a estar siempre de acuerdo conmigo en todo. No es una necesidad vital tener el amor y aprobación de la gente y aunque reconozco que me gustaría tenerla, puedo ser feliz aún sin ella.

Mi valor como persona no varía, siempre es igual, varían las consecuencias de mis conductas.

CONDUCTAS RACIONALES

Expresarse libremente y estar satisfecho con lo que hace.

No sentirse mal ante la crítica o usarla positivamente.

Tomar en cuenta sus gustos personales y no sólo los de los demás.

A continuación escriba en una hoja aparte el ejemplo experimentado por usted.

Hecho o situación problemática: Mi esposo no quiere asistir a tratamiento porque dice que el deja de beber cuando quiere, que el no es un alcohólico y que además es libre de hacer lo que quiera con su dinero...

IDEAS IRRACIONALES

La gente que causa un daño a los demás sabiéndolo, es malo y merece ser culpado y castigado.

CONDUCTAS IRRACIONALES

Acusar y reprochar constantemente a mi mismo y a los demás.

Angustiarme, evitar hacer ciertas cosas u ocultarlas para no ser juzgado.

Actuar agresivamente con mi pareja, clasificar a las personas y tratarlas como gente sin valor.

IDEAS RACIONALES

En primer lugar la gente no es lo que hace y por lo tanto no es mala por haber cometido un acto de maldad. El acusar constantemente a mi mismo o a los demás sólo me lleva a crear hostilidad, depresión o culpa. El mundo y la gente no funcionan según mi concepto de bueno y malo y por lo tanto no tengo porqué exigir que se comporten de acuerdo a él.

Es mejor enfocarse en el error y no en la persona, y ver la posibilidad de un cambio.

CONDUCTAS RACIONALES

Aceptar al ser humano como tal, sin confundir su persona con su conducta.

Distinguir la diferencia entre culpa y responsabilidad.

Decirle a la persona firme y directamente lo que me molesto de lo que me hizo pero sin atacarlo.

A continuación escriba en una hoja aparte el ejemplo experimentado por usted.

Hecho o situación problemática:

Mi esposo es muy injusto conmigo, me deja toda la responsabilidad de la educación de mis hijos, no conoce de las tareas de ellos, no convive con nosotros, se la pasa toda la semana por las tardes en el alcohol y encima tengo que soportarlo.

IDEAS IRRACIONALES

Lamentarme constantemente, exagerar las cosas, preocupándome de antemano y haciendo grandes " tragedias".

Sentir y actuar como víctima.

Amargarse y/o acumular coraje y resentimiento contra los demás.

Sentirse derrotada y no luchar por cambiar las cosas.

IDEAS RACIONALES.

Puede no gustarme y hacerme sentir frustrado si las cosas no son como a mí me gustaría, pero no son terribles y mucho menos insoportables, puedo tolerar y manejar la frustración y aceptar que las cosas no tienen que ser como yo quiero o como yo considero que serían mejor.

CONDUCTAS RACIONALES.

Evaluar adecuadamente las situaciones distinguiendo la diferencia entre desagradable y terrible.

Dejar de exagerar los elementos negativos y enfocarme en los positivos o en los que si puedo cambiar o mejorar en mi y no en otros.

Estar consciente de que puedo soportar cualquier situación, de que es pasajera y de que siempre hay algo que puedo hacer en lugar de estar lamentándome.

Aceptar que la auto-compasión sólo me impide actuar adecuadamente.

A continuación escriba en una hoja aparte el ejemplo experimentado por usted.

Hecho o situación problemática: Me molestó mucho que mi marido llegara borracho y empezara a discutir insultándome y culpándome por todo, pero creo que es mejor dejar de reprocharle, enojarme, resentirme, contestarle cuando está en estado ebrio ya que por la misma sustancia no podrá responder como lo sería en estado sobrio.

IDEAS IRRACIONALES

Me voy a sentir mejor si ignoro las dificultades y responsabilidades que se me presentan, esperando que pasen o se solucionen solas, ya que si me enfrento a ellas, me va a costar mucho trabajo, esfuerzo y posiblemente hasta sea peor.

CONDUCTAS IRRACIONALES.

No involucrarme en actividades que puedan significar cualquier riesgo u obligación.

Actuar de manera pasiva.

Pensar mucho en los problemas pero sin hacer nada para resolverlos.

IDEAS RACIONALES.

El camino fácil no siempre es el mejor. Aparentemente y a muy corto plazo puedo sentirme mejor si evito una situación desagradable o una responsabilidad que no me gusta, pero a mediano y largo plazo, esta actitud siempre trae problemas. Ya que está representando la evasión lo cuál no quita el conflicto.

El miedo que nos lleva a evitar una dificultad también me impide hacer muchas cosas satisfactorias o provechosas, las cosas generalmente requieren disciplina, esfuerzo, constancia y dan buenos resultados.

CONDUCTAS RACIONALES.

Hacer las cosas que necesito, sin estarme quejando.

Buscar nuevas actividades.

Buscar y encontrar diferentes alternativas para cualquier problema.

Arreglar muchos de los problemas cuando apenas son pequeñas dificultades que están empezando.

A continuación escriba en una hoja aparte el ejemplo experimentado por usted.

Hecho o situación problemática: Discutí con mi esposo y aunque mi propósito era mantenerme calmada y no insultarlo, no pude evitarlo, siempre acabo igual.

IDEAS IRRACIONALES.

Yo ya no puedo cambiar. Soy así por cosas que me pasaron en mi niñez y me afectaron tanto que siempre van a influir en mi forma de ser, nunca voy a poder olvidar o superar lo que me pasó.

CONDUCTAS IRRACIONALES.

Generalizar al juzgar a la gente o las situaciones como iguales a las que se presentaron en mi pasado.

No hacer cosas nuevas porque no las hice en el pasado o no me dio buenos resultados.

IDEAS RACIONALES

Hasta ahora posiblemente actúe según lo que aprendí en el pasado o según las experiencias que tuve. Pero así como aprendí ciertas cosas, puedo reaprender. Yo ya no soy la misma persona que vivió esa situación, por lo tanto analizarla, evaluarla y sentirme de manera diferente. No tengo que cambiar lo que sucedió en el pasado, sin embargo puedo vivir un presente diferente.

Si algo me sucedió en una ocasión no quiere decir que me va a pasar siempre.

"Es muy importante no seguir visualizándome como una desvalida, incapaz, impotente, desprotegida, inútil"

CONDUCTAS RACIONALES.

Valorar y cuestionar las influencias y conductas aprendidas en el pasado para aprender de ellas. Relacionarme con la gente según mi forma de ser actual, mis necesidades actuales y evaluando a cada persona en forma individual y de acuerdo a la situación presente. Reconocer que si puedo cambiar y esforzarme en ello.

A continuación escriba en una hoja aparte el ejemplo experimentado por usted.

Hecho o situación problemática: Yo siempre me preocupo por mi esposo y no me corresponde de la misma manera como debería ser.

IDEAS IRRACIONALES

Mi esposo debería cambiar pero no entiende.

CONDUCTAS IRRACIONALES

Generar coraje y hostilidad cuando mi esposo no actúa como yo quiero, o cuando las cosas resultan diferentes a mis deseos.

No hacer nada ante situaciones que me afectan y sólo calificarlas como injusto, malo etc.

IDEAS RACIONALES.

Estoy exigiendo que las cosas sean como yo quiero que sean cuando en realidad no hay razón para que esto sea así. Las cosas son como son independientemente de mis gustos y preferencias o de la forma en que las evalúe.

El no aceptar, o negar la realidad no la va a cambiar, sólo me va a traer problemas. Si acepto la realidad como se da, entonces si puedo buscar alternativas para estar o sentirme mejor.

CONDUCTAS RACIONALES.

Entender mejor a la gente a partir de conocer las razones de su comportamiento en lugar de dedicarme a enjuiciarla, calificarla, criticarla, querer cambiarle.

Aceptar la realidad para actuar a partir de ella y no tratar de crearme un mundo ficticio que funcione sólo de acuerdo a mis preferencias.

A continuación escriba en una hoja aparte el ejemplo experimentado por usted.

Hecho o situación problemática! Tengo un problema y no puedo encontrar la solución perfecta, todas parecen tener algo positivo y algo negativo.

IDEAS IRRACIONALES.

Tiene que existir una solución perfecta para mis problemas.

Tengo que sentirme 100% segura del resultado y de poder controlar la situación.

CONDUCTAS IRRACIONALES.

No tomar ninguna decisión pero no encontrar la solución ideal.

Encontrarle fallas a todo.

Tener miedo de decidir o de actuar.

IDEAS RACIONALES.

Ya que los problemas están relacionados con los seres humanos y estos son falibles e imperfectos, es imposible esperar soluciones perfectas y es irracional tomar una actitud de demanda o exigencia respecto a ello." recuerda no hay salvadores, rescatadores o príncipes, tendrás que hacerte cargo de ti misma" Lo más adecuado es analizar consecuencias y escoger la que mejores resultados me va a dar. Nada ni nadie me puede garantizar un 100% de seguridad pues yo no puedo tener control total ni sobre las cosas ni sobre las personas.

CONDUCTAS RACIONALES.

Aprender a analizar en función de consecuencias.

Generar alternativas sabiendo que no hay una solución perfecta sino varias opciones.

Distinguir entre probabilidad y posibilidad.

A continuación escriba en una hoja aparte el ejemplo experimentado por usted.

ANEXO 27

MANUAL DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Contenido.

1. Introducción al entrenamiento asertivo.
 - Que es el entrenamiento asertivo
 - Conductas asertivas no verbales básicas:
 - Contacto visual.
 - Expresión y postura corporal.
 - Tono de voz
 - Contacto físico
 - Espacio corporal
 - Discriminación de las conductas agresiva, pasiva y asertiva.
2. Ejercicios estructurados.
3. Técnicas asertivas protectivas.
4. Cierre del entrenamiento.

INTRODUCCION

¿QUE ES SER ASERTIVO?

Es la habilidad aprendida para expresar nuestros sentimientos y preferencias cuando las sentimos, sin incomodar a los otros, ejerciendo nuestros propios derechos sin violar los derechos de los demás.

¿QUE ES EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO?

Consiste en adquirir habilidades para ser capaces de dar y recibir cumplidos fácilmente; iniciar, mantener y terminar conversaciones con otros que nosotros elijamos; ser capaces de expresar como nos estamos sintiendo sin incomodarnos; y como evitar que otros tomen ventaja de nosotros.

