



EDUCACION CONTINUA
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Ansiedad en Hijos de Padres Alcohólicos en Tratamiento.

(Estudio realizado en sujetos de 12 a 25 años)

*Trabajo de graduación previo a la obtención del
título de Magister en Psicoterapia Integrativa*

Autora: Lcda. Sandra Lima Castro
Director: Dr. Lucio Balarezo Chiriboga.
Cuenca, Ecuador 2008



EDUCACION CONTINUA
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

***Ansiedad en Hijos de
Padres Alcohólicos en
Tratamiento.***

(Estudio realizado en sujetos de 12 a 25 años)

***Trabajo de graduación previo a la obtención del
título de Magíster en Psicoterapia Integrativa***

Autora: Lcda. Sandra Lima Castro.

Director: Dr. Lucio Balarezo Chiriboga.

Cuenca, Ecuador 2008

DEDICATORIA

Dedicado a mi hija; que desde nuestro primer encuentro me ha impregnado de su avasalladora fuerza vital llena de amor y sagacidad y a mamá Julia, quien me ha enseñado el valor del amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

*Al Dr. Lucio Balarezo Chiriboga; por sus consejos y sugerencias brillantes
para el desarrollo y culminación del presente trabajo.*

*Al Lcdo. Gerardo Peña; cuyas sugerencias y supervisión ratificaron su
acrisolada labor educativa, digna de admiración.*

*Y a todos aquellos que dieron la mano para la materialización de esta
ilusión: pacientes, colegas, amigos, profesores,*

etc.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Resumen.....	vi.
Abstract.....	vii
INTRODUCCION.....	1
Capítulo 1	
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA “MODELO ECUATORIANO”	
Introducción.....	6
1.1 Elementos Favorecedores del Movimiento Integrativo.....	7
1.2 Bases Epistemológicas del Modelo Ecuatoriano.....	13
1.3 Bases Meta -Teóricas de la Epistemología Constructivista.....	15
1.4 Bases Teóricas de la Epistemología Constructivista.....	22
1.5 Bases Metodológicas del Modelo Ecuatoriano	41
Capítulo 2	
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	
2.1 Definiciones del Alcoholismo.....	53
2.2 Etiología del Alcoholismo desde la Perspectiva de la psicoterapia Integrativa.....	55
2.3 Modalidades de tratamiento del alcoholismo.....	59
2.4 Proceso psicoterapéutico en el tratamiento del alcoholismo.....	73
Capítulo 3	
EL IMPACTO DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA.	
3.1 ¿Impone el alcoholismo una serie de exigencias singulares para el desarrollo de la familia?.....	80

3.2 ¿Cuál es el riesgo de que los hijos de alcohólicos padezcan desajustes emocionales?.....	85
--	----

3.3 Ansiedad en los Hijos de Padres Alcohólicos.....	90
--	----

3.4 Familia en Recuperación del Alcoholismo	91
---	----

3.6 Psicoterapia Familiar desde el Modelo Integrativo	95
---	----

Capítulo 4

TRABAJO DE CAMPO

4.1 Metodología.....	106
----------------------	-----

4.2 Presentación de datos.....	108
--------------------------------	-----

4.3 Análisis cualitativo de los datos	114
---	-----

CONCLUSIONES.....	117
--------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	120
--------------------------	------------

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, es un estudio no experimental de tipo exploratorio descriptivo. La muestra no intencional estuvo formada por 24 hijos provenientes de catorce familias cuyos padres padecen de dependencia al alcohol y que acudieron a recibir tratamiento psicológico y/o farmacológico a partir del mes de abril del 2007, cumpliendo un período de internamiento para su recuperación de tres meses, en el CREIAD (Centro especializado en la recuperación y deshabituación del consumo de alcohol y drogas de la Ciudad de Cuenca).

Los instrumentos utilizados, además de una entrevista semiestructurada, consistieron en una batería de test psicológicos: STAI, Inventario de Síntomas SCL90R, y la elaboración de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (Fieps), se pretendió averiguar los niveles de ansiedad de los hijos de los padres alcohólicos que acuden a recibir tratamiento y analizar los efectos que el tratamiento del padre puede provocar en los hijos. Una vez analizados los resultados, concluimos que los hijos de los padres alcohólicos, al iniciar el tratamiento presentan niveles altos de ansiedad estado; sin embargo, a medida que se incrementa el tiempo de internamiento del padre alcohólico en el centro de recuperación, menor es el nivel de ansiedad estado manifestado por el hijo, no así la ansiedad como rasgo. Los resultados obtenidos: nos permitieron percatarnos que los hijos de los padres alcohólicos además presentan un alto riesgo de padecer sensibilidad interpersonal, depresión, obsesiones y somatizaciones.

Este trabajo investigativo sustentado en la postura de la Psicoterapia Integrativa examina el fenómeno alcoholismo ampliamente, tomando en cuenta no sólo la etiología, evolución, tratamiento del alcoholismo y proceso de recuperación, sino también la influencia del alcoholismo desde un punto de vista psicopatológico o como factor estresante y de riesgo para el desarrollo del niño, del adolescente y la familia.

ABSTRACT

The investigation is explored and description design. We accounted for accidental samples of 24 children between the ages of 12 and 25, all of which were of male alcoholics, and who were enrolled in the medical and psychology treatment program. They had a fever for at least three months since April 2007 in the CREIAD (Addictive Behaviour Centre).

The procedures used included, in addition to a semi structured interview, a battery of psychological tests: STAI, SCL90R, and FIEPS . We evaluated levels of anxiety in the adolescents once the alcoholic patient has been set in a treatment program and we analysed the effects of the parental disease treatment play in the child.

Once the results were analyzed, we concluded that the children of the alcoholic parents, when already initiated in the treatment, had presented a high level in the state of anxiety. Nevertheless, as one increase the time of internment of the alcoholic father in the centre of recovery, the level in the state of anxiety was minor, but the level in the feature of anxiety was almost equal.

The results obtained also emphasized that the children of alcoholic parents present a high range of psychological problems and symptoms of psychopathology, which would include Interpersonal Sensitivity, Depression Obsessive-Compulsive, and Somatization.

This research, supported by the view of the Integrative Psychotherapy, also examines the phenomenon alcoholism widely taking in account not only the etiology, evolution, treatment of the alcoholism and process of recovery, but also the influence of the alcoholism from a psychopathological point of view or as a stressful factor and of risk for the development of the child, adolescent and the family.

INTRODUCCION

La presente investigación pretendió averiguar los niveles de ansiedad en los hijos de padres alcohólicos que acuden a recibir tratamiento, debido a que la mayoría de estudios que se han llevado a cabo dentro del contexto cultural ecuatoriano sobre la problemática del alcoholismo se centra sobre patrones de consumo. El CONSEP, en su investigación iniciada en el año de 1997 en una serie de centros de tratamiento, encontró que el alcohol es la droga de mayor consumo con frecuencia diaria y de varias veces por semana. Por otro lado; en el año 2002, gracias a registros del CONSEP, se conoció que existieron 4083 registros de pacientes en Centros especializados en tipo de tratamiento residencial institucional, el 96.1 % de los pacientes eran de sexo masculino. El 21.31% de esta población corresponden a pacientes que ingresaron a recibir tratamiento en centros de tratamiento de la ciudad de Cuenca, cifra alarmante que nos lleva a reflexionar sobre la crisis social actual de la sociedad.

Como vemos, el problema del alcoholismo puede llegar a tener matices endémicos, el alcohólico no es el único que sufre por el consumo de la sustancia. Sin embargo, lamentablemente, no existen estudios en el contexto ecuatoriano que investiguen el impacto psicológico del alcoholismo en la familia y específicamente en los hijos.

Además, cabe señalar que es imperioso para; analizar la circunstancia de los hijos de alcohólicos, adoptar una mirada constructivista de la problemática del alcoholismo reflexionando sobre los factores bio-psico-sociales de la enfermedad.

En el ámbito profesional, como Psicóloga Clínica, la investigación sobre esta problemática se realizó por el interés de conocer los efectos que pudieran ejercer el tipo de tratamiento residencial institucional del padre alcohólico en los hijos, para contar con datos empíricos, a partir de los cuales se podrían diseñar propuestas de intervención terapéutica eficaces que destierren la improvisación; y, finalmente brinden alternativas para la recuperación del enfermo alcohólico, sin desvirtuar la atención a la familia, tomando como

base una valoración de la influencia del alcoholismo desde un punto de vista psicopatológico y de riesgo para el desarrollo emocional del adolescente.

Este trabajo investigativo, sustentado en la postura de la Psicoterapia Integrativa fue un estudio no experimental de tipo exploratorio descriptivo. La muestra no intencional estuvo formada por 24 hijos, 17 mujeres y 7 varones provenientes de catorce familias cuyos padres padecen de dependencia al alcohol y que acudieron a recibir tratamiento psicológico y/o farmacológico. La recogida de información se llevó a cabo mediante la aplicación de una batería de tests psicológicos STAI, Inventario de Síntomas SCL90R, además la elaboración de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS) a través de una entrevista semi estructurada el momento que el padre alcohólico inició el tratamiento y un re – test una vez transcurridos tres meses como período tratamiento residencial en el centro de recuperación.

El objetivo general planteado dentro de la investigación fue:

- Conocer cuáles son los niveles de ansiedad en los hijos del enfermo alcohólico que acude a recibir tratamiento.

Los objetivos específicos hacen referencia a:

- Investigar si la ansiedad es el síntoma predominante en el hijo de enfermo alcohólico
- Investigar si en los adolescentes de mayor edad, existe niveles más altos de ansiedad que en los adolescentes de menor edad.
- Investigar si a medida que se incrementa el tiempo de internamiento del padre alcohólico en el centro de recuperación, menor es el nivel de ansiedad manifestado por el hijo.

En el capítulo I abre el escenario para el modelo integrativo ecuatoriano, inicialmente enfatizando los elementos favorecedores del Movimiento Integrativo, destacando el aporte del constructivismo a esta tendencia, la cual no pretende dispersarse como un enfoque ecléctico sino más bien sustentarse de la investigación y de la experiencia clínica de las teorías psicoanalistas,

cognitivas, gestálticas, humanísticas; y, sistémicas, para generar una teoría más completa, compleja.

Después de revisar dichos aspectos, se describe el aspecto integrativo de la Corriente psicoterapéutica del Modelo Ecuatoriano que se refiere; en primer lugar, a realizar un proceso de intervención terapéutica basada en la personalidad; y, en segundo lugar, se refiere a la integración de teorías. La propuesta es presenta en diversos pasos en los cuales interviene el rol de la elaboración de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS) en el ámbito diagnóstico y en la elaboración del plan terapéutico .

En el capítulo II, se presenta la aplicación de la Psicoterapia Integrativa al tratamiento del alcoholismo. Se efectúa una clara exposición de la problemática del alcoholismo en cuanto a la definición, se precisa la etiología de alcoholismo desde las diversas perspectivas que predisponen, precipitan y mantienen la enfermedad, se recopilan las distintas modalidades de tratamiento más aplicadas para; finalmente, proponer un modelo de tratamiento integrativo de intervención psicoterapéutica cuya característica conlleve una visión biopsicosocial del alcoholismo con el objetivo de abordar el trastorno desde una perspectiva más amplia.

En el capítulo III, partiendo de las investigaciones, se reflexiona en detalle sobre el impacto psicológico y conductual que el alcoholismo puede ejercer en la familia, cómo el alcoholismo puede plantear una serie de exigencias singulares para el desarrollo de la familia por su tendencia a mantener su dinamismo peculiar, evitando la emancipación afectiva de sus miembros y la negación de que se perciban signos de alarma y cómo esta compleja dinámica influye a que los hijos de alcohólicos padezcan ciertos desajustes emocionales. Finalmente partiendo de la problemática familiar, se plantea estrategias de intervención integrativas que ligan el tratamiento del alcohólico con la recuperación familiar.

En el capítulo IV se hace referencia al tipo de la investigación, se señala la metodología, estrategia utilizada y los reactivos psicológicos para la valoración. Gracias a la investigación, se llegó a concluir que los hijos de los padres alcohólicos, una vez que el padre inicia el tratamiento, presentan

niveles altos de ansiedad; además, de presentar un alto riesgo de sensibilidad interpersonal, depresión, obsesiones y somatizaciones. Considerando esta problemática, es necesario diseñar estrategias de intervención acorde a la problemática del hijo del alcoholico.

CAPITULO I



Oswaldo Guayasamín

CAPITULO I

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA “MODELO ECUATORIANO”

Los psicólogos existentes en el año 2000 tendrían que estar..... formidablemente más entrenados en general que cualquier persona que se convirtió en especialista en estos días.

*Gardner Murphy, 1969
“Psychology in the Year 2000”, in American Psychologist*

La psicoterapia integrativa pretende erigirse de las cenizas de los dogmatismos, buscando privilegiar el conocimiento a través de la investigación rigurosa; para así, ir gestando una Psicoterapia más profunda y más potente capaz de enfrentar exitosamente los problemas que agobian a la personas. Así pues, este capítulo inicia enfatizando cuales han sido los factores que han favorecido a la integración de los diferentes enfoques terapéuticos en psicoterapia y los desafíos que impone la psicoterapia integrativa para demostrar su innegable aporte y no ser relegado a un enfoque meramente ecléctico.

Una vez preparado el escenario, ponemos a su disposición la propuesta de el modelo integrativo ecuatoriano, que pretende responder a las nuevas exigencias de nuestros tiempos. El modelo integrativo ecuatoriano se fundamenta en el constructivismo, para frustrar cualquier aproximación al eclecticismo; ya que considera, que el constructivismo lejos de contribuir al desorden podría resultar como una teoría compartida y guiadora del quehacer del psicólogo clínico que ponga límites y logre legitimar y prosperar la labor del psicoterapeuta. Además; cabe señalar, que la concepción constructivista no es un enfoque nuevo que por ello genere entusiasmo, si no más bien tiene importantes antecedentes que a su vez se han ido forjando a lo largo del pensamiento psicológico contemporáneo.

Nuestra propuesta, basada en el constructivismo, parte de examinar los alcances de ciertas modalidades psicoterapéuticas que han logrado aportes significativos, para luego integrar conceptos y técnicas argumentando razones circunstanciales y técnicas para emplear diversos recursos.

En este primer capítulo, no hallarán más que la testificación de un nuevo punto de vista, cuyo afán por comprender la compleja condición humana le motiva ha mostrar apertura a que sus ideas sean debatidas, discrepadas y criticadas.

ELEMENTOS FAVORECEDORES DEL MOVIMIENTO INTEGRATIVO.

En el devenir de los últimos 100 años, la psicoterapia ha evolucionado notablemente, ya no es aquella ciencia joven, timorata que dubitativamente propugnaba su espacio; gracias a la pujanza de numerosos investigadores la psicoterapia ha sido nutrida por diversos enfoques o “escuelas”, cada enfoque ha desarrollado y o enfatizando diferencialmente ciertas áreas de conocimiento y ciertas estrategias clínicas para el tratamiento de los problemas de salud mental. Lamentablemente cada enfoque en su momento de auge ha enfatizado un aspecto de la dinámica psicológica en desmedro de los otros vistos como adversarios rudimentarios; así, pues sabemos que el enfoque psicodinámico ha enfatizado el rol del inconsciente en la génesis de los desajustes psicológicos. El enfoque conductual en cambio destaca el rol del ambiente. Para el enfoque familiar/sistémico, lo esencial han sido las pautas de funcionamiento de los sistemas psicosociales relevantes para la persona.

Al final la actitud prepotente de las diversas teorías no fue respaldada en el momento de comprobar los resultados clínicos, la tendencia de empate frente a trastornos equivalentes fue impactante, así lo demostró la reseña de Grafield y Bergin. Así; este espacio de pesadumbre y promesas incumplidas, frente a la exigencia social de eficacia, germinó un eclecticismo espontáneo entre los psicoterapeutas con el objetivo de privilegiar a los pacientes.

Desafortunadamente, como lo señala Roberto Opazo Castro “el enfoque ecléctico ha significado salir del fuego para caer a las brasas, algo así como apagar el incendio con bencina”.¹ Nuevamente se vislumbró en los

¹Opazo Castro, R. (2006). *Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los tiempos?* dePsicoterapias.com.<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=218>

psicoterapeutas un desmedido desacierto, sumidos en un eclecticismo espontáneo, quedaban privados de una teoría compartida, guiadora y ordenadora que ponga límites; y, permita enfrentar desafíos. Al parecer la alternativa ecléctica no hacía más que agregar desconcierto al desorden.

Este nuevo panorama, aún desalentador por su falta de ímpetu, frente a una patología social extensa, motivó a destacados psicoterapeutas; desencantados de quimeras, a ir engrosando gradualmente un movimiento hacia la integración.

En la década de los 80' se forma en los Estados Unidos la: Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI). Por otro lado se observa el gran aporte de Lazarus (1967) con su "eclecticismo técnico" un modelo de terapia cognitivo-conductual que incorpora técnicas efectivas de otros enfoques. La selección de los procedimientos de intervención parte de un análisis multimodal del funcionamiento personal del paciente. Lazarus distingue siete sistemas en el funcionamiento humano: biológico, afectivo, sensorial, imaginativo, cognitivo, conductual e interpersonal. En cada caso particular se indaga el funcionamiento e interrelación de esos sistemas, y se seleccionan las intervenciones adecuadas a esa interacción y secuencia de funcionamiento.

En cambio Prochaska y DiClemente proponen un modelo comprensivo del cambio terapéutico, su mérito fue buscar la integración a niveles más abstractos, pues estos contribuyen a su modelo transteórico. Seleccionan las técnicas de intervención en función de tres variables: (1) Procesos de cambio (condicionamiento, aumento de conciencia, etc); (2) Estadios de cambio en los que está el paciente (pre-contemplativo, contemplativo, de acción o mantenimiento); y, (3) Niveles de cambio (sintomático, de significado personal, relacional, etc).

Desde 1986 Millon ha ido gestando la integración entorno a lo que él denomina psicodinergia, el aporte de Millon se centra en la personalidad (2000).

En el ámbito Latinoamericano el excepcional Psicólogo Argentino Héctor Fernández-Alvarez y su equipo del Centro de Estudios Humanos (AIGLE),

constituyen un estupendo referente en el fortalecimiento de las opciones de integración, debido a sus múltiples publicaciones que sintetizan la motivación y entrega investigativa al servicio de la ciencia. Hector Fernandez (1992) dentro de su modelo integrativo de psicoterapia integra las distintas psicoterapias bajo el marco de la psicología cognitiva, tanto de la escuela del procesamiento de la información; cuanto la constructivista, para lo cual recurre también a las aportaciones de la psicología dinámica. En su enfoque resalta el concepto de "Estructura de Significado" que evolucionan desde las experiencias tempranas de la infancia en el contexto del "guión paterno", hacia el intento del sujeto de construir su propio guión personal. Sus aportaciones técnicas más relevantes pasan por un minucioso análisis de la demanda que determina el tipo de psicoterapia a emplear en cada caso:

1. Como "síntoma" se prescribe psicoterapias cognitivas-conductuales y/o médicas-psicofarmacológicas;
2. como "problema relacional se prescribe psicoterapias terapias interpersonales; y,
3. como "conflicto se prescribe psicoterapias psicodinámicas .

Por otro lado, la propuesta del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), es sumamente prometedora, perspectiva que ha enriquecido a través de los años al movimiento integrativo; en base de un arduo trabajo investigativo que se ha venido difundiendo en múltiples instancias.

La psicoterapia integrativa representa un gran aporte en el panorama actual de la psicoterapia sin lugar a dudas; ya que, ha encontrado su camino de soporte a través investigación y de la experiencia clínica. No se materializa como un ideal difuso y desesperado, sino más bien pretende llegar a ser una ruta, un norte compartido, complejo y necesario. Los defensores de este enfoque de integración sostienen que: "las aparentes diferencias entre los constructos teóricos o las técnicas de las distintas psicoterapias esconden similitudes esenciales. La finalidad principal de este enfoque es identificar los

factores o combinación de ingredientes que resulten de mejor pronóstico para el cambio terapéutico”².

Por lo tanto en el ámbito de la clínica aplicada: “Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados”. (Balarezo). Integrar es construir un todo a partir de partes diferentes (Opazo, 2001). Integrar es encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos. (Fernández-Alvarez, 1996).

Entre los desafíos que debe enfrentar una psicoterapia integrativa es posible destacar los siguientes:

- *“Acceder a la observación de los 360 grados de la dinámica psicológica.*
- *Aportar sistematización y orden al panorama de creciente desorden que presenta la psicoterapia.*
- *Privilegiar al conocimiento y al paciente por encima de sectarismos y dogmatismos.*
- *Establecer criterios epistemológicos claros y compartidos acerca de los alcances del conocimiento en psicoterapia, y acerca de qué se considerará un conocimiento válido.*
- *Aunar fuerzas de cambio en pro del beneficio de los pacientes; no renunciar a fuerzas de cambio aportativas, cualquiera sea su procedencia.*
- *Seleccionar, rescatar, contextualizar y operacionalizar todo aporte válido proveniente de los más destacados exponentes de la historia de la psicoterapia: Freud, Skinner, Rogers, Pavlov, Bateson, Bandura, Perls, Jung, Beck, etc.”*³

²Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004) . *La Integración en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Barcelona. pág 53.

³ Opazo Castro, R. (2006). *Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los tiempos?* dePsicoterapias.com.<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=218>

Cabe resaltar que a pesar que la psicoterapia integrativa resulta ser un desafío asombroso, actualmente contamos con el respaldo de metanálisis los que corroboran los requerimientos de aplicación de principios integradores en ciertas condiciones psicopatológicas que mencionaremos a continuación.

- *Demandas complejas, donde el paciente se presenta a la consulta manifestando una pluralidad de síntomas y problemas que los aquejan.*
- *Los trastornos de personalidad, entidades crónicas y con elevada comorbilidad que afectan a muchas áreas de la vida del paciente.*
- *Los trastornos adictivos, que exigen una máxima potencia en la intervención. En estos niveles no es posible renunciar a la fuerza de cambio que le pueda resultar útil al paciente.*
- *Las opciones de desarrollo personal. Un marco integrativo amplio y multifacético posibilita a su vez trabajar el desarrollo personal en relación con diferentes caminos y deferentes niveles.*
- *Las consultas que afectan a varios sistemas y que exigen intervenciones multinivel, es decir, que requieren abordajes individuales grupales y/o familiares.⁴*

¿POR QUÉ UN MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO?

“La expansión de la psicoterapia es una respuesta a la convicción de la conciencia social contemporánea, respecto de la participación de los factores psicológicos en la generación del sufrimiento humano y la utilidad que cree encontrarse en la aplicación de este recurso para mitigar dicho padecimiento⁵. En cuanto al contexto ecuatoriano aún es necesario abrir caminos para promover la conciencia social sobre la psicoterapia como un recurso contra el

⁴ Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004) . *La Integración en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Barcelona. pág. 23.

⁵ Fernández Álvarez. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Editorial Paidós, Buenos Aires, pag 22.

padecimiento humano, ya que es un procedimiento relativamente nuevo en nuestro contexto, a demás agrega complejidad a este anhelo el hecho que nuestro país es pluricultural y multiétnico expuesto a conflictos de poderes tantos económicos, políticos, culturales como sociales. Por lo tanto, la idiosincrasia del ecuatoriano difiere mucho de la condición de los chilenos, argentinos, mexicanos y mucho más del contexto anglosajón, lugares de donde proceden la mayoría de elaboraciones teóricas a nivel de la psicoterapia, situación que exige al terapeuta integrativo que trabaja en el contexto cultural ecuatoriano adoptar su postura técnica a dicha compleja idiosincrasia.

Las características de nuestra cultura ecuatoriana que marcan la adopción de una postura terapéutica integrativa son las siguientes:

- Escasa cultura psicológica y psicoterapéutica, con un apego al modelo médico en su demanda
- Tendencia a la urgencia e inmediatez, busca resultados breves y sintomáticos
- Prevalencia en el pensamiento mágico no comprometido al esfuerzo por lograr el cambio.
- Predominio del locus de control externo, lo que imposibilita asumir la responsabilidad sobre el resultado de las acciones propias, pensamiento que impulsa a la búsqueda de la supresión de las dolencias por la mediación externa.
- Afectividad, expresividad, sentimiento de solidaridad, arraigo y dependencia familiar.

Estas y otras características hacen que el modelo integrativo ecuatoriano centralice su trabajo sobre la personalidad y la priorización de los fenómenos de relación que acontecen entre el terapeuta y el paciente; con el objetivo de lograr una consolidación teórica, y basarse en investigaciones científicas para diseñar propuestas de intervención terapéutica eficaces que destierren la improvisación; y, finalmente otorguen a la psicología el lugar prominente en nuestra sociedad ecuatoriana.

Considerar la personalidad, conlleva a percibir la riqueza psicoterapéutica aportativa al paciente específico; y, ajustar mejor las intervenciones terapéuticas, como un traje hecho a la medida.

1.2 BASES EPISTEMOLÓGICAS DEL MODELO ECUATORIANO

FUNDAMENTO EPISTEMOLOGICO

La base epistemológica del modelo integrativo ecuatoriano, es el constructivismo moderado, orientación que lleva al terapeuta a percibir a cada paciente como ser individual con características particulares propias, biológicas; y, sociales que conforman su psiquismo; el cual es a su vez, dinámico y fluctuante.

La perspectiva integradora del modelo ecuatoriano; con base en el constructivismo moderado, resuelve la dicotomía ideográfica y nomotética acerca de la personalidad, considerando que estas dos amplias perspectivas no son más que diferentes caras de una misma moneda; por lo que busca, un síntesis entre ambas. La integración de estas dos tradiciones, para lograr un nivel óptimo de precisión y alcance, motiva al modelo ecuatoriano de psicoterapia integrativa, a señalar que en el estudio de la personalidad no solo se debería perseguir un conocimiento exhaustivo de cada variable de la personalidad y su relación con otras a través de todos los ámbitos de la personalidad; sino también, un conocimiento profundo del universo de mecanismos transaccionales a través de los cuales las personalidades individuales se transforman durante su desarrollo.

El modelo ecuatoriano al tomar una visión constructivista-posracionalista, concibe la mente como un sistema dinámico, constructor de significados y ordenador de la experiencia. Parte de la base de que en la realidad sólo hay perturbaciones sin contenido informativo ni significado, y por lo tanto, el orden del conocimiento es dependiente de nuestra propia estructura y no del orden de la realidad (Maturana, 1996 a y b).

Por otro lado, el modelo ecuatoriano integra a su perspectiva, el papel de la autoconciencia desde el punto de vista del constructivismo que; destaca que con

la auto-consciencia el significado personal se convierte en el núcleo organizador de todos los significados, lo cual explica que sean las pautas de auto-identidad las que regulan que tipo de construcciones son posibles; y, por lo tanto qué información será excluida o integrada al sistema de significados de la realidad y de uno mismo.

Desde esta óptica epistemológica, tomando en consideración las palabras de Opazo el conocimiento del terapeuta integrativo se caracteriza por una modestia cognoscitiva. La forma en la cual podemos conocer las opciones de cambio del paciente, como los mejores procedimientos para alcanzar dichos cambios son adoptando una postura predictiva, que nos permita reconocer la singularidad de la persona, sin desvirtuar la realidad; en otras palabras, la posibilidad de comparar y contrastar a cada individuo con los demás, en caso contrario se estaría dejando de lado la capacidad de generalización que se espera de la ciencia.

Por lo tanto, los síntomas, la resistencia al cambio o cualquier conducta, emoción o pensamiento, son considerados factores que intervienen en el proceso terapéutico, ya que cada uno de estos fenómenos nos informa sobre el significado que el paciente esta construyendo con respecto a sí mismo o a una situación vivida

Planteamientos Básicos del Constructivismo Moderado ⁶

- Aunque no resulta posible acceder a la realidad de un modo independientes al observador, la realidad es más que un simple reflejo de la mente del que percibe. La verdad es tanto construida como descubierta.
- Existe una realidad más allá del pensamiento o del lenguaje del sujeto cognoscente.
- La realidad no es plenamente accesible al conocimiento (contra el realismo ingenuo) ni es una mera construcción de nuestra mente (contra el constructivismo radical)

⁶ Opazo Castro, R. (2001) *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*, Santiago de Chile, ICPSI

- El sujeto cognoscente es activo en la percepción y parcialmente construye lo percibido.
- El conocimiento de la realidad no es posible vía la inmaculada percepción. Siempre esta contaminada por nuestras modalidades biológicas para percibir y por nuestras modalidades del lenguaje para concebir
- La epistemología evolutiva contribuye a validar nuestro acceso a la realidad, caso contrario no tendría valor ni importancia alguna, el que sistemas nerviosos más complejos posibiliten cogniciones más complejas
- Nuestro acceso a la realidad se valida también por el progreso científico, tecnológico y de la medicina.
- Nuestra forma de acceder al conocimiento de la realidad es a través de “unidades cognitivas biológico/ ambientales que nunca nos permiten acceder a una objetividad plena

1.3 BASES METATEÓRICAS DE LA EPISTEMOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA

LOS ANTECEDENTES FILOSOFICOS DEL CONSTRUCTIVISMO

La problemática que suscita el constructivismo se remonta:

EPOCA ANTIGUA

Sofistas presocráticos como los Gorgias, consideran que el conocimiento de la realidad era imposible; por lo tanto, solo se podría formar opiniones mejores o peores.

Platón; en cambio, recurre a las ideas innatas para justificar el conocimiento.

Aristóteles, trata de encontrar la sustancia de las cosas en la lógica y la concepción hilemórfica de la realidad.

RENACIMIENTO

Escepticismo: Pico della Mirandola y otros tomaron en cuenta la tesis de Pirron; consideraban que los juicios sobre la realidad, son convencionales. La sensación constituye la base de ellos, al ser las sensaciones cambiantes, solo puede practicarse una abstención del juicio.

Racionalismo: Descartes, al erigir una nueva filosofía pretende oponerse a los planteamientos pirrónicos. El sostenía que solo hay una vía adecuada para buscar la verdad, el descubrimiento por la razón de verdades intuitivamente obvias y la deducción a partir de ellas de las demás verdades.

Empirismo: A diferencia del racionalismo, el empirismo pone énfasis en cómo conoce la mente, más que en qué. Solo puede entender el hombre las cosas que él mismo hace. El ser de las cosas es ser percibido (Berkeley). En cambio Kant, quien se oponía al empirismo considera que la mente estructura activamente la experiencia para producir una forma organizada y cognoscible, orientación que permitía salvar el conocimiento humano del escepticismo,

Existencialismo y Fenomenología: El análisis de la conciencia pasa a convertirse en un análisis de la vida del sujeto; y, por el cual se constituye el sentido del mundo. En otras palabras la constitución del sujeto se fundamenta en su relación con el mundo; como ser en el mundo, además, la concepción fenomenológica rompe con el conflicto de distinción dualista entre sujeto pensante y objeto pensado, se considera finalmente, que no se puede pensar el ser sin pensar el sujeto que lo piensa, es decir el hombre.