Mediante ejercicios individuales o de grupo (con personas que comparten las mismas metas que nosotros) practicamos realmente la expresión de nuestros sentimientos y preferencias. Las habilidades se practican y adquieren al propio paso del participante de una manera cómoda.

¿QUE ES SER NO ASERTIVO?

La conducta no asertiva está representada por dos extremos de conducta aprendida: ya sea reprimiendo nuestros sentimientos y negando su expresión, o logrando nuestras metas de una manera agresiva aún a costa de los otros. No obstante es importante reconocer que:

LA CONDUCTA ASERTIVA SE PUEDE APRENDER.

Algunos ejemplos de conducta no asertiva serían los siguientes.

Tener dificultad para negarse (rehusar una petición).

Dejar que otros abusen de ti.

No poder expresar con libertad los sentimientos.

Sentir miedo al hablar con tu pareja.

Experimentar culpa o incomodidad al expresar un deseo.

Apenarse en situaciones comunes.

Sentirse víctima.

No atreverse a reclamar algo legítimo.

Acumular sentimientos hasta explotar.

Dar demasiada importancia al que dirán o a la aprobación de los demás.

Hacer muchas cosas que en realidad no se desean.

Aunque en los ejercicios los sentimientos que se expresan son a menudo de resentimiento y enojo, dado que el término de asertividad se concibe de manera más amplia incluye también la expresión de reacciones amistosas y afectivas que buscan simultáneamente reducir las respuestas de ansiedad y motoras.

La mayoría de nuestros conflictos proceden de nuestro trato con otras personas, por lo que ser asertivo significa confiar en uno mismo y en nuestras propias capacidades. Aunque es importante

resaltar que hay situaciones en las que la conducta asertiva puede tener consecuencias indeseables, situación en la que la persona debe concentrarse en la conducta o actos asertivos que sean apropiados y adaptativos.

Los humanos tenemos tres formas de actuar en nuestra interacción con otras personas:

- a) La lucha.
- b) La huida
- c) La capacidad verbal de resolver los problemas que se nos presentan.

Cuando luchamos pasivamente contra algo damos una imagen de ineptitud por ejemplo.

Uno puede responder con agresión pasiva a las exigencias del esposo en lugar de confesarle nuestro disgusto o de protestar abiertamente. Haciendo las cosas de mal humor, sin ganas, con resentimiento. Cada vez que nos pide algo, la agresión pasiva suele beneficiarnos muy poco y raramente conseguimos con esa actitud lo que deseamos.

La agresión- trae como consecuencia- enojo y depresión.

La huida- trae como consecuencia- miedo.

Cuando somos presa de la ira o el miedo somos incapaces de pensar con claridad y eficacia. Cometemos errores.

Si nuestra capacidad puramente humana de resolver problemas mediante la aserción verbal es tan valiosa para la supervivencia.

¿POR QUE TANTOS DE NOSOTROS HACEMOS TAN MAL USO DE ELLA?

En resumen para controlar psicológicamente nuestro comportamiento nos enseñaron a sentirnos ansiosos, ignorantes y culpables. Una vez que lo aprendimos haremos muchas cosas para evitar esos sentimientos.

DERECHOS HUMANOS

El entrenamiento asertivo toma en cuenta los siguientes derechos humanos y la forma en que ellos son respetados o no por las personas con quien interactuamos. Son una estructura básica para la

sana participación de cada individuo en toda relación humana y nos permiten expresar nuestro yo individual.

Muchas personas temen demostrar sus sinceros sentimientos de amor y comprensión porque piensan que serán utilizados y no podrán reaccionar frente al rechazo de los demás. En cambio si piensan que si habrá algunas dificultades que resolver pero que serán totalmente capaces de reaccionar asertivamente habría menos temor de mostrar sentimientos de ternura, afecto, amor, etc.

Nuestros derechos asertivos constituyen una estructura básica para la sana participación de cada individuo en toda relación humana.

DERECHO NO. I

NADIE PUEDE MANIPULAR NUESTRAS EMOCIONES O NUESTRO COMPORTAMIENTO SI NOSOTROS NO LO PERMITIMOS. ES NUESTRO EL DERECHO A JUZGAR EN ÚLTIMA INSTANCIA TODO LO QUE SOMOS Y HACEMOS. TENEMOS DERECHO A JUZGAR NUESTRO PROPIO COMPORTAMIENTO NUESTROS PENSAMIENTOS Y NUESTRAS ACCIONES Y A TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE SU INICIO Y CONSECUENCIAS.

Aquí la dependencia se forma cuando no nos permitimos tomar nuestras propias decisiones, es decir que seamos nuestros propios jueces, por lo que siempre que alguien reduce por el medio que sea nuestra capacidad de juzgar nuestras acciones estamos siendo objeto de una manipulación.

DERECHO NO. II

NO DAR EXCUSAS O RAZONES PARA JUSTIFICAR NUESTRO COMPORTAMIENTO.

Si somos nuestros propios jueces, no tenemos por qué, explicar nuestro comportamiento a los demás, para que ellos decidan si es acertado o erróneo, correcto o incorrecto; cualquiera que sea

la etiqueta que pretendamos pegarle. Por supuesto los demás tienen el derecho a decirnos que no les gusta lo que hacemos.

DERECHO NO. III.

DERECHO A JUZGAR SI NOS INCUMBE LA RESPONSABILIDAD DE ENCONTRAR SOLUCIONES PARA LOS PROBLEMAS DE OTRAS PERSONAS.

Por más que podamos desear el bien para otros, de hecho no está en nuestras manos crear estabilidad mental, bienestar o felicidad para los demás. Si no reconocemos este derecho, los demás podrán manipularnos y obligarnos a hacer lo que ellos quieran, presentándonos sus propios problemas como si fueran nuestros. Aquí tendrán que preguntarse si es suya la responsabilidad del consumo de alcohol de su pareja y si han tenido en realidad el poder de encontrar una solución al problema de consumo en el.

DERECHO NO. IV.

DERECHO A CAMBIAR DE PARECER.

Para mantenernos en contacto con la realidad y en beneficio de nuestro bienestar y felicidad, debemos aceptar la posibilidad de que cambiar de parecer, opinión o de criterio es algo saludable y normal.

DERECHO NO.V.

DERECHO A COMETER ERRORES Y A SER RESPONSABLES DE ELLOS.

Ninguno de nosotros es perfecto. Errar forma parte de la condición humana. Si no reconocemos que los errores son simplemente errores, estaremos en posición de ser manipulados por creer que los errores son algo malo que no se deba cometer.

DERECHO NO. VI

DERECHO A DECIR NO LO SE.

Otro de nuestros derechos es la capacidad de formular juicios de lo que deseamos, sin la necesidad de saberlo todo antes de hacer algo. Tenemos derecho a decir NO LO SE, para las preguntas que la gente pueda formularnos.

DERECHO NO. VII.

DERECHO A SER INDEPENDIENTE DE LA BUENA VOLUNTAD DE LOS DEMAS ANTES DE ENFRENTARNOS CON ELLOS.

Sea lo que sea lo que usted o yo hagamos siempre habrá alguien a quien no le guste y hasta es posible que ese alguien se sienta herido en sus sentimientos. No necesitamos que nuestro comportamiento agrade o suscite admiraciones en las personas con las que nos relacionamos, ni tenemos que angustiarnos ante la posibilidad de que alguien no nos quiera.

DERECHO NO. VIII.

PODEMOS ACTUAR EN CONTRA DE LA LOGICA.

Debemos tener presente que ajustarnos a la lógica no significa necesariamente que resolverá nuestro problema.

DERECHO NO. IX.

TENEMOS DERECHO A DECIR NO LO ENTIENDO.

La creencia equivocada que nos inculcan es: Debemos anticiparnos y mostrarnos sensibles a las necesidades ajenas si queremos vivir todos unidos y sin discordias.

DERECHO NO. X.

TENEMOS DERECHO A DECIR NO ME IMPORTA.

Tenemos el derecho a decir no nos importa y no nos interesa ser perfectos según la definición de nadie.

CONDUCTAS ASERTIVAS NO VERBALES

Los componentes no verbales de la conducta asertiva son muy importantes en vista de que la mayoría de nuestras interacciones de comunicación se realizan sin muchas palabras por lo que las conductas no verbales deben ser congruentes con los mensajes verbales y apoyar, enfatizar y reforzar lo que se dice verbalmente.

CONTACTO VISUAL

El contacto visual es una de las conductas básicas del entrenamiento asertivo porque desafortunadamente muchas personas no asertivas establecen un pobre contacto visual y como resultado se les percibe como nerviosas e inseguras de si mismas lo que también en consecuencia puede incitar a las otras personas a que saquen ventaja de uno. El poco contacto visual se puede deber a altos niveles de ansiedad causadas por diferencias en el aprendizaje social. Por lo tanto el contacto visual debe ser firme a los ojos y nunca evasivo.

EXPRESION Y POSTURA CORPORAL

Hay una infinidad de posturas corporales y expresiones faciales que una persona puede adoptar. Se deben evitar posturas corporales tales como retorcerse las manos, apretar la mano de la otra persona, apretarlo por los hombros, cubrirse la boca con la mano, hacer gestos nerviosos que distraen a la otra persona de lo que uno dice o una postura petrificada. En realidad se trata de que usted aprenda a adoptar una posición corporal y expresión facial que corresponda con los sentimientos y mensaje que usted trata de comunicar.

TONO DE VOZ

Aquí debemos poner atención al que se dice y dar un mayor énfasis al como se dice. Se debe evitar el tono abiertamente suave; balbuceante, y lleno de pausas con tosidos frecuentes para limpiar la garganta. Se recomienda tener un volumen de voz, tono e inflexión moderada.

CONTACTO FISICO

El contacto físico (no sexual; tocar a alguien en el brazo o en el hombro, sentirse cómodo dando un abrazo afectuoso a un amigo) es una de las conductas asertivas más valiosas que se debe aprender. El contacto de otro ser humano puede ser el rasgo de afecto más positivo que una persona puede recibir

ESPACIO CORPORAL

Es otra conducta no verbal importante. Cuando una persona empieza a hablar con alguien automáticamente se para a una distancia cómoda de la otra persona. Para ciertas personas esta distancia es más cercana que para otras. Por ejemplo una persona no asertiva tiende a alejarse mientras que una persona agresiva tiende a estar cerca de manera intimidante. Usted puede determinar cuál es su espacio corporal si se acerca o se aleja al mismo tiempo evalúe sus sensaciones de incomodidad), tenga presente que la zona de comodidad puede variar dependiendo de la persona. Esta distancia puede ser importante cuando alguien trata de empezar o mantener una relación con alguien. El estar muy alejado provoca distracciones en ambas personas. El estar demasiado cerca provoca incomodidad y deseo de terminar inmediatamente la conversación.

ROL.- Es un americanismo. Galicismo por papel de un actor, intervención en un asunto.

El manual de asertividad fue adaptado del taller en asertividad impartido por el Mtro. Samuel Jurado. Fac. de Psicología. U.N.A.M. 1996.

ANEXO 28

Derechos Asertivos

1. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
2. El derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.
3. El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
4. El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.
5. El derecho a decir “NO” sin sentir culpa.
6. El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta de que también mi interlocutor tiene derecho a decir “no”.
7. El derecho a cambiar.
8. El derecho a cometer errores.
9. El derecho a pedir información y ser informado.
10. El derecho a obtener aquello por lo que pagué.
11. El derecho a decidir no ser asertivo.
12. El derecho a ser independiente.
13. El derecho a decidir que hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas.
14. El derecho a gozar y disfrutar del éxito.
15. El derecho a mi descanso, aislamiento, siendo asertivo.
16. El derecho a superarme, aún superando a los demás.

ANEXO 29

Características distintivas más importantes de los tres estilos de respuestas:

Pasivo	Asertivo	Agresivo
Demasiado poco, demasiado tarde, nunca	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto.	Demasiado, demasiado pronto, demasiado tarde.
<p>CONDUCTA NO VERBAL.</p> <p>Ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones. Gestos desviados, negando importancia a la situación, postura hundida, puede evitar totalmente la situación, se retuerce las manos, tono vacilante o de queja, risitas “falsas”.</p>	<p>CONDUCTA NO VERBAL.</p> <p>Contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, postura erecta, mensajes en primera persona, honesto, verbalizaciones positivas, respuestas directas a la situación, manos sueltas.</p>	<p>CONDUCTA NO VERBAL.</p> <p>Mirada fija, voz alta, habla fluida y rápida enfrentamiento gestos de amenaza, postura intimidatoria, deshonesto, mensajes impersonales.</p>
<p>CONDUCTA VERBAL.</p> <p>“quizás...”, “Supongo...”, “Me Pregunto si podríamos...”, “Te importaría mucho...”, “Solamente...”, “No crees que...”, “Eh...”, “Bueno...”, “Realmente no es importante...”, “No te molestes...”</p>	<p>CONDUCTA VERBAL.</p> <p>“Pienso...”, “Siento...”, “Quiero...”, “Hagamos...”, “¿Cómo podemos resolver esto?...”, “¿Qué piensas...?”, “¿Qué te parece si...?”,</p>	<p>CONDUCTA VERBAL.</p> <p>“Harías mejor en...”, “Haz...”, “Ten cuidado...”, “Debes estar bromeando...”, “Si no lo haces...”, “No sabes...”, “Deberías...”, “Mal...”,</p>

<p>EFFECTOS. Conflictos interpersonales. Depresión. Desampara. Imagen pobre de uno mismo. Se hace daño a si mismo. Pierde oportunidades. Tensión. Se siente sin control. Soledad. No se gusta ni a si mismo ni a los demás. Se siente enfadado.</p>	<p>EFFECTOS. Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades se gusta a si mismo y a los demás. Es bueno para si y para los demás</p>	<p>EFFECTOS. Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de si mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás Se siente enfadado</p>
---	---	--

Rodríguez, (1995)

ANEXO 30

Registro de conductas verbales y no verbales

Persona B

Persona A

Mirada _____

Expresión facial:

Frente / Cejas _____

Ojos / Párpados _____

Boca _____

Postura Corporal:

Acercamiento _____

Retirada _____

Expansión _____

Contracción _____

Gestos:

Manos _____

Cabeza _____

Pies _____

Volumen _____

Tono _____

Fluidez:

Vacilación _____

Repeticiones _____

Tartamudeos _____

Claridad _____

Velocidad _____

ANEXO 31

DINÁMICA “LO QUE ME GUSTA DE MI”

Este ejercicio es muy útil cuando haya tensiones en el grupo o cuando el facilitador sienta que el grupo tiene que conocerse mejor, acercarse más en el aspecto personal. Cada uno escribe sus cualidades en una hoja y el resto del grupo aumenta otras cualidades (positivas).

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Se crea un acercamiento personal al compañero. • Romper posibles tensiones entre los participantes: uno se da como es y respeta la forma de ser del otro.
Realización	<p>Se forman grupos de 4 personas. Estas personas están sentadas en un círculo y tienen una hoja delante que dice: “Lo que me gusta de mi personalidad”.</p> <p>Cada participante escribe su nombre en la hoja y algunas cualidades (exclusivamente positivas) que haya observado de si mismo. Cuando esto este concluido, se pasa la hoja al vecino para que éste escriba sus observaciones (exclusivamente positivas). El ejercicio termina cuando todos tengan delante sus propias hojas. Es conveniente utilizar un pliego grande en vez de las hojas.</p>
Nº de participantes	Entre 4 y 40 participantes, se forman grupos de 4 personas
En que momento	<ul style="list-style-type: none"> • Para enseñar a los participantes a acercarse más humanamente a sus compañeros. Esto puede ser muy útil cuando ya existan actitudes de rechazo o tensiones en el grupo. • Antes de empezar una discusión conflictiva.
Material	<p>Una hoja grande para cada grupo u hojas pequeñas, marcadores</p> <p>El facilitador da a cada grupo un pliego grande ya preparado con la frase siguiente en el centro: “Lo que me gusta de mi personalidad.</p>
Tiempo	15-20 min.

ANEXO 32

MANUAL DE AUTOESTIMA 1

La Autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida.

CONSISTE EN:

1. Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.
2. Confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestro esfuerzo.

BRANDEN (1999)

“La capacidad de valorar el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad”

SATIR (1991)

Cuestionario Autodefinición

1. Físicamente soy _____

2. Mentalmente soy _____
3. Emotivamente soy _____
4. Mis habilidades y capacidades _____

5. Mis debilidades y limitaciones son _____

6. Mis valores éticos son _____

7. Mis roles o papeles sociales son _____

8. Mi carácter es _____

9. Mis sueños (despierto) son _____

10. Mis actividades más importantes son _____

11. Mis gustos _____

12. Mis pasatiempos son _____

Para valorarnos hay que conocernos y evaluarnos; realiza el siguiente ejercicio:

Me siento orgulloso (a) de _____

Escribe dos de los logros más importantes que hayas tenido en el trayecto de tu vida:

1. _____

2. _____

¿Crees que estos logros fueron fortuitos o trabajaste arduamente en conseguirlos?

¿Quiénes de las personas cercanas a ti conoce de estos logros?

¿Te gusta hablar de ellos? _____

Cuestionario ¿Quién soy?

1. ¿Qué capacidades o sensibilidades creo tener?

2. ¿Tengo alguna fuerza especial?

3. ¿Me trato con respeto o juego a devaluarme?

4. ¿Qué hago por mí?

5. ¿Me permito cierta indulgencia?

6. ¿Pido que los demás respeten mis necesidades o juego a que yo no importo?

7. ¿Respeto mis urgencias físicas y emocionales y trato activamente de satisfacerlas?

8. ¿Me permito de disponer de tiempo para pasarlo con personas que me agradan?

9. ¿Reservo tiempo para hacer cosas que me gustan?

10. ¿Hay congruencia entre lo que soy y lo que hago?

11. ¿Busco personas que me valoren por lo que hago?

12. ¿Busco personas que me valoren por lo que soy?

¿Que tanto me conozco y como me evaluó actualmente?

Responde la siguiente pregunta contestando cada punto de las dos columnas

¿Quién soy?	¿Cómo quisiera ser?
Física y apariencia	

Con relación a la salud	
-------------------------	--

Desarrollo de actitudes mentales	
----------------------------------	--

¿Quién soy?	¿Cómo quisiera ser?
Potenciales actuales	

Economía y seguridad económica	
--------------------------------	--

¿Qué tanto pienso en mí, me cuido?	
------------------------------------	--

Conciencia y conocimiento de mí misma

	Si	?	No
Comprendo mis necesidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me ocupo de mis necesidades físicas comida, techo, médico. 2. Me amo a mi mismo y a los demás. 3. Me arriesgo explorando y creando. 4. Aprendo, estudio y reflexiono. 5. Ayudo y trabajo con otros. 6. Acepto mis capacidades. 7. Lucho por mi dignidad y auto respeto. 		
Expreso mis sentimientos	<ol style="list-style-type: none"> 8. Soy abierto y espontáneo. 9. Soy capaz de intimar con otra persona. 10. Expreso depresión y tristeza con lágrimas y angustia. 11. Expreso mis temores, ansiedades y preocupaciones. 12. Expreso alegría y felicidad con risas y júbilo. 13. Expreso mis enojos y frustraciones. 14. Gozo de la vida con otros. 		
Tengo control y conciencia de mi mismo	<ol style="list-style-type: none"> 15. Me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo: respiración, vista, oído, gusto, tacto y olfato. 16. Tengo fe en mi talento y habilidades. 17. Tengo sensibilidad y percepción de los sentimientos de otros. 18. Manejo y supero mis conductas indeseables. 19. Planeo y dirijo mi propio futuro. 		
Estoy consciente de los valores	<ol style="list-style-type: none"> 20. Aprecio y refuerzo mis conductas deseables. 21. Deseo cosas grandes y las fantaseo. 22. Practico los valores sociales: cortesía y honestidad. 23. Desarrollo conciencia del fin que tiene el poder y la riqueza. 24. Atiendo, sirvo y apoyo a los demás. 25. Desarrollo la apreciación por la belleza y el arte. 26. Me comprometo a mí mismo a seleccionar mis valores y expectativas. 		
Desarrollo de una madurez personal y	<ol style="list-style-type: none"> 27. Me responsabilizo anticipadamente de las consecuencias de mi conducta. 28. Asumo la responsabilidad de mis propias decisiones. 29. Me adapto a los cambios sociales y de una comunidad. 30. Asumo las responsabilidades sociales de la comunidad. 31. Me identifico con los problemas de los demás y ofrezco mi ayuda. 32. Renuevo y recreo mi ser. 		