APORTACIONES DE LA FISICA AL CONSTRUCTIVISMO

El constructivismo, se basa en la física moderna, que discrepa con la física clásica al fundamentarse en la teoría de la relatividad y mecánica cuántica; y, al dar relevancia al efecto que el observador ejerce sobre lo observado.

La física moderna medita, que no todos los fenómenos se pueden explicar a partir de leyes del comportamiento, debido a que en ciertas ocasiones, existen variables ocultas aun no descubiertas que impiden la predicción exacta.

Los constructivistas, utilizan el argumento del "principio de incertidumbre", de la mecánica cuántica, en lugar de aclarar, que incertidumbre dentro de la física no significa duda; y que lo que planteó Heisenberg fue un principio de distribución que determina que no es posible medir simultáneamente la velocidad y la posición de un electrón, y que por ello se puede considerar que su principio es realmente, un principio de "certidumbre" (Cromer, 1997). Como ya lo afirmaba Read (1971), la incorporación del principio de incertidumbre, lo que hace es reforzar la validez de los resultados de la computación de la mecánica cuántica como probabilidad en lugar de certeza.

La física moderna no niega la existencia de una realidad externa para ser estudiada, sino que ahora se le describe como relativa, discontinua, energética, estadística, subjetiva e incierta (Strehel, 1992).

LAS APORTACIONES DE LA BIOLOGIA AL CONSTRUCTIVISMO

Helmoltz: El estudio a nivel biológico de la actividad constructiva humana, lo llevo a desafiar las creencias kantianas; piensa, que el conocimiento del espacio se va creando en el individuo, del mismo modo que los restantes datos vinculados al mundo material. Desarrolla la idea de inferencia inconsciente, que supone la utilización de conocimientos anteriores; incluso, en el proceso mismo de percepción

Maturana y Varela: Introducen el concepto de determinismo estructural; según el cual, los cambios que se producen en todos los sistemas vivos están determinados por su estructura. Es decir, cuando el organismo interactúa con un aspecto del entorno, su estructura determina sus respuestas.

Además Maturana y sus colaboradores señalan que, como característica inherente al ser humano, la capacidad de autoregeneración.

Von Foerster: Desarrolla un modelo constructivista de la recursividad, que da lugar a la cognición. Su idea parte de concebir la cognición como computación de la realidad. Para Foerster, computar implica cualquier operación que transforme, modifique o reordene entidades físicas observadas. En síntesis dicho autor propone, interpretar los procesos cognitivos como

procesos de computación recursivos sin fin. Esta analogía con el ordenador; sin bien resultó brillante, ahora es considerada como obsoleta por que puede llevarnos a pensar en funciones localizadas en el cerebro, y reducir el papel activo del propio organismo en la generación de su propia actividad.

LAS APORTACIONES DE LA CIBERNÉTICA AL CONSTRUCTIVISMO

La cibernética ha experimentado un desarrollo considerable, al inicio trabajando con sistemas simples; hasta trabajar, con sistemas complejos. La perspectiva desarrollada por la cibernética de segundo orden es; sin lugar a dudas, una perspectiva constructivista.

La maduración de esta ciencia, pasando de la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden implicó una impactante revolución, un cambio de mirada. La descripción objetiva del mundo entra en serios aprietos y se plantea la teoría del observador, quien existe como ser vivo en un espacio de vínculo operacional con su circunstancia; en definitiva, se plantea la existencia de un ajuste estructural.

La cibernética de segundo orden, nos introduce en la observación del observador. El objeto de estudio pasa a instituirse entorno al observador, prestando atención a su propia observación; es decir, en las propiedades del observador y no en las propiedades del objeto.

La cibernética concluye; que, para que haya construcción del conocimiento debe haber también un proceso de reflexión. El conocimiento no es asimilado pasivamente, sino que es construido por un sujeto cognoscente, la cognición se ajusta y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de una realidad objetiva existente.

La cibernética de segundo orden, se fundamenta en la premisa de que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad y esto es todo lo que hace que cada uno de nosotros seamos fundamentalmente responsables de nuestras propias invenciones.

Para la cibernética del segundo orden, el organismo establece la realidad en el lenguaje, el cual es dialógico, connotativo, constructivo, semántico; y participativo, operamos tanto interna cuanto externamente. No hay datos, leyes de la naturaleza, objetos externos, la legalidad y certeza de los fenómenos naturales son propiedades del que describe. La lógica del mundo es la lógica de la construcción del mundo.

La cibernética introduce la noción de circularidad, a través del concepto de retroalimentación o feedback. El feedback se define como la capacidad de respuesta para el mantenimiento de un estado de equilibrio. El feedback es pues un mecanismo que conduce a la regulación de un sistema. La regulación se produce siempre tras la ruptura del equilibrio; es decir, cuando el estado ideal del sistema no coincide con su estado actual. En este caso, el sistema reacciona produciéndose una nueva búsqueda de equilibrio.

La utilización del concepto de feedback rompe la idea de causalidad tradicional en la que los efectos se encadenan de forma lineal. Por el contrario, el concepto de feedback conduce a la descripción de procesos circulares, un bucle de retroalimentación es una disposición circular de elementos conectados, en la que una causa inicial se propaga alrededor de los eslabones sucesivos del bucle; de tal modo que, cada elemento tiene efecto sobre el siguiente, hasta que el último elemento vuelve a retroalimentar el efecto sobre el primero que inicio el proceso. La causalidad circular es siempre procesual.

La idea de circularidad, desarrollada por Wiener se centra en el feedback negativo. La reacción del sistema, tiene un efecto contrario al del elemento perturbador; y, por consiguiente, éste busca recuperar el equilibrio a través del mantenimiento del estado ideal. En definitiva, es este un feedback de tipo "conservador", ya que la meta o estado ideal del sistema se mantiene constante. Wiener reconocía además a la retroalimentación como el mecanismo esencial de la homeostasis, la autorregulación que permite a los organismos vivos mantenerse en un estado de equilibrio dinámico.

En 1968, Maturana introdujo el concepto de feedback positivo que; a diferencia del negativo, amplifica la desviación. Este tipo de retroacción conduce a una

desviación cada vez mayor respecto al estado ideal. Por este motivo; el feedback positivo, podría llevar a la destrucción del sistema. No obstante, puede también convertirse en un mecanismo de creación de nuevos sistemas o de reestructuración de los ya existentes. La utilización de este concepto, ha permitido explicar la evolución de los sistemas sociales y humanos en los cuales se complementan y entrecruzan los dos tipos de retroacciones.

En definitiva, la aportación ofrecida por la perspectiva cibernética de mayor interés es la concepción de la información como elemento de organización.

El patrón de estudio básico de la teoría cibernética, está basado en la comunicación y en la idea de circularidad. Cualquier sistema vivo, se desarrolla a través de procesos circulares generados por la comunicación y controlados desde el propio sistema. Desde esta perspectiva cibernética, la construcción es el resultado de la autorregulación del sistema.

LAS APORTACIONES DE LA FILOSOFIA DE LA CIENCIA AL CONSTRUCTIVISMO

APORTACIONES DE LA FILOSOFIA DE LA CIENCIA.

La Filosofía de la ciencia; es la investigación sobre la naturaleza de la práctica científica, se ocupa de saber cómo se desarrollan, evalúan y cambian las teorías científicas y de si la ciencia es competente a la hora de revelar la verdad de las entidades ocultas y los procesos de la naturaleza.

Hasta la década de los sesenta, habían prevalecido las explicaciones lógicas de la ciencia. A partir de la obra de Thomas Kuhn (1922 - 1996), la estructura de las revoluciones científicas manifestó un cambio en la perspectiva y se empezó a tener en cuenta los aspectos históricos, sociológicos y culturales de la ciencia.

El problema inicial del conocimiento, parte de la superación de las meras opiniones, las primeras disciplinas, quienes lograron esta meta fueron las matemáticas y la lógica formal. Más tarde; la aplicación del método experimental, basado en la matemática y observación rigurosa, hicieron que la física y la biología también adquirieran un carácter científico. En el siglo

XVII la filosofía de la ciencia, se redujo al análisis de los fundamentos y métodos de la matemática y el análisis del método experimental. La imagen tradicional de la ciencia en ese tiempo era “La ciencia como conocimiento de verdades absolutas no opinables”

La imagen tradicional de la ciencia entra en crisis, gracias al análisis de Geymonat, quien descubre el carácter convencional de los axiomas matemáticos y más tarde, el de las teorías físicas. Problemática que exige el devenir de “una nueva filosofía de la ciencia, surgen entonces dos tipos de teorías: La positivista que responde al concepto tradicional de la ciencia; la paradigmática, en la cual se fundamenta el constructivismo mas general, es decir se orienta a la investigación.

POSITIVISTA

- Busca respuesta al porqué suceden las cosas. La razón es considerada como el germen del conocimiento de la realidad y ésta se expresa en el conocimiento científico.
- El conocimiento ya está dado, elaborado y terminado no permitiéndose la problematización; por ello, niega la intervención del sujeto en su construcción, va de lo simple a lo complejo y así se desaprovechan métodos de estudio como la dialéctica, la deducción, la problematización, etc..
- Es inductiva
- Tiene una concepción acumulativa progresiva y lineal del desarrollo histórico de la ciencia.

PARADIGMATICA

- Es deductiva
- Considera que la ciencia debe partir de una concepción del mundo , de unos supuestos oncológicos y metodológicos que determinan a través de teorías específicas los problemas y sus soluciones .
- La realidad sólo existe en la forma de múltiples construcciones mentales y sociales. La realidad como constructo-social.

- Tiene una concepción rupturista o irregular, que entiende la historia de la ciencia en forma discontinua
- Explora hipótesis particulares y específicas, sobre: ¿cómo determinados actos complejos están compuestos de otros más simples?

1.4 BASES TEORICAS DEL MODELO ECUATORIANO

LA PERSONALIDAD

Como lo mencionamos anteriormente, el modelo ecuatoriano resalta la individualidad, la complejidad y la singularidad de cada persona; por lo que, resuelve la dicotomía del enfoque ideográfico versus nomotético al integrarlos debido a que el objetivo de este modelo es llegar a un entendimiento total de la unicidad de individuo.

En este sentido; Lucio Balarezo define a la personalidad; como: “estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano”.

En otras palabras; desde la visión integrativa, podemos definir a la personalidad como una organización dinámica o totalidad, integrada por factores biológicos y socioculturales que constituye a cada persona y la diferencia de cualquier otra. Es una configuración de relativa estabilidad, ya que se encuentra en un continuo proceso de desarrollo por su constante interacción campo organismo/ ambiente.

“Organización dinámica o totalidad”: se entiende a la personalidad como una forma, una configuración o una totalidad, que no puede ser derivada de la suma de sus partes, ya, que está dotada de características distintas a las características de las partes que la constituyen. Al mismo tiempo, dicha configuración total no es ajena a los elementos que presiden su elaboración.

“Integrada por factores biológicos, socioculturales”: El termino integrar hace referencia a la construcción de un todo a partir de partes diferentes; Por lo tanto, la personalidad de un individuo solo puede comprenderse en la relación

que establece su biología con el medio ambiente. El desarrollo de la personalidad no reposa en la persona por sí sola, ni en el medio ambiente.

“Que constituye a cada persona y la diferencia de cualquier otra”: Esta frase reflexiona acerca de que la personalidad no es sólo lo que hace que cada persona sea esa persona; sino lo que hace a cada persona distinta de los demás. Por lo tanto la personalidad no puede entenderse mediante la aplicación de leyes universales únicamente.

“Configuración de relativa estabilidad”: La personalidad, es una organización dinámica que supera la yuxtaposición de elementos aislados; que, si bien no es estática ni inmutable, involucra un sentido de coherencia y continuidad en su funcionamiento.

“Un continuo proceso de desarrollo”: “Proceso es un cambio en un objeto u organismo en el cual se puede distinguir una cualidad o dirección consecuente. Un proceso es siempre en algún sentido activo: algo está sucediendo”.⁷

El término proceso hace referencia a que en el campo organismo - ambiente todo se considera energía y movimiento, todo está en acción y en proceso de acontecer, evolucionar y cambiar.

“Constante interacción campo organismo/ ambiente”: Se refiere a la reacción simultánea y mutua entre una persona y su ambiente, durante el cual ambos elementos no se excluyen. La persona trata intencionalmente, de dar significado a su ambiente, de manipular intencionalmente todos los aspectos del ambiente que signifiquen algo para él con éxito o no, su espacio se torna diferente; por otro lado, la personalidad de un individuo se ve influenciada por esta interacción.

ASPECTOS ESENCIALES DE LA ESTRUCTURA; Y, DINAMISMO DE LA PERSONALIDAD EN EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

⁷ Yontef, G. (1995) *Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile.pág 296

- Reconocemos a la personalidad, como la estructura integradora de las funciones psíquicas, resultado de la interrelación de factores biológicos y socioculturales que determinan un comportamiento peculiar y singular en el individuo.
- La personalidad constituye, una organización dinámica que supera la yuxtaposición de elementos aislados.
- La personalidad no es estática ni inmutable, está sujeta a variaciones procesales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno.
- Reconocemos las facilidades y obstáculos que nos brindan tanto los factores biológicos como los socio-culturales en la conformación de la personalidad normal y patológica o disfuncional; así, como en el ejercicio psicoterapéutico.
- Reconocemos el valor del pasado como influyente en la formación de la personalidad; y, terapéuticamente trabajamos sobre este presente para lograr una proyección al futuro.
- La personalidad desde su dinamismo interno, se expresa en una forma específica de relación con el entorno y los demás.
- El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado, permite predecir en forma relativa el comportamiento de las personas
- La definición de personalidad involucra un sentido de coherencia y continuidad en su funcionamiento.
- Reconocemos la presencia de procesos conscientes e inconscientes, desde una perspectiva biopsicosocial
- Reconocemos el valor de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad
- Reconocemos el valor de lo cognitivo, en la estructuración patológica y en el proceso terapéutico

TIPOLOGIA DE LA PERSONALIDAD

PERSONALIDAD: “Red de rasgos entrelazados que configuran una totalidad única, estable y distintiva. Se trata de un perfil predisponente a ciertas conductas

que tiene a la base estructuras biológicas, afectivas, cognitivas e inconscientes, las cuales influyen en el procesamiento de los estímulos efectivos". Roberto Opazo

PERSONALIDADES AFECTIVAS

Encuadre de la relación terapéutica: Evitar que el cliente vea al terapeuta como omnipotente y salvador; hay que conducirlo hacia la cooperación activa, probar nuevas formas de obtener atención "no problemática".

ACERCAMIENTO AFECTIVO	ESTRATEGIAS BASICAS DESARROLLADAS (CONDUCTA MANIFIESTA)
PERSONALIDAD HISTRIÓNICA	• Excitabilidad y emotividad • Se comportan de manera pintoresca, dramática e introvertida. • Estos sujetos demandan apoyo, atención y alabanza por parte de los demás, sintiéndose incómodos cuando no son el centro de atención. • Son típicos los cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración. • Tienen tendencia a la teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás. • Relaciones interpersonales superficiales. • Inestabilidad emocional. • Afectividad lábil y superficial, comportamiento y aspecto marcados por un deseo de seducir, preocupación excesiva por el aspecto físico y considera sus relaciones mas íntimas de lo que son en realidad.
PERSONALIDAD CICLOTIMICA	• Oscilaciones de su estado de ánimo • Períodos de lentificación orgánica y psíquica • Períodos de aceleramiento funcional y psíquico • Contacto social fácil, agradable, alegre y franco que se alterna con períodos de retraimiento social • Hipersensible • Colaborador y preocupado por los demás.

PERSONALIDADES COGNITIVAS

Encuadre de la Relación Terapéutica: Demostrar la "confiabilidad" del terapeuta mediante el empleo de juicios y razonamientos.

ACERCAMIENTO COGNITIVO	ESTRATEGIAS BASICAS DESARROLLADAS (CONDUCTA MANIFIESTA)
PERSONALIDAD PARANOIDE	• Susplicacia, tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás, como agresivas o amenazantes para él. • Afectivamente son individuos fríos, egocéntricos y rígidos. • Desconfiados, propensión a los celos. • Tienen una cierta incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios. • Presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad. • Ante la humillación y ofensa reaccionan y contra-atacan. • Predisposición a sentirse excesivamente importantes, con una actitud autorreferencial . (Expansividad del yo). • Rencorosos, reticentes a confiar en los demás. • Se muestran muy impresionados por el poder y el rango social. • Recolección de documentos para su defensa. • Pueden parecer muy competentes.
PERSONALIDAD ANANCÁSTICA	• Tendencia a conductas rígidas. • Preocupación por las normas que ellos mismo se imponen. • Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios. • Perfeccionismo que en ocasiones interfieren en la actividad práctica; rectitud y escrupulosidad. • Preocupación por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones interpersonales. • Represión afectiva. • Tendencia a la indecisión, cualquier cosa que amenace su rutina, les genera una gran ansiedad. • Falta de generosidad • Incapacidad para desprenderse se objetos.

PERSONALIDADES COMPORTAMENTALES

Encuadre de la Relación Terapéutica: Logro de la cooperación, superando reticencias y disgustos por los aspectos disciplinarios y metodológicos de la psicoterapia con propuestas concretas y directas.

ACERCAMIENTO COMPORTAMENTAL	ESTRATEGIAS BASICAS DESARROLLADAS (CONDUCTA MANIFIESTA)
TRASTORNO DE PERSONALIDAD DISOCIAL	• Pauta de conducta irresponsable y fracaso para someterse a las normas sociales. • Mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, pelean, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física. • Fracaso en la actividad laboral en el mantenimiento de obligaciones económicas, familiares, etc. • Impulsividad, irritabilidad y agresividad, y violencia • Sin preocupación por la seguridad personal o ajena. • Falta de remordimiento respecto sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas • Presentan una cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, incapacidad para mantener relaciones personales y muy baja tolerancia a la frustración. • No aprende de la experiencia
PERSONALIDAD INESTABLE	• Predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. • Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. (Inestabilidad Afectiva) • Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. • Tendencia a implicarse en relaciones intensas e inestables. • Frecuentes y rápidos cambios de humor. • Prefiere actividades en espacios abiertos y que sean de riesgo y competencia. • Tolerancia alta al dolor.

PERSONALIDADES CON DEFICIT RELACIONAL

Encuadre de la Relación Terapéutica: El terapeuta propende a ser un puente de acercamiento social.

ACERCAMIENTO DISTANTE	ESTRATEGIAS BASICAS DESARROLLADAS (CONDUCTA MANIFIESTA)
PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	• Indiferencia a las relaciones sociales. • Afectividad muy limitada. • No desean ni disfrutan con las relaciones íntimas, solitarios, que casi nunca experimentan emociones fuertes, como ira o alegría. • Dan la impresión de ser personas frías y distantes. • Presentan cierta incapacidad para sentir placer. • Frialdad emocional, poco interés por las relaciones sexuales. • Tendencia a desempeñar trabajos solitarios. • Sus actividades se caracterizan por que no requieren implicación personal. • Tendencia a la fantasía.
PERSONALIDAD EVITATIVA	• Sensibilidad al rechazo. • Miedo y temor a una evaluación negativa por parte de los demás. Todo ello les lleva a evitar las relaciones sociales y profesionales. • El sujeto presenta sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás, preocupación por ser criticado o rechazado en sociedad. • Tendencia a resistirse a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado, restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.

	• Evita actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos; por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo, desestima posibles ascensos en su trabajo, si ello implica un mayor contacto y relaciones sociales.
PERSONALIDAD DEPENDIENTE	• Conducta dependiente y sumisa. • Presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás. • Soportan mal la soledad y temen ser abandonados. • Tienden a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes de su propia vida. • Subordinan las necesidades propias a las de aquellos de los que dependen. • Presentan sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solos, debido a miedos exagerados, a ser incapaces de cuidar de sí mismos. • Sienten temor a ser abandonados por una persona con la que tienen una relación estrecha, sienten temor a ser dejados a su propio cuidado, buscan siempre su reafirmación por parte de los demás. • Cuando están solos, les resulta difícil perseverar en sus tareas. • Evitan los puestos de responsabilidad y responden con ansiedad a la petición de que asuman un papel de liderazgo. • Son colaboradores y disciplinados.

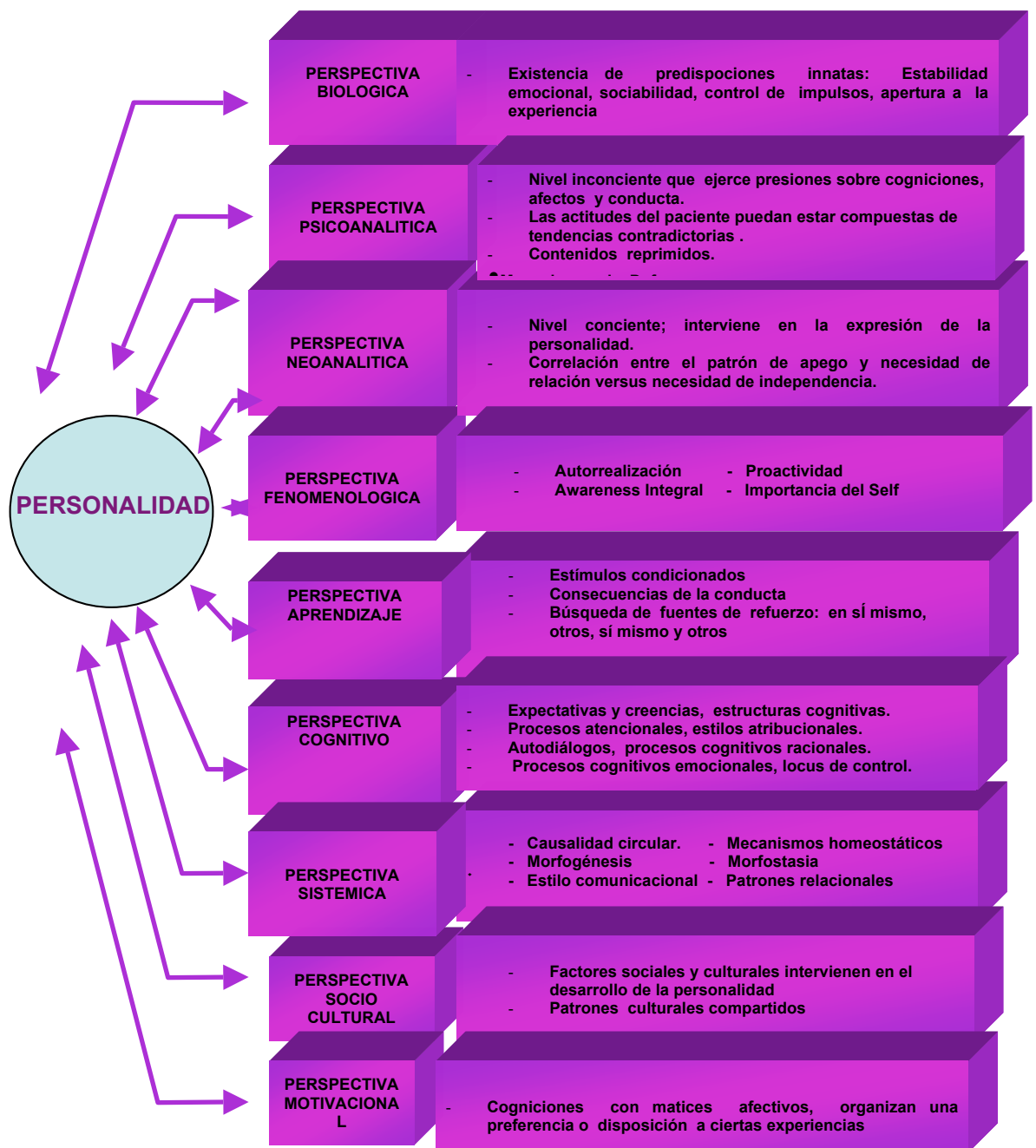
LAS PERSPECTIVAS DE PERSONALIDAD QUE ACOGE EL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

El aspecto integrativo de esta corriente psicoterapéutica, se refiere en primer lugar al proceso de integración de la personalidad. En esta modalidad de tratamiento se busca ayudar al cliente a asimilar y armonizar los contenidos de sus estados del ego, disminuir los mecanismos de defensa; en definitiva, se busca reconectar con los aspectos no integrados de la personalidad. El proceso de integración personal aumenta la capacidad propia para contactar con uno mismo, con los demás y con el mundo.

En segundo lugar, el aspecto integrativo de esta corriente se refiere a la integración de teorías, aunando los abordajes psicoterapéuticos afectivos, cognitivos, conductuales, fisiológicos y sistémicos al estudio de la personalidad. Los conceptos teóricos son utilizados dentro del marco del constructivismo para definir: ¿Qué es la personalidad?, evaluar ¿cómo es?; y, el desarrollo de la personalidad ¿cómo ha llegado a ser así? y las posibilidades y condiciones de cambio en la personalidad.

Por lo tanto el Modelo Integrativo Ecuatoriano, con el afán de integrar las respuestas que dan las diferentes perspectivas a una cuestión fundamental del área del estudio de la personalidad, agrupa a las distintas perspectivas en dos submodelos: estructuralista e interaccionista, ya que considera que cada perspectiva comprendida en ellas, otorga una explicación válida de la personalidad, y cada una de ellas se ve potenciada cuando se integra con las otras. “La naturaleza sistémica de la personalidad determina, que cada una de las áreas funcionales y estructurales estén conectadas entre sí; y, que discurra entre ellas en forma permanente una amplia red de mecanismos de feed- back que contribuyen a mantener la unidad del organismo total.”⁸

⁸ Millon, T (1996) *Disorders of Personality, DSM-IV and beyond*. NY: Jhon Wiley and Sons, pag 189



SUB MODELO ESTRUCTURALISTA

TESIS FUNDAMENTAL

La acción del individuo está influenciada por variables personales existentes en él, las mismas que configuran una totalidad particular, estable y distintiva. La personalidad implica un perfil tendencioso a ciertas conductas cuya base esta compuesta por estructuras biológicas, afectivas, cognitivas e inconscientes.

a) La personalidad del individuo esta influenciada por estados internos particulares:

- Características de los estados internos:
 - Son configuraciones de elementos internos del individuo.
 - De naturaleza afectiva y cognitiva, inconsciente.
 - A menudo en conflicto o en desequilibrio interno.
 - Su dinámica explicaría el comportamiento del individuo.
 - Explican la consistencia de la conducta individual en situaciones diferentes.

Perspectivas que sustentan esta visión:

- Perspectiva Biológica.
- Perspectiva Psicoanalítica.
- Perspectiva Neoanalítica.
- Perspectiva Fenomenológica.
- Perspectiva Motivacional.

PERSPECTIVA BIOLÓGICA SEGÚN EYSENCK

Esta perspectiva nos lleva a considerar que existe una tendencia global a emitir una u otra clase de respuesta en el individuo; por lo tanto, en la personalidad existen rasgos o factores que son genéticos, heredables. Estos factores que son estables y que forman parte de la estructura de la personalidad; sin embargo, al estar en contacto con el entorno, se pueden atenuar o acentuar, según el caso.

Gracias a Eysenk sabemos que el cerebro posee un sistema para la regulación de los niveles de excitabilidad cortical, denominado sistema de activación reticular ascendente. La excitabilidad cortical se refiere al estado de alerta del organismo. Las diferencias en la excitabilidad cortical están correlacionadas con las diferencias en el comportamiento de introvertidos y extrovertidos encontrando lo siguiente:

Introvertidos: Personas con una excitabilidad cortical alta, experimenta los estímulos más intensamente, a menudo muestran umbrales menores para la

detección de estímulos muy débiles; y, experimentan incomodidad y dolor con niveles menores de estímulos intensos que los extrovertidos.

Extrovertidos: Personas con una excitabilidad cortical baja que buscan ambientes más estimulantes.

La investigación original de Eysenck, además señala dimensiones principales del temperamento: neuroticismo y extraversión-introversión.

- Extraversión-Introversión: en relación a la tendencia a la sociabilidad o a la soledad.
- Neuroticismo-Estabilidad emocional: en relación a la falta o no de estabilidad emocional y autocontrol.
- Psicoticismo-Control de impulsos: en relación a la existencia de tendencias a la conducta trastornada o a la conducta adaptada.

PERSPECTIVA PSICOANALITICA

El Modelo Integrativo Ecuatoriano, integra en su visión de la personalidad las siguientes ideas centrales y puntos de vista del psicoanálisis:

- La personalidad es como un iceberg, sólo conocemos una pequeña porción, pues gran parte de ella es inconsciente y ejerce presiones sobre lo que la persona piensa o hace.
- La personalidad es fruto de la interacción de fuerzas intrapsíquicas.
- La infancia es un período muy importante en el desarrollo de la personalidad.
- El desarrollo de la personalidad, es producto de un sistema energético que busca un equilibrio de fuerzas.
- Existen estructuras difícilmente accesibles y verbalizables para el sujeto, pero que sin embargo guían su experiencia consciente. Esas estructuras son inconscientes al tener un grado de "abstracción" muy alto, suelen estar relacionadas con formas de representación mental de tipo pre-verbal (p.e imágenes) que han podido ser adquiridas en épocas infantiles donde aún no predominaba el pensamiento operativo y racional.

- El modelo homeostático de la personalidad, estaba determinado por el intento constante de identificar los medios apropiados para descargar las energías instintivas, originadas en las profundidades del inconsciente.
- La estructura de la personalidad consiste en el intercambio dinámico de actividades, impulsadas por fuerzas que están presentes desde el nacimiento.

Otro aporte muy importante del psicoanálisis, del cual se nutre al modelo ecuatoriano es la formulación topográfica del psiquismo. Freud incluyó en él tres sistemas:

Consciente: La conciencia es sólo una parte de lo psíquico (parte visible). Es todo aquello de lo que nos damos cuenta en un momento particular: las percepciones presentes, memorias, pensamientos, fantasías y sentimientos.

Preconsciente: Hay representaciones que; en un momento dado, no son conscientes (no están en la conciencia), pero pueden devenir en conscientes.

Inconsciente: Existe un nivel inconsciente, en el cual se incluyen todas aquellas cosas que no son accesibles a nuestra conciencia, muchas de ellas se habían originado allí, tales como nuestros impulsos o instintos; así como otras que, no podíamos tolerar en nuestra mente consciente, tales como las emociones asociadas a los traumas.

Por otro lado; cabe señalar, que la formulación estructural el aparato psíquico formado por tres instancias: el Yo, Ello y Super Yo, otorga una formulación del aparato psíquico más dinámica y nos permite conocer que la personalidad madura sana, opera en un equilibrio dinámico: el ello comunica las necesidades básicas, el yo restringe al ello impulsivo hasta encontrar maneras realistas de satisfacer esas necesidades; y, el super-yo decide si las estrategias de solución de problema del ello son moralmente aceptables.

Mecanismos de Defensa

Otro aporte fabuloso del psicoanálisis, es la contemplación de los mecanismos de defensa como procesos elaborados; y en gran parte, inconscientes

por los cuales el individuo evita las situaciones desagradables y los hechos que causan ansiedad.

PERSPECTIVA NEOANALITICA

El modelo integrativo toma en cuenta lo consciente y lo inconsciente, como estructuras vinculadas a lo racional e irracional y que tanto cognitiva como afectivamente, influyen en la expresión de la personalidad⁹

Por lo tanto, el modelo ecuatoriano incluye en su intento de mirar a profundidad, la dinámica de la personalidad a los siguientes planteamientos de la perspectiva neoanalítica:

- La importancia del consciente del yo.
- Las etapas de desarrollo de la personalidad, no son únicamente psicosexuales; sino también, son etapas psicosociales. que tienen lugar de acuerdo a las relaciones interpersonales y por el modo cognitivo de experimentar.
- La influencia profunda de las experiencias tempranas no impide el desarrollo posterior.
- La sensibilidad maternal, juega un papel decisivo en el desarrollo de la personalidad.
- Las figuras de apego no sólo constituyen un objeto de la pulsión, sino son reguladores emocionales que intervienen en la estructuración de la personalidad. Podría existir una relación entre el tipo de apego y el comportamiento manifiesto de la personalidad, probablemente la modalidad de apego incide en la capacidad representacional del sujeto respecto al self, a los otros; y, necesidad de relación versus necesidad de independencia con los otros.

⁹ Dr. Lucio Balarezo, Presidente de la Sociedad de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa SEAPSI

PERSPECTIVA FENOMENOLOGICA

El modelo integrativo para optimizar su quehacer terapéutico focalizado en la personalidad, toma en consideración los siguientes planteamientos de esta postura en cuanto a la personalidad:

- La personalidad se consume en el seno de las relaciones interhumanas.
- Desde lo disponible consciente, el ser humano está en situación de elegir y decidir. No es pasivo espectador de su existencia sino que la recrea.
- En la dinámica de la personalidad interviene el significado de la vida y el papel de las aspiraciones y metas para conseguir los propios potenciales.
- En el individuo existe una tendencia a la autorrealización.
- Propiciar un awareness integral, permite una ampliación del campo de la consciencia del paciente, es un darse cuenta claro en lo cognitivo, con arraigo (motivante y estable) en lo afectivo; y, movilizante hacia objetivos precisables y alcanzables por el paciente.

PERSPECTIVA MOTIVACIONAL

El individuo interactúa con el medio para lograr autorregularse. Busca satisfacer sus necesidades y cuando así sucede se completa la gestalt. Si por alguna situación no se alcanza la satisfacción de la necesidad, la gestalt queda inconclusa, dejando un asunto pendiente que dificultará el crecimiento, la relación con los demás y la búsqueda de satisfacciones posteriores. Estos asuntos inconclusos, al no ser resueltos, se repetirán a lo largo de la vida de la persona, cada vez que surjan figuras que revivan de manera consciente e inconsciente esta situación. La fuerza de las necesidades varía en cada momento, pero los individuos también difieren en sus patrones de intensidades crónicas de necesidades. Una necesidad puede ser provocada por un estado interno; tal como el hambre, o por un estímulo externo, tal como la comida. Esta disparidad es el origen de las diferencias individuales de la personalidad

Así, el estudio de la personalidad supone que a medida que una necesidad se vuelva más intensa, aumenta la posibilidad que influya en la conducta realizada. Además las necesidades operan por otro constructo al que se le denomina

motivación. Los motivos son agregados de cogniciones con matices afectivos, organizados alrededor de una preferencia o disposición hacia cierto tipo de experiencias; es decir, que los motivos aparecen en el pensamiento y preocupaciones de la gente.

JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES, DE MASLOW

Maslow establece que la naturaleza humana posee; en orden de predominio, cuatro necesidades básicas y una de crecimiento.

a) BASICAS.

1. Fisiológicas: Son aquellas que surgen de la naturaleza física; como la necesidad de alimento, de vestir, de reposo, de abrigo, de dormir, de reproducirse, etc.

2. Seguridad: Es la necesidad de no sentirse amenazado por las circunstancias del medio; como la búsqueda de protección de los intereses personales.

3. Amor o pertenencia: Son las necesidades sociales; deseos de relaciones afectivas, de cariño, de asociación, de sentirse en grupo.

4. Estimación: Sentir que se cuenta con el respeto y la confianza del grupo; el deseo de fuerza, de logro, de competencia, y la necesidad de estimación ajena que se manifiesta en forma de reputación, reconocimiento, atención e importancia.

b) CRECIMIENTO.

Realización personal: Es el deseo de todo ser humano de realizarse a través del desarrollo de su propia potencialidad.

Estas necesidades se satisfacen en el orden anotado, cuando la necesidad número uno ha sido satisfecha, la número dos se activa, y así sucesivamente.

SUB MODELO INTERACCIONISTA

TESIS PRINCIPAL

La personalidad del individuo se configura en la interacción de las influencias reciprocas de las características personales con las variables situacionales.

Se entiende la personalidad a partir de la referencia a procesos afectivos y cognitivos, que se desarrollan en entornos sociales y son activadas por elementos del medio social.

Las perspectivas que sustentan este submodelo son:

- Perspectiva del aprendizaje.
- Perspectiva socio- cultural.
- Perspectiva sistémica.
- Perspectiva cognitiva- social.

PERSPECTIVA DEL APRENDIZAJE

El Modelo Integrativo Ecuatoriano; considera que, el aprendizaje en todas sus formas tiene una gran influencia en la configuración de la personalidad.

El comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del acondicionamiento operante y clásico; sino que también, a través de lo que aprende indirectamente (vicariamente), mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones. Por lo tanto, la configuración de la personalidad se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica; en el que la conducta, los factores personales cognoscitivos y acontecimientos del entorno, son determinantes que interactúan con otros.

El acto consciente del procesamiento de la información, permitirá al individuo aprender de las consecuencias de las propias acciones y delinear su preferencia por la búsqueda de fuentes de refuerzo: en sí mismo, en los otros o simultáneamente en sí mismo y los otros, con lo que se produciría una autoperpetuación de conductas.

PERSPECTIVA SOCIO –CULTURAL

La consideración de factores socio culturales en el desarrollo de la personalidad, nos permite descartar el determinismo biológico, con la idea de que las características psicológicas del comportamiento están determinadas absolutamente por factores biológicos; por lo que persistir en cualquier intervención del entorno, es errónea. Las influencias biológicas tienen lugar en un contexto; sin embargo, bajo condiciones normales de desarrollo algunos comportamiento suelen estar más influidos por los factores biológicos que otros. Se debe tener presente la idea de que el individuo y la sociedad no son fuerzas opuestas ni separables, la naturaleza de la sociedad influenciada por su pasado histórico y las necesidades y deseos de las personas están en gran medida afectados por su contexto social. Por lo tanto, es importante considerar a la personalidad, como una estructura biopsicosocial, ya que el fenómeno de la socialización juega un papel crucial en la determinación de la personalidad, por que participa en las cuestiones sobre cómo los niños aprenden el lenguaje, los roles sexuales y los principios éticos; y, en general, cómo adoptan una conducta de adaptación. Por otro lado, las actitudes se incluyen dentro de dinámica de la personalidad, al ser predisposiciones aprendidas productos de la socialización que ejercen una influencia y que consisten en la respuesta hacia determinados objetos, personas o grupos. El desarrollo de la personalidad deriva de las interacciones con las creencias culturales compartidas por el grupo que han sido internalizadas. Los individuos construyen su personalidad en conexión con el ambiente y en el proceso el individuo y el ambiente son transformados.

PERSPECTIVA COGNITIVA SOCIAL

El modelo integrativo ecuatoriano, con el afán de llegar a comprender la dinámica psicológica de una forma minuciosa integra en el estudio de la personalidad al modelo cognitivo para tomar en cuenta no solo la conducta manifiesta; sino también, los procesos mentales subjetivos. “Los seres humanos, no sólo procesamos información, sino que construimos la realidad donde esta información es procesada”. La cognición es una variable de la personalidad. En la regulación de la personalidad, ejercen influencia las

estructuras cognoscitivas. Así la personalidad se define desde el punto de vista de las creencias que la gente sostiene, las maneras que tiene de procesar la información y las explicaciones que se dan acerca de los acontecimientos que les suceden.

El individuo propende al procesamiento de información, en su afán de tallar una identidad personal, individual y colectiva.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano, otorga una relevante consideración al estilo de procesamiento de información, característico de cada personalidad; ya que, sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias pueden resultar en respuestas desadaptativas.

PERSPECTIVA SISTEMICA

El modelo integrativo se respalda en la perspectiva sistémica, ya que en cuanto a la personalidad esta perspectiva señala lo siguiente:

La personalidad es un sistema abierto en comunicación con su ambiente. Su límite es la discriminación entre yo o mío y los hechos externos. Los inputs, son estímulos externos a sus límites e internos como los pensamientos, procesos mentales o físicos, al ser procesados se convierten en comportamientos (out puts) que se retroalimentan y le permiten a la personalidad mantener un grado de estabilidad e integración u homeostasis. Por lo tanto, el individuo procesa información en forma circular antes que lineal, el tipo de procesamiento que realizamos no utiliza sólo mecanismos retroactivos sino también proactivos, debido a que intervienen ciertas motivaciones para ello.

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. La repetición de las transacciones genera pautas acerca de qué manera relacionarse, cuándo y con quién. La familia co- construye la personalidad del individuo, por las formas de entender el mundo y los problemas.

El individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad, es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro, y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella.

1.5 BASES METODOLÓGICAS DEL MODELO INTEGRATIVO ECUATORIANO

La psicoterapia es un proceso de tratamiento terapéutico de desordenes psíquicos, problemas emocionales que se fundamenta en la relación de ayuda establecida por el paciente y terapeuta. El propósito fundamental de la psicoterapia, radica en lograr un cambio que propicie la mitigación del malestar del paciente; y por consiguiente, un crecimiento personal, por lo que recurre a la utilización de una serie de recursos psicológicos, entre los cuales destaca el establecimiento del un vínculo terapéutico entre paciente y terapeuta.

Dentro del modelo ecuatoriano, consideramos a la psicoterapia como un proceso inminente en el cual se: "puede distinguir una cualidad o dirección consecuente",¹⁰ todo está en acción, en proceso de acontecer, evolucionar, estancarse o cambiar. Por lo que especificamos los pasos del proceso y los elementos vinculados, llevando una conducción del mismo desde la complementariedad y la simetría de acuerdo a los necesidades del momento del proceso psicoterapéutico, la técnica empleada y los requerimientos de la personalidad del paciente. El psicoterapeuta al centrarse en el proceso psicoterapéutico dinámico teoriza, describe fenómenos clínicos y enfatiza intervenciones en timing. Además el terapeuta no solo toma en cuenta el contenido; sino también, en lo que está pasando aquí y ahora, en el "cómo" están sucediendo. De esta manera, ubica la relación terapéutica dentro del proceso, relación que surge como resultado de la interacción entre paciente y el terapeuta, en la cual intervienen características particulares de ambos miembros.

En este encuentro curativo, que acontece entre el terapeuta y paciente, el modelo ecuatoriano no afirma que la recuperación del paciente surge exclusivamente mediante los contactos interpersonales favorables entre el paciente y terapeuta; sino que, requiere complementariamente la aplicación de las técnicas de un terapeuta con un funcionamiento intelectual adecuado,

¹⁰ Yontef, G. (1995) *Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile. pág 296

capacidad analítico-sintética, perspicaz, con capacidad de reacción inmediata ante estímulos verbales; y, finalmente con el adiestramiento académico que sumado a su integridad ética, no llegue a un tecnicismo mecanicista.

ETAPAS DEL PROCESO

En el transcurso del tratamiento delimitamos las siguientes etapas:

PRIMERA:

- Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso.

El inicio del proceso terapéutico concierne a la evaluación de las condiciones del paciente, el terapeuta y el entorno, gracias a las estrategias de la primera entrevista, indagamos sobre las expectativas, el grado de interés o motivación del cliente hacia la psicoterapia; y, las restricciones que presenta su demanda. Es primordial esclarecer el tipo y origen de la demanda, los objetivos de ayuda que persigue el paciente se transforman en metas de una psicoterapia

Es importante señalar en esta etapa las palabras del gran psicólogo argentino Héctor Fernández-Alvarez: *“El resultado de la admisión que facilitará el inicio de un buen proceso psicoterapéutico debe confluir en la elaboración de un **acuerdo** entre el paciente y el terapeuta, en relación con los motivos que ponen en marcha el proceso y la definición de los objetivos a que habrá de ajustarse el tratamiento”*.

PRIMERA ENTREVISTA Y ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La psicoterapia, al ser una disciplina científica, requiere que el psicoterapeuta desarrolle y confirme algunas hipótesis respecto al malestar del paciente, su demanda, ambiente y personalidad, con este fin el terapeuta recolecta información a lo largo del proceso terapéutico y utiliza las siguientes estrategias de intervención como inicio del proceso:

Establecimiento del Rapport: Rapport se define como, una sensación de comodidad de entendimiento mutuo de incondicionalidad y de interés recíproco que surge entre el paciente y terapeuta.

Es obvio que el terapeuta debe procurar desarrollar este fenómeno desde el inicio con todos los pacientes y en diversas circunstancias; ya que, del rapport dependerá la calidad de la alianza terapéutica.

Las tácticas de inicio que favorecen el establecimiento del rapport son las siguientes:

- Conversación sobre temas neutros.
- Recolección de datos informativos de fácil respuesta.
- Evitación de esperas largas.
- Empleo de comunicaciones de tipo afectivo.
- Actitudes cordiales, no directivas y permisivas

Aproximaciones Diagnósticas: Desde la primera entrevista el terapeuta debe tener la pericia suficiente para ser capaz de elaborar aproximaciones diagnósticas en lo que respecta a:

- Diagnóstico del problema o trastorno (Clasificaciones internacionales CIE10 y DSMIV)
- Diagnostico de la personalidad premórbida: (Diferenciación entre rasgos o tendencias de personalidad y trastornos.
- Diagnostico del entorno (Factores favorecedores y obstaculizadores del proceso terapéutico)

Confesión y Desinhibición Emocional: El relato que efectúa el paciente sobre su problemática, logra por si sola una disminución sintomática. Este fenómeno muy bien conocido por el terapeuta, debe ser empleado con mayor soltura y profundidad, manifestando actitudes de confianza y apoyo para favorecer la desinhibición emocional, ya que del establecimiento de este fenómeno dependerá el éxito y fracaso de la aplicación de la técnica en fases posteriores.

Es importante que el terapeuta utilice comunicaciones reafirmativas, con el fin de disminuir los temores del paciente con relación a la enfermedad o problema que presenta

Estrategias de Apoyo: Generalmente el paciente acude a terapia con el objetivo de buscar ayuda para la solución de una problemática que no ha logrado solucionar; por lo que es imprescindible, que el terapeuta, se muestre especialmente contenedor durante el inicio de la psicoterapia para así afianzar la relación terapéutica.

Estructuración y Afianzamiento de la Relación Terapéutica: La estructuración de la relación terapéutica, implica definir con el paciente la naturaleza, objetivos, metas , roles, técnicas y actividad a seguir durante el proceso terapéutico. Este trabajo es imprescindible para que el paciente pueda percatarse de la diferencia existente entre un tratamiento psicológico y el tratamiento médico. La estructuración de la relación desde las primeras sesiones, evita que el paciente desvirtúe el proceso terapéutico al enunciar que solo se trata de sesiones de conversación.

ABORDAJE DE LA PRIMERA ENTREVISTA DE ACUERDO AL TRASTORNO

La relación que se establece entre el terapeuta y el paciente, es mucho más importante que en otras relaciones médicas. Es la piedra angular donde se cimienta el éxito terapéutico. De la calidad de "relación terapéutica" dependerá que se de:

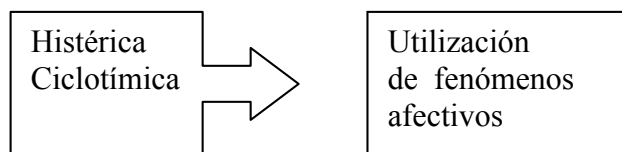
- Una relación emocional de confianza;
- una conformidad por parte del paciente al tratamiento;
- el refuerzo de las expectativas del paciente en relación a recibir ayuda;
- brindarle experiencias exitosas; y,
- facilitar la percepción de su mundo emocional.

Para lograr estos objetivos propuestos, el contacto del terapeuta con el paciente debe surgir de acuerdo a :

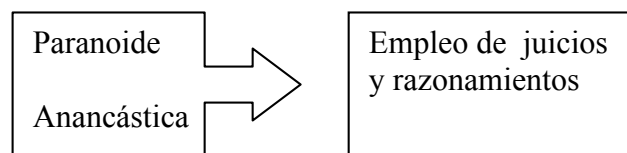
- El nivel de la integración de la persona.
- El grado de conciencia del trastorno en el paciente.
- La flexibilidad del esquema de la primera entrevista.

ACERCAMIENTOS EN LA PRIMERA ENTREVISTA DE ACUERDO A LA PERSONALIDAD

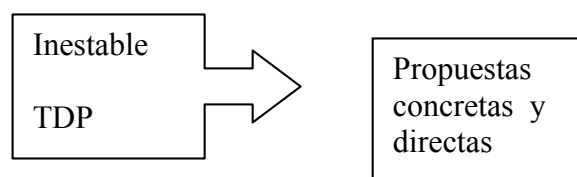
PERSONALIDADES DE ACERCAMIENTO AFECTIVO



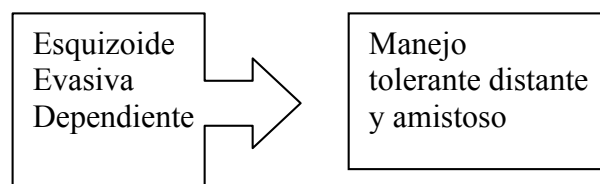
PERSONALIDADES DE ACERCAMIENTO COGNITIVO



PERSONALIDADES DE ACERCAMIENTO COMPORTAMENTAL



PERSONALIDADES DE ACERCAMIENTO DISTANTE



INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

Una vez culminada la primera entrevista, el terapeuta habrá de plantearse las siguientes interrogantes como una estrategia para calibrar la dinámica del proceso terapéutico:

- ¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?
- ¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?
- ¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?
- ¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?
- ¿Se sintió comprendido en su problema?
- ¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?
- ¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?
- ¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?

SEGUNDA:

INVESTIGACION DEL PROBLEMA, TRASTORNO Y LA PERSONALIDAD

En esta etapa el terapeuta, centra sus esfuerzos para lograr un estudio transversal y longitudinal del individuo y su problemática, en otras palabras, trata de ubicarse en el sector del psiquismo en general, sector al cual confluyen el problema o patología, entorno y personalidad.

El terapeuta persigue el descubrimiento de las propiedades específicas de la personalidad como precipitantes del trastorno; y, maneja el contacto terapéutico tomando en consideración la capacidad cognitiva del paciente. Para lograr este objetivo de diagnóstico, utiliza de la observación y la aplicación de reactivos psicológicos óptimos para brindar un diagnóstico acertado.

Además, durante esta etapa el terapeuta analiza si el problema o trastorno del paciente, justifica una indicación de psicoterapia o asesoramiento. Dentro de la propuesta del modelo integrativo, se incluye el asesoramiento en un nivel preventivo y lo definimos como una relación de ayuda que se establece entre

el asesorado y asesor; quien se compromete a propiciar la resolución del conflicto del asesor, que sobrepasa la utilización de los propios recursos personales del mismo para resolverlo.

El terapeuta recolecta información mediante la aplicación de una Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs), con los ajustes inherentes a la particularidad del paciente, su problemática, su patología, las condiciones socioculturales, biológicas, etc.

El diagnóstico del trastorno se efectúa, considerando las clasificaciones de los trastornos planteados por el CIE10 o el DSMIV-TR (vigentes actualmente), sin mantener una actitud rígida en cuanto a los criterios, por lo que se procede a una descripción cualitativa de la personalidad desde las diversas perspectivas del modelo integrativo; y, finalmente se la considera como una condición premórbida en la manifestación del trastorno.

Los componentes de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica son los siguientes:

- Análisis de las expectativas.
- Datos informativos.
- Demanda y sus antecedentes.
- Biografía Psicológica– Corte Longitudinal.

(Antecedentes biológicos Y socioculturales)

- Historia Psicológica Familiar y/o Genograma

Normal y patológica

- Resultados de los reactivos psicológicos
- Diagnóstico Formal – Nosológico-Descriptivo

En el diagnóstico formal se influye los siguientes factores:

Factores biológicos influyentes en el trastorno: El modelo integrativo propone que ciertas características genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neuropsicológicas, pueden influir en la génesis de ciertos trastornos, por lo que es imprescindible su consideración dentro de la elaboración diagnóstica.

Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno: El modelo integrativo también postula que, ciertas variables ambientales, familiares, sistémicas, pueden influir en la génesis de ciertas cogniciones, afectos y conductas, que pueden ser más o menos desajustados, de ahí la importancia de tomar en cuenta mencionados factores para abordarlos cuando tienen un rol significativo en la manutención del desajuste.

Atribución psicológica del trastorno: Este factor hace referencia al locus de control externo o interno; en otras palabras, a la manera particular del paciente de orientarse ante su trastorno, si es una persona que se hace cargo de su problemática o se le atribuye a los demás.

- Diagnóstico Informal – Personalidad-Descriptivo

En la elaboración de este diagnóstico se incluye lo siguiente:

Estilos cognitivos según la personalidad: El modelo integrativo otorga una relevante consideración al estilo de procesamiento de información característico de cada personalidad ya que sesgos, distorsiones o defectos en la percepción e interpretación de las experiencias, pueden resultar en respuestas desadaptativas.

Factores favorecedores y obstaculizadores: La visión del modelo integrativo se caracteriza por ser holística, por lo que no se inclina solo a la consideración de los rasgos neuróticos de la personalidad del paciente; sino también, toma en cuenta los adecuados rasgos de la personalidad para potencializarlos.

Factores concientes e inconscientes influyentes: Es de crucial importancia la consideración de la influencia de factores inconscientes sobre cogniciones, afectos y conductas desajustadas, para diseñar estrategias terapéuticas que

manejen las resistencias mediante ampliación del darse cuenta del paciente. Situación que si bien no garantiza el cambio psicoterapéutico, si propicia la participación activa del paciente en el proceso psicoterapéutico .

- **CRITERIOS PRONÓSTICOS**

Accesibilidad al tratamiento- psicoterapia-asesoramiento.

TERCERA:

PLANIFICACION DEL PROCESO

El plan psicoterapéutico del modelo integrativo, es un paso del proceso terapéutico que se efectúa una vez que se ha tenido una descripción completa relacionada con las condiciones del paciente .

Para el establecimiento de este paso, se parte de un estudio integral del paciente, fijando los objetivos específicos y las técnicas que se utilizaran en el trabajo respectivo. Esta etapa es elaborada particularmente por el terapeuta en ausencia del paciente; sin embargo, se debe discutir con él este proceso bajo la estructuración de la relación terapéutica.

La planificación implica un profundo trabajo crítico y analítico del terapeuta, para evitar que la acción terapéutica caiga en el plano de la improvisación y el ejercicio repetido y monótono .

La estructura del plan concierne a dos niveles:

- Superficial, (relacionado con el problema o trastorno): En este caso los objetivos terapéuticos se orientan a la resolución del problema o el alivio sintomático
- Profundo, (vinculado con la personalidad): En este caso, la influencia radica sobre la personalidad induciendo autoconocimiento, flexibilización o modificación positiva de su estructura.

En algunas ocasiones debido a la urgencia con la que se debe actuar en un caso, se puede prescindir de una planificación detallada en el trabajo

terapéutico; sin embargo, el terapeuta debe mantener una actitud mental que dirija el ejercicio profesional

Dentro del modelo integrativo de psicoterapia, la planificación esta formada por los siguientes componentes:

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Relación dinámica del trastorno y su evolución

Descripción de la Personalidad

Descripción dinámica, características del paciente

Señalamiento de Objetivos

De acuerdo a los criterios diagnósticos, se establecen los objetivos terapéuticos de acuerdo con el paciente:

- En relación con la sintomatología.
- En relación con el conocimiento de su personalidad y generación de cambios.

Señalamiento de Técnicas

El psicoterapeuta, debe seleccionar las intervenciones terapéuticas (técnicas) más adecuadas para la problemática de sus pacientes, cabe señalar que la efectividad de la técnica utilizada dependerá de la actitud del terapeuta al aplicarla.

CUARTA:

EJECUCION Y APLICACIÓN TECNICA

Durante la cuarta etapa, se ejecutan las estrategias registradas en la planificación con prescripciones específicas de acuerdo a la estructura y dinamismo de la personalidad del paciente. La efectividad de la técnica utilizada, ya sea comportamentales o comunicacionales, dependerá de la actitud del terapeuta al aplicarla.

Además se efectúa un monitoreo de la intervención, con el fin de evaluar la ejecución y los resultados; y, si es necesario establecer modificaciones para optimizar la eficacia de la psicoterapia.

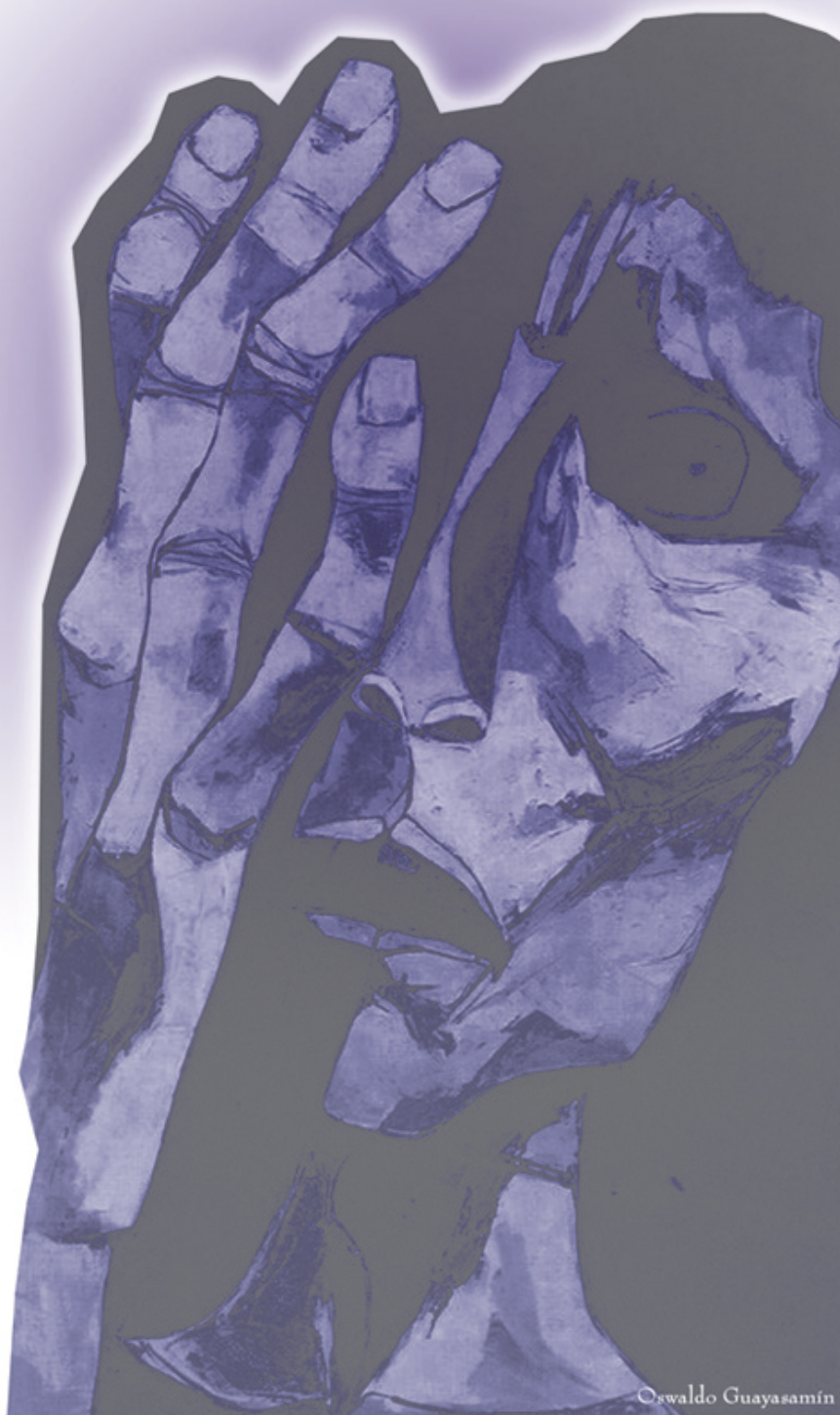
QUINTA:

En esta etapa, el terapeuta y su equipo persiguiendo fines de afianzamiento teórico, investigación y aplicación práctica hacen un examen exhaustivo y crítico del proceso psicoterapéutico llevado a cabo, con la meta de detectar las dificultades de diversa índole encontradas en los diversos casos para desarrollar la experiencia clínica y alcanzar influencias fructíferas en el terapeuta.

CONCLUSIONES

Si bien, existe cierta dificultad para fusionar teorías que parten de visiones a veces radicalmente opuestas del ser humano y sus padecimientos, la adopción de una epistemología constructivista relativa definitivamente facilita la integración y la elaboración de una propuesta integradora que como hemos visto a lo largo de este capítulo parte de la necesidad de abordar técnicamente la personalidad del paciente tomando en cuenta conjunta y simultáneamente todas las variables intervinientes que se interrelacionan e interactúan en una dinámica recursiva de retroalimentación que a su vez va forjando el estilo de vida del particular del paciente.

CAPITULO II



Oswaldo Guayasamín

CAPÍTULO II

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Al repasar nuestros historiales de bebedores, podíamos demostrar que, años antes de darnos cuenta, ya estábamos fuera de control, que incluso entonces nuestra forma de beber no era un simple hábito, sino que en verdad era el comienzo de una progresión fatal.