Actitudes de las personas con:

AUTOESTIMA ALTA	AUTOESTIMA BAJA
<ul style="list-style-type: none"> • Valora sus características positivas • Acepta sus aspectos negativos • Cuestiona los valores que rigen su vida, se esfuerza en tener valores propios • Tiene un conocimiento amplio de si mismo • Se percibe como único y percibe a los demás como únicos y diferentes • Conoce, respeta y expresa sus sentimientos y permite que lo hagan los demás • Reconoce que es la única persona capaz de definir su autoestima • Se siente digno de ser amado • Es consciente de su constante evolución • Acepta que comete errores y aprende de ellos • Toma sus propias decisiones y se responsabiliza de las consecuencias • Tiene clara sus metas y desarrolla sus capacidades para conseguirlas • En sus relaciones de pareja, elige personas que lo respeten, apoyen y acepten tal como es. 	<ul style="list-style-type: none"> • Devalúa sus características positivas • Rechaza sus aspectos negativos • Acepta los valores que rigen su vida sin reflexionarlos • Se conoce a sí mismo • Se percibe igual a los demás y no acepta que los otros sean diferentes • No conoce sus sentimientos, los reprime o deforma, no acepta que los demás expresen sus sentimientos • Permite que los demás modifiquen su autoestima • No se siente digno de ser amado • Su percepción de los hechos es distorsionada o parcial • No acepta que comete errores o se culpa y no aprende de ellos • No se arriesga a tomar sus propias decisiones, acepta las de los demás • Sus metas son nebulosas, se somete a las circunstancias que se le presentan • En sus relaciones de pareja, elige personas que lo devalúen, limiten e intenten que cambie según sus deseos.

¿Mi familia qué dice de mí?

1. ¿Quién soy en mi familia? _____

2. ¿Cómo soy en mi familia? _____

3. ¿Qué representa para mi familia? _____

4. ¿Cómo ayudo a mis familiares? _____

5. ¿Existen rencores o resentimientos del pasado que todavía mantengo vigentes?

6. ¿Cuáles son mis actitudes ante problemas de mi familia?

7. ¿Hay algo que quiero modificar en mi conducta con mi familia?

8. ¿Siento que hay codependencia entre mi familia y yo?

9. ¿Cómo es la comunicación con mi familia? _____

¿Qué dice mi trabajo de mí?

1. ¿Quién soy? _____

2. ¿Cómo soy? _____

3. ¿Qué dice de mí lo que hago? _____

4. ¿Cómo lo hago? _____

5. ¿Por qué lo hago? _____

6. ¿Para que lo hago? _____

7. ¿Con quien lo hago? _____

8. ¿Cómo me comunico en mi trabajo? _____

“Solo podemos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos”

AUTOESTIMA

“La autoestima es un silencioso respeto por uno mismo”

AUTORRESPETO

“La actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio por su propio valer juega un papel de primer orden en el proceso creador”

AUTOACEPTACIÓN

“El sentirse devaluado e indeseable es en la mayoría de los casos la base de los problemas humanos”

AUTOEVALUACIÓN

“Dale a un hombre una auto imagen pobre y acabara siendo siervo””

AUTOCONCEPTO

“Cuando aprendemos a conocernos, en verdad vivimos”

AUTOCONOCIMIENTO

ANEXO 33

MANUAL AUTOESTIMA 2

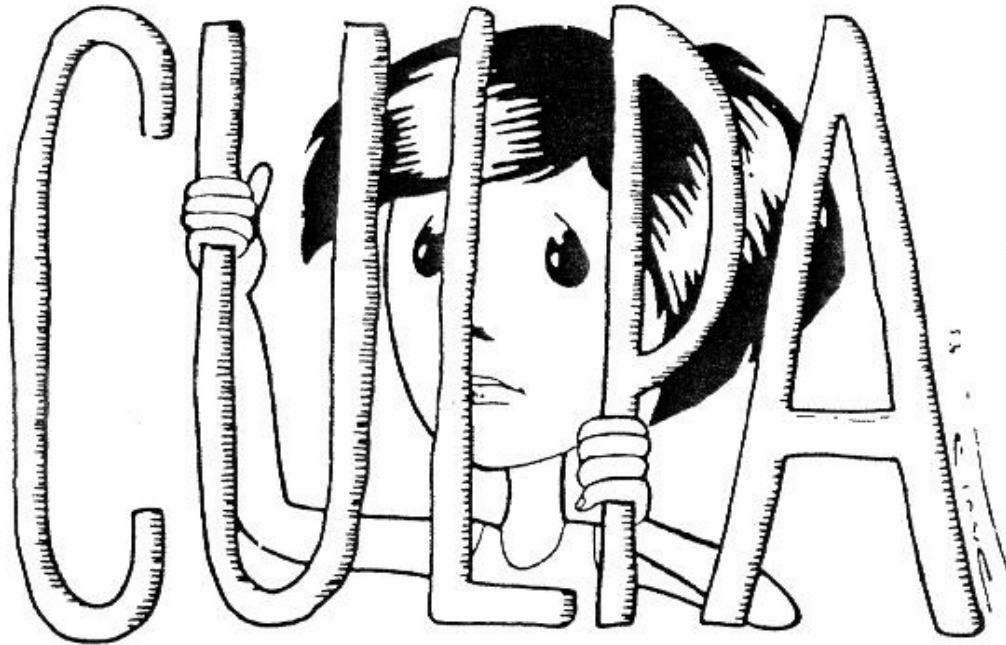
EL ÉXITO

No lo da la suerte, no es casualidad, ese se da cada día, todos son nuevos, diferentes, haz de este día el mejor, realiza tus cosas con amor, ama a tu familia, a tus semejantes, a tu trabajo, cada uno tiene en tu vida su función, por algo existe, date cuenta que estos son tu esencia, vive la vida con la máxima intensidad.

“TU ÉXITO SERA INMINENTE”

La culpa es un sentimiento de angustia que nos paraliza, es un sentimiento que tiene que ver con el pasado, por lo que dijimos o no, por lo que hicimos o dejamos de hacer, por lo que sentimos o no, pero nos hace sentir mal en el presente.

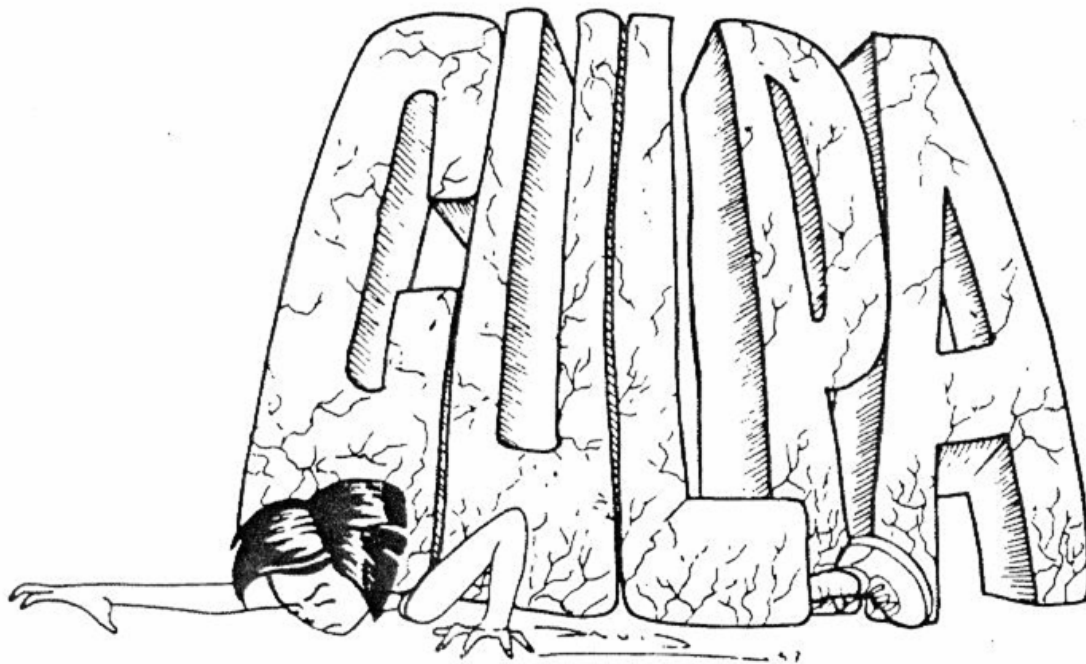
CULPA
CULPA



Dyer (1978) menciona una serie de elementos para decrementar el proceso culpígeno:

- 1) Tomar en consideración que el pasado no cambia.
- 2) Hacer un análisis de la situación de manera de saber qué estás evitando.
- 3) Saber de antemano que tus elecciones pueden no gustarle a algunas personas
- 4) A su vez, revisar que te origina realmente la culpa.
- 5) Evaluar las verdaderas consecuencias de tu comportamiento
- 6) Que las personas significativas y cercanas respeten tus decisiones, ya que eres capaz de enfrentar las desilusiones que te provoque tu comportamiento.
- 7) Reconsidera tu sistema de valores.

Para resumir, se puede inferir de lo escrito anteriormente que la culpa es un sentimiento angustiante e inconsciente, que nos limita y no nos da la posibilidad de ejercer nuestro gran potencial de autodeterminación. En cambio, la responsabilidad nos brinda la opción de ser felices o no, con nuestras elecciones, y por consecuencia **ser dueños verdaderos de nuestras vidas** (Aguilar-Kubli, 1993).



CODEPENDENCIA

La frase “infancia es destino” contiene una gran verdad, pues el que hayamos sido invisibles psicológicamente (no ser vistos, escuchados o atendidos) por nuestros padres, en la adultez, podemos generalizar y tender a presentar esos mecanismos de autoprotección, como por ejemplo, cuidando a otros más que a nosotros mismos, culpando a los demás de lo que sucede, auto condenándose, resolviéndole los problemas a los otros, no queriéndose, buscando aprobación social en todos y cada uno de nuestros actos. En suma, siendo codependientes



La codependencia hace referencia a las personas que se convierten en víctimas en el proceso de rescatar a cualquier persona compulsiva, adicta, que las maltrata o que depende de ellas (Beattie, 1991; Forward & Buck, 1990).

Generalmente, las personas codependientes se vuelven “controladores” y su objetivo, es que el otro cambie por medio de sus cuidados y atenciones. El control puede ser: siendo autoritario, o de manera encubierta “ayudando”, siendo víctima, enfermándose, manipulando por medio de lástima y la culpa.

El conflicto central del codependiente es que tiene tan disminuida su autoestima que se conforma con sentirse necesario. “A menos que una persona tenga daño cerebral, un serio impedimento físico, o sea, un niño muy pequeño, esta persona puede ser responsable de sí misma” (Beattie, 1991).