Alcohólicos Anónimos.

El alcohol es una sustancia utilizada desde tiempos muy remotos por la humanidad. En varias sociedades el uso y el abuso del alcohol se ha instaurado como parte de rituales compartidos; partiendo de este panorama el científico Jellinek señaló la existencia de “culturas alcohólicas”. En el Ecuador claro que no se bebe solo por tristeza sino también por festejar, en otras ocasiones por solidaridad. ¿Podría esta realidad socioantropológica propiciar que el alcoholismo sea la más grave farmacodependencia que aflige a los ecuatorianos?, no lo sabemos con exactitud, por lo que sería muy útil lograr una síntesis valorativa y diagnóstica de componentes biológicos, psicológicos y sociales implicados en esta enfermedad, para posteriormente analizar los procedimientos psicoterapéuticos de intervención en el tratamiento de pacientes alcohólicos, con el fin de abordar en forma eficaz los diversos aspectos implicados en el alcoholismo. Este es el objetivo del presente capítulo cuyo afán finalmente, es exponer como un modelo de tratamiento integrativo de intervención psicoterapéutica podría ser efectivo para el tratamiento del alcoholismo.

2.1 DEFINICIONES DEL ALCOHOLISMO

Existe una amplia gama de criterios acerca del alcoholismo, lo que hace del alcoholismo un estado difícil de delimitar, hace algunas décadas existía una gran disputa entre los representantes de cada perspectiva, quienes defendían el predominio de acierto de una; en detrimento, de las otras. Se consideraba que poner énfasis en el criterio médico era insuficiente para tratar los problemas del bebedor en sus inicios; ya que, una persona podía experimentar graves consecuencias personales y familiares como consecuencia del abuso en el

consumo de alcohol, sin manifestar abstinencia fisiológica; en cambio, las definiciones de base cultural eran incompletas para manejar problemas del bebedor crónico; y, finalmente una definición conductal del alcoholismo resultaba exageradamente simplificada.

Finalmente, la tendencia giró hacia la combinación de diversos puntos de vista para definir la conducta alcohólica. Sin embargo, aún no hay línea clara para delimitar al bebedor problemático y el alcohólico, existen problemas diagnósticos. “Si se entiende que las evidencias de adicción a la sustancia (síntomas de tolerancia y abstinencia) son las condiciones sine qua non del alcoholismo, se diagnosticará como alcohólico a un grupo mucho más limitado de personas.”¹¹

Por otro lado; los criterios utilizados, sirven únicamente para diagnosticar el alcoholismo, en las personas hace falta lograr diagnósticos de Psicopatología de la familia .

A continuación describiré las distintas interpretaciones del alcoholismo.

La Organización Mundial de la Salud, otorga una definición del alcoholismo con base en la cultura; por lo que afirma: que la dependencia de drogas como el alcohol que existe en las personas, puede preocupar cuando el consumo supera los límites aceptados por su cultura, si consume alcohol en momentos considerados inadecuados por dicha cultura; o, si su ingestión de alcohol se vuelve tan elevada, que lesiona su salud o perjudica las relaciones sociales.

Una explicación muy sensata, es la otorgada por A.A., que considera el alcoholismo como una enfermedad progresiva, que no puede curarse; pero que, al igual que muchas otras enfermedades, puede tratarse. Ampliando la definición A.A. señala que esta enfermedad manifiesta una combinación de una alergia física al alcohol y una obsesión por la bebida; sin tener en cuenta sus consecuencias, y que es imposible contenerla con sólo la fuerza de voluntad.

¹¹Steinglass, P, Bennett, L.A, Wolin S.J y Reiss D. (2001). *La Familia Alcohólica*, Editorial Gedisa , Barcelona España. pág 54-55.

El CIE-10, otorga una definición sobre el alcoholismo en la cual se engloban también otras drogas y señala: “ Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en la cual el consumo de una droga o de un tipo de ellas adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo, las mismas que en el pasado tuvieron el más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas, alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de características del síndrome, lo que sucede en individuos no dependientes”.

El modelo integrativo, define al alcoholismo como: una enfermedad compleja en sí, con consecuencias a corto y mediano plazo como son: las dificultades ocupacionales, deterioro en las relaciones sociales, disfunción sexual, la violencia marital, privaciones económicas, etc. El Alcoholismo puede desarrollarse insidiosamente a lo largo de años; en su etiología y cronicidad interactúan factores de diversa índole tales como: socioculturales, cognitivo conductuales, emocionales, inconcientes, existenciales, genéticos, etc. Además es importante definir que ni la tolerancia, ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar la dependencia al alcohol. Así se ha encontrado pacientes que exhiben dependencia, sin presentar signos de tolerancia; y, por otro lado hay pacientes que pueden presentar tolerancia y abstinencia sin uso compulsivo (por ejemplo, tras una operación quirúrgica).

2.2 ETIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA.

El alcoholismo con su “compleja naturaleza” y la gran variedad de factores que intervienen, dificultan grandemente su comprensión científica, habiéndose reclamado la necesidad de una teoría de la conducta adictiva, que intente integrar las observaciones existentes¹². Así: el alcoholismo se suma a las problemáticas clínicas, que por su innata complejidad, es deseable y factible

¹² Heather, N. (1990) *Problem drinking as a form of learned behaviour: a final rejoinder to Gorman and Edwards, British Journal of Addiction*, 85 pp. 617-620

intentar una integración entre las diversas propuestas terapéuticas, frente a estas circunstancias el modelo integrativo surge como una propuesta muy atinada

En el alcoholismo “no se puede pensar en una causa única y aislada; existe siempre una multiplicidad de factores, no sólo de aquellos que están operando en el presente; sino los que, han actuado en el pasado. Las causas no son mutuamente excluyentes; es necesario ver estos factores como interactuantes tanto en un análisis transversal de momentos, como una visión longitudinal”¹³

Basándonos en los fundamentos anteriormente mencionados, en lo referente a la etiología, el modelo integrativo ecuatoriano sostiene la visión de etiologías múltiples; es decir, factores que contribuyen con distinto peso en cada caso.

El modelo integrativo agrupa los factores vinculados al alcoholismo en las siguientes categorías:

Factores Biológicos: Existen importantes descubrimientos de los factores genéticos que favorecen a la expresión del alcoholismo.

En cuanto a la predisposición constitucional, se ha encontrado que está relacionada con la enzima Aldehído deshidrogenada (ADLH), la cual parece estar ausente en los individuos de raza amarilla, y que podría generar una intolerancia protectora con respecto al consumo exagerado del alcohol en estos individuos, a diferencia de la población europea.

Kaki en sus investigaciones llevadas a cabo con gemelos idénticos y fraternos, comparó el grado de concordancia para el alcoholismo, obteniendo los siguientes datos: el 71% en gemelos idénticos y el 32% en los fraternos.

Carey y sus colegas en su estudio llevado a cabo en el año de 1999 encontró que el 14,6% de personas que padecen de ansiedad también presentan desordenes con alcohol y drogas.

Ciertas investigaciones en la cuales se ha utilizado la tomografía por emisión de positrones (PET) revelan que existen ciertas personas “adheridas”

¹³ Edwards, G. (1982) *The Treatment of Drinking Problems*. (Grant McIntyre, London), pp. 13

a un estado ansioso e hipervigilante. Los patrones de flujo sanguíneo en el cerebro se mantienen aún cuando el factor que produjo miedo ha sido removido. Por lo tanto no es sorprendente encontrar que desordenes de ansiedad y conductas adictivas interactúan contribuyendo la una a la otra.

Además, investigadores en el campo biológico señalan que en el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el alcohol; y, se vuelve dependiente de él. También se ha identificado que personas que padecen de alcoholismo presentan disposición al neuroticismo, psicoticismo, extroversión (Eysenk).¹⁴ Se ha detectado también, que la química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. Asimismo se ha hipotetizado sobre la existencia de una base neuroquímica común para los trastornos producidos por el alcohol y las drogas.¹⁵ Además cabe resaltar que los profesionales de la salud mental en su practica clínica, han percibido la presencia de patologías duales tales como: depresión, angustia, ansiedad, esquizofrenia y trastornos de personalidad, de allí la importancia del uso de medicamentos en el alcoholismo, para el manejo la desintoxicación.

Factores Conductuales: Se ha podido conocer que el ambiente actúa reforzando la conducta del alcohólico, mediante la influencia de los medios de comunicación, la presión del grupo de pares o las disfunciones familiares que predisponen a las personas al consumo de la sustancia. Así todos los cambios de conducta, incluida la dependencia de drogas, requieren el almacenamiento de información nueva en el Sistema Nervioso Central¹⁶.

Factores Afectivos: Algunos de los factores afectivos podrían ser más bien consecuencia del consumo del alcohol antes que su causa, pero aún los investigadores no lo han dilucidado con especificidad. Se ha encontrado la existencia de alexitimia, la cual está muy elevada en el adicto. Además la

¹⁴ <http://www.trad.cl/publi/P.Integrativa.pdf>.

¹⁵ Miller, Ns y Gold, Ms (1993) *A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders in: Psychiatric Clinics Of North.*

¹⁶. White, N M. (1996) Addictive drugs as reinforcers: multiple partial actions on memory systems, *Addiction*, 91, pp. 921-949

presencia de un alto umbral para percibir los afectos, baja tolerancia a la frustración y autoestima inadecuada, resalta además el hecho de que la capacidad de empatía está profundamente alterada en adicciones.

Factores Cognitivos: Se ha identificado que las personas que consumen alcohol, presentan autojuicios negativos, ideas irracionales, bajas expectativas de autoeficacia, dificultades para ser asertivos; por tanto, se evidencia una tendencia a experimentar habitualmente impaciencia, ira y desilusión, lo que de alguna manera puede haber facilitado el desarrollo del trastorno. La perspectiva cognitiva señala; que un gran inconveniente en el tratamiento del alcoholismo es la red de creencias disfuncionales, que se centran alrededor del consumo de alcohol y que impulsan al consumidor a ignorar, minimizar, negar o atribuir a otra cosa los problemas generados por el consumo. Así, el manejo de estilos atribucionales, procesos atencionales, análisis de resolución de problemas, facilitará la toma de decisiones y el auto control en el tratamiento de adicciones. Se ha conocido la existencia de alexitimia, la cual está muy elevada en el adicto.

Factores inconcientes: Como bien sabemos, existen actividades mentales que operan fuera del campo de la conciencia; y, que pueden influir en la génesis de emociones, cogniciones o conductas distorsionadas.

Para Weijl, el alcohol es empleado sobre todo para disminuir la tensión y el dolor, generados por la actividad del super yó, lo cual hace que el individuo sea menos sensible a la crítica del mundo externo, lugar de origen de donde derivó el superyó.¹⁷ En otras palabras, el consumo de alcohol surge como un trastorno capaz generar una serie de mecanismos de defensa, que bloquean el paso a la conciencia de contenidos generadores de ansiedad, culpa o vergüenza. Otros conceptos importantes que se derivan del enfoque psicoanalítico son el de inconsciente subliminal con estimulación, sobre el umbral sensorial pero bajo el perceptual, se puede desencadenar emociones, cogniciones o conductas que predisponen al consumo de alcohol.

¹⁷ <http://www.sexovida.com/psicologia/freud3.htm>

Factores Familiares: Steinglass P, en sus investigaciones sobre el alcoholismo, llegó a la conclusión de que el alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central, alrededor del cual se estructura la vida de una familia. Cuando ello ocurre, esta se convierte en una familia alcohólica, que se diferencia de la familia con miembros alcohólicos, donde el alcoholismo no se constituyó como organizador de la vida familiar. Por lo tanto; se puede considerar la probabilidad de una transmisión generacional del alcoholismo.

Factores Socioculturales: Existen una serie de circunstancias, en las cuales la sociedad expone al individuo al consumo de alcohol.

A continuación sintetizaremos los factores socioculturales vinculados con un alto índice del problemas con el alcohol

- Alta disponibilidad de bebidas alcohólicas que facilitan su consumo frecuente.
- Alto grado de estrés colectivo.
- Ausencia de sanciones contra el consumo excesivo
- Ambivalencia ética y filosófica hacia el alcohol
- Uso del alcohol con fines “utilitarios”¹⁸.

2.3 MODALIDADES DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.

Los investigadores Millar y Hester, en sus exploraciones exhaustivas acerca del tratamiento del alcoholismo “identificaron cuatro intervenciones más comunes que son: farmacoterapia, psicoterapia o counseling, Alcohólicos Anónimos y educación sobre el alcoholismo. Los abordajes terapéuticos menos empleados son: la terapia de la familia, la terapia aversiva, los métodos operantes, la bebida controlada y otros tratamientos de espectro más amplio.”¹⁹

¹⁸Negrete, J.C. (1985) Epidemiología de los Problemas de Alcohol, en: NEGRETE, J:C, Mardones, J. y Ugarte, G. (Eds.) Problemas Médicos del Alcohol. (Andrés Bello, Santiago). pp. 75.

¹⁹ Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1993). Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Ediciones Paidós, Buenos Aires pág 39

Además, Miller y Hester (1986) llegaron a ciertas conclusiones problemáticas que hacen referencia a que: en Estados Unidos existe la tendencia a no usar métodos de tratamiento que hayan sido validados por estudios controlados, además; señalaron que, en los programas de tratamiento interno tradicionales a pesar de su costo alto, no existe evidencia de que sean los más efectivos.

Por otro lado, una investigación muy seria efectuada por el Instituto de Medicina en 1990 y publicada en la *Broadening The Base of Treatment for Alcohol Problem*, llegó a la conclusión de que no hay ninguna modalidad superior en el tratamiento del alcohol; y, también señalaron las siguientes conclusiones:

1. No hay ningún tratamiento simple que sea efectivo para todas las personas con problemas alcohólicos.
2. Ofrecer las modalidades de tratamiento específicas y apropiadas, pueden mejorar ostensiblemente los resultados.
3. Las intervenciones breves pueden ser bastante efectivas, comparadas con la falta de tratamiento y pueden además ser mucho más efectivas económicamente comparadas con tratamientos más intensivos.
4. El tratamiento de otros problemas vitales relacionados con la bebida pueden mejorar el pronóstico en personas con problemas de alcohol.
5. Las características del terapeuta son determinantes parciales del resultado.
6. Los resultados vienen determinados; en parte, por los factores del proceso del tratamiento, factores de adaptación después del tratamiento, las características del individuo que busca ayuda, las características de sus problemas y las interacciones entre estos factores.
7. Las personas que son tratadas por problemas de alcohol, llegan a conseguir continuos resultados con respecto a la conducta del individuo y los problemas con el alcohol, y su tratamiento sigue distintos cursos, en cuanto a los resultados.
8. Aquellos que disminuyen significativamente su nivel de consumo de alcohol, o que llegan a ser totalmente abstemios, usualmente también

disfrutaran de mejoría en otras áreas de la vida; en particular, a medida que el periodo de reducción del consumo se hace más grande.²⁰

Posterior a esta investigación surgió el proyecto MATCH, que partió de la hipótesis de que ninguna forma de tratamiento es efectiva para todas las personas con problemas de alcohol; y, que una estrategia efectiva para tratar este tipo de problemas debía tener en cuenta tratamientos alternativos basados en las características y necesidades específicas de los pacientes (Project MATCH, 1993). Parte de la investigación consistía en la asignación aleatoria de los pacientes (tanto en internamiento como externos) a diferentes tipos de terapia: Terapia de los 12 pasos, desarrollo de habilidades de afrontamiento cognitivo-comportamentales; y, terapia motivacional. Se efectuó el seguimiento durante tres años, en intervalos de tres meses, después de haber terminado el tratamiento el primer año y en seguimientos anuales los dos siguientes. Se evaluaron cambios en los patrones de consumo de alcohol, calidad de vida y funcionamiento social, así como en la utilización de los servicios de tratamiento (Project MATCH, 1993). Los resultados mostraron que los pacientes externos que recibieron terapia motivacional, tuvieron mejores resultados que los que recibieron terapia cognitivo-comportamental. Los pacientes con alta dependencia al alcohol tuvieron mejores resultados post-tratamiento en la terapia de los doce pasos; en tanto que, pacientes con baja dependencia, los tuvieron con la terapia cognitivo-comportamental (Project MATCH, 1997). Este estudio mostró la necesidad de tener en cuenta el grado de dependencia al alcohol, como criterio para la asignación de los pacientes a los diferentes tipos de psicoterapia.

Como vemos en la actualidad, existe una gran diversidad de intervenciones psicoterapéuticas; sin embargo, estudios demuestran que ninguna orientación terapéutica ha logrado éxitos determinantes en el tratamiento del alcoholismo. En los pacientes alcohólicos existe un alto índice de recaídas, en los seis meses posteriores al termino de algún tipo de tratamiento, debido especialmente a una

²⁰ Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1993). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Ediciones Paidós, Buenos Aires. pág 39-40

serie de factores tales como: características de personalidad con alta carga biológica como inmadurez e introversión, distorsiones del pensamiento, bajo repertorio conductual, baja satisfacción de necesidades y desintegración familiar; no cabe duda que, “los trastornos adictivos exigen una máxima potencia en la intervención”.²¹ Esto provoca que las técnicas generalmente utilizadas den respuestas parciales, a menos que se aborde el trastorno de este tipo de pacientes, desde un enfoque de tratamiento integrativo, multidimensional, teniendo en cuenta que hay más de un tratamiento efectivo para los problemas de consumo de alcohol, tratamientos que difieren en cuanto a la concepción de la etiología, el curso, los objetivos y la duración del tratamiento

De ahí que; la primera responsabilidad del terapeuta que se orienta por el modelo integrativo es, ayudar al paciente a encontrar el enfoque que sea más efectivo para su caso concreto, más que adherirse sumisamente a un modelo predeterminado. La segunda responsabilidad es acrecentar la motivación del paciente para continuar comprometido con el tratamiento.

A continuación resaltare algunos comentarios sobre los diferentes tipos de tratamiento.

FARMACOTERPIA

DISULFIRAM: Disulfiram (Antabuse) es un medicamento que causa síntomas dolorosos, incluyendo ruborizamiento, cefalea (dolor de cabeza), náusea y vómitos, si una persona bebe alcohol mientras esta tomando el medicamento. Los síntomas pueden desencadenarse después de beber la mitad de una copa de vino o la mitad de un trago de licor, y su duración varia desde una media hora a dos horas, esta relacionado con el nivel de la dosis del medicamento y la cantidad de alcohol consumido. Una dosis de disulfiram generalmente es eficaz para una a dos semanas. La sobredosis del medicamento puede ser peligrosa, causando presión arterial baja, dolor del tórax, disnea y hasta la muerte. Estudios realizados no han revelado que el uso de disulfiram ejerza efectos sobre el permanecer abstinentes.

²¹ Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004) . *La Integración en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Barcelona. pág. 23.

NALTREXONE: Naltrexone (ReVia), es un medicamento que durante mucho tiempo se empleó únicamente para tratar la adicción narcótica, pero sólo recientemente se aprobó para tratar el alcoholismo. La acción del medicamento consiste en bloquear los efectos placenteros del alcohol. Expertos sugieren que al emplearse el medicamento conjuntamente con el asesoramiento para adicciones, naltrexone ayuda a algunos alcohólicos a que logren abstinencia y eviten una recaída. En un estudio pequeño de hombres dependientes del alcohol, sólo 23% de los que tomaron naltrexone sufrieron una recaída en contraposición con 54% de los que no tomaron el medicamento. La reacción secundaria y adversa más común es la náusea la cual generalmente es leve y temporal. Las dosis altas causan daño hepático. El medicamento no debe ser administrado a alguien que ha abusado los narcóticos dentro de una semana a 10 días.

ACAMPROSATE: Es un medicamento que bloquea los efectos placenteros del alcohol al inhibir la transmisión del neurotransmisor ácido aminobutérico gamma (GABA, gamma aminobutyric acid), ha probado ser eficaz en mantener la abstinencia al combinarse con una terapia para la adicción. Puede causar diarrea ocasional.

LOS ANTIDEPRESIVOS: Para los profesionales de la salud mental, es importante el tratamiento de la depresión, ya que se ha observado que es común entre las personas dependientes del alcohol y puede conducir a una tasa mayor de recaídas. Un estudio pequeño reciente informó que: las personas administradas el antidepresivo desipramina (Norpramin, Norpramine y Pertofrane) -estuvieran ellos deprimidos o no- tuvieron menos días relacionados con el alcohol y un tiempo más largo entre recaídas que aquellos que no tomaron el medicamento.

DESINTOXICACION HOSPITALARIA

Consiste en internar al alcohólico en un centro clínico, con el objetivo de disminuir los efectos negativos de la crisis de abstinencia corta; por medio de medicinas, posterior a la desintoxicación, si el paciente lo desea se realiza un tratamiento de psicoterapia individual, grupal y familiar.

Las dificultades encontradas en esta modalidad de tratamiento son: que una vez que el paciente ha sido desintoxicado abandona el centro clínico; se autoengaña al sentirse físicamente bien aunque momentáneamente; y, no acude a la psicoterapia personal y familiar. Finalmente el paciente vuelve a su medio ambiente habitual e ingresa a un círculo vicioso: desintoxicación hospitalaria- abstinencia momentánea- recaída en el consumo-desintoxicación hospitalaria.

INTERVENCIONES MOTIVACIONALES

Surgen a finales de los años setenta, con el objetivo de promover un cambio en el paciente en su consumo de alcohol; así como, en su percepción de los problemas derivados de éste. Su base teórica, es la entrevista motivacional. A través de este tipo de intervención, se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación del consumo, información del riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta.

Para ello, el terapeuta debe establecer una relación de empatía con el paciente evitando juicios de valor hacia éste, utilizando técnicas como la escucha reflexiva y facilitar la verbalización de frases automotivacionales.

Este tipo de abordajes comenzaron a extenderse en la década de los ochenta, principalmente en el ámbito anglosajón de Atención Primaria. Entre las modalidades cabe distinguir: el consejo médico, las intervenciones muy breves y las breves. Están basadas en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente sobre los estadios del cambio. Este tipo de intervenciones son eficaces en sujetos no dependientes, es decir en individuos con consumo de riesgo, uso perjudicial o dependencia leve.

Son más eficaces que la no intervención y se ha observado que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento. Además suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores.

INTERVENCIÓN BREVE

Esta modalidad es iniciada por un médico u otro profesional de la salud no siempre especializado en alcoholismo, que transmite un mensaje claro al paciente

sobre el problema de la bebida y le ayuda con pautas sobre cómo y por qué beber menos le traerá beneficios, la meta propuesta es bajar el consumo o la abstinencia, dentro de la intervención se incluye: material educativo sobre los problemas con el alcohol y autoayuda. El seguimiento se lleva a cabo mediante visitas semanales o contactos telefónicos, se considera que esta intervención es más eficaz con personas cuyos problemas con la bebida no son demasiado graves.

TERAPIA AVERSIVA

Esta intervención consiste en sancionar la conducta desadaptativa y vincular consecutivamente el consumo de alcohol con experiencias aversivas (choque eléctrico o vómitos por haber tomado interdictores). Su empleo es raro en el tratamiento del alcoholismo, además los estudios sobre su eficacia no arrojan resultados contundentes a la hora de reducir o suprimir el consumo de alcohol en los pacientes.

PSICOTERAPIA COGNOSCITIVA-CONDUCTUAL

La orientación cognoscitiva-conductual utilizan un enfoque estructurado didáctico. En el cual a las personas que padecen de alcoholismo se le otorga una serie de instrucciones y son asignadas tareas con la intención de mejorar su capacidad para hacer frente a las situaciones básicas de la vida, para controlar el comportamiento y para cambiar la manera en que piensan sobre el beber. Por ejemplo, se les puede solicitar a los pacientes que escriban antecedentes de sus experiencias relacionadas con el alcohol y que describan lo que consideran ser situaciones arriesgadas. Luego se les asignan actividades para ayudarles a hacer frente cuando sean expuestos a “las señales” -lugares o experiencias que desencadenan el deseo para beber. También se les puede asignar a los pacientes tareas expresamente diseñadas para reemplazar la conducta alcohólica.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los grupos de autoayuda, cuentan con una serie de ventajas, son gratuitos incluyen el apoyo, la inspiración y las reflexiones prácticas de otras personas con problemas similares, la presión que ejercen los compañeros entre ellos para

dejar de beber y seguir sobrios fomenta la responsabilidad sobre la conducta alcohólica.

Sin embargo; existen desventajas, aunque los grupos enfatizan el anonimato y la confidencialidad respecto a lo que se habla en las reuniones siempre existe el riesgo de que alguien no respete los parámetros, la mayoría de grupos de ayuda no los dirigen profesionales, sin embargo, existe latente la necesidad de ayuda profesional para tratar temas como los abusos físicos, la depresión, etc.

ALCOHOLICOS ANONIMOS

La idea que inspiró la fundación de AA en 1935 consiste en la comprensión mutua y terapéutica entre dos personas con el mismo problema, sus fundadores Bill Wilson agente de bolsa neoyorquino; y, Roberth Smith cirujano, una vez que superaron su problema con la bebida empezaron a trabajar con bebedores problemáticos en el hospital de su localidad. En 1939 publicaron su primer texto básico, Alcoholics Anonymous.

AA ofrece una red de apoyo muy fuerte que emplea las reuniones en grupo disponibles los siete días de la semana, en ubicaciones a través del mundo. La piedra angular de AA son los doce pasos, los cuales entregan una visión espiritual de la deshabituación, ya que siete de los doce hace referencia a un Poder Superior, además que sintetizan en ellos los consejos para progresar y los principios sugeridos por los primeros miembros de AA. El proceso de rehabilitación de AA parte de admitir que la persona es impotente respecto al alcohol e incapaz de controlar su vida, basado en este precepto dentro de AA la rehabilitación demanda abstinencia, los recién llegados inician con éste, el primer paso para posteriormente continuar con los siguientes a su propio ritmo; AA considera que el alcoholismo es una enfermedad progresiva que se puede detener pero no curar. El único requisito para pertenecer a AA es tener el deseo de dejar de beber. Otra de las primacías de AA es el apadrinamiento, que consiste en que alguien que lleva más tiempo en el camino de la recuperación ayude a otro que se acaba de incorporar. Además existen programas asociados para miembros Al-Anon y Alateen, que ofrecen ayuda para los familiares y los amigos.

“Según la doctora McCrady, los estudios sugieren que las personas aptas para filiarse a AA suelen”:

- Tener problemas con el alcohol más graves que los demás.
- Padecer una mayor ansiedad y obsesión por su adicción a la bebida.
- Contar con menos apoyo de su familia.
- Estar acostumbrados a recurrir a los demás para que les ayude con sus problema de la bebida.
- Tener experiencias de pérdida de control cuando beben.
- Demostrar un mayor compromiso con la abstinencia.
- Sentir un mayor deseo de encontrar un sentido a sus vidas.²²

Aunque AA, es uno de los programas más difundidos contra el alcoholismo algunas expertos señalan que se queda corto al no poseer terapeutas profesionales, ya que los pacientes requieren ayuda adicional; muchos presentan problemas de salud concomitantes al alcoholismo, por otro lado, es inminente la necesidad de terapia psicológica, un alto índice de pacientes presentan problemas psicológicos como: depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, etc , asociados al consumo que en las reuniones de AA no se pueden tratan adecuadamente.

Otros estudios señalan, una variable en el tratamiento del alcohol referente al género, debido a que AA fue creado por varones; algunas pacientes mujeres reportan no sentirse identificadas del todo con el programa, pruebas demuestran que en comparación con los hombres las mujeres que beben tienen más tendencia a sufrir depresión, una baja autoestima, problemas psíquicos relacionados con el alcohol, inestabilidad conyugal y familiar y una historia de abusos sexuales o físicos.²³

Estudios recientes, ponen de relieve la importancia de los factores sociales en la percepción que se tiene de la mujer alcohólica con relación al hombre alcohólico, así mientras que el 50% de las personas desaprobaba rotundamente a una mujer

²² Fletcher, A. (2001) *Como dejar el Alcohol*, Editorial Paidós Ibérica, España. pág 149

²³ Fletcher, A. (2001) *Como dejar el Alcohol*, Editorial Paidós Ibérica, España. pág 160

bebida en una fiesta, sólo el 30% desaprobaba a un hombre bebido, existiendo una mayor sanción social para las mujeres.²⁴

Una hipótesis aun no respalda por suficientes investigaciones señalan: que las mujeres prefieren métodos de persona a persona más que la participación de grupos.

WOMEN FOR SOBRIETY

Jean Kirkpatrick, una socióloga que durante años sufrió de adicción al alcohol, finalmente se mantuvo sobria gracias a un método autorecetado, lo que la llevó a fundar en los años sesenta Women for Sobriety. Jean Kirkpatrick basada en su experiencia personal, consideraba que las mujeres que tenían problemas con la bebida necesitaban distintos programas de rehabilitación que los hombres, este programa está diseñado para motivar la autoestima de sus miembros. Según WFS, las mujeres empiezan a abusar del alcohol como una forma de manejar la carencia emocional y otros sentimientos, paulatinamente se convierte en adicción. El programa centra esfuerzos en sustituir los pensamientos negativos y autodestructivos por otros positivos o autoafirmación. El WFS se basa en trece afirmaciones que motiva a sus miembros a responsabilizarse sobre sus pensamientos y acciones, a diferencia de AA no utiliza el apadrinamiento. Al igual que AA, para ingresar a WFS el único requisito es el deseo de dejar de beber.

Lamentablemente, no existen estudios clínicos que respalden la eficacia superior de WFS sobre AA, en el tratamiento para las mujeres.

TERAPIA FAMILIAR

Muchos estudios empíricos, muestran que implicar a la pareja o a la familia en el tratamiento contra el alcoholismo aumenta la posibilidad de que los resultados sean positivos.

²⁴ Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems*. Clin Psych Rev. 24:981-1010.

El objetivo de la terapia familiar, en un primer momento se orienta en propiciar la abstinencia, descubrir a los coadictos, los propiciadores y manejar adecuadamente la situación, ya que pueden sabotear el tratamiento o impedir la abstinencia. Así; el terapeuta familiar maneja la resistencia de la familia, que se manifiesta en la negación ante la enfermedad, después de la negación, una vez que el alcohólico se ha integrado al tratamiento, en la mayoría de los casos la familia experimenta una fase de agresividad hacia el alcohólico lo que es necesario frenar.

El terapeuta familiar también se encarga de integrar los familiares con otras personas que tengan experiencias con alcohólicos. Esto les sirve de apoyo y espejo.

Es frecuente observar la aparición de síntomas nuevos o conductas extrañas en algunos miembros de la familia del alcohólico, lo que requiere la interpretación necesaria de este hecho.