Todo esto se convierte en un círculo vicioso y mantiene a la persona constantemente deprimida, enojada, muy tensa y por consiguiente, reacciona por todo y contra todos, y lo peor del caso, es que guarda mucho resentimiento y esto impide su crecimiento.

Algo que podría hacer la persona codependiente, es analizar primero, porqué esta reaccionando de esa manera, tratar de comprenderse, y sobre todo, pensar qué es lo que ésta obteniendo de esa situación sin castigarse, ni flagelarse y, estar consciente de que el amor debe partir de nosotros para nosotros.



La toma de decisiones

Para ser realmente dueños de nuestras vidas, es esencial tomar decisiones y hacer planes a corto y a largo plazo, para sentir que la vida vale la pena vivirla.

Las personas con baja autoestima regularmente no se arriesgan, ni siquiera prueban simplemente se auto limitan diciendo “Yo no puedo”.

El primer paso para poder lograr nuestras metas es soñar, para que sea posible, conformar nuestras vidas de acuerdo a nuestros sueños y, posteriormente definirlos con base a nuestros recursos. Desafortunadamente la mayoría de la gente se ciega en ese plano, restándole poder a sus potencialidades.



El dilema

“Reír es arriesgarse a parecer un tonto

Llorar es arriesgarse a parecer un sentimental

Buscar al otro es arriesgarse a comprometerse.

Expresar los sentimientos es arriesgarse a ser rechazado

Exponer los sueños ante los demás es arriesgarse a hacer el ridículo

Amar es arriesgarse a no ser correspondido

Avanzar ante los obstáculos es arriesgarse a fracasar.



Pero se deben correr los riesgos porque el peligro más grande en la vida es no arriesgar nada la persona que arriesga nada no tiene nada, no es nada. Podrá evitar el sufrimiento y la tristeza pero no puede aprender, sentir, cambiar, crecer ni amar, sólo es libre la persona que se arriesga” (Smith, 1983).



Si nuestras vivencias previas no nos han favorecido, es imprescindible detenernos para saber realmente que queremos o no hacer.

Una frase que podría ayudarnos en este propósito es la siguiente.

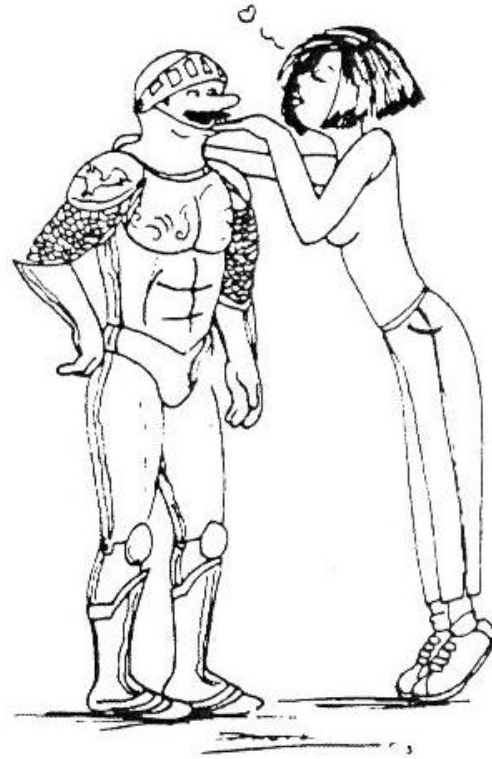
“Creo que tengo derecho y el deber de desarrollarme y llegar más allá de las circunstancias presentes”

Los seres humanos que tienen baja autoestima no son capaces de recibir expresiones de afecto y de amor, tienen muchas barreras y no permiten cercanía, les da mucho miedo el afecto, porque los compromete o simplemente es algo desconocido por ellos.

Sienten que no merecen vivir mejor, por eso se conforman, se autocondenan en vez de comprenderse.

Se comparan frecuentemente, no confían en sí mismos, se deprimen con cierta regularidad y muestran una actitud compasiva, defensiva y pasiva.

Se anticipan a las necesidades de otras personas, se sienten seducidos por gente “necesitada”, son hipercríticos, se perciben como víctimas (Beattie, 1991).



Constantemente manejan su existencia con el “deberías”, sin considerar las circunstancias, ni el momento, ni sus deseos o debilidades. La exigencia determina todo, a pesar de los pesares.

Por ejemplo:

- Debes ser la esposa ejemplar
- Debes ser una madre que tiene un buen humor
- No debes cometer errores
- Debes hacer todo lo que hagas bien.
- Debes aguantarle todo a tu marido
- Debes entender a tu marido pobrecito

Es indispensable considerar tus propias necesidades de manera racional y auténtica más allá de los demás.

Autoestima alta

Existen varios criterios que nos pueden facilitar la identificación y valoración de nuestra autoestima.

Una persona que posee una autoestima alta manifiesta en su rostro y en su manera de hablar y de moverse felicidad de estar viva. No confundir este concepto con la imposibilidad de deprimirse.

También es capaz de hablar de sus logros y/o traspies en forma directa, honesta y sobre todo oportuna,

Puede dar y recibir afecto.

El individuo está abierto a la crítica, siempre y cuando la crítica sea constructiva (no es basurero de nadie).

En lo referente a lo fisiológico, se mantiene relajado y si la situación es crítica se pone alerta (Branden, 1995).



Respeto hacia uno mismo

El respeto hacia uno mismo puede parecer muy abstracto por lo que es indispensable ubicarlo como una actitud en la que la persona vive en base en sus propias expectativas no requiriendo cada momento de la aprobación de los demás.

Hay personas que no conocen sus legítimas necesidades y por eso permiten que otros tomen las decisiones por ellos y esto a la larga les produce una gran frustración y coraje hacia si mismos o hacia los demás.

Frecuentemente, cuando llegamos a admirar a alguien, es porque son leales a sus convicciones, imprimiendo su sello personal y único a las cosas que hacen, dicen o sienten.

Asimismo, cuando alguien se respeta a sí mismo, por consecuencia respeta a los demás.

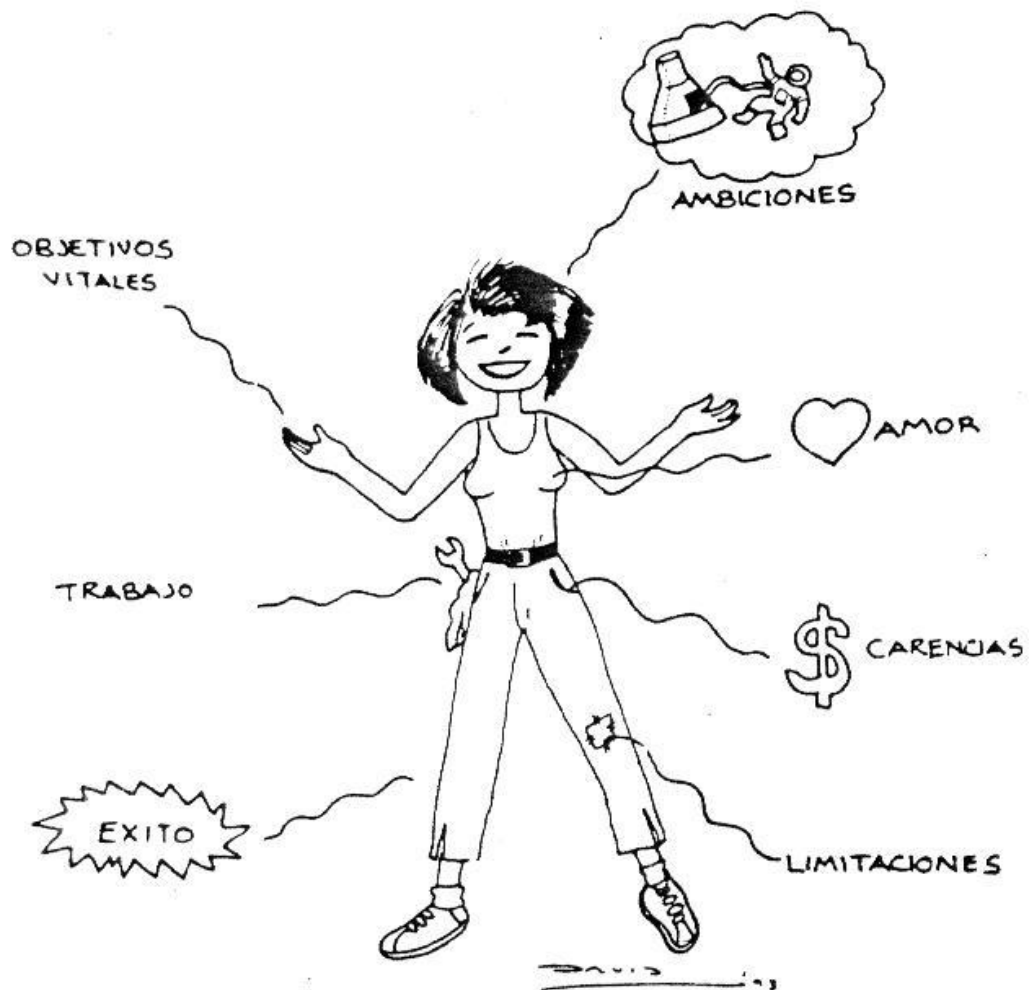
Aceptación

La aceptación es fundamental en la autoestima. Esto incluye, tanto los aspectos positivos, como los negativos, pues requiere un conocimiento aunque en ocasiones resulta doloroso pues se tiene la creencia de que no debemos sentir determinadas emociones por ser pecaminosas o desagradables Vg., inseguridad, envidia, pena, excitación, miedo. El que lo aceptamos, no quiere decir que todo el tiempo lo sintamos, o que nos guste sentirlo. No se puede superar un miedo cuya realidad negamos. Branden (1998) nos dice al respecto que un hecho es un hecho; lo que es, es: si el sentimiento existe, existe”.

Podríamos enfocarlo de la siguiente manera “Ahora estoy explorando el mundo del miedo (o del dolor, o de la envidia, o de la confusión, o lo que sea)” Branden (1998).

Es importante destacar, que no sólo negamos los errores o defectos, sino también los atributos positivos, pues muchas veces el ser productivos, guapos o inteligentes, puede generar envidias a terceros; es por ello que mucha gente no trasciende su medio familiar o laboral, pues es indispensable tener empuje para asumir también el triunfo.

En suma, nuestras respuestas ante diversos acontecimientos dependen de quienes somos y que pensamos que somos.



Congruencia

La congruencia la constituye el hecho de integrar nuestra forma de pensar, de sentir y de actuar en un todo (Fensterheim & Baer, 1983). El ser consecuente no es fácil, pues requiere de ser honesto y genuino a pesar de las circunstancias; un ejemplo es que una persona que se dice revolucionaria, trabaja en consecuencia y no busca pretextos para evitar el compromiso laboral, su pretexto, su ideología.

En resumen, cuando nuestro comportamiento y valores que profesamos van de la mano y la filosofía y la acción se correlacionan, tenemos integridad o congruencia.

Responsabilidad

El vivir de forma responsable suele ser una tarea sumamente ardua para muchos individuos, pues implica asumir el compromiso de la propia existencia.

Esto puede deberse a que les resulte aterrador el arriesgarse y evaden la realidad volviéndose fanáticos del trabajo, comiendo en exceso, gastando el dinero en forma compulsiva (Beattie, 1991).

El ser responsable no significa el tener una actitud omnipotente, ni omnisapiente, ni omnipresente, hay sucesos que ocurren sin que nosotros podamos detenerlos, por mencionar algún accidente. Es primordial identificar lo que mi comportamiento está generando, que es lo que depende de mi y lo que no. Una mujer puede sentirse poco atractiva y pensar que por eso ningún hombre se acerca a ella en plano amoroso y se pregunta ¿por qué nadie se fija en ella?, en vez de decirse ¿Qué actitud tengo con los varones o cómo pongo distancia para que nadie se acerque a mi? Este último cuestionamiento podría aportarte más elementos para enfrentar la situación de otra manera.

Independencia



Otro principio para que realmente podamos respetarnos a nosotros mismos, es la independencia y, esta hace referencia en todos los planos de nuestra vida. Esto puede traducirse en que nadie puede pensar ni elegir, ni sentir por nosotros, nadie puede hacer las cosas por nosotros Vg. hay personas que centran sus vidas en torno a otros individuos, no creen que pueden cuidarse a sí mismas, toleran el abuso para sentir que la gente los siga amando y buscan la felicidad fuera de sí mismas y por tanto, se sienten terriblemente amenazados por la pérdida de cualquier cosa o persona que viven como indispensables (Beattie, 1991).

El que nos mantengamos en un nivel de conformismo, puede deberse a que tenemos un problema de permiso (Gaylord, 1987).

Existen distintos tipos de permisos

Permiso como ceremonia. El matrimonio nos concede un permiso sexual

La enfermedad como permiso. Nos otorga una posibilidad de quedarnos en la banca evadiendo decisiones y conflictos mientras se reciben privilegios especiales. Posteriormente, podemos tener mayores energías para ver la vida desde otra perspectiva.

El grupo como permiso. Es una forma de conceder un respaldo para realizar cosas que uno cree que no puede hacer de manera individual, por ejemplo en la adolescencia el grupo de pares le dan al muchacho permiso para enfrentar situaciones nuevas y difíciles.

El ejemplo como permiso. Este hace referencia a las herencias familiares, que en muchos casos los padres abren brecha, y si el padre fue presidente, los hijos tienen el permiso de hacerlo también, en cambio, algunas personas tienen que encaminar sus energías para abrirse camino y posteriormente trascender el medio familiar.

El permiso por confianza. Está constituido por el apoyo que puede darnos una persona que nos quiere y en muchas ocasiones es funcional, sobre todo en momentos de crisis.

Todos los permisos mencionados anteriormente están dados de manera externa y pueden resultar válidos, pero para que un permiso sea más eficaz, debe provenir de nuestro interior.

SOY RESPONSABLE

De mis elecciones

De mi comportamiento

De cómo utilizo mi tiempo

Del nivel de conciencia o falta de la misma, que aplico en mi trabajo

Del cuidado o falta del mismo con que trato mi cuerpo

De mantener las relaciones que he optado establecer

De enfrentar la desilusión de un rompimiento amoroso

Del modo como trato a los demás

De la creatividad que genero día con día en mis actividades

Del significado que le doy a lo que le dejo de dar a mi vida

De mi felicidad

De mi infelicidad

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar-Kubli, E. (1993). Domina la autoestima. México: Árbol.
2. Beattie, M. (1991) Ya no seas codependiente. México: Promexa
3. Branden, N. (1995). Cómo mejorar su autoestima. México: Paidós.
4. Branden, N. (1998). El respeto hacia uno mismo. México: Paidós.
5. Dyer, W (1978). Tus zonas erróneas. México: Grijalbo
6. Fensterheim, H y Baer, J (1983). No diga si cuando quiera decir no. México: Grijalbo
7. Forward, S y Buck (1990). Padres que odian. México: Grijalbo.
8. Gaylord, R (1987). Es usted positivo. México: Grijalbo.
9. Satir, V. (1991). Nuevas relaciones en el núcleo familiar. México: Pax
10. Smith, M (1983). Cuando digo no me siento culpable. México: Grijalbo.

ANEXO 34

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

1. ¿Fueron útiles los ejercicios empleados en la adquisición de habilidades asertivas, de afrontamiento y en la autoestima de usted de manera?
a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Pésima
2. ¿Cómo calificaría al programa?
a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Pésimo
3. ¿Cuáles fueron los temas que le quedaron más claros?

4. ¿Qué observaciones le haría al programa?

5. Los conceptos fueron claros y aplicables de manera:
a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Pésima
6. Los logros o benéficos que pudo adquirir a partir del programa fueron:
a) Excelentes b) Buenos c) Regulares d) Malos e) Pésimos
7. Se cubrieron sus expectativas o lo que esperaba del programa de forma:
a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Pésima
8. Quedo satisfecha con el número de sesiones del programa de manera:
a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala e) Pésima
9. Le pareció adecuado el tiempo empleado para cada sesión del programa de forma.
a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Pésimo
10. La información proporcionada fue completa y comprensible sobre cada uno de los temas abordados de forma:
a) Muy satisfactoria b) Satisfactoria c) Parcialmente satisfactoria
11. ¿Recomendaría nuevamente este programa?
a) Si b) No
12. El material utilizado para cada uno de los temas fue de forma:
a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Pésimo

REFERENCIAS

1. Acevedo, A. (2000). Aprender jugando. Dinámicas vivenciales. Tomo I y II. México: Limusa.
2. Aguilar, K. (1994). Autoestima. En Aguilar, K. & Gutiérrez, C. Domina la selección, comunicación y relación de pareja. México: El Árbol.
3. Aguilar-Kubli, E. (1987). Asertividad. Se tu mismo sin sentirte culpable. México: Pax.
4. Aguilar-Kubli, E. (1993). Domina la autoestima. México: Árbol.
5. Alberti & Emmons (1974). En Cotler, S. & Guerra, J. (1976). Assertion training, a humanistic behavioural guide to self-dignity. Illinois: Research Press Company.
6. Alducin, A. (1989). Los valores de los mexicanos: México entre lo tradicional y la modernidad. México: Fomento Cultural Banamex, A.C.
7. Álvarez, G. (1987). ¿Cómo se sienten los mexicanos? En Hernández A, Navarro L (ed). Cómo somos los mexicanos. México: CREA.
8. American Psychiatry Association (1994): Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. (4ta. Edición). España: Masson.
9. Arias, J., Fernandez, R. & Kalina, E. (1990). La familia del adicto. Argentina: Nueva Visión.
10. Ávila, E. & Ledesma, J. (1990). Estudio de la personalidad en las esposas de pacientes alcohólicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, XVIII. 3er. Etapa. No. 6, 355-363.
11. Badinter, F. (1986). El uno es el otro. España: Planeta.
12. Bandura, A. (1987). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.
13. Barnetche, E. & Prieto, T. (1989). Quiero ser libre. México: Kerigma.
14. Barrientos, M. (1990). Taller prematrimonial de pareja. Tesis licenciatura. ENEP Iztacala. México: UNAM
15. Beattie, M. (1991). Ya no seas codependiente. México: Promexa.
16. Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Penguin Books.
17. Beck, A. (1990). Con el amor no basta. México: Paidós.
18. Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). Terapia Cognitiva de la depresión. España: Desclee de Brouwer.
19. Beck, J. (1995). Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización. México: Gedisa.
20. Bejos, M. (2001). Una propuesta de tipología para el diagnóstico de la familia adicta. *Revista de Adicciones*. Recuperado en 2001 de <http://www.revistadeadicciones.com.mx>.

21. Bensch, M. (1997). Spouses of alcoholics in treatment: Predictors of co dependence. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 58 (6-B): 3308.
22. Bernstein, J. (1988). Perturbaciones de parejas matrimoniales. En Ackerman, N. (ed). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. México: Paidós.
23. Biagini, A., Torruco, S., & Carrasco, F. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad: Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental*, 28(1), 52-60.
24. Blake, E. & Humphrey, L. (1994). Self-delineation and marital interaction: The Rorschach predicts structural analysis of social behavior. *Journal of Personality Assessment*. 63(1), 148-166.
25. Blanco, A. (1983). Evaluación de las habilidades sociales. En Fernández, R. & Carroble, J. (comp.) *Evaluación conductual, metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
26. Bloch, S. (1979). Assessment of patients for psychotherapy. *Br. Journal of Psychiatry*, 135, 193-208.
27. Block, J. (1973). Conceptions of sexrole, some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American Psychologist*, 28, 512-526.
28. Branden, N. (1995). *Cómo mejorar su autoestima*. Traducción Leandro Wolfson. México: Paidós.
29. Branden, N. (1998). *El respeto hacia uno mismo*. Traducción Magdalena L. Senestrari de Salvi. México: Paidós.
30. Branden, N. (1999). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
31. Branden, N. (2001). *La autoestima de la mujer. Desafíos y logros en la búsqueda de una identidad propia*. México: Paidós.
32. Butcher & Graham. (1994). En Díaz, M., Jurado, B., Lucio, G. & Cuevas, A. (2003). Detección de rechazo al tratamiento en estudiantes universitarios. *Psiquiatría*, 19, N° 1, enero-abril, 1-9.
33. Caballo, V. (1991). *El entrenamiento en habilidades sociales. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
34. Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
35. Calderón, A. J. (2004). Examen del caso clínico desde el enfoque cognitivo conductual. Trabajo presentado en el 43° Congreso de la Asociación Internacional Psicoanalítica. Louisiana,