Es importante enunciar en este apartado, la contribución de Peter Steinglass sobre la dinámica familiar del alcohólico, el concluyó en su investigación: que el alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central, alrededor del cual se estructura la vida de una familia y ejerce profundos efectos sobre sus integrantes, tanto de los que beben como de quienes no lo hacen; y, que dichos efectos pueden prolongarse de generación en generación. Por lo tanto, no se debe descuidar la inclusión de la terapia familiar ya que es un enfoque clave para tratar la familia alcohólica, sobre todo si el alcohol se convirtió en el organizador central de la misma.

COMUNIDAD TERAPEUTICA

Es el tratamiento que junto al modelo mixto, (comunidad terapéutica más intervenciones profesionales) está dando actualmente mejores resultados en el campo de adicciones²⁵. La primera comunidad terapéutica fue fundada en 1958 por Charles E Dederich, miembro activo de Alcohólicos Anónimos en

²⁵ Luna, J.(1996). ¿Qué Hacer con un Hijo Adicto? Bogotá: Editorial San Pablo. pág 70

California. Esta comunidad estaba integrada por un grupo de jóvenes que convivían en una casa vieja, participaban de una especie de seminarios de discusión y en psicoterapia grupal.

La comunidad terapéutica consiste en un proceso educativo - terapéutico; que motiva al paciente a darse cuenta de los comportamientos anormales, para cambiarlos y afrontar los problemas, sin necesidad de recurrir a sustancias psicoactivas.

Algunas características de la comunidad terapéutica son las siguientes:²⁶

- Plantea una antropología a cuatro dimensiones bio-psico-espiritual.
- La “racionalidad filosófica” cumple un papel de igual o mayor importancia frente a la “racionalidad científica”, en relación al tratamiento del adicto. La teoría de valores, el problema del sentido y significado de la vida son puntos centrales.
- A la persona adicta se le trata más como “inmadura”, “irresponsable” y no como “paciente”.
- La “crisis de abstinencia” se maneja sin medicamentos y sin sustancias sustitutas.
- Hay un enfoque más democrático en las relaciones entre terapeutas, ex.- adictos y personas en tratamiento.
- En la terapia el papel de la persona ex – adicta es determinante.
- Se privilegia un abordaje más de tipo “funcionalista” al inicio del tratamiento. Lo primero es evitar que la persona consuma psicoactivos. Después se centra la atención en la resolución de problemas bio-psico-socio-espirituales.
- El progreso de cada persona le interesa a toda la comunidad.
- Las comunidades terapéuticas comparten una misma filosofía cuyo aporte fue Richard Beauvais.

“Estoy aquí por que no encuentro refugio de mí mismo. Hasta que no me confronte en los corazones y en los ojos de los demás, estaré corriendo.

²⁶ Luna, J. (1996). ¿Qué Hacer con un Hijo Adicto? Bogotá: Editorial San Pablo. pág. 72

Hasta que no fuerce a mi prójimo a conocer mis secretos, no estaré a salvo de ellos.

Si no permito que me conozcan, no me puedo conocerme yo mismo ni a nadie más, estaré solo.

¿Dónde, sino en este lugar donde estamos todos en lo mismo puedo encontrar un espejo?

Aquí, juntos puedo por fin verme claramente. No como el gigante de mis sueños, ni como el enano de mis miedos, sino como una persona, parte de un todo con un mismo propósito.

En este lugar puedo echar raíces y crecer, ya no más solo como en la muerte sino vivo, para mí y para los demás”

Generalmente, las comunidades ofrecen un tratamiento en tres fases, pero no todas las comunidades viven las tres fases descritas a continuación:

Fase de acogida: Hace referencia al primer contacto con el programa, el adicto y la familia acuden a reuniones de información y orientación, en las cuales reciben todas las normas que deben acatar para el tratamiento; como por ejemplo trabajos para realizar en la casa, reglas a respetar. El objetivo específico de esta fase consiste en mantener la abstinencia, durante la primera fase se vive todo el día en la comunidad pero se duerme en la casa, se pone énfasis en que el adicto no puede permanecer solo, la familia se compromete en llevarlo a la comunidad por las mañanas y se lo acompaña al atardecer.

Fase residencial: Durante esta fase la persona vive en la comunidad las 24 horas, no existe contacto con los familiares durante las primeras semanas, el tratamiento se torna sumamente intenso.

Fase de reinserción: Durante esta fase el adicto regresa a su hogar para irse incorporando gradualmente a un nuevo programa de vida. Se mantienen las reuniones semanalmente para efectuar un seguimiento.

MODELO MIXTO: (Comunidad terapéutica más intervención de profesionales)

Durante mucho años ha existido una gran polémica entre los defensores de las comunidades terapéuticas y los defensores del enfoque medico-psicológico-tradicional ²⁷. Disyuntiva que germino finalmente en un modelo mixto, muchos autores consideran que es el sistema que mejores resultados ha dado.

Este modelo sostiene, que la figura del profesional es determinante en el momento de brindar un diagnostico eficaz y para el manejo de ciertas problemáticas como homosexualismo, trastornos de personalidad, problemas familiares, etc. y para aportar líneas de investigación de seguimiento del joven rehabilitado.

Para formar parte de este modelo se requiere que el profesional (psicólogo, psiquiatra, médico) viva en una comunidad durante un tiempo y reciba las terapias que se imparten “como si fuera un adicto”, si cumple con el objetivo de vivir dentro de la comunidad y hacer una reflexión posterior a la vivencia contará con las bases necesarias para crear un óptimo sistema de tratamiento.

ESPIRITUALIDAD

El modelo terapéutico del Dr. Humberto Guajardo y Diana Kushber, son un ejemplo sagaz de la ventajas de aplicar la espiritualidad en el trabajo psicoterapéutico con los pacientes que padecen de adicción, no desde una perspectiva religiosa; sino más bien, “desde una dimensión que considera componentes de emociones superiores en el ser humano, como son la paz, la felicidad, el éxtasis y el amor a través de vías de superación, trascendencia y autorrealización”²⁸

²⁷ Luna, J. (1996). *¿Qué Hacer con un Hijo Adicto?* Bogotá: Editorial San Pablo. pág 75

²⁸ Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004). *La Integración en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Barcelona. pág. 298.

Al trabajar en autorrealización con el paciente dependiente de drogas se propende el logro de los siguientes objetivos:

- Búsqueda de la autosuficiencia, pérdida del temor al rechazo.
- Admitir lo desconocido.
- Búsqueda de un sentido en la existencia.
- Detener las lamentaciones y dejar de culpar a los demás de los propios fracasos.
- Potencializar el pensamiento positivo, impedir que las preocupaciones y pensamientos angustiosos inhiban la capacidad de acción.
- Aceptar la serenidad y calma; tanto exterior como interiormente, los dilemas de la vida
- Utilizar el pasado, únicamente como una herramienta que le pueda servir para vivir con más plenitud y felicidad.
- Cuidar el cuerpo, como el único traje que llevaré por siempre.

2.4 PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.

El proceso terapéutico esta sujeto a condiciones diversas debido a la individualidad del paciente, por lo que nunca tendrá una lógica lineal, más bien su evolución es en espiral, lo que acontece en una fase repercute en la otra, cada etapa generalmente se superpone y entremezcla, aunque en algunos casos el objetivo terapéutico se orienta al alivio sintomático, a su vez esta influyendo a una flexibilización de la estructura . Esta situación se bosqueja en el caso de los pacientes que padecen abuso de sustancias, así lo demuestran el planteamiento de Prochaska, DiClemente, quienes consideran que “la mayoría de individuos no progresan linealmente, ofrecen un modelo de puerta giratoria a través de los distintos estadios de cambio, los individuos hacen múltiples giros alrededor del círculo de los estadios, antes de conseguir sus objetivos a largo plazo”²⁹

²⁹ Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1993). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Ediciones Paidós, Buenos Aires. pág 36

Otro aporte fundamental de Prochaska, DiClemente y Norcross es la identificación de cinco estadios de cambio en los pacientes que padecen abuso de sustancias, precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. En el estado de precontemplación, los individuos manifiestan estar menos involucrados en superar sus problemas y cambiar sus conductas equívocas. En el estado de contemplación, los pacientes desean explorar los problemas asociados con el abuso de sustancias y prestan atención a las implicaciones del cambio, aunque no hagan aún ninguna acción constructiva para ello, manifiestan una conducta ambivalente. En el estadio de preparación los pacientes propenden a hacer cambios reales y desean ayuda, ya que se sienten perdidos en cuanto a lo necesario para ponerse en margen de la droga. En el estadio de acción los individuos asumen un compromiso para cambiar, y han empezado a modificar sus conductas, este estadio es sumamente estresante y requiere de mucho apoyo psicoterapéutico. En el estado de mantenimiento los pacientes intentan mantener el proceso ya iniciado en estados de anteriores, se pone énfasis en evitar las recaídas.

En el Modelo Integrativo Ecuatoriano, el tratamiento para la adicción consiste en una serie de intervenciones clínicas estructuradas; de tal manera que, resultan útiles para promover y apoyar la recuperación de una persona afectada por el abuso o dependencia del alcohol hacia una mejor calidad de vida. El tratamiento es individualizado con el objetivo de adecuarse lo mejor posible a las características de la personalidad del paciente.

La consulta inicial, la evaluación, el diagnóstico, la intervención y el tratamiento en sí mismos son partes de un proceso que no está fracturado en etapas, sino que forma parte de un continuo de atención, donde las fases transicionan de manera que se solapan unas a otras.

Al inicio del proceso terapéutico el terapeuta propende a la determinación de la demanda, expectativas y motivaciones .

Uno de los principales inconvenientes al que nos enfrentamos, en el caso de las personas que padecen de alcoholismo, es su falta de conciencia de la

enfermedad, factor que genera que el paciente se resista al tratamiento o acudan a las primeras sesiones como una forma de apaciguar las súplicas de la familia y manifiesten finalmente su deseo de seguir consumiendo y la creencia disfuncional que pueden manejar el consumo. Aún cuando el paciente venga por iniciativa propia manifiestan muchas contradicciones acerca de mantener contacto con el terapeuta. La mayoría de los pacientes son obligados a asistir a terapia, por lo que revelan una resistencia pasiva o una conducta conflictiva ante el tratamiento. Además no suelen ser abiertos y sinceros al menos al principio del proceso terapéutico.

Otro factor que añade dificultad a la hora de crear la alianza terapéutica con el paciente que padece de abuso o dependencia de alcohol, es la percepción de las diferencias demográficas o actitudinales entre el terapeuta y paciente; por ejemplo, el paciente puede pensar “Solo alguien que haya pasado por lo que yo he pasado puede entenderme, de que forma podría ayudarme este doctor”, “Me pregunto si este doctor también consume alcohol; si es así, entonces no es mejor que yo”.

Establecer una relación terapéutica adaptativa y funcional con el paciente que padece de abuso o dependencia de alcohol es una tarea difícil, pero es posible, por lo tanto las primeras interacciones entre el paciente y terapeuta son cruciales, el terapeuta integrativo va más allá de la aplicación de las estrategias básicas para establecer el rapport como son: conversación sobre temas neutros, recolección de datos informativos de fácil respuesta, evitación de esperas larga, empleo de comunicaciones de tipo afectivo, reflexionar, escuchar y demostrar autenticidad y una consideración positiva. El terapeuta particularmente manifiesta actitudes no directivas y emite juicios con lenguaje ordinario de manera que los pacientes no tengan la sensación de ser sermoneados; y, consideren al terapeuta como una persona real, además de esta estrategia se propicia el desarrollo del rapport orientando al paciente a centrarse en otras facetas angustiosas de su vida con el objetivo de demostrar al paciente que el terapeuta está interesado en todo su bienestar y no solo buscan frenar el consumo de la sustancia.

Una vez que el terapeuta ha puesto en marcha con éxito, todas las tácticas de inicio, el terapeuta se orientará a la investigación del problema, trastorno y

la personalidad. El establecimiento del diagnóstico clínico parte de la aplicación de Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS) y de la valoración del paciente mediante una batería de test pertinentes. El diagnóstico formal se centra específicamente, en la modalidad del paciente, el tipo de consumo de alcohol del paciente –cantidad, frecuencia y modelo de beber-, basándose para eso en los criterios del DSM-IVR, se delinea la gravedad del problema, problemas de vida concomitantes físicos, psicológicos/psiquiátricos, familiares; interpersonales, legales; los factores que mantienen el modelo de la bebida actual; el soporte social; y el mantenimiento del cambio. En el diagnóstico informal se describe los estilos cognitivos de la personalidad del paciente, los factores favorecedores y obstaculizadores de la personalidad del paciente, la influencia de factores inconcientes sobre cogniciones, afectos y conductas desajustadas.

Únicamente, la visión de la compleja realidad del paciente permite al terapeuta tomar las decisiones pertinentes en cada momento del proceso. El diseño del plan de tratamiento se efectuará teniendo en cuenta las necesidades y características individuales de cada persona, ya que no existe un encuadre de tratamiento ideal generalizable, la efectividad del tratamiento depende de las condiciones del paciente por lo que se diseña el plan de tratamiento individualizado.

Los diversos tipos de tratamiento en contra del alcoholismo se pueden sintetizar en dos lineamientos: los tratamientos ambulatorios y de internación en ambos casos “resulta más efectivo el trabajo con terapias de grupo que con terapias individuales” (Moreau, 1999). La experiencia generalizada en psicoterapia individual con alcohólicos y adictos es decepcionante, por los siguientes motivos: El paciente no tiene conciencia de su enfermedad, crea una coraza para defenderse, lo que dificulta al terapeuta el contacto, otro inconveniente se refiere a la etapa de la adicción, si el paciente se encuentra en el inicio de la adicción es decir en la “etapa de la luna de miel”, para el terapeuta es sumamente difícil competir con el impacto positivo de la droga.

Después de llevar varios meses de abstinencia, la psicoterapia individual es muy fructífera si se combina con la psicoterapia del grupo.

Es importante señalar que en el caso de pacientes que padecen de un alto nivel de consumo se requiere de un periodo de internación para realizar un proceso de desintoxicación. Si se opta por el ingreso a una terapia ambulatoria, se requiere tomar una serie de medidas que eviten el consumo para lo que se requiere la contención familiar.

Las fases y etapas de los procesos de tratamiento ambulatorio como los de internación difieren y dependen de las distintas instituciones, el terapeuta integrativo interviene en el proceso de tratamiento ya sea facilitando el ingreso del paciente en un tratamiento o como parte del equipo clínico multidisciplinario.

Finalmente el equipo evalúa los logros y avances durante el proceso terapéutico.

Para algunos pacientes, la dependencia del alcohol, es un problema crónico que puede asemejarse a problemas médicos, por lo tanto es preciso que el modelo de tratamiento aplicado no se acabe definitivamente, sino que lo más apropiado será mantener contacto terapéutico a largo plazo, con sesiones cada vez más cortas para evitar recaídas.

El modelo Integrativo Ecuatoriano, señala que todo tratamiento serio en contra del alcoholismo involucra el sistema familiar, ya que es irrefutable la necesidad que a lo largo del proceso terapéutico se incluya la participación de la familia, puesto que su función es ayudar al tratamiento con sus respuestas ante la bebida y la abstinencia, aportando un reforzamiento diferencial contingente a la abstinencia, y aplicando consecuencias negativas contingentes a la bebida. Esto puede ser simple, como dar ánimos y comentarios positivos, o más elaborados, especificando las consecuencias que; por parte de sus familiares, tendrá el beber o no beber para el paciente. Por lo tanto es muy importante la necesidad de incluir la psicoterapia familiar dentro del proceso de recuperación del alcohólico, para que los pacientes que poseen sistemas de apoyo, pero que inconscientemente refuerzan el consumo, accedan a nuevas relaciones y nuevas actividades- que refuercen la abstinencia.

CONCLUSIONES

La complejidad del alcoholismo en la cual confluyen una multiplicidad de factores evidencia que el psicoterapeuta dedicado a tratar este tipo de trastorno requiere una formación amplia, diversa, abarcando la diversidad de los enfoques de tratamiento que se ofrecen, de los que habrá que buscar el adecuado para cada tipo de paciente. Este planteamiento, aclarado en el desarrollo del trabajo, muestra lo que nos parece el mayor valor de la propuesta del modelo integrativo, la apertura organizada a una diversidad de enfoques de tratamiento, focalizando la atención a la modalidad específica del paciente como una cuestión central en el abordaje. Por lo tanto es innegable que la utilización de un modelo integrativo permite optimizar el tratamiento para el alcoholismo enriqueciendo los procedimientos que han sido ya utilizados.

CAPITULO III



Oswaldo Guayasamín

CAPITULO III

EL IMPACTO DEL ALCOHOLISMO SOBRE LA FAMILIA

Cuando uno tiene dieciséis años no sabe lo que sus padres saben, ignora mucho de lo que entienden, y más aún de lo que puede haber en su corazón. Ello puede salvarte de hacerte adulto demasiado pronto, evitar que tu vida llegue a ser tan sólo una repetición de la suya, lo que siempre implica una pérdida. Pero escudarte en ti mismo –cosa que yo no hice– parece un error aún más grave, pues lo que pierdes es la verdad de la vida de tus padres y lo que deberías pensar acerca de ella, y – más allá incluso –la justa valoración del mundo en que estás a punto de integrarte.

Richard Ford, Incendios

En este capítulo centra su foco de interés en la familia tanto como su integrante alcohólico, parte describiendo las conclusiones de una serie de investigadores formidables que han observado la conducta interaccional de las familias y han apreciado como el ciclo de vida de una familia puede ser deformada por la irrupción de una historia de vida alcohólica.

Las familias con miembros alcohólicos constituyen sistemas de enorme complejidad altamente tolerantes al estrés y divergentes, cuyo desarrollo lamentablemente puede desembocar en el afianzamiento de una identidad alcohólica en la familia y en el caso de que el alcoholismo crónico invada los rituales y rutinas familiares, este estilo de familia además podrían influir al florecimiento de una identidad alcohólica en sus hijos.

3.1 ¿IMPONE EL ALCOHOLISMO UNA SERIE DE EXIGENCIAS SINGULARES PARA EL DESARROLLO DE LA FAMILIA?

Steinglass (1989), destaca que el impacto psicológico y conductual del alcoholismo puede ser superior para los miembros no alcohólicos de la familia que para los que beben. La dinámica familiar de la familia alcohólica, sujeta a continuos conflictos económicos, laborales, sociales son sin lugar a dudas, generadoras de estrés y ansiedad. Este dato fue corroborado por Mandic y Ruzic (1976), en un análisis sobre el estado psíquico de las familias de alcohólicos, en el cual observaron que la ansiedad es el síntoma dominante en este tipo de familias.

Partiendo de dicho panorama, es preciso señalar que lamentablemente nos encontramos frente a un sistema familiar desequilibrado por la enfermedad del alcohólico, muchos autores expertos en el tema consideran que la descripción que Minuchin otorga a la familia psicósomática, encaja notablemente con la familia alcohólica, la cual al parecer funciona óptimamente cuando alguno de sus miembros se encuentra enfermo. Como características peculiares de esta familia, Minuchin describe la sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema, “una rigidez frágil”.

Steinglass, en sus investigaciones encontró que el alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central, alrededor del cual se estructura la vida de una familia. Cuando ello ocurre, esta se convierte en una familia alcohólica, que se diferencia de la familia con miembros alcohólicos, donde el alcoholismo no se constituyó como principio organizador de la vida familiar. Cada familia, con un miembro alcohólico debe hacer frente a un estado que posee cinco características centrales: 1) es crónico; 2) implica el uso de una droga psicobiológicamente activa; 3) es de naturaleza cíclica; 4) produce respuestas predecibles; y, 5) tiene un curso de desarrollo definido.

Como vemos, evidentemente en la familia alcohólica los adultos tienden a repetir crónicamente patrones comportamentales inadecuados sobre sus hijos. En estas familias es posible considerar el alcoholismo como una modalidad homeostática; es decir, como una manera de definir repetitivamente las relaciones interpersonales en el interior de un sistema familiar, a fin de solucionar conflictos y contradicciones graves, pudiendo mantener así la cohesión familiar.

El modelo sistémico de la familia alcohólica, ve la vida familiar como un producto del juego dinámico recíproco entre dos grupos de procesos: el primero vinculado con la regulación interna de la vida de la familia para mantener el orden y la estabilidad en otras palabras la homeostasis familiar; y el otro, relacionado con el crecimiento, cambio y desarrollo de la familia llamado también morfogénesis.

La dinámica de las familias alcohólicas, se caracteriza por ser familias generalmente inflexibles; en donde las reglas por lo general son inhumanas, lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles. En cuanto a los límites, estos tienden a ser rígidos o inexistentes. La comunicación es indirecta y encubierta, en donde los sentimientos carecen de valor. Promueven la rebelión y la dependencia, teniendo como consecuencia que sus miembros sean incapaces de resolver conflictos; por lo tanto, el resultado es inapropiado y destructivo (Woititz, 1983).

En la familia alcohólica, se hace presente una deformación del desarrollo, que hace referencia a los cambios y alteraciones de la forma acostumbrada de la maduración sistémica, estos son la consecuencia de experiencias específicas singulares que la familia se ve obligada a enfrentar. Una de estas experiencias es el alcoholismo crónico de uno de sus miembros; en este último caso, se dan en la familia alcohólica ciertos cambios característicos, ciertas alteraciones de la maduración sistémica normal que pueden manifestarse en las distintas fases normativas de la familia alcohólica. Así la presencia del alcoholismo en la familia posee el impulso suficiente para alterar a fondo el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia; por lo general, esta alteración impulsa a la familia acentuando la estabilidad a corto plazo, a expensas del crecimiento a largo plazo.

Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, en sus investigaciones pudieron observar que la "familia alcohólica" al igual que todas las familias, fuese cual fuese su composición o edad de sus miembros, atraviesa por diferentes fases de crecimiento, basadas en el surgimiento secuencial de una serie de "temas de desarrollo".

La primera fase del desarrollo, caracterizada por el optimismo en espera del futuro y el deseo de realizar proyectos, involucra rápidos cambios e intensa actividad, con el objetivo de definir las reglas y las creencias compartidas en el sistema familiar.

En esta etapa de formación de identidad, cada miembro de la familia trae consigo su propio bagaje emocional y cognitivo, acerca de cómo debe

armarse la nueva familia. La lealtad hacia la familia de procedencia, varía mucho de una persona a otra; y, puede generar serios inconvenientes.

Las familias alcohólicas, al atravesar esta fase manifiestan dificultades para formar la identidad familiar. En caso de brotar el alcoholismo, la familia suele optar por dos caminos opuestos: enfrentarse a tal conducta o no hacerlo, la oposición generalmente desencadena la expulsión del alcohólico del sistema familiar, pero si se elige el camino permisivo, el alcohol será incorporado en la identidad familiar. Como el alcoholismo es un estado de una familia con cierta predisposición genética, las bases de una futura identidad alcohólica son sembradas a menudo en la familia de origen alcohólica.

En cambio, durante la fase intermedia, que se caracteriza por prolongarse en el tiempo y estar dominada por "fuerzas reguladoras" más que por "fuerzas de crecimiento", plantea a todas las familias los siguientes retos:

1. Compromiso referente a los "temas de organización centrales" para la vida de la familia.
2. Responsabilidad sobre un cúmulo de reglas estables y coherentes, respecto a las conductas y las relaciones en el seno de la familia. La familia puede elegir la ejecución flexible de las funciones, lo cual supera a la asignación de funciones estereotipadas e inflexibles.
3. Surgimiento de una serie de programas de conducta repetitivos para la organización de las rutinas familiares, para los acontecimientos especiales, (feriados, vacaciones) y estrategias para la solución de problemas de la vida diaria. La importancia de estos programas, radica en que proporcionan coherencia y estructura al sistema familiar y su vez afianzan y conservan compromisos y las reglas que la familia estableció con anterioridad.

Cuando la familia alcohólica vivencia esta fase, el alcoholismo invade las conductas reguladoras como también las conductas rituales, que se modifican para adaptarse a un miembro alcohólico de la familia, un ejemplo descriptivo sería cuando la familia decide suspender la celebración de la Navidad, porque el padre se emborracha y arremete contra todos. Así, la invasión del alcohol

provoca que las "conductas reguladoras", sean adoptadas en función de su afinidad con la conducta alcohólica y se desechan si son incompatibles con ella. El proceso de irrupción, acontece paulatinamente facilitando que la familia se acople al alcoholismo, de esta manera las "conductas reguladoras" de la familia, asumen la función de mantener la conducta alcohólica crónica, logrando que el funcionamiento familiar se torne más rígido; al tal punto que, el crecimiento personal de los miembros de la familia es descuidado, propagando un sentimiento de privación emocional en los integrantes del grupo familiar.

En el final de la fase intermedia, usualmente la familia confronta una serie de pérdidas; como por ejemplo, padres que se envejecen, hijos que se casan, el retiro o la disminución laboral de los padres. Incorporado con las pérdidas surgen una serie de nuevas adquisiciones, como nuevos miembros, nuevas ideas de los hijos que traen consigo perspectivas y valores diferentes.

Durante la última fase del desarrollo en las familias normativas, a medida que las presiones crecen, la estabilidad interior de la familia tambalea, por lo que es probable que se refuercen las conductas con el objetivo de neutralizar las presiones de desarrollo, engendradas por las pérdidas y los agregados.

En la última fase del desarrollo, el desafío radica en la preservación de la identidad familiar, en otras palabras heredar un "legado", a las generaciones futuras, proceso abarca dos tareas: La primera conlleva a la familia a discernir o identificar explícitamente lo que se quiere transmitir; y en segundo lugar, la familia debe buscar las estrategias para transmitir su legado a la generación siguiente.

En la última fase en las familias alcohólicas, la disyuntiva radica en decidir si se transmitirá o no a la generación siguiente el legado de familia alcohólica. Frente a tal presión nuevamente se vislumbran dos caminos: la familia abandona su identidad alcohólica, o por otro lado, la familia puede responder reiterando su negativa a dejar de beber y sin embargo continuar adaptando las conductas reguladoras al miembro alcohólico.

3.2 ¿CUÁL ES EL RIESGO PARA LOS HIJOS DE ALCOHÓLICOS DE PADEZCER DESAJUSTES EMOCIONALES?

El problema del alcoholismo tiene matices endémicos, el alcoholico no es el único que sufre por el consumo de la sustancia. Investigaciones demuestran que por cada adicto activo, al menos siete personas en su entorno resultarían afectadas en mayor o menor grado. En este apartado, nos concentraremos en explorar la vulnerabilidad del hijo alcoholico, partiendo de las investigaciones efectuadas y no de simples supuestos.

Las investigaciones centradas en las repercusiones que se producen en el niño cuando uno o ambos padres son alcoholicos, son relativamente recientes. La primera investigación sobre dicha problemática data del año de 1969, gracias al investigador M. Cork. La misma situación se aprecia en cuanto a las investigaciones sobre la dinámica familiar de la familia alcoholica, estas se iniciaron hacia los finales de los setenta y principios de los ochenta, concluyendo que todos los miembros de la familia sufren un sinnúmero de consecuencias negativas, debido a su convivencia con un padre o madre alcoholicos.

Por otro lado; cabe agregar, que aunque existe consenso en señalar que las familias alcoholicas son muy heterogéneas entre sí, los investigadores han encontrado un grupo de características comunes. La familia de los alcoholicos, tienen bajos niveles de cohesión, expresividad, independencia, orientación intelectual y altos niveles de conflicto comparado con otras familias. (Filstead 1981). También se ha observado la presencia usual de ciertas reglas tácticas, que la familia adopta como una forma inadecuada de perpetuar el equilibrio sistémico a costa del crecimiento, estas reglas hacen referencia a las siguientes imposiciones: no confiar, no sentir y no hablar. Así, los niños con uno de los padres alcoholicos desde una edad muy temprana, adoptan una actitud de una compleja supervivencia emocional y algunas veces física; en base de esas imposiciones, y desplaza estas reglas de conducta a otros contextos. Los hijos de los alcoholicos están atrapados en un silencio desgarrador por una familia que usualmente niega la existencia de la enfermedad que los ha encadenado.

T. Cermak puntualizó, que aquellos niños que crecen con un padre alcohólico podrían padecer algo parecido a un trastorno de estrés post-traumático con síntomas crónicos de ansiedad aguda y pesadillas.

Trejo, cuya investigación abarca a 90 casos de padres alcohólicos, cuyos hijos comprendían una edad entre cinco y doce años de edad, encontró que el 81% de los 243 hijos de alcohólicos fueron reportados como agresivos y rebeldes; el 65,5% de ellos presentaron temor hacia el padre alcohólico. Además el investigador, encontró un hecho importante en cuanto a la relación padre e hijos, el 53% de los padres alcohólicos, cubren las necesidades materiales y los deseos de los hijos cuando están intoxicados y cuando se encuentran en abstinencia cubren el aspecto material y no creen necesaria la demostración de afecto.

Pitaula, señala que el 10% de hijos de padres alcohólicos, son más vulnerables a padecer trastornos de déficit de atención, en contraposición al 1.32% de hijos de padres no alcohólicos que padecen de dicho trastorno.

Claudia Black, una de las más destacadas investigadoras sobre la problemática del hijo del alcohólico, señala que lamentablemente el hijo de un alcohólico no es vulnerable únicamente porque carece del establecimiento de un vínculo seguro con el padre alcohólico; sino también, porque a medida que avanza la enfermedad del padre, la madre también se perturba por la preocupación por la conducta del alcohólico y desarrolla un coalcoholismo; finalmente, ninguno de los padres, puede satisfacer coherentemente las necesidades emocionales de sus hijos.

Wences, en sus investigaciones sobre los efectos del padre alcohólico, en el desarrollo psicomotor y emocional del niño cuyas edades fluctuaban entre 8 y 9 años, llegó a las siguientes conclusiones: los hijos de padres alcohólicos presentan niveles de maduración psicomotriz inferiores a su edad cronológica con respecto a hijos de padres no alcohólicos, además presentan confusión, ansiedad, aislamiento, timidez y dificultades de adaptación.

American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, en 1999 señala: que los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad cuatro veces mayor que otros niños de convertirse en alcohólicos. La mayoría de los hijos de alcohólicos han experimentado diversas formas de abandono o abuso, poseen un peor ambiente familiar, menor nivel socioeconómico, peor rendimiento cognitivo y escolar, más síntomas de psicopatología y mayor necesidad de asistencia psicológica.