- EE. UU. Marzo, 2004. Recuperado en mayo de 2005, de <http://www.aperturas.org/17panelcalderon.html>.
36. Carpenito, L. (1995). Manual de diagnósticos de enfermería. España: McGraw-Hill Interamericana.
 37. Carrasco, I., Clemente, M. & Llavona, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, 37, 63-74.
 38. Casado, L. (1991). La nueva pareja. España: Kairós.
 39. Cermack, T. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21(5), 266-272.
 40. Chandran, K. (2004). Bebedor problema. Department of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic of the University of Pittsburgh Medical Center. Pittsburgh, PA. Review provided by Veri Med Healthcare Network. Recuperado en 2005 de <http://www.urac.com>.
 41. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1993). Estrategias que utiliza la familia en México frente al uso de alcohol y otras drogas. México, Secretaría de Salud. CONADIC.
 42. Coopersmith, S. (1976). The antecedents of self-esteem. Consulting Psychologists Press. San Fco. U.S.A. W.H. Freeman and Company.
 43. Coopersmith, S. (1981). En Verduzco, A., Lara-Cantú, M., Gary, X. & Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: datos normativos. *Salud Mental*, 12 (3), 50-54.
 44. Costa, M. & Serrat, C. (1993). Terapia de pareja. Alianza: Madrid.
 45. Cotler, S. & Guerra, J. (1976). Assertion training, a humanistic behavioural guide to self-dignity. Illinois: Research Press Company.
 46. Cruz, A. & Gaona, L. (2005). Apego a tratamiento y características de personalidad en esposas de bebedores problema. Trabajo presentado en el XIII Congreso Mexicano de Psicología. Acapulco, Gro. Sociedad Mexicana de Psicología, A. C.
 47. Cruz, A., Gaona, L. García, M. & Delgadillo, J. (2005) Satisfacción y comunicación marital en parejas con problemas asociados al consumo de alcohol. Trabajo presentado en la XX Reunión Anual de Investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz. México
 48. Cutland, L. (1998). A co-dependency perspective. En: R. Velleman, A. Copello, & Maslin, J. (Eds.). Living with drink: Women who live with problem drinkers. London: Longman.
 49. D`Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal Abnormal Psychology*. 78, 107-126.

50. Dahab, J., Minici A. & Rivadeneira, C. (2005). ¿Por qué Terapia Cognitivo Conductual? La diferencia entre Terapia Cognitivo Conductual y el enfoque cognitivo puro. Recuperado en 2005 de <http://www.cognitivoconductual.org/homemain.htm>.
51. Dahab, J., Minici, A. & Rivadeneira, C. (2005) ¿Por qué elegimos Terapia Cognitivo Conductual? Reflexiones acerca de algunas diferencias críticas entre la Terapia Cognitivo Conductual y otros enfoques terapéuticos de nuestro medio. Recuperado en 2005 de <http://www.cognitivoconductual.org/homemain.htm>
52. Dahab, J., Minici, A. & Rivadeneira, C. (2005). En la vanguardia de la Terapia Cognitivo Conductual Las técnicas cognitivas menos difundidas. Recuperado en 2005 de <http://www.cognitivoconductual.org/homemain.htm>
53. Delgado, F. (1983). La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas. México: Trillas.
54. Deluty, R. (1981). Adaptiveness of aggressive, assertive and submissive behavior children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10, 155-158.
55. Díaz-Loving, Ruiz, Cárdenas, Alvarado, Reyes. (1994). En Beltrán, A., Flores, M., Díaz-Loving, R. (2000). Estilos de amor y satisfacción marital. *La Psicología Social en México*, VIII, 9-16.
56. Díaz-Loving, R., Lignan, L., & Rivera, S. (1998). Felicidad y satisfacción con la relación de pareja. *La Psicología Social en México*, VII, 193-197.
57. Dyer, W. (1978). Tus zonas erróneas. México: Grijalbo.
58. Eisler, R. (1976). Behavioural assessment of social skills. En Hersen, M. & Bellack, A. Behavioural Assessment: U.S.A. A practical handbook: Pergamon Press.
59. Ellis, A. & Dryden, W. (1989). Práctica de la terapia racional emotiva. México: Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología.
60. Ellis, A. & Rusell, G. (1997). Manual de terapia racional-emotiva. México: Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología. 7ª. ed.
61. Ellis, A. (1977). Reason and emotion in psychotherapy. Press: Nueva York.
62. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, CONADIC/ SSA, INP, INEGI, 2002). Informe Ejecutivo, México, 2003.
63. Espejel, 1989. En Bejos, M. (2001). Una propuesta de tipología para el diagnóstico de la familia adicta. *Revista de Adicciones*. Recuperado en 2001 de <http://www.revistadeadicciones.com.mx>.

64. Espejel, Nava et al. 1988. En Medina, P. & González, H. (1994). Factores psicológicos que intervienen en la elección de pareja alcohólica en mujeres que tuvieron padres alcohólicos. Un enfoque desde la teoría de relaciones objétales. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM
65. Fensterheim (1971). En Fernández, R. & Carrobles, J. (1983). (comp.) Evaluación conductual, metodología y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
66. Fensterheim, H. & Baer, J. (1983). No diga si cuando quiera decir no. México: Grijalbo.
67. Ferrando, L., Bobes, J. & Gilbert, J. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (Versión 5.0.0 DSM-IV) (Software de cómputo). Madrid, España.: Instituto IAP. Adaptation for South and Central America. Heinze, G. and Cortés, J.: Instituto Nacional de Psiquiatría México.
68. Fisher, J., Spann, M. & Crawford, D. (1991). Measuring Co dependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(1), 87-100.
69. Flores, G. (1989).Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología .México: UNAM.
70. Flores, G. (1994). Asertividad, conceptualización medición y su relación con otras variables. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología .México: UNAM.
71. Flores, G. (1994b). Asertividad: Medición psicométrica, conductual y entrenamiento. Estudio comparativo entre habitantes del Distrito Federal y Mérida, Yucatán. (Proyecto CONACYT No. 4423 H-9406). Reporte Interno presentado al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México.
72. Flores, G. & Díaz-Loving, R. (2004). Escala Multidimensional de Asertividad (EMA). México: El Manual Moderno.
73. Flores, G., Díaz-Loving, R., & Rivera, A. (1987). MERA: Una medida de rasgos asertivos para la cultura mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*, 4(1), 29-35.
74. Forward, S. & Craig, B. (1990). Padres que odian. México: Grijalbo.
75. Freire, B. (1986). Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 16, 22-42.
76. Gambrill, E. (1977). Behaviour Modification, handbook of assessment, intervention and evaluation. California: Jossey-Bass.
77. Gambrill, E. y Richey, Ch. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*. 6, 550-561.

78. Gaona, L. (2004). Perfil de personalidad en mujeres que viven con un alcoholíco. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, México: UNAM.
79. Gaylord, R. (1987). Es usted positivo. México: Grijalbo.
80. Glantz, N. Halperin, D. & Hunt, L (1998). En Glantz, N., Martínez, I., Tinoco, R. & León, P. 2004. Si no tomara el...El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 27(6), 50-56.
81. Glaser & Straus (1967). En Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIII (2), 165-190.
82. Goldfried, M. & Davison, G. (1981). Técnicas terapéuticas conductistas. Buenos Aires: Paidós.
83. Gottman, M. & Krokoff, J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57 (1), 47-52.
84. Greenwald, R. (1986). Película "Escoria Humana (Shattered Spirits), New York, USA.
85. Greiner, O. (1996). Guía práctica para docentes facilitadores. Serie Capacitación 2. Ecuador: Ed. Asociación de Municipalidades Ecuatorianas.
86. Guerra, R. (1996). Estandarización del inventario de Gambrill & Richey para población de la Cd. de México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
87. Guzmán, G. (2001). ¿Dónde trabajan hombres y mujeres a principios de los noventa y donde seis años después? En *Investigación Económica*, 236, 0185-1667. Facultad de Economía, UNAM. 93-135.
88. Halgin, P. & Krauss, W. (2004). Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. 4ta. Edición. México: Mc. Graw Hill.
89. Heise, (1998). En Glantz, N., Martínez, I., Tinoco, R. & León, P. 2004. Si no tomara el...El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 27(6), 50-56.
90. Hersen, M. & Bellack, A. (1977). Behavior therapy in psychiatric setting. New York: The Williams and Wilkins, Company.
91. Hogg, J. & Frank, M. (1992). Toward an interpersonal model of co dependence and contra dependence. *Journal of Counselling & Development*, 70 (3), 371-375.
92. Hoglend, P., Fossum, A. & Sorbye, O. (1992). Selection criteria for brief dynamic psychotherapy: Reliability, factor structure and long term predictive validity. *Psychotherapy Psychosomatic*, 57, 67-74.

93. Hoglend, P. (1993). Suitability for brief dynamic psychotherapy: Psychodynamic variables as predictors of outcome. *Act Psychiatric Scand*, 88, 104-110.
94. Hollander, E. (1971). Principios y métodos de psicología social. Argentina: Amorrortu.
95. Hollansworth, J. & Cooley, M. (1978). Provoking anger and gaining complacence with assertive versus aggressive responses. *Behaviour Therapy*, 9 (4), 640-646.
96. Honig, F. & Spinner, A. (1986). A group therapy approach in the treatment of the spouses of alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3(3), 95-105.
97. Hule, S. (1994). Co dependence: Contextual variables in the language of social pathology. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 15 (3), 307-317.
98. Jackson, J. (1954). The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 562-586.
99. Jellinek, (1968). En Natera, G., Herrejón, E. & Rojas, E. (1988). Comparación de algunas características de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos. *Salud Mental*, 11(1), 13-18.
100. Jurado, C. (1996). Manual de entrenamiento asertivo y de ideas y pensamientos racionales. Taller implementado en la Facultad de Psicología. México: UNAM.
101. Kazdin, A. (1982). Single case research designs: *Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
102. Kerlinger, N. (1985). Investigación del comportamiento. México: Interamericana.
103. Kessel, N. & Walton, H. (1991). Alcoholismo: cómo prevenirlo para evitar sus consecuencias. México: Paidós.
104. Knox, N. (1994). En Tello, S. Análisis de las técnicas conductuales aplicadas a los conflictos de pareja. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, México, UNAM.
105. Lange, S & Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive behavior. Cognitive-behavioral procedures for trainers. Illinois: Research Press Company.
106. Lara-Cantú, M., Verduzco, M., Acevedo, M. & Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), 247-255.
107. Lazarus, A. (1973). On assertive behaviour: A brief note. *Behaviour Therapy*, 4, 697-699.
108. Lazarus, S. (1980). The stress and coping paradigm: Competence and coping during adulthood. New England: University Press. 28-74.
109. Lazarus, S. & Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. México: Martínez Roca.