Moos and Billings (1979), encontraron que el estrés emocional, producido en los niños debido al consumo de alcohol de los padres, se reduce cuando los padres detienen el consumo. Estos investigadores además evaluaron los problemas emocionales en niños procedentes de familias con problemas de alcohol, niños con padres en recuperación del alcoholismo y niños cuyas familias no presentan ningún problema relacionado al alcohol. Los niños que forman parte de una familia con problemas de alcohol, reportan niveles altos de ansiedad y depresión en relación con niños que provienen de familias que no presentan problemas de alcohol, el funcionamiento familiar fue similar entre los niños de padres en recuperación con padres normales.

Otras investigaciones señalan, que los hijos de alcohólicos tienden a actuar como "padres" responsables de la familia, esta conducta al parecer es adoptada como una estrategia para hacer frente al alcoholismo, convirtiéndose en personas controladoras, que tienen mucho éxito en la escuela, pero que viven emocionalmente aislados de los otros niños y maestros. Sus problemas emocionales se vuelven aparentes únicamente cuando alcanzan la edad adulta. (American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 1999).

Niños en edad escolar que tienen padres alcohólicos, frecuentemente reportan más problemas en su desempeño académico, estimando su coeficiente intelectual su desempeño académico está por debajo de los esperado, todo por el efecto de vivir con un padre alcohólico (Miller 1977).

Resultados de varios estudios han demostrado, que los hijos de familias alcohólicas reportan altos niveles de depresión y ansiedad y exhiben más síntomas de estrés generalizado y baja autoestima que niños que provienen de familias no alcohólicas (Anderson 1983)

Alateen, ha delineado algunos de los efectos negativos del alcoholismo de los padres sobre la personalidad de los hijos de los alcohólicos. A continuación los enunciaré con brevedad:

- Necesidad de constante aprobación y afirmación: Esto se debe a que ellos no han podido establecer con exactitud que es adecuado y tratan de moldear una conducta adecuada en base de las acciones y reacciones de los demás.
- Dificultad para reconocer sus logros personales: Lo que parece rutina para los hijos de los alcohólicos, puede ser un sobre logro para otras personas que les rodea .
- Necesidad de perfección: Los hijos de los alcohólicos desde niños están al tanto que una pequeña equivocación, podría provocar que su progenitor alcohólico explote de rabia. Esta profunda semilla de miedo empeora con el tiempo y hace que los hijos de los alcohólicos la lleven consigo aún hasta la adultez.
- Ansiedad, aún cuando no existan problemas: Esto se debe a que el alcohólico siempre sabotea los buenos momentos como días feriados, cumpleaños y vacaciones. En la familia con un miembro alcohólico las cosas nunca resultan como las han planeado.
- Atracción hacia las crisis y personas compulsivas o abusivas: Las personas pueden volverse adictas a la excitación. Situaciones apacibles y relaciones estables les resulta aburridas a los hijos de los alcohólicos. Ciertas investigaciones demuestran que existe la tendencia en los hijos de alcohólicos; especialmente en la hijas mujeres, de casarse con personas que padecen de abuso o dependencia al alcohol.
- Reacciones de miedo ante figuras de autoridad o personas molestas: Usualmente los hijos de los alcohólicos tuvieron figuras de autoridad abusivas, por esta razón ellos esperan lo mismo de todas las figuras de autoridad. Dentro de sus experiencias, el hijo del alcohólico sabe que cuando el alcohólico esta molesto, esto usualmente significa que algo extremo va ha suceder.
- Dificultad para hacerse cargo de sí mismos: Para los hijos de los alcohólicos, es más fácil asumir el rol de cuidador, ya que para ellos

es incomodo hacer cosas para satisfacer únicamente sus necesidades personales. Es difícil para ellos autoapreciarse por que difícilmente se han sentido queridos por sus padres.

- Dificultad para identificar y expresar sus emociones: Desde niños los hijos de los alcohólicos fueron motivados a reprimir sus emociones . Para ellos habitualmente no era permitido manifestar rabia o tristeza y si lo hicieron ellos tuvieron que lidiar con serias consecuencias o el ridículo .
- Desconfianza acerca de los propios sentimientos y los sentimientos expresados por los otros: Cuantas veces el hijo de un alcohólico ha escuchado lo siento; sin embargo, la situación desagradable se ha repetido una y otra vez. Los hijos de los alcohólicos han crecido con alguien experto en controlar y manipular a todos a su alrededor. Por lo tanto la confianza es algo que no viene naturalmente para ellos. Los hijos de los alcohólicos tienden a usar como alternativa sus primitivas defensas usadas desde niños. Ellos tienden a percibir el daño aunque este necesariamente no esta presente, entonces se ponen a la defensiva del miedo hacia a un agresor, ya sea real o imaginario
- Tendencia al aislamiento: Algunos hijos de los alcohólicos asumen como estrategia el aislamiento, ya que consideran que si la gente esta muy cerca, ello podrían conocer sus secretos.
- Dificultad para establecer relaciones intimas: Posiblemente el único amor que los hijos de los alcohólicos vieron demostrar en la niñez fue el amor de el alcohólico hacia la bebida.

Como hemos observado, existe un movimiento científico que se ha concentrado en elaborar investigaciones serias sobre este grupo vulnerable. Los estudios efectuados han suministrado información valiosa en los aspectos sociales y psicológicos, experimentados por muchos hijos de padres alcohólicos. Lamentablemente, la mayoría de las investigaciones provienen del contexto anglosajón no existen investigaciones dentro del contexto ecuatoriano acerca de la problemática de los hijos de los alcohólicos, específicamente en los concerniente a los factores de riesgo y protección, lo que nos deja

despojados para definir estrategias que protejan a este grupo vulnerable de las negativas consecuencias del alcoholismo.

Cabe resaltar, que si bien en el Ecuador existe un numero considerable de niños y adolescentes que forman parte de hogares donde la problemática del alcoholismo esta presente, la mayoría de los hijos de familias alcohólicas no atraen suficientemente la atención para que se identifique la necesidad de atención, por lo que constituyen una población desatendida.

3.3 ANSIEDAD EN LOS HIJOS DE LOS PADRES ALCOHOLICOS

La ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín y Chorot, 1995, p.56), es una emoción que se manifiesta relacionando un triple sistema de respuestas subjetivo-cognitiva, fisiológico-somática, motor-conductual.

Como afirman muchos autores, la ansiedad puede presentarse como una reacción temporal o como una condición más o menos estable en forma de predisposición (Sandín, B y Chorot, P. 1995; Spielberger, Ch. y Guerrero, R. 1975).

"La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo" (Spielberger, Ch. y Guerrero, R. 1975, p.01).

"La Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado" (Spielberger, Ch. y Guerrero, R. 1975, p.01).

Respecto a las consecuencias del alcoholismo en la familia, los resultados de las investigaciones, demuestran consistentemente que los hijos de padres alcohólicos tienen un alto riesgo para padecer altos niveles de ansiedad, frente a estos

hallazgos surge una interrogante dentro del modelo integrativo ecuatoriano como una variable digna de ser investigada, para delinear mejores estrategias de intervención para esta población en riesgo. La ansiedad en los hijos de los alcohólicos que surge como consecuencia de un ambiente adverso, como una reacción temporal que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, puede a lo largo del desarrollo de la personalidad del hijo del padre alcohólico llegar a configurarse en una condición más o menos estable, en una forma de predisposición. ¿Puede en ciertas circunstancias existir en los hijos de los alcohólicos la propensión a la ansiedad?, es decir, que la ansiedad no constituya un estado de los hijos de los padres alcohólicos sino más bien un rasgo de su personalidad que lleve a tener una tendencia a sobre responder a situaciones percibidas como amenazantes, a mantener una expectativa negativa y rígida del mundo, siempre esperando lo peor. Este rasgo de la personalidad, constituido en el seno de la familia alcohólica puede agregar vulnerabilidad a los hijos de los padres alcohólicos, a padecer de abuso o dependencia al alcohol u otros problemas emocionales.

3.4 FAMILIA EN RECUPERACION DEL ALCOHOLISMO

La recuperación ha sido para nosotros una obsesión. Nuestros niños habían recuperado a su Papá y a su Mamá pero ¿Quién se había preocupado por ellos? Nadie. Yo estaré siempre agradecido por la sobriedad pero yo tengo un profundo arrepentimiento acerca de el abandono hacia a nuestros hijos en servicio de nuestra propia recuperación.. (Comentario de un padre de familia en el Proyecto de Recuperación Familiar en el Instituto de Recuperación Mental de Palo Alto, California).

La Doctora Stephanie Brown, directora del Instituto de Adicciones en California, ha examinado el proceso de cambio relacionado con la sobriedad dentro de tres aspectos importantes: el ambiente, el sistema y los individuos. La Dra. Brown y su equipo durante seis años y la aplicación de entrevistas a 52 parejas y familias, pudo llegar a las siguientes conclusiones sobre la recuperación familiar en el alcoholismo:

- Los estados de la recuperación involucran no solo al individuo sino a la familia, la transición del consumo hacia la abstinencia, consiste en un continuo de procesos que parte de la recuperación temprana, que reside en la estabilización de la abstinencia con un nuevo aprendizaje y la incertidumbre del cambio, en cambio la recuperación duradera, acontece cuando los cambios masivos, han sido consolidados y la familia es guiada por normas de organización y valores de la recuperación .
- El ambiente o el contexto de la familia alcohólica es traumática y dolorosa, tanto para los niños como para los adultos. Persiste en la inseguridad y la falta de control. La recuperación temprana tiene lugar al menos a lo largo de tres a cinco años . Cuando la familia ha pasado a la siguiente fase y la recuperación se hace más firme, el ambiente es seguro pero no libre de dificultades y crisis de la vida normal.
- El enfermizo sistema de las familias debe colapsar cuando la ésta entra en recuperación, permitiendo trasladar la atención del sistema hacia los individuos. Muchas familias no alcanzan este colapso o no sobreviven a él, porque hay mucho trastorno con la abstinencia además de desorden causado por el ataque al sistema homeostático, muchas familias renuncian, percibiendo que las cosas se han vuelto peor y que no han logrado mejorar. Por lo que es necesario que la familia cuente con una contención fuera del ambiente familiar que pueda brindar el apoyo necesario durante esta etapa que conlleva años .
- El cambio no acontece en la familia por la simple presencia de la abstinencia, ya que en sí, no es una vacuna contra la enfermedad. El cambio requiere de la guía y apoyo externo para que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades emocionales individuales como familiares.
- Algunas veces existe un lado oscuro en la recuperación, los padres son negligentes con sus hijos; ya que concentran su atención únicamente en su recuperación individual y abandonan sus responsabilidades como padres. Aunque resulte sorprendente señalar, muchos niños experimentan un trauma de la recuperación que se suma a los horrores de la bebida . Estas desoladoras noticias, nos hacen reflexionar acerca del hecho de que los niños pueden sentirse peor, no mejor precisamente

como sus padres es así que pueden sufrir abandono físico o también prolongarse en ellos el aislamiento psicológico debido a la recuperación de sus padres.³⁰

Considerando los importantes aportes de la Dra. Brown, podemos dilucidar que la abstinencia si bien marca un comienzo positivo; sin embargo, es un proceso difícil y doloroso que de ningún modo resulta fácil para los involucrados. Cuando los padres están en recuperación, los niños necesitan apoyo y educación para poder percibir los cambios, necesitan sentirse parte activa del programa de recuperación y no permanecer en un estado pasivo, mientras sus padres reciben recuperación, el caos y las interferencias debe esperarse como parte del proceso de recuperación de la enfermedad del alcoholismo, la necesidad de los padres de centrar la atención en ellos mismos como individuos y la importancia de mantener; y en algunos casos aprender, las responsabilidades parentales, deben mantener una medida equitativa por lo tanto, los padres necesitan la orientación necesaria, para poner relevancia en ellos mismos sin ser negligentes o abandonar a sus hijos, manteniendo una mirada en las reacciones y las necesidades de los niños .

El largo y complejo proceso que transcurre la familia alcohólica para establecer vínculos sanos; así como también, el progreso de cada uno de los miembros como individuos en un ambiente más seguro, depende de una serie de factores únicos para cada familia . Algunos hijos de los alcohólicos son muy pequeños, cuando sus padres se inician en la recuperación, esta es una época especial para establecer la salud familiar antes que los niños crezcan y se vayan. En otros casos los niños se convirtieron en adolescentes o adultos jóvenes, cuando la recuperación de sus padres impactó el sistema familiar. Estos niños han crecido envueltos entre los horrores del consumo de alcohol y el desorden de la temprana recuperación. En estos casos, ajustarse a

³⁰ *Stephanie Brown, Ph.D, with co-director Virginia Lewis, Ph.D., of the Family Recovery Project, has completed a curriculum called MAPS, ("Maintaining Abstinence Program") for families in recovery for more than a year; it was published in 1997. Dr. Brown is also Director of the Addictions Institute in Menlo Park, California. She is a NACoA founder and a member of the current NACoA Advisory Board.*

la recuperación emocional del hogar, consolidar un sano sistema familiar y reparar los lazos de apego con sus padres es el gran desafío familiar

Por lo expuesto, dentro del modelo ecuatoriano integrativo, asumimos el hecho de que los padres tal vez inadvertidamente han hecho daño a sus hijos, ya que negar esta situación, nos llevaría a perder la perspectiva para diseñar mejores programas de intervención para proteger a los hijos de los padres alcohólicos. Así el terapeuta integrativo orientado a trabajar con la problemática del alcoholismo, cuenta con el conocimiento necesario, para manejar la paradoja acerca de lo normal y necesario en el proceso terapéutico, con el fin de potencializar cambios a largo plazo.

3.5 PSICOTERAPIA FAMILIAR DESDE EL MODELO INTEGRATIVO

El propósito fundamental de la psicoterapia integrativa, radica en lograr un cambio significativo que propicie la mitigación del malestar del paciente. Por lo que no desvirtúa el hecho de que el funcionamiento interpersonal dentro dinámica de la familia es un factor determinante en la génesis, constitución y mantenimiento de los trastornos. Por lo tanto, el tratamiento del alcohólico inevitablemente va de la mano de la recuperación familiar; ya que de no ser así, la rehabilitación del alcohólico sin la familia llevaría al fracaso de ambas partes ya que se encuentra intrínsecamente involucradas.

Por lo expuesto, el modelo integrativo Ecuatoriano, considera que cualquier programa de tratamiento en contra del alcoholismo debe incluir dentro de sus estrategias de intervención, la Psicoterapia Familiar, ya que ha probado ser de gran utilidad al utilizar las fortalezas y recursos de la familia encaminadas a encontrar nuevas formas para impulsar al alcohólico a aprender a ser libre de su dependencia y paulatinamente aminorar el impacto de la enfermedad tanto en el paciente como en la familia.

El Modelo Integrativo Ecuatoriano de Psicoterapia, postula que dentro de la Psicoterapia Familiar, el objetivo general radica en ayudar a los familiares a darse cuenta de sus propias necesidades y ayudar al alcohólico a detener la transmisión generacional del alcoholismo.

A continuación especificamos los pasos del proceso y los elementos vinculados a la intervención familiar en el caso de alcoholismo:

PRIMERA ETAPA

DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA, EXPECTATIVAS, MOTIVACIONES E INICIO DEL PROCESO.

El terapeuta integrativo que se plantea una intervención familiar dentro de la problemática del alcoholismo primero debe resolver las siguientes interrogantes durante la primera fase:

- ¿Se trata de una familia alcohólica o una familia con un miembro alcohólico?
- ¿El alcoholismo es la prioridad del tratamiento en la familia, o existen demandas encubiertas de sus miembros?
- ¿Los miembros de la familia requieren una intervención psicoterapéutica individual o grupal separada del alcohólico a más de una intervención familiar?
- ¿Es adecuado en ese momento, la psicoterapia familiar o la familia precisa únicamente asesoramiento para ayudar al alcohólico con un reforzamiento diferencial contingente a la abstinencia, y aplicando consecuencias negativas contingentes a la bebida.?
- ¿Cuál es el rol de la familia en el proceso terapéutico?

Por otro lado, el terapeuta debe hacer un pequeño delineamiento acerca de los contactos con tratamientos anteriores, la percepción de la familia sobre el consumo de alcohol, sus consecuencias, y las conductas usadas para hacer frente al problema.

SEGUNDA ETAPA

INVESTIGACION DEL PROBLEMA

En esta etapa el psicoterapeuta, centra sus esfuerzos en elaborar un estudio transversal y longitudinal minucioso de la familia y no únicamente del alcohólico, con inferencia sobre las conductas reguladoras de la familia que han sido alteradas por el alcoholismo. En esta etapa de acuerdo a la problemática particular de la familia alcohólica o la familia con un miembro alcohólico se administrarán las técnicas pertinentes que evalúan variables individuales de cada uno de los miembros de la familia o de la pareja. La evaluación familiar permite al psicoterapeuta, conocer el nivel de deterioro funcional o severidad del trastorno dentro de la dinámica familiar.

La evaluación familiar dentro del contexto de la terapia integrativa implica:

EVALUACIÓN DE PAREJA

EVALUACIÓN CONDUCTAL DE LA PAREJA

Es preciso detectar si existe un intercambio superior de conductas displacenteras en lugar del intercambio de conductas placenteras entre los miembros de la pareja. Además conocer hasta qué punto la conducta individual de un miembro de la pareja, es influenciada tanto por el ambiente como por la conducta del compañero en un proceso recíproco de influencias.

HABILIDADES MARITALES

El terapeuta indagará la habilidad de la pareja para resolver problemáticas cotidianas propias de la relación: interacción sexual, manejo de dinero, crianza de los niños, actividades del hogar, actividades de disfrute y compañía, etc.

Habilidades en Comunicación

Resulta muy útil para el terapeuta, conocer si la pareja exhibe mayor cantidad de comunicación no verbal negativa, mayores cantidades de comunicación verbal negativa (como críticas y desalientos); y, menores intercambios de positivas formas de comunicación. Además de detectar si el intercambio de comunicación permite expresar preferencias, actitudes, percepciones, ideas y emociones, y establecimiento de intimidad y la posibilidad de resolver los conflictos.

Habilidades en solución de problemas

Observar en la pareja la dificultad de lograr acuerdos efectivos en la solución de problemas.

EVALUACION COGNITIVA DE LA PAREJA

Supuestos

Cada miembro de la pareja suele tener una representación cognitiva particular acerca de su pareja o cónyuge, así como lo esperable de la pareja. Al conocer, que asunciones juegan dentro de la dinámica de la pareja, podemos comprender

como los supuestos están acarreado poderosas reacciones emocionales; placenteras o displacenteras, respecto a los eventos maritales que acontecen.

Estándares

Conocer de qué forma los deseos de cada miembro de la pareja son satisfechos por la relación. Descartar si los miembros de la pareja poseen estándares inadecuados, es decir inflexibles, inalcanzables.

Percepción

Conocer dentro de la dinámica de la pareja, como categorizan o clasificar la información disponible en una situación determinada.

Atribuciones

Conocer si los miembros de la pareja atribuyen la conducta negativa del compañero a factores globales y estables, y las conductas positivas a factores inestables y efímeros, y si esto esta generando respuestas de enojo, culpar al otro, desesperación o conductas de alejamiento.

Expectativas

Indagar acerca de cuáles son las predicciones de cada miembro de la pareja, acerca de lo que ocurrirá en la dinámica de la relación.

EVALUACION AFECTIVA

Parte del precepto de que la familia es el escenario del intercambio de cantidad y calidad, de expresiones positivas y negativas de afecto y emoción (Berscheid, 1983).

Dentro de esta perspectiva, el terapeuta debe indagar: la cantidad e intensidad de afectos que se intercambian en la pareja, si la pareja propicia o no el reconocimiento de las propias emociones, si existe o no la expresión inadecuada de emociones, la frecuencia e intensidad de emociones disfuncionales como el enojo ,depresión, ansiedad, celos.

EVALUACION FAMILIAR

El psicoterapeuta debe indagar el momento del pedido de tratamiento, de acuerdo a la fase de maduración sistémica que atraviese la familia.

Steinglass: Maduración sistémica

FASES		TAREAS	DEMANDA
Fase temprana	Apego (expansión)	• Establecimiento de la identidad. • Fijación de fronteras	• Pugna por establecer una identidad de familia • Tendencia a reaccionar en forma excesiva o deficiente frente a los peligros potenciales del alcoholismo
Fase media	Estabilización (consolidación)	• Compromiso relacional • Temas de desarrollo • Emergencia de las conductas regulatorias observables	• Indicio del surgimiento de una crisis ya sea por problemas externos como pérdida de trabajo o por problemas internos violencia vinculados con el alcoholismo
Fase tardía	Pérdida (expansión)	• Clarificación de la identidad. • Transmisión y legado	• Necesidad de los hijos de la familia alcohólica de resolver el problema del alcoholismo antes de partir. • Objetivo terapéutico: la separación exitosa de los hijos respecto a del sistema de la familia alcohólica

Por otro lado, el terapeuta debe indagar acerca de las dimensiones de la disfuncionalidad familiar, en cuanto a la flexibilidad- cohesión.

FLEXIBILIDAD FAMILIAR

Niveles	Caótico	Flexible	Estructurado	Rígido
Liderazgo (control)	Falta, limitado y errático. Control parental poco exitoso. Desafío	Compartido, Igualitario con fluidez en los cambios	A veces compartido, pero principalmente autoritario	Autoritario Padres muy controladores
Roles	Falta de claridad Cambios dramáticos e inversiones de rol Rutinas escasas	Roles compartidos Cambios fluidos	Estables, pero pueden ser compartidos	Rara vez cambian. Repertorio limitado, estrictamente definidos, rutinas estables
Disciplina	Errática e inefectiva. Consecuencias inconsistentes. Muy floja	Democrática. Consecuencias negociadas. Algo floja	Algo democrático. Consecuencias predecibles. Rara vez floja	Estricta. Consecuencias rígidas. Autocrática “ley y orden”
Negociación	Interminables Decisiones impulsivas	Flexibles. Se acuerda en las decisiones	Estructuradas. Decisiones las toman los padres	Limitadas. Las decisiones las imponen los padres.
Reglas	Cambian frecuentemente Inconsistentemente reforzadas	Se dan algunos cambios. Se refuerzan en forma flexible	Se dan pocos cambios. Se refuerzan firmemente	No cambian. Son estrictamente reforzadas
Cambio	Demasiado	Cuando es necesario	Cuando hay demanda	Muy poco

COHESION FAMILIAR

	Desinvolucrado	Separado	Conectado	Enmarañado
Vínculo emocional	Separación emocional extrema Falta de lealtad familiar	Separación emocional Cercanía limitada Lealtad familiar ocasional	Cercanía emocional Cierta separación Se espera lealtad a la familia	Cercanía emocional extrema Poca separación Se exige lealtad
Involucración familiar	Interacción e involucración muy bajas Respuesta afectiva infrecuente	Involucración aceptable Se prefiere cierta distancia Existe cierta respuesta afectiva	Énfasis en la involucración Se permite cierta distancia Se prefieren y estimulan las interacciones emocionales	Involucración muy alta Fusión, sobre-dependencia Alta responsividad emocional y control
Relación marital	Alta separación emocional Cercanía limitada	Separación emocional Cierta cercanía	Cercanía emocional Cierta separación	Cercanía extrema, fusión. Separación limitada
Relación padres-hijos	Fronteras generacionales rígidas Poca cercanía	Fronteras generacionales claras Cierta cercanía	Fronteras generacionales claras Alta cercanía	Falta de fronteras generacionales Cercanía extrema
Fronteras int. Tiempo (físico y emocional) Espacio (físico y emocional) Toma de decisión	Domina la separación Tiempo a solas se maximiza Rara vez tiempo juntos Se necesita y prefiere espacio a solas Individual (oposicionista)	Más separación que unidad Tiempo a solas es importante Cierta tiempo juntos Se prefiere espacio a solas. Algunos espacios se comparten Individual, pero el compartido es posible	Más unidad que separación Tiempo juntos es importante Se permite tiempo a solas Se comparten espacios familiares. Se respeta el espacio privado Se prefieren las decisiones conjuntas	Domina la unidad Tiempo juntos se maximiza Se permite poco tiempo a solas Se permite poco espacio privado Decisiones sujetas a los deseos de todo el grupo
Fronteras ext. Amigos Intereses Actividades	Focalizadas fuera de la familia Amistades se ven a solas Dispersas Separadas principalmente	Más focalizadas afuera que adentro Amistades rara vez se comparten Separados Más separadas que compartidas	Más focalizadas adentro que afuera Amistades se comparten con la familia Algunos compartidos Más compartidas que individuales	Focalizadas dentro de la familia Se prefieren amistades familiares, pocos amigos individuales Se prescriben intereses compartidos Actividades separadas entendidas como desleales

EVALUACION DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

No debemos desvirtuar el hecho de que el alcoholismo ha impactado a los hijos, por lo que es pertinente según lo que amerita el caso efectuar las siguientes evaluaciones:

- Evaluación del desarrollo, capacidades cognitivas y psicolingüísticas.
- Evaluación de interacción familiar
- Evaluación psicopatológica

TERCERA ETAPA

PLANIFICACION DEL PROCESO

Una vez que el terapeuta ha logrado una descripción completa de cómo el consumo del alcohol ha impactado la dinámica familiar, diseña el plan de tratamiento que debe poseer las siguientes características:

- Contenido claro y específico.
- Consideración del estadio de cambio en el que se encuentra el paciente/la familia.
- Consideración de las distintas habilidades en los diferentes miembros.
- Consideración del nivel de disfunción.

El objetivo terapéutico planteado y la aplicación de las técnicas deberá corresponder a las necesidades específicas de la familia, pero intrínsecamente en términos generales deberá cumplir la siguiente fórmula: “Desintoxicar a toda la familia, y no solo a la persona alcohólica”³¹, es decir eliminar el alcohol del sistema familiar.

CUARTA ETAPA

³¹Steinglass, P, Bennett, L.A, Wolin S.J y Reiss D. (2001). *La Familia Alcohólica*, Editorial Gedisa, Barcelona España, pág 330.

EJECUCION Y APLICACIÓN TECNICA

Durante esta fase, el terapeuta ejecuta las técnicas seleccionadas en el plan de tratamiento y supervisa la efectividad de las mismas para cambiar las pautas de conducta básicas en la familia.

QUINTA ETAPA

En esta fase la responsabilidad del terapeuta radica en, brindar un ambiente de contención ya que la familia será impactada por las grandes perturbaciones, cambios en las interacciones y vínculos afectivos suscitados por la eliminación del alcohol en el sistema familiar. Generalmente las familias tienden a mostrarse sumamente sensibles en esta etapa y algunas caen en la tentación de volver a viejos patrones de interacción. En el caso de suscitarse una recaída, el terapeuta asume un papel psicoeducacional, explicando que las recaídas están dentro del proceso de recuperación; por lo que, incentiva a la familia a retomar la desintoxicación y restablecer la sobriedad.

CONCLUSIONES:

A partir de la problemática anteriormente analizada podemos vislumbrar una serie de puntos de referencia, los cuales serían muy útiles para diseñar programas de intervención en los hijos de los padres alcohólicos, a continuación los señalaremos con brevedad.

1. La presencia del alcoholismo en la familia posee el impulso suficiente para alterar a fondo el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia; por lo general, esta alteración impulsa a la familia a acentuar la estabilidad a corto plazo, a expensas del crecimiento a largo plazo.
2. La familia alcohólica adapta, poco a poco su vida a las exigencias coexistentes del alcoholismo.
3. Es muy poco lo que hace por los hijos los alcohólicos en el proceso de recuperación, en algunas ocasiones la ayuda se simplifica a una simple estancia en la clínica en espera de su padre recuperado.
4. Es muy complejo favorecer una recuperación recíproca entre el

alcohólico y los demás miembros de la familia.

5. Los hijos de los alcohólicos requieren orientación sobre la adicción, de acuerdo a su edad; para así evitar sentimientos de culpa y la irrupción de problemas emocionales,
6. Los hijos de los alcohólicos están expuesto a una grave disfunción familiar.
7. Los hijos de los alcohólicos necesitan aprender a manejar positivamente los problemas de su hogar, como peleas de sus padres, violencia verbal, promesas rotas, aislamiento y negligencia. Ellos necesitan aprender cómo cuidarse a ellos mismos y permanecer seguros para escapar de un mundo de aislamiento en donde han sido envueltos muchas veces. Por lo que es muy importante, en base de investigaciones diseñar estrategias de intervención que promuevan la resiliencia en este grupo vulnerable.

CAPITULO IV



Oswaldo Guayasamín

CAPÍTULO IV

TRABAJO DE CAMPO

4.1 METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación, fue un estudio no experimental de tipo exploratorio descriptivo.

La recogida de información se llevó a cabo mediante la aplicación de una batería de tests psicológicos, el momento que el padre alcohólico inició el tratamiento; y, un re – test una vez transcurrido tres meses como período de internamiento y tratamiento en el centro de recuperación.

La investigación busca aportar experiencias valiosas para orientar a futuros estudios de intervención terapéutica, para hijos de padres alcohólicos que acuden a recibir tratamiento.

OBJETIVO GENERAL.

- Conocer cuales son los niveles de ansiedad en los hijos del enfermo alcohólico que acude a recibir tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Investigar si la ansiedad es el síntoma predominante en el hijo de enfermo alcohólico.
- Investigar si en los adolescentes de mayor edad, existe niveles más altos de ansiedad y vivencia negativa de la enfermedad del padre, que en los adolescentes de menor edad.
- Investigar si a medida que se incrementa el tiempo de internamiento del padre alcohólico en el centro de recuperación, menor es el nivel de ansiedad manifestado por el hijo.

POBLACION ESTUDIADA

La muestra intencional estuvo formada por 24 hijos, 17 mujeres y 7 varones provenientes de catorce familias cuyos padres padecen de dependencia al alcohol y que acudieron a recibir tratamiento psicológico y/o farmacológico a partir del mes de abril del 2007, cumpliendo un periodo de internamiento para la recuperación de tres meses en el CREIAD (Centro especializado en la recuperación y deshabitación del consumo de alcohol y drogas de la Ciudad de Cuenca).

CRITERIOS DE INCLUSION

El grupo investigado cumplió los siguientes criterios de inclusión: tener una edad comprendida entre los 12 y 25 años; padre diagnosticado de «trastorno por dependencia del alcohol» (DSM-IV); incluido en un programa de tratamiento con un período de internamiento de tres meses en el Centro de recuperación CREIAD.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos los individuos que no cumplieran con los criterios de inclusión.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que utilizados en el estudio con validez clínica significativa al tipo de estudio, fueron:

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS): Se procedió a la elaborar FIEPS para contar con información sobre la enfermedad alcohólica, y la dinámica familiar.