110. Lipsey, M., & Wilson, W. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychol*, 48, 1181-1209.
111. Lothstein, L. (1993). Termination process in group psychotherapy. En Kaplan, H. & Sadok, B. (eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*: Maryland: Williams & Wilkins, 3a. ed.
112. Loughead, T. (1991). Addictions as a process: Commonalities or co dependence. *Contemporary Family Therapy*, 13 (5), 455-470.
113. Loughead, T., Kelly, K. & Barlett-Voigt. (1995). Group counseling for co dependence: An exploratory study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13 (4), 51-61.
114. Loughead, T., Spurlock, V. & Ting, Y. (1998). Diagnostic indicators of codependence: An investigation using the MCMI-II. *Journal of Mental Health Counselling*, 20 (1), 64-76.
115. Lyon & Greenberg, (1991). En Loughead, T., Kelly, K. & Barlett-Voigt. (1995). Group counseling for co dependence: An exploratory study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13 (4), 51-61.
116. MacDonald, M. (1978). Measuring assertion: a model and method. *Behaviour Therapy*. 9, 889-899.
117. McCallum, M., Pipher, W. & Joyce, A. (1992). Dropping out from short term group therapy. *Psychotherapy*, 29 (2), 206-215.
118. McCrady, B., Noel, N., Abrams, D. & Hay, 1981. En Orford, (1998b). Components of spouse involvement in the behavioural treatment of alcoholism. Paper presented at the Meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy. Toronto, Canada.
119. Mechanic, D. (1974). Social structure and personal adaptation: some neglected-dimensions. *Coping and Adaptation*. 1(3), 73-80.
120. Medina, P. & González, H. (1994). Factores psicológicos que intervienen en la elección de pareja alcohólica en mujeres que tuvieron padres alcohólicos. Un enfoque desde la teoría de relaciones objétales. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
121. Medina-Mora, M. E. (1994). Consumo y opresión de la mujer: La experiencia en México. *Adicction*, 89, 951-960.
122. Meichenbaun, (1985). En Halgin, P. & Krauss, W. (2004). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. 4ta. Edición. México: Mc. Graw Hill.
123. Meichenbaun y Cameron (1977). En Dahab, Minici y Rivadeneira (2005) ¿Por qué elegimos Terapia Cognitivo Conductual? Reflexiones acerca de algunas diferencias críticas entre la

- Terapia Cognitivo Conductual y otros enfoques terapéuticos de nuestro medio. Recuperado en 2005 de <http://www.cognitivoconductual.org/homemain.htm>.
124. Moos, R., Finney, J. & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism: Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 43 (9), 888-909.
 125. Natera, G., Herrejón, E. & Casco, M. (1988). Locus of control in couples with different patterns of alcohol consumption. *Drug Alcohol Dependence*, 22, 179-186.
 126. Natera, G., Herrejón, E. & Rojas, E. (1988). Comparación de algunas características de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos. *Salud Mental*, 11(1), 13-18.
 127. Natera, G. & Holmila, M. (1990). El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación entre México y Finlandia. *Salud Mental*, 13 (3), 20-26.
 128. Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (1994). Violencia familiar en relación con la farmacodependencia. *La Psicología Social en México*, 5, 263-270.
 129. Natera, G. & Orford, J. (1995). Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México y Universidad de Exeter, Inglaterra. 1-25.
 130. Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIII (2), 165-190.
 131. Natera, G., Tiburcio, M. & Villatoro, J. (1997). Marital violence and its relationship to excessive drinking in México. *Contemporary Drug Problems*, 24 (4): 787-804.
 132. Natera, G. (1999). Una estrategia para apoyar a los familiares que tienen problemas por el consumo de alcohol y drogas. Un enfoque para la promoción de la salud. En García, M. (Ed.), *Salud Comunitaria y Promoción de la Salud*, España: ICEPSS Editores. 993 – 1011.
 133. Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (2002). Experiencia de las mujeres frente al abuso de alcohol y drogas de sus familiares. En: M. A. Lara & N. Salgado (comp.), *Cálmese son sus nervios, tómese un tesito... La salud mental de las mujeres mexicanas* (pp. 105-129). México: Pax.
 134. Natera, G., Tenorio, R., Figueroa, E. & Ruiz, G. (2002). Espacio urbano y las adicciones: un estudio etnográfico sobre alcoholismo en el Centro Histórico de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 25(4), agosto: 17-31.

135. Natera, G., Tiburcio, M. & Mora, J. (2004). Cómo apoyar a la familia ante el abuso de alcohol y drogas. En G. E. Dulanto, La familia, un espacio de encuentro y crecimiento para todos (pp. 463-469). México: Editores de Textos Mexicanos.
136. Neville, J., Bradley, M. & Bunn, C. (1991). The model of human occupation and individuals with co-dependency problems. *Occupational Therapy in Mental Health*, 11(2-3), 73-97.
137. Nina, E. (1991). Comunicación marital y estilos de comunicación. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, México: UNAM.
138. Orford, J., Guthrie, S., Nicholls, P., Oppenheimer, E., Eger, S. & Hensman, C. (1975). Self-reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 1254-1267.
139. Orford, J., Natera, G., Casco, M., Nava, A. & Ollinger E. (1990). Coping with alcohol and drug use in the family. Report of a mexican feasibility study. Who Divition of Mental Health, Geneva, February.
140. Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Todd, A., Bennet, G. & Velleman, R. (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2, 163-183.
141. Orford, J. & Nava, A. (1993). La prevención del consumo de alcohol en la familia. Psicología de la Salud. *Memorias Ier. Congreso Internacional de Psicología y Salud*, México: UNAM, 211-215.
142. Orford, J., Mora, J. & Tiburcio, M. (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIII, (2):165-190.
143. Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A. & Velleman, R. (1998). Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping with alcohol and drug problems in South West England and México City. *Addiction*, 93(12), 1799-1813.
144. Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A. & Velleman, R. (1998a). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families. *Addiction Research*, 6(5), 395-420.
145. Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A. & Velleman, R. (1998b). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21 (1), 1-13.

146. Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Mora, J., Nava, A., Rigby, K. & Tiburcio, M. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96 (5), 761-774.
147. Palomar, L. (2000). Antecedentes familiares y percepción del funcionamiento de la familia actual en familias alcohólicas y no alcohólicas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Nueva Época, 5, 141-164.
148. Pick de Weiss, S. & Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la escala de Satisfacción Marital. *Psiquiatría*. 4(1), 9-20.
149. Rae, J. (1972). The influence of the wives of twenty alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 5, 620-627.
150. Rivera, O. & Rodríguez, L. (1982). Pronóstico en psicoterapia a través del MMPI. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
151. Rodríguez, E. (1988). Autoestima. México: El Manual Moderno.
152. Rodríguez, E. (1995). Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill.
153. Rogers, C. & Rosenberg, L. (1981). La persona como centro. España: Herder.
154. Rogers, C. (1976). El matrimonio y sus alternativas. España: Kairós.
155. Rosemberg, M. (1977). La auto imagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Horme.
156. Rozados, R. (2005). Terapia cognitivo conductual. Recuperado en mayo de 2005, de http://www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php
157. Ryder, M. (1978). An adult version of the Coopersmith Self-esteem Inventory Test-retest reliability and social desirability. *Psychological Reports*, 43, 1189-1190.
158. Sager, C. (1976). Contrato matrimonial y terapia de pareja. Buenos Aires: Amorrortu.
159. Satir, V. (1990). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax.
160. Satir, V. (1991). Ejercicios para la comunicación humana. México: Pax.
161. Satir, V. (1991). Nuevas relaciones en el núcleo familiar. Traducción José Ignacio Rodríguez y Martínez. México: Pax.
162. Schuller, R. (1981). Amor a sí mismos. México: V. Siglos.
163. Seligman, (1984). En Halgin, P. & Krauss, W. (2004). Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. 4ta. Edición. México: Mc. Graw Hill.
164. Serafino, E. & Amstrong, J. (1988). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Trillas.
165. Shafer, J., Steve, L. & Fals, W. (1994). The personality of Marital Distress an Empirical Typology. *Journal of Personality Assessment*. 62 (2), 223-241.

166. Shockley, G. (1994). Overcoming the obstacles of co-dependency: An interdisciplinary task. *Journal of spiritual Formation*, 15(1), 103-108.
167. Skinner, H., Horn, J., Wanberg, K. & FASTER, F. (1984). Addiction Research Foundation. Toronto, Canada. En Solís, (1997). Adaptación Uso de Alcohol. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría.
168. Smith, E. (1995). Psicología social. España: Médica Panamericana.
169. Smith, M. (1983). Cuando digo no me siento culpable. México: Grijalbo.
170. Suman, L. & Nagalakshmi, S. (1995). Family interaction patterns in alcoholic families. *NIMHANS Journal National Institute of Mental Health & Neurosciences*, India, 13 (1).
171. Thomas, E., Santa, C., Bronson, D. & Oyserman, D. (1986). Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research*, 10 (2-4), 145-162.
172. Ting, T. (1982). An analysis of verbal communication patterns in high and low marital adjustment groups. *Human Communication Research*. 9, 291-302.
173. Torres, T (2001). En Glantz, N., Martínez, I., Tinoco, R. & León, P. 2004. Si no tomara el...El consumo de alcohol y su papel en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 27(6), 50-56.
174. Torres, T. & Lara, M. (2002). Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud Mental* 25 (6), 27-34.
175. Truant, G. (1998). Assessment of suitability for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 52 (4), 397-411.
176. Ullrich & Ullrich (1978). En Fernández, R. & Carrobbles, J. (1983) (comp.). Evaluación conductual, metodología y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
177. Valentine, D. (1996). Effect of family education and family therapy on spouses of alcoholics doping behavior and perceptions of family environment. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 56 (9-B), 5188.
178. Verduzco, A., Lara-Cantú, Gary, X. & Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: datos normativos. *Salud Mental*, 12 (3), 50-54.
179. Verduzco, A., Lara-Cantú., Acevedo, M. & Cortés, J. (1994). Validación del inventario de autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7, 55-64.
180. Wallace, J. (1990). El Alcoholismo como enfermedad: Nuevos enfoques. México: Trillas.
181. Wegscheider, C. (1990). Understanding Codependency. United States: Health Communications.
182. Wolpe, J. (1979). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.

183. Zetterlind, U., Hansson, H., Alberg, O. & Berglund, M. (2001). Effects of coping skills training, group support, and information for spouses of alcoholics: A controlled randomized study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55 (4), 257-262.