STAI

Cuestionario de evaluación de la ansiedad en adolescentes y adultos, consta de dos escalas, la primera mide Ansiedad-Estado (20 ítems) y la segunda escala mide Ansiedad-Rasgo (20 ítems). El objetivo es apreciar los estados transitorios de

ansiedad en el adolescente y adulto. Es autoevaluada y su aplicación puede ser individual y grupal a partir de los 12 años de edad.

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Es un instrumento sencillo que puede ser completado por personas que han completado su escolaridad primaria. Es aplicable a personas entre 12 y 65 años de edad. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, índice global de severidad, índice positivo de malestar, total de síntomas positivos.

4.2 PRESENTACIÓN DE DATOS

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS)

Gracias a la aplicación de la FIEPS pudimos encontrar que el 100% de las familias estudiadas correspondían al diagnóstico de “familias alcohólicas”.

El 80% de las familias que formaron parte de la investigación se encontraban en la fase de maduración media; es decir, que la demanda de ayuda para el padre alcohólico se vinculaba al surgimiento de una crisis por problemas externos, como: problemas económicos por la pérdida de trabajo del padre alcohólico y a su vez por problemas internos de violencia. El otro 20% de las familias se encontraba en la fase tardía de maduración, la demanda de ayuda para el padre se suscitó por la presión de los hijos quienes deseaban resolver el problema del alcoholismo. Además el 100% de las esposas de los pacientes alcohólicos en tratamiento reportaron un deterioro significativo en cuanto a sus relaciones con su pareja.

Por otro lado, al indagar acerca de las dimensiones de la disfuncionalidad familiar en cuanto a la flexibilidad-cohesión en las familias estudiadas

encontramos que el 100% de las familias presentaron niveles desbalanceados de adaptabilidad y cohesión. Se encontraron niveles muy bajos o muy altos de cohesión y adaptabilidad lo que es un indicio clave del pobre funcionamiento familiar, relaciones disfuncionales y mayor vulnerabilidad al estrés en estas familias.

VALORES OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE
LA ANSIEDAD STAI DE HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS EN
TRATAMIENTO (TEST Y RETEST)

GRAFICO N1.

STAI			STAI		
TEST			RE- TEST		
PACIENTE	ESTADO	RASGO	PACIENTES	ESTADO	RASGO
Hijo 1	79	59	Hijo 1	72	79
Hijo 2	99	100	Hijo 2	99	100
Hijo 3	97	99	Hijo 3	98	95
Hijo 4	89	99	Hijo 4	82	99
Hijo 5	98	60	Hijo 5	72	52
Hijo 6	98	97	Hijo 6	62	79
Hijo 7	82	66	Hijo 7	60	52
Hijo 8	89	98	Hijo 8	70	90
Hijo 9	98	83	Hijo 9	90	83
Hijo 10	97	99	Hijo 10	68	97
Hijo 11	52	99	Hijo 11	52	95
Hijo 12	99	100	Hijo 12	52	60
Hijo 13	66	59	Hijo 13	63	52
Hijo 14	52	83	Hijo 14	50	80
Hijo 15	97	99	Hijo 15	72	92
Hijo 16	62	97	Hijo 16	50	97
Hijo 17	60	86	Hijo 17	50	80
Hijo 18	60	80	Hijo 18	50	79
Hijo 19	99	99	Hijo 19	99	100
Hijo 20	98	83	Hijo 20	62	97
Hijo 21	62	100	Hijo 21	60	100
Hijo 22	48	79	Hijo 22	45	79
Hijo 23	50	98	Hijo 23	28	100
Hijo 24	50	57	Hijo 24	28	52
MEDIANA	85,5	97	MEDIANA	62	86,5
MODA	98	99	MODA	50	79

INTERPRETACION GRAFICO N1 : Observamos que el 79 % de los hijos de los padres alcohólicos, al iniciar el tratamiento presentaron niveles de ansiedad estado; y, el 91 % de los hijos de los padres alcohólicos manifestaron altos niveles de ansiedad como rasgo. Después de haber transcurrido tres meses de tratamiento, el 50% de hijos de padres alcohólicos en tratamiento mostraron altos niveles de ansiedad estado; y, el 87% evidenciaron altos niveles de ansiedad como rasgo.

GRAFICO N2.

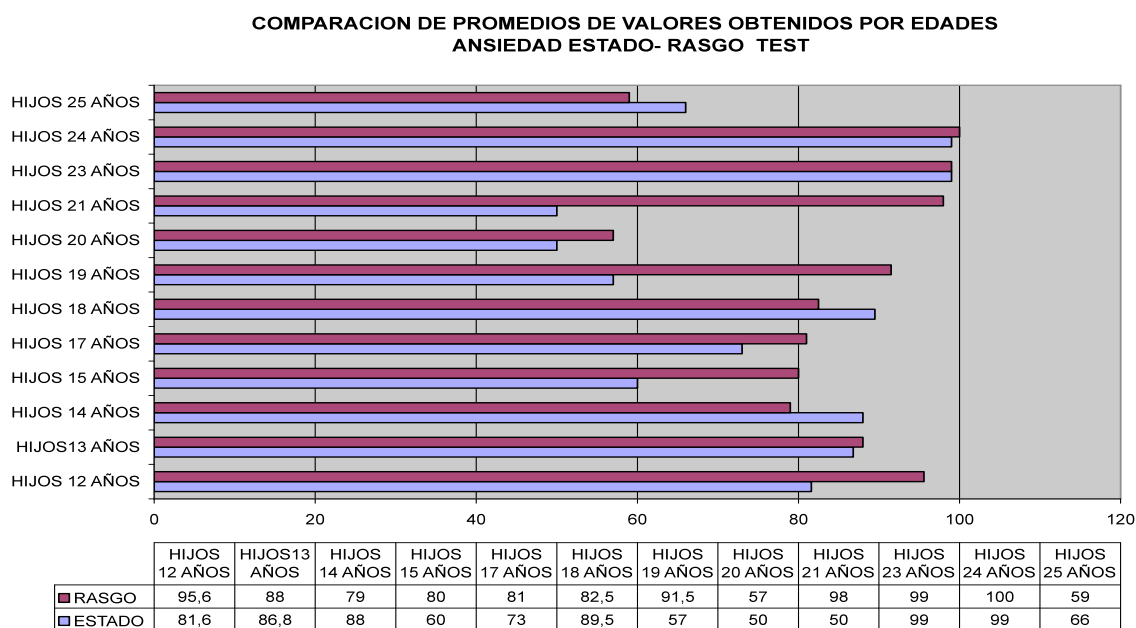
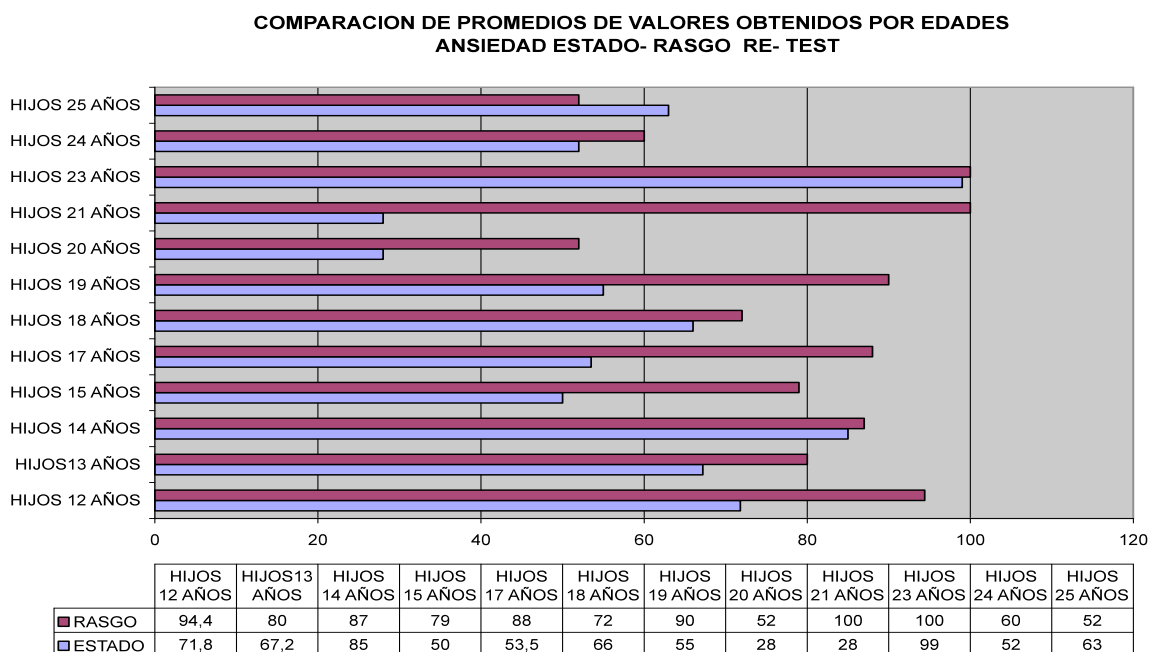


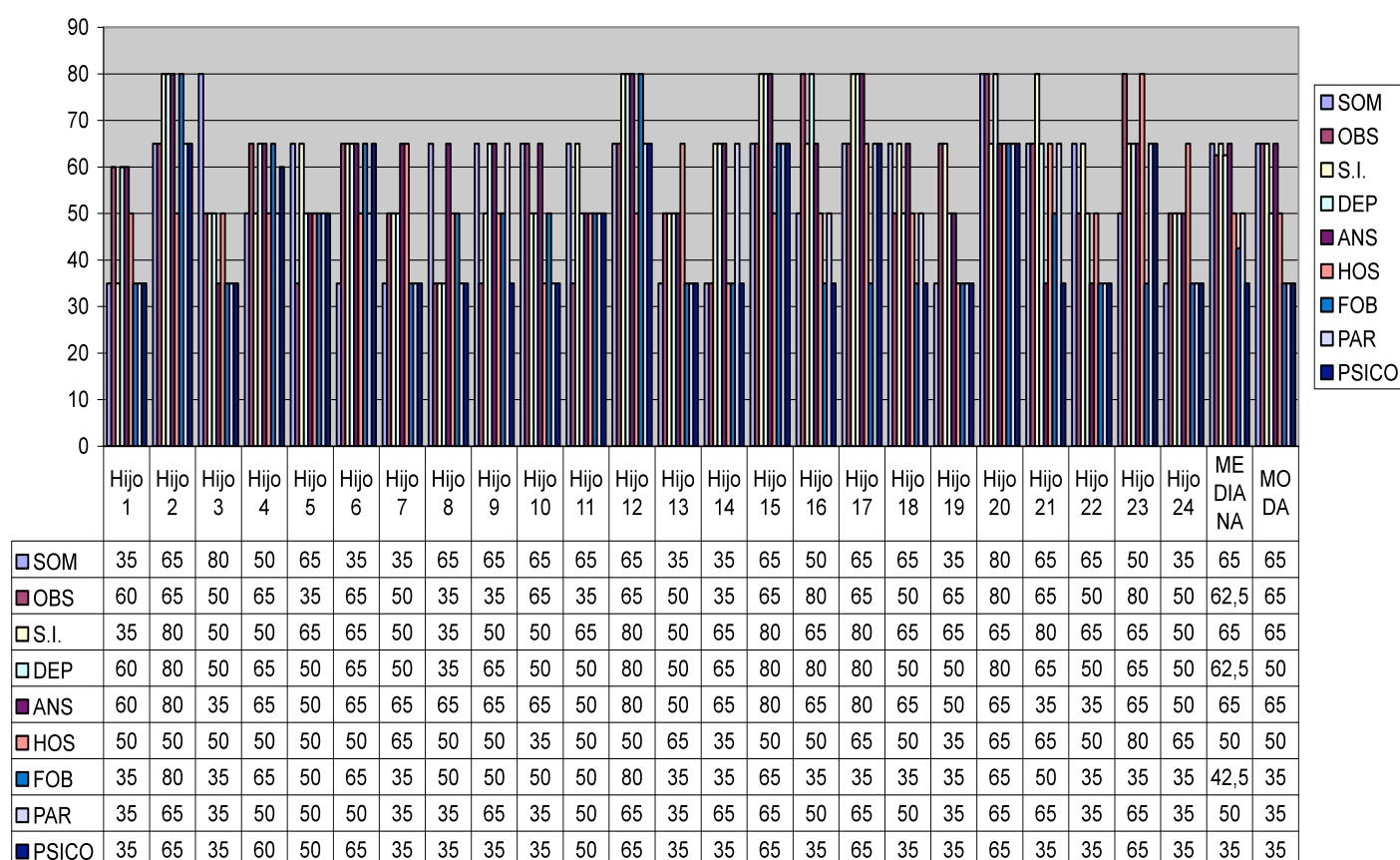
GRAFICO N 3



INTERPRETACION GRAFICOS N2 y N3: Se puede apreciar, que el momento que el padre ingresa al tratamiento, los adolescentes que presentan más altos niveles de ansiedad estado (99) son los hijos cuyas edades fluctúan entre 24 y 23 años de edad, seguidos de los adolescentes de 12 años y 13 años que presentan un promedio de nivel de ansiedad de 81,6 y 86,8, los que presentan más bajos niveles de ansiedad son los adolescentes de 19 años. Al finalizar el tratamiento de los padres alcohólicos, los hijos que presentan más altos niveles de ansiedad son los adolescentes de 24 años que presentan una puntuación de 99 seguidos de los adolescentes de 12 años de edad con una puntuación de 71,8, los adolescentes que presentan niveles más bajos de ansiedad al cabo de tres meses, son aquellos cuyas edades fluctúan entre 21 y 23 años que presentan un puntaje de 28

GRAFICO N4.

VALORES OBTENIDOS EN EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R EN HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS EN TRATAMIENTO (TEST)

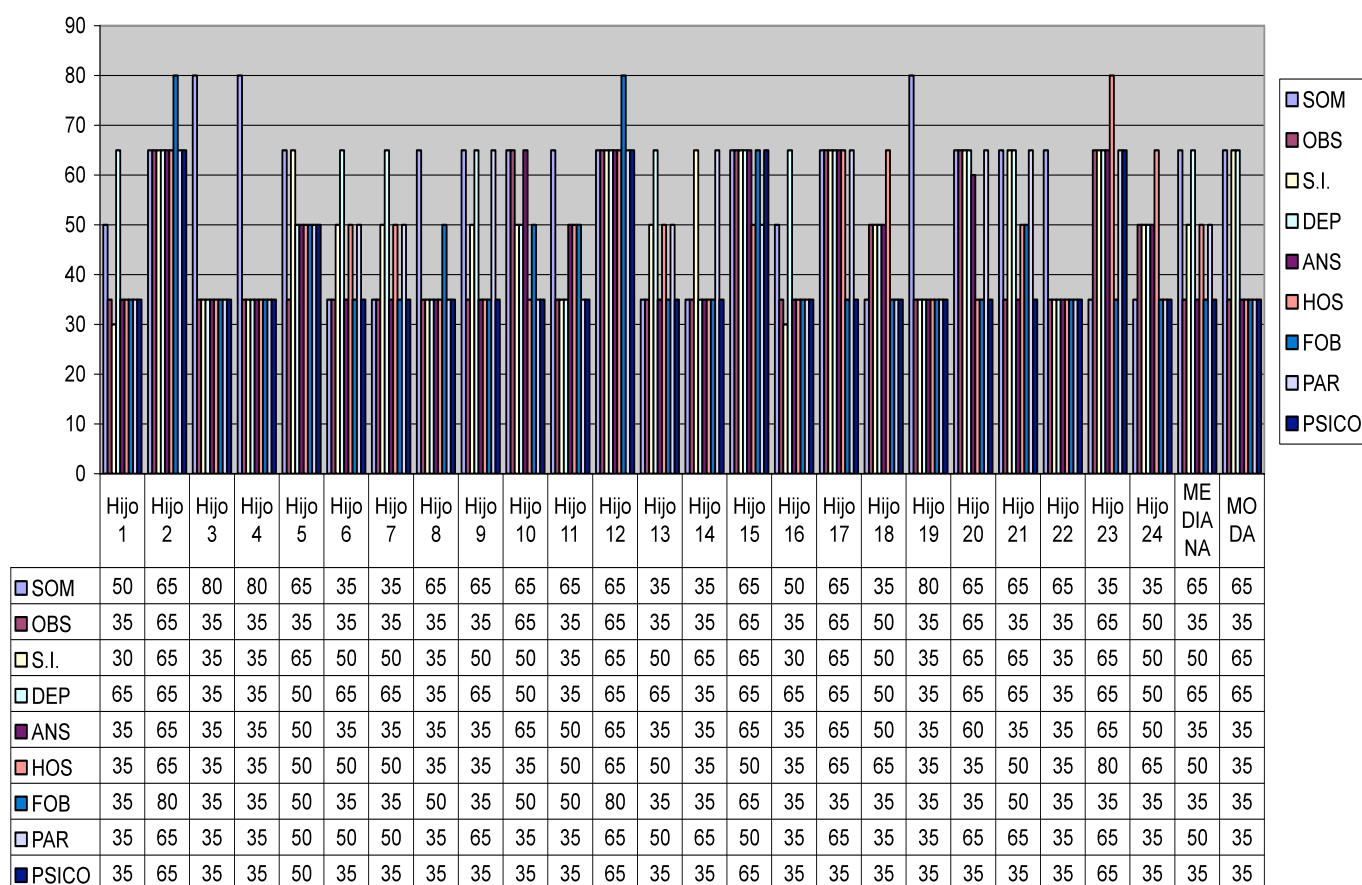


INTERPRETACION GRAFICO N 4: Al iniciar el padre alcohólico el tratamiento, se encontró que los hijos de padres alcohólicos manifestaban puntuaciones en percentiles elevados en los siguientes síntomas: el 58% somatizaciones, obsesiones el 50%, sensibilidad interpersonal 62,5%, depresión 54%, ansiedad 62,5 %, hostilidad 29%, ansiedad fóbica 29% , ideación paranoide 37%, psicoticismo 29%.

Al momento del ingreso en el tratamiento del padre alcohólico, los hijos presentaron las siguientes puntuaciones medianas en somatizaciones 65, obsesiones 62,5, sensibilidad interpersonal 65, depresión 62,5, ansiedad 65, hostilidad 50, ansiedad fóbica 42,25, ideación paranoide 50, psicoticismo 35.

GRAFICO N5

VALORES OBTENIDOS EN EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R EN HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS EN TRATAMIENTO (RETEST)



INTERPRETACION GRAFICO N°5: Una vez transcurridos 3 meses de internamiento, del padre alcohólico, los hijos de padres alcohólicos manifestaban puntuaciones en percentiles elevadas en los siguientes síntomas: somatizaciones 62,5%, obsesiones 29%, sensibilidad interpersonal 37%, depresión 54%, ansiedad 29%, hostilidad 25%, ansiedad fóbica 25%, ideación paranoide 12%, psicoticismo 8% .

Al finalizar el padre alcohólico el tratamiento, los hijos presentaron las siguientes puntuaciones medianas: en somatizaciones 65, obsesiones 35, sensibilidad interpersonal 50, depresión 65, ansiedad 35, hostilidad 50, ansiedad fóbica 35, ideación paranoide 50, psicoticismo 35.

GRAFICO N 6

VALORES DE EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R							
TEST	IGS	PSDI	SP	RE TEST	IGS	PSDI	SP
Hijo1	80	65	50	Hijo1	80	65	50
Hijo2	80	80	65	Hijo2	80	65	80
Hijo3	50	50	50	Hijo3	80	65	50
Hijo4	80	50	65	Hijo4	80	65	50
Hijo5	80	65	50	Hijo5	80	65	65
Hijo6	80	65	65	Hijo6	80	65	50
Hijo7	80	50	50	Hijo7	80	65	50
Hijo8	80	65	50	Hijo8	80	65	50
Hijo9	80	65	65	Hijo9	80	65	50
Hijo10	65	65	65	Hijo10	65	65	65
Hijo11	80	65	50	Hijo11	80	65	50
Hijo12	80	80	65	Hijo12	80	65	80
Hijo13	80	50	50	Hijo13	80	65	50
Hijo14	65	65	65	Hijo14	65	65	65
Hijo15	80	65	80	Hijo15	80	65	80
Hijo16	80	65	65	Hijo16	80	65	50
Hijo17	80	80	65	Hijo17	80	65	80
Hijo18	80	65	65	Hijo18	80	50	50
Hijo19	65	65	65	Hijo19	80	65	50
Hijo20	80	80	65	Hijo20	65	65	65
Hijo21	80	65	65	Hijo21	80	65	65
Hijo22	50	50	50	Hijo22	80	65	50
Hijo23	80	80	65	Hijo23	80	80	65
Hijo24	80	50	50	Hijo24	80	50	50
MEDIANA	80	65	65	MEDIANA	80	65	50
MODA	80	65	65	MODA	80	65	50

INTERPRETACION GRAFICO N°6: Podemos observar que una vez que inicia el padre alcohólico el tratamiento en el cuestionario SCL90, se obtiene una mediana del índice global de severidad de 80, un índice positivo de malestar de 65, y el total de síntomas positivos 65, al finalizar el tratamiento de los padres alcohólicos, los hijos obtienen una mediana del índice global de severidad de 80, un índice positivo de malestar de 65, y el total de síntomas positivos 50.

4.3 ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

La aplicación de la FIEPS, nos lleva a considerar la fuerte negación del sistema familiar frente al alcoholismo, el 100% de familias a lo largo de su desarrollo, ya habían lidiado años con las problemática del alcoholismo, la precipitación de una crisis familiar motivo el pedido de la demanda de ayuda, así el 80% de las familias se encontraban en la fase de maduración media, el otro 20% de la familias se encontraba en la fase tardía de maduración. Por otro lado, el encontrar en todas las familias un deterioro significativo en las relaciones de pareja y niveles desbalanceados de adaptabilidad y cohesión y un pobre estilo de comunicación, no lleva seriamente a reflexionar sobre la complejidad que lleva consigo, el efectuar intervenciones terapéuticas en las familias alcohólicas por lo que se requiere de todas las estrategias aportativas.

Por otro lado, pudimos observar que el 79% de los hijos de los padres alcohólicos, al iniciar el tratamiento presentaron niveles altos de ansiedad estado, y el 91 % de los hijos de los padres alcohólicos manifestaron altos niveles de ansiedad como rasgo. Al inicio del tratamiento la mediana del percentil del ansiedad estado fue 85,5 y la mediana del percentil del ansiedad rasgo fue 97. Una vez finalizado el tratamiento, el 50% de hijos de padres alcohólicos en tratamiento mostraron altos niveles de ansiedad estado y el 87% evidenciaron altos niveles de ansiedad como rasgo, estos hallazgos nos pueden llevar a considerar, que la abstinencia paterna pudiera ejercer en los hijos un efecto normalizador en cuanto a la ansiedad estado de los hijos, no así en la ansiedad como rasgo ya que hace referencia a tendencias relativamente estables de la ansiedad en la personalidad.

Además podemos percatarnos que el momento de ingreso del padre alcohólico al tratamiento, los adolescentes que presentan más altos niveles de ansiedad estado son los hijos de 24 y 23 años de edad con un puntaje de 99, seguidos de los adolescentes de 12 años y 13 años que presentan un promedio de nivel de ansiedad de 81,6 y 86,8; si bien los adolescentes de mayor edad presentan niveles más altos de ansiedad por la vivencia negativa de la enfermedad del padre, podemos considerar que esta variable está relacionada con el grado de disfuncionalidad del sistema familiar

Gracias a la aplicación del cuestionario de síntomas SCL90R pudimos percatarnos en el gráfico N°4 que la ansiedad no es el síntoma predominante en el hijo de enfermo alcohólico, si bien en el momento de ingresar al tratamiento se encontró que el 62 % manifestaban riesgos altos de ansiedad, resulta interesante saber que otro 62% también manifestaron sensibilidad interpersonal, otro 50% manifestaron obsesiones, 58% somatizaciones y el 54% riesgo depresión.

Observando el gráfico 3 y 4 podemos encontrar, que si bien las puntuaciones en percentiles descendieron después de transcurrido 3 meses de internamiento del padre alcohólico, únicamente descendieron en los siguientes síntomas, obsesiones, ansiedad, ansiedad fóbica. Si sumamos el hecho que en el gráfico N°6 se señala que al iniciar el tratamiento en el Cuestionario SCL90 se encuentra las siguientes puntuaciones medianas percentiles en los hijos de los alcohólicos: índice global de severidad de 80, un Índice positivo de malestar de 65, y el total de síntomas positivos 65; y, al finalizar el tratamiento los padres alcohólicos se obtiene una mediana del índice global de severidad de 80, un índice positivo de malestar de 65, y el total de síntomas positivos 50; por lo tanto, podemos observar que no existe variación considerable en estos ítems motivándonos a concluir que el alcoholismo implica un gran riesgo para el desarrollo emocional del adolescente.

CONCLUSIONES



Oswaldo Guayasamín

CONCLUSIONES

1. Los hijos de los padres alcohólicos, al iniciar el tratamiento presentaron niveles altos de ansiedad estado, el 91 % de los hijos de los padres alcohólicos manifestaron altos niveles de ansiedad como rasgo. Al inicio del tratamiento la mediana del percentil de ansiedad estado fue 85,5 y la mediana del percentil del ansiedad rasgo fue 97.
2. La ansiedad no es el síntoma predominante en el hijo del enfermo alcohólico, los hijos de los alcohólicos también presentan un alto riesgo de sensibilidad interpersonal, depresión, obsesiones y somatizaciones lo que coincide con otras investigaciones en este campo que han delineado los efectos del alcoholismo del padre en la personalidad del hijo.
3. Los adolescentes de mayor edad, presentan niveles más altos de ansiedad y vivencia negativa de la enfermedad del padre.
4. A medida que se incrementa el tiempo de internamiento del padre alcohólico en el centro de recuperación, menor es el nivel de ansiedad estado manifestado por el hijo.
5. No existe una disminución significativa en los niveles de ansiedad como rasgo, por lo que se podría inferir que la frecuencia e intensidad con que los estados de ansiedad han sido experimentado por los hijos de los padres alcohólico les ha llevado a configurar una tendencia ansiosa en la personalidad.
6. La adopción de una epistemología constructivista relativa definitivamente facilita la fusión de teorías y técnicas para así lograr elaboración de una propuesta integrativa.
7. La complejidad de la enfermedad del alcoholismo, requiere que el psicoterapeuta dedicado a tratar este tipo de trastorno tenga una formación amplia, diversa y organizada.
8. El modelo integrativo, muestra una apertura organizada hacia la diversidad de enfoques de tratamiento contra el alcoholismo, focalizando la atención a la modalidad específica del paciente como una cuestión central en el abordaje.
9. La presencia del alcoholismo en la familia posee el impacto suficiente para alterar considerablemente el equilibrio que existe entre el

crecimiento y la regulación en el seno de la familia; por lo general, esta alteración induce a la familia a insistir en la estabilidad a corto plazo, a expensas del crecimiento a largo plazo.

10. La precipitación de una crisis en el sistema familiar, origina en la familia la demanda de tratamiento para el padre alcohólico.
11. Debemos involucrar a los hijos de los alcohólicos en el proceso recuperación, proporcionándoles algo más que su simple estancia en la clínica en espera de su padre recuperado.
12. No debemos perdemos la gran oportunidad de atender a los hijos de los alcohólicos. Después de todo nosotros sabemos que los envuelve un gran riesgo.
13. Se debe establecer un recuperación recíproca, cuando el alcohólico cambia, los demás miembros de la familia deben tener la oportunidad del cambio, no importa quien inicie el cambio, lo importante es que el cambio inicie e irradie a toda la familia.
14. Para romper el ciclo de negación, los profesionales de la salud mental, deben orientar a los hijos de los alcohólicos acerca de la adicción, en una forma adecuada de acuerdo a su edad; para así evitar sentimientos de culpa y la irrupción de problemas emocionales,
15. Los hijos de los padres alcohólicos necesitan maneras seguras para explorar y expresar su enfado, miedo, dolor, culpa y vergüenza.
16. Los hijos de los alcohólicos necesitan aprender cómo cuidarse a ellos mismos, a pesar de los problemas de su hogar como peleas de sus padres, violencia verbal, promesas rotas, aislamiento y negligencia. Por lo que es muy importante, en base de investigaciones diseñar estrategias de intervención que promuevan la resiliencia en este grupo vulnerable.

BIBLIOGRAFIA



Oswaldo Guayasamín

BIBLIOGRAFIA

Al-Anon Family Groups (1981). *This is Al-Anon Family Groups*. New York.

Arias J. A. (2000). *Abuso de Alcohol y Drogas*. En: Psiquiatría del Niño y del

Adolescente. H. Montenegro y H. Guajardo (Eds.) Editorial Mediterráneo. Chile. 2da. Edición.

Bagladi, V, Guajardo, H. & Kushner, D. (2001). *Modelo Integrativo de Evaluación para Trastornos Adictivos en un Sistema Terapéutico Comunitario*. Revista ERAdicciones. N° 4.

Bagladi, V. & Opazo, R. (en prensa). *Integrative Psychotherapy: From Chile with Love*. Journal of Psychotherapy Integration.

Bagladi, V. (2003). *Variables Inespecíficas en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa. Tesis para optar al Título de Doctor en Psicología*. Universidad Nacional de San Luis.

Balarezo, Ch. L. (2004). *Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Balarezo, Ch. L. (1998). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Balarezo, Ch. L. (1995). *Psicoterapia*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Bateson G. (1972) Steps toward ecology of mind. New York. Ballantine Books.

Beattie, M. (1992). *Codependent no more*. Hazelden Foundation. Ed. Sirio. Argentina.

Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1993). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Ediciones Paidós, Buenos Aires.

- Benites, L. *Tipos de Familia, Habilidades Sociales y Autoestima en un grupo de adolescentes en situación riesgo. "Adolescencia ¿Divino Tesoro?"*. Psicología Actual, Año VII (16 –17)
- Bishop, F. Michler. (2001). *Managing addictions*. Jason Arosen Inc. Northvale, New Jersey London.
- Brown, S Lewis, V (2000) *The Alcoholic Family in Recovery: A Developmental Model of Recovery*.
- Captain, C. (1989). *Family recovered from alcoholism: Mediating family factors*. Nursing Clinical of North America.
- Castaneda, A., McCandless, B.R. and Palermo, D.S. (1956). *The children's form of the Manifest Anxiety Scale*. Child Development, 27, 317-26.
- Casullo, M, De Figueroa M & Aszkenazi. (1991) *Teorías y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Editorial Psicoteca, Primera Edición Buenos Aires
- Edwards, G. (1982) *The Treatment of Drinking Problems*. (Grant McIntyre, London),
- Epstein NH., Bishop D, Baldwin L. *Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar. Un punto de vista de la familia normal*. New York: Froma Walsh. 1982.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1990) *Constructivismo y psicoterapia*. PPU. Barcelona.
- Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004). *La Integración en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Barcelona.
- Fernández Álvarez. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Fletcher, A. (2001) *Como dejar el Alcohol*. Editorial Paidós Ibérica, España.
- Goodwin, D.W. (1983b). *The genetics of alcoholism*. Hospital and Community Psychiatry.

Goodwin, D.W. (1984). *Studies of familial alcoholism: A review*. Journal of Clinical Psychiatry.

González Marín, E. (1988). *Repercusión psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos*. Revista Española de Drogodependencias.

Heather, N. (1990) *Problem drinking as a form of learned behaviour: a final rejoinder to Gorman and Edwards*, British Journal of Addiction.

Hernández Córdova, Angela (1990). *“Inventarios sobre familia”*. Universidad de Santo Tomás, Bogotá.

McGrady, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F. and Hay, W.M. (1986). *Comparative effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatments*. Journal of Studies on Alcohol.

Miller, N. y Gold, M. (1993) *A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders in*. Psychiatric Clinics Of North America.

Moos, R.H., Finney, J.W. and Gamble, W. (1982). *The Process of recovery from alcoholism (II): Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls*. Journal of Studies on Alcohol.

Negrete, J.C. (1985) *Epidemiología de los Problemas de Alcohol*, en: NEGRETE, J.C, Mardones, J. y Ugarte, G. (Eds.) Problemas Médicos del Alcohol. (Andrés Bello, Santiago). pp. 75.

Nicenboim, E. (2006). *El Puente que construimos. De dónde venimos, a dónde queremos ir*. dePsicoterapias.com.

<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdArticulo=49&IdSeccion=13>

Nolen-Hoeksema S. (2004). *Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems*. Clin Psych Rev.

Luna, J. (1996). *¿Qué Hacer con un Hijo Adicto?* Bogotá: Editorial San Pablo.

Llanos Zuloaga, Roberto (1996). *“Psicopatología del niño y del adolescente”*. Lima.

Opazo Castro, R. (2001) *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*, Santiago de Chile, ICPSI-

Opazo Castro, R. (2006). *Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los tiempos?* dePsicoterapias.com.<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=218>

Opazo, R. (1997). “*In the Hurricane’s Eye: a Supraparadigmatic Integrative Model*”. Journal of Psychotherapy Integration. Vol. 7 N° 1. 1997.

Opazo, R. (2003). “*¿Qué es la Psicoterapia Integrativa?*” Revista Artes y Letras. El Mercurio, Julio 2003.

Papalia, D. E (1993) *Psicología*. México. Mc Graw Hill.

Perls, F. (1976). *Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia*. Editorial Cuatro Vientos.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto California. Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene R.E., Montuori, J. and Platzek, D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto California. Consulting Psychologist Press.

Steinglass, P, Bennett, L.A, Wolin S.J y Reiss D. (2001). *La Familia Alcohólica*, Editorial Gedisa , Barcelona España.

White, N M. (1996) *Addictive drugs as reinforcers: multiple partial actions on memory systems*, *Addiction*, 91, pp. 921-949.

Yontef, G. (1995) *Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Editorial Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

Zinker, J. (1979). *El proceso creativo en terapia gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.

RECURSOS EN LA WEB

<http://www.sexovida.com/psicologia/freud3.htm>

<http://www.alcoholinformate.org>.

<http://www.aacap.org>.

<http://www.conadic.gob.mx/general/faq%zoalcohol>

<http://www.psicologia.ull>.

<http://www.nacoa.org>

<http://www.addictionsearch.com/>

<http://www.um.es>. Pagina Web de la Universidad de Murcia, España.

<http://www.psiquiatria.com.es/socidrogaalcohol/alcohol2.pdf>.

<http://www.trad.cl/publi/P.Integrativa.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS).....	126
Anexo 2: STAI (Cuestionario de evaluación de la ansiedad en adolescentes y adultos).....	133
Anexo 3: EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis.....	136
Anexo 4: DISEÑO DE TESIS	140

Oswaldo Guayasamin

**Anexo 1: FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
(FIEPS)**



**FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS**

No.....

DATOS INFORMATIVOS

Fecha.....Psicólogo/a.....

.....

Nombre.....

.....

Edad.....Estado Civil.....

Lugar y fecha de

nacimiento.....

Residencia.....Dirección.....Teléfono.....

.....

Instrucción.....Ocupación.....Sueldo.....

.....

Informante.....

.....

Tipo de consulta: Ambulatorio.....

Hospitalizado.....

Consulta privada.....

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCION DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO FORMAL

DIAGNÓSTICO INFORMAL

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

2. Descripción de la Personalidad

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la problemática:

3.2 Con relación a la sintomatología o trastorno:

3.3 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

4. Señalamiento de Técnicas



**INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA
FAMILIAR
“ALCOHOLISMO”**

	SI	NO	POR QUE?
¿Se trata de una familia alcohólica o una familia con un miembro alcohólico?			
¿El alcoholismo es la prioridad del tratamiento en la familia, o existen demandas encubiertas de sus miembros?			
¿Los miembros de la familia requieren una intervención psicoterapéutica individual o grupal separada del alcohólico a más de una intervención familiar?			
¿Es adecuado en ese momento, la psicoterapia familiar, o la familia precisa únicamente asesoramiento para ayudar al alcohólico con un reforzamiento diferencial contingente a la abstinencia, y aplicando consecuencias negativas contingentes a la bebida?			
¿Cuál es el rol de la familia en el proceso terapéutico?			



EVALUACIÓN DE LA PAREJA

EVALUACIÓN CONDUCTAL DE LA PAREJA.

HABILIDADES MARITALES:

Habilidades en Comunicación

Habilidades en solución de problemas

EVALUACION COGNITIVA DE LA PAREJA:

Supuestos

Estándares

Percepción

Atribuciones

Expectativas

EVALUACION AFECTIVA DE LA PAREJA:

Sentimientos de cariño

Expresiones de afecto

Solicitud

Aceptación y tolerancia

Empatía y sensibilidad

Entendimiento

Compañerismo

Intimidad

Amistad

Complacer

Apoyo

Contacto estrecho



EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

Fase de Maduración Sistémica de la Familia.

Flexibilidad- Cohesión Familiar

Evaluación de los Niños y Adolescentes

PLANIFICACION DEL PROCESO:

EJECUCION Y APLICACIÓN TECNICA

SEGUIMIENTO:

Anexo 2: STAI (Cuestionario de evaluación de la ansiedad en adolescentes y adultos)

CUESTIONARIO STAI (estado)

(Traducción y adaptación: Nora B.L. de Figueroa)

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente ahora mismo o sea **EN ESTE MOMENTO**. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa **SUS SENTIMIENTOS AHORA**.

(STAI: FORMA Y-I)	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado.				
2. Me siento seguro.				
3. Estoy tenso.				
4. Me siento disgustado.				
5. Me siento a “mis anchas”				
6. Me siento alterado.				
7. En este momento estoy preocupado por algún posible problema.				
8. Me siento satisfecho.				
9. Me siento asustado.				
10. Me siento cómodo.				
11. Tengo confianza en mi mismo.				
12. Me siento nervioso.				
13. Me siento agitado.				
14. Me siento indeciso.				
15. Me siento tranquilo				
16. Me siento “a gusto”.				
17. Estoy preocupado.				
18. Me siento aturdido.				
19. Me siento equilibrado.				
20. Me siento bien.				

CUESTIONARIO STAI (rasgo)

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente **GENERALMENTE**. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa **COMO SE SIENTE GENERALMENTE**.

(STAI: FORMA Y-II)	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
21. Me siento bien.				
22. Me siento nervioso.				
23. Me siento "a gusto" conmigo mismo.				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.				
25. Siento que fallo.				
26. Me siento descansado.				
27. Soy una persona tranquila, serena y calmada.				
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. Soy feliz.				
31. Tengo malos pensamientos.				
32. Me falta confianza en mi mismo.				
33. Me siento seguro.				
34. Puedo decidirme rápidamente.				
35. Me siento "fuera de lugar".				
36. Me siento satisfecho.				
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan.				
38. Los engaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza.				
39. Soy una persona estable.				
40. Cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso y tenso				

Anexo 3: EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

SCL-90-R

Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.

Prof. M.M. Casullo

SCL-90R

L.R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre:.....Edad:..... Fecha de hoy:.....

Instrucción:.....Sexo:.....Estado civil:.....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO

No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en la relaciones sexuales					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar las cosas.					
10. Estar preocupado por mi falta de ganas de hacer algo.					
11.Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					

12. Dolores en el pecho.				
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.				
14. Sentirme con muy pocas energías.				
15. Pensar en quitarme la vida.				
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.				
17. Temblores en mi cuerpo.				
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.				
19. No tener ganas de comer.				
20. Llorar por cualquier cosa.				
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.				
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.				
23. Asustarme de repente sin razón alguna.				
24. Explotar y no poder controlarme.				
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.				
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.				
27. Dolores en la espalda.				
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.				
29. Sentirme solo/a				
30. Sentirme triste.				
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.				
32. No tener interés por nada.				
33. Tener miedos.				
34. Sentirme herido en mis sentimientos.				
35. Creer que la gente sabe lo que estoy pensando.				
36. Sentir que no me comprenden.				
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.				
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.				
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.				
40. Náuseas o dolor de estómago.				
41. Sentirme inferior a los demás.				
42. Calambres en manos, brazos o piernas.				
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.				
44. Tener problemas para dormir.				
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.				
46. Tener dificultades para tomar decisiones.				
47. Tener miedo de viajar en tren, bus o subterráneos				

48. Tener dificultades para respirar bien				
49. Ataques de frío o de calor.				
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades por que me dan miedo.				
51. Sentir que mi mente queda en blanco.				
52. Hormigueos en alguna parte de mi cuerpo.				
53. Tener un nudo en la garganta.				
54. Perder las esperanzas en el futuro.				
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.				
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.				
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.				
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados.				
59. Pensar que me voy a morir.				
60. Comer demasiado.				
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.				
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.				
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.				
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.				
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.				
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.				
67. Necesitar romper o destrozar cosas.				
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.				
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.				
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.				
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.				
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.				
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.				
74. Meterme muy seguido en discusiones.				
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.				
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.				
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.				
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.				
79. Sentirme un/a inútil.				
80. Sentir que algo malo me va pasar.				

81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

Anexo 4: Diseño de Tesis

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

EDUCACION CONTINUA

MAESTRIA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

DISEÑO DE TESIS.

TITULO

**ANSIEDAD EN HIJOS DE PADRES ALCOHOLICOS EN
TRATAMIENTO.**

(Estudio a realizarse en sujetos de 12 a 25 años)

Responsable: Lcda. Sandra Lima Castro

Director de Tesis: Dr. Lucio Balarezo .

ABSTRACT .

El presente trabajo de investigación es un estudio no experimental de tipo exploratorio descriptivo, que pretende averiguar los niveles de ansiedad en el hijo de un padre alcohólico que acude a recibir tratamiento, para luego desde la postura de la Psicoterapia Integrativa analizar los efectos del papel normalizador que la abstinencia paterna pudiera ejercer en los hijos y aportar alternativas de intervención tomando como base una valoración de la influencia del alcoholismo desde un punto de vista psicopatológico y de riesgo para el desarrollo emocional del adolescente.

La muestra intencional estará formada por los hijos de padres alcohólicos que se incluyan en un programa de tratamiento para deshabitación del consumo de alcohol a partir el mes de abril y que cumplan los criterios propuestos por el investigador tener una edad comprendida entre los 12 y 25 años; padre diagnosticado de «trastorno por dependencia del alcohol» (DSM-IV); un período de internamiento en un centro de recuperación mínimo de un mes. Se

excluirán de la investigación los hijos que no cumplieran con los criterios de inclusión.

La recolección de la información se llevará a cabo mediante la aplicación de una batería de test psicológicos a los hijos el momento que el padre alcohólico iniciará al tratamiento y un re – test una vez transcurrido al menos un mes como período de internamiento en el centro de recuperación y como máximo tres meses.

1. ANTECEDENTES.

.El problema del alcoholismo tiene matices endémicos, el alcohólico no es el único que sufre por el consumo de la sustancia. Investigaciones demuestran que por cada adicto activo, al menos siete personas en su entorno resultarían afectadas en mayor o menor grado

En Estados Unidos se estima que 9 millones de personas padecen de alcoholismo; multiplicando la cifra por siete, encontramos, que existen 63 millones de personas afectadas con el alcohol.

Partiendo de dicho panorama es preciso señalar que lamentablemente nos encontramos frente a un sistema familiar perturbado y viciado por la enfermedad del alcohólico, muchos autores expertos en el tema consideran que la descripción que Minuchin otorga a la familia psicósomática, encaja notablemente con la familia adicta la cual al parecer funciona óptimamente cuando alguno de sus miembros se encuentra enfermo. Como características peculiares de esta familia Minuchin describe la sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema, “una rigidez frágil”.

Por otro lado cabe señalar que las investigaciones centradas en las repercusiones que se producen en el niño cuando uno o ambos padres son alcohólicos son relativamente recientes. La primera investigación sobre dicha problemática data del año de 1969 gracias al investigador M. Cork. La misma situación se aprecia en cuanto a las investigaciones sobre la dinámica familiar de la familia alcohólica, estas se iniciaron hacia los

finales de los setenta y principios de los ochenta concluyendo que todos los miembros de la familia sufren un sin número consecuencias negativas debido a su convivencia con un padre o una madre alcohólica.

T. Cermak puntualizó que aquellos niños que crecen con un padre alcohólico podrían padecer algo parecido a un Trastorno de Estrés Post-Traumático con síntomas crónicos de ansiedad aguda y pesadillas.

Steinglass (1989) destaca que el impacto psicológico y conductual del alcoholismo puede ser superior para los miembros no alcohólicos de la familia que para los que beben. La dinámica familiar de la familia alcohólica sujeta a continuos conflictos económicos, laborales, sociales son, sin lugar a dudas, generadoras de estrés y ansiedad. Este dato fue corroborado por Mandic y Ruzic (1976), en un análisis sobre el estado psíquico de las familias de alcohólicos, en el cual observaron que la ansiedad es el síntoma dominante en este tipo de familias.

En otro estudio realizado por la Unidad de Alcoholología del Hospital Clínic (2002) cuya muestra fue de 371 hijos de alcohólicos con un grupo de control, comprendidos entre las edades de 6 a los 17 años, se concluyó que los hijos de alcohólicos presentan peor ambiente familiar, menor nivel socioeconómico, peor rendimiento cognitivo y escolar, más síntomas de psicopatología y mayor necesidad de asistencia psicológica, que los del grupo control.

2. PROBLEMA

La mayoría de estudios que se han llevado a cabo dentro del contexto cultural Ecuatoriano sobre la problemática del alcoholismo se centra sobre patrones de consumidores de drogas. Así el Consep en su investigación iniciada en el año de 1997 en cierto número de centros de tratamiento, encontró el alcohol es la droga de mayor consumo con frecuencia diaria y de varias veces por semana, sin embargo no existen estudios que investigan el impacto psicológico del alcoholismo en la familia y específicamente en los hijos, investigación que podría complementar ciertos estudios y generar nuevas investigaciones para establecer ciertas recomendaciones para

establecer estrategias de intervención para prevención del consumo de alcohol, para promover el acceso del enfermo alcohólico a un tratamiento de deshabituación y finalmente para sugerir estrategias de funcionamiento para los centros especializados en la recuperación del enfermo alcohólico que nos desvirtúen la atención a la familia de él alcohólico.

En el año 2002, gracias a registros del Consep se conoció que existieron 4083 registros de pacientes en Centros especializados en tipo de tratamiento residencial institucional, el 96.1 % de los pacientes eran de sexo masculino. Finalmente cabe señalar que el 21.31% de esta población corresponden a pacientes que ingresaron a recibir tratamiento en centros de tratamiento de la ciudad de Cuenca. Cifra alarmante que nos lleva a reflexionar sobre la crisis social actual de la sociedad.

Por otro lado los resultados de una serie de investigaciones demuestran consistentemente que los hijos de padres alcohólicos tienen un alto riesgo para padecer problemas emocionales y conductuales tanto a lo largo de su inicial desarrollo como en la adultez (Bennet, Wollin y Reiss, 1988; Connolly, Casswell, Stewart, Silva y O'Brien, 1993; Pollock, Briere, Schneider, Knop, Mednick y Goodwin, 1990; Sher, Walitzer, Wood y Brent, 1991). Sin embargo, estudios recientes señalan que no existe un efecto directo entre el alcoholismo del padre y la aparición de tales trastornos en los hijos (Suman y Nagalakshmi, 1996; Tweed y Ruff, 1996). Rodríguez-Sacristán (1995), considera que la relación contexto-niño discrepa mucho de ser simple y lineal. Por lo que sería más plausible tomar en cuenta la idea de que los problemas no se derivan únicamente del alcoholismo, sino de los diferentes acontecimientos estresantes que ocurren en las familias de alcohólicos y de la percepción de estos eventos por parte de su descendencia (Chag y Krantz, 1996).

La problemática anteriormente mencionada nos obliga a adoptar una mirada constructivista de la problemática del alcoholismo y nos lleva a reflexionar también sobre los factores socio-ambientales, y no sólo los individuales, comunes en las familias de alcohólicos como parámetros importantes a considerar cuando se intenta estudiar el riesgo que los hijos de alcohólicos tienen para padecer desajustes emocionales. Por lo expuesto en esta

línea resulta de imperiosa importancia desarrollar una investigación dentro del contexto de nuestra sociedad, que incluya dichos factores. Ya que la idiosincrasia del ecuatoriano difiere mucho del contexto, chileno, argentino, mexicano y mucho más del contexto anglosajón, lugares de donde proceden la mayoría de investigaciones concernientes a dicha problemática, situación que exige al psicoterapeuta integrativo que trabaja en el contexto cultural ecuatoriano adoptar su postura técnica a dicha idiosincrasia con el objetivo de basarse en investigaciones científicas para diseñar propuestas de intervención terapéutica eficaces que destierren la improvisación finalmente y otorguen a psicología el lugar prominente en nuestra sociedad ecuatoriana.

3. OBJETIVO GENERAL.

3.1 Conocer cuales son los niveles de ansiedad en los hijos del enfermo alcohólico que acude a recibir tratamiento

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

3.2 Investigar si la ansiedad es el síntoma predominante en el hijo de enfermo alcohólico .

3.3 Investigar si en los adolescentes de mayor edad, existe niveles más altos de ansiedad y vivencia negativa de la enfermedad del padre, que en los adolescentes de menor edad.

2.1 Investigar si a medida que se incrementa el tiempo de internamiento del padre alcohólico en el centro de recuperación, menor es el nivel de ansiedad manifestado por el hijo.

4. MARCO TEÓRICO.

MODELO PSICOTERAPEUTICO INTEGRATIVO ECUATORIANO

El aspecto integrativo de esta corriente psicoterapéutica se refiere en primer lugar a realizar un proceso de intervención terapéutica basada en la personalidad. En esta modalidad de tratamiento se busca ayudar al cliente a asimilar y armonizar

sus rasgos de personalidad, disminuir los mecanismos de defensa. En definitiva, se busca que el paciente se reconecte con los aspectos no integrados su personalidad. En el proceso de intervención psicoterapéutica se busca aumentar la capacidad personal para contactar con uno mismo, con los demás y con el mundo.

En segundo lugar el aspecto integrativo de esta corriente se refiere a la integración de teorías, aunando los abordajes psicoterapéuticos afectivos, cognitivos, conductuales, fisiológicos y sistémicos. En definitiva en el ámbito de la psicoterapia, la psicoterapia integrativa no pretende dispersarse como un enfoque ecléctico sino más bien sustentarse de la investigación y de la experiencia clínica de las teorías psicoanalistas, cognitivas, gestálticos, humanísticas, y sistémicos, para generar una teoría más completa, compleja y útil capaz de resguardar un accionar del psicólogo clínico más eficiente.

La base epistemológica de la psicoterapia integrativa es constructivista, orientación que nos lleva a percibir a cada paciente como ser individual que se define en el conjunto de operaciones interiores y exteriores que realiza en su condición de sujeto a partir del entrecruzamiento de dos factores codeterminantes básicos: la actividad biológica y la actividad social.

ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva compleja y a menudo mortal; en la gravedad de esta enfermedad intervienen diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos.

En los últimos años, se entiende y se trata el alcoholismo desde un enfoque bio-psico-social. Por tanto, es necesario abordar todos los aspectos implicados en esta enfermedad. Desde el punto de vista biológico, la farmacología ha avanzado en la aparición de nuevos fármacos dirigidos a reducir el deseo de beber. Desde el punto de vista psicosocial, las intervenciones van dirigidas a incrementar y mantener la motivación del paciente a lo largo del tratamiento. Esta gran diversidad de intervenciones van en función de diferentes orientaciones teóricas

Cabe señalar que a pesar de que existe una gran diversidad de intervenciones terapéuticas sin embargo estudios demuestran que ninguna orientación terapéutica ha logrado éxitos definitivos en tratamientos contra alcoholismo cada vez hay más consenso de la necesidad de abordar el trastorno desde una perspectiva más amplia.

LA FAMILIA ALCOHÓLICA

Se la considera como una familia cuya dinámica gira entorno al alcohol es una familia particularmente rígida por su resistencia al cambio y su tendencia a mantener su dinamismo peculiar, evitando la emancipación afectiva de sus miembros y la negación de que se perciban signos de alarma.

ANSIEDAD

La ansiedad tanto como la palabra angustia derivan de *angere* que significa opresión, sofocación, la ansiedad sugiere la presencia de una sensación de nerviosismo y tensión, usualmente acompañada de síntomas fisiológicos suscitados por una amenaza real o no. Hay un acuerdo de los investigadores en considerar que la ansiedad puede presentarse como una reacción temporal o como una condición más o menos estable.

5. METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación es un estudio no experimental de tipo exploratorio descriptivo.

La recogida de información se llevará a cabo mediante la aplicación de una batería de tests psicológicos el momento que el padre alcohólico inicie el tratamiento y un re – test una vez transcurrido al menos un mes como período de internamiento en el centro de recuperación y como máximo tres meses.

Los recursos estadísticos a utilizarse serán: análisis de varianza entre grupos y análisis de frecuencias de los ítems.

UNIVERSO

La muestra intencional estará formada por todos los hijos de padres alcohólicos que acudiesen a recibir tratamiento psicológico y/o farmacológico a partir del mes de abril en el CREIAD (Centro de recuperación e internamiento para alcohólicos y drogadictos) centro especializado en la deshabitación del consumo de alcohol de la Ciudad de Cuenca.

CRITERIOS DE INCLUSION

El grupo investigado debe cumplir los siguientes criterios de inclusión tener una edad comprendida entre los 12 y 25 años; padre diagnosticado de «trastorno por dependencia del alcohol» (DSM-IV); incluido en un programa de tratamiento con un período de internamiento en un centro de recuperación mínimo de un mes, máximo de tres.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos los individuos que no cumplieran con los criterios de inclusión.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaran en el estudio con validez clínica significativa al tipo de estudio, serán:

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS): Se aplicará el FIEPS para contar con información sobre la enfermedad alcohólica, y la dinámica familiar.

STAI

Cuestionario de evaluación de la ansiedad en adolescentes y adultos, consta de dos escalas, la primera mide Ansiedad-Estado (20 ítems) y la segunda escala mide Ansiedad-Rasgo (20 ítems). El objetivo es apreciar los estados transitorios de ansiedad en el adolescente y adulto. Es autoevaluada y su aplicación puede ser individual y grupal a partir de los 12 años de edad.

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Es un instrumento sencillo que puede ser completado por personas que han completado su escolaridad primaria. Es aplicable a personas entre 12 y 65 años de edad. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión , Ansiedad , Hostilidad , Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo , Índice global de severidad, Índice positivo de Malestar , Total de síntomas positivos

6. ESQUEMA TENTATIVO:

Dedicatoria

Agradecimientos

Índice de Contenidos

Resumen

Abstract

INTRODUCCION

Capítulo 1

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA “MODELO ECUATORIANO”

Introducción

1.1 Elementos Favorecedores del Movimiento Integrativo

1.2 Bases Epistemológicas del Modelo Ecuatoriano

1.3 Bases Meta -Teóricas de la Epistemología Constructivista

1.4 Bases Teóricas de la Epistemología Constructivista

1.5 Bases Metodológicas del Modelo Ecuatoriano

Capítulo 2

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

2.1 Definiciones del Alcoholismo

2.2 Etiología del Alcoholismo desde la Perspectiva de la psicoterapia Integrativa.

2.3 Modalidades de tratamiento del alcoholismo

2.4 Proceso psicoterapéutico en el tratamiento del alcoholismo

Capítulo 3

EL IMPACTO DEL ALCOHOLISMO EN LA FAMILIA.

3.1 ¿Impone el alcoholismo una serie de exigencias singulares para el desarrollo de la familia?

3.2 ¿Cuál es el riesgo de que los hijos de alcohólicos padezcan desajustes emocionales?

3.3 Ansiedad en los Hijos de Padres Alcohólicos

3.5 Familia en Recuperación del Alcoholismo

3.6 Psicoterapia Familiar desde el Modelo Integrativo

Capítulo 4

TRABAJO DE CAMPO

4.1 Metodología

4.2 Presentación de datos

4.3 Análisis cualitativo de los datos

CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFÍA

Al-Anon Family Groups (1981). *This is Al-Anon Family Groups*. New York.

Arias J. A. (2000). *Abuso de Alcohol y Drogas*. En: Psiquiatría del Niño y del

Adolescente. H. Montenegro y H. Guajardo (Eds.) Editorial Mediterráneo. Chile. 2da. Edición.

Bagladi, V, Guajardo, H. & Kushner, D. (2001). *Modelo Integrativo de Evaluación para Trastornos Adictivos en un Sistema Terapéutico Comunitario*. Revista ERAdicciones. N° 4.

Bagladi, V. & Opazo, R. (en prensa). *Integrative Psychotherapy*: From Chile with Love. Journal of Psychotherapy Integration.

Bagladi, V. (2003). *Variables Inespecíficas en Psicoterapia y Psicoterapia Integrativa. Tesis para optar al Título de Doctor en Psicología*. Universidad Nacional de San Luis.

Balarezo, Ch. L. (2004). *Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Balarezo, Ch. L. (1998). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Balarezo, Ch. L. (1995). *Psicoterapia*. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Bateson G. (1972) Steps toward ecology of mind. New York. Ballantine Books.

Beattie, M. (1992). *Codependent no more*. Hazelden Foundation. Ed. Sirio. Argentina.

Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1993). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Ediciones Paidós, Buenos Aires.

Benites, L. *Tipos de Familia, Habilidades Sociales y Autoestima en un grupo de adolescentes en situación riesgo*. "Adolescencia ¿Divino Tesoro?". Psicología Actual, Año VII (16 –17)

Bishop, F. Michler. (2001). *Managing addictions*. Jason Arosón Inc. Northvale, New Jersey London.

Brown, S Lewis, V (2000) *The Alcoholic Family in Recovery: A Developmental Model of Recovery*.

Captain, C. (1989). *Family recovered from alcoholism*: Mediating family factors. Nursing Clinical of North America.

Castaneda, A., McCandless, B.R. and Palermo, D.S. (1956). *The children's form of the Manifest Anxiety Scale*. Child Development, 27, 317-26.

Casullo, M, De Figueroa M & Aszkenazi. (1991) *Teorías y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Editorial Psicoteca, Primera Edición Buenos Aires

Edwards, G. (1982) *The Treatment of Drinking Problems*. (Grant McIntyre, London),

Epstein NH., Bishop D, Baldwin L. *Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar. Un punto de vista de la familia normal*. New York: Froma Walsh. 1982.

Feixas, G. y Villegas, M. (1990) *Constructivismo y psicoterapia*. PPU. Barcelona.

Fernández Álvarez, H y Opazo Castro, R.(2004). *La Integración en Psicoterapia*. Editorial Paidós, Barcelona.

Fernández Álvarez. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

- Fletcher, A. (2001) *Como dejar el Alcohol*. Editorial Paidós Ibérica, España.
- Goodwin, D.W. (1983b). *The genetics of alcoholism*. Hospital and Community Psychiatry.
- Goodwin, D.W. (1984). *Studies of familial alcoholism: A review*. Journal of Clinical Psychiatry.
- González Marín, E. (1988). *Repercusión psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos*. Revista Española de Drogodependencias.
- Heather, N. (1990) *Problem drinking as a form of learned behaviour: a final rejoinder to Gorman and Edwards*, British Journal of Addiction.
- Hernández Córdova, Angela (1990). *"Inventarios sobre familia"*. Universidad de Santo Tomás, Bogotá.
- McGrady, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F. and Hay, W.M. (1986). *Comparative effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatments*. Journal of Studies on Alcohol.
- Miller, N. y Gold, M. (1993) *A hypothesis for a common neurochemical basis for alcohol and drug disorders in*: Psychiatric Clinics Of North America.
- Moos, R.H., Finney, J.W. and Gamble, W. (1982). *The Process of recovery from alcoholism (II): Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls*. Journal of Studies on Alcohol.
- Negrete, J.C. (1985) *Epidemiología de los Problemas de Alcohol*, en: NEGRETE, J.C., Mardones, J. y Ugarte, G. (Eds.) Problemas Médicos del Alcohol. (Andrés Bello, Santiago). pp. 75.
- Nicenboim, E. (2006). *El Puente que construimos. De dónde venimos, a dónde queremos ir*. dePsicoterapias.com.
- <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdArticulo=49&IdSeccion=13>

Nolen-Hoeksema S. (2004). *Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems*. Clin Psych Rev.

Luna, J. (1996). *¿Qué Hacer con un Hijo Adicto?* Bogotá: Editorial San Pablo.

Llanos Zuloaga, Roberto (1996). “Psicopatología del niño y del adolescente”. Lima.

Opazo Castro, R. (2001) *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*, Santiago de Chile, ICPSI-

Opazo Castro, R. (2006). *Psicoterapia Integrativa: ¿Exigencia de los tiempos?* dePsicoterapias.com.<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=16&IdArticulo=218>

Opazo, R. (1997). “*In the Hurricane’s Eye: a Supraparadigmatic Integrative Model*”. Journal of Psychotherapy Integration. Vol. 7 N° 1. 1997.

Opazo, R. (2003). “*¿Qué es la Psicoterapia Integrativa?*” Revista Artes y Letras. El Mercurio, Julio 2003.

8. CRONOGRAMA.

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Oct
Investigación bibliográfica	X	X	X	X	X	X		
Aplicación de los reactivos psicológicos		X	X					
Análisis Estadístico				X	X	X		
Re – Test					X	X	X	X
Análisis Estadístico						X	X	X

