



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE 3172-25

**TERAPIA CORPORAL Y OTRAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS INTEGRALES  
EN EL MEJORAMIENTO DEL ESTADO EMOCIONAL DE UN VARÓN ADULTO EN  
SITUACIÓN DE ALCOHOLISMO EN ETAPA INICIAL**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
HERNÁNDEZ ESTRADA MARÍA TERESA

DIRECTOR DE TESIS  
MTRO. VÍCTOR MANUEL BECERRIL DOMÍNGUEZ

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **DEDICATORIAS**

A la memoria de mis seres queridos que desaparecieron físicamente de mi vida, pero no de mi corazón:

Mis padres: **Abundio e Isabel**

Hermanos: **Magda, Enrique y Emmita**

Sobrino: **Roberto**

Mi esposo: **Gabriel Campero**

A mis hijos que son mi motivo de vida:

**Gabriel Cristhian, Diana Berenice y Rodrigo Armando.**

Con el deseo de que entiendan y comprendan que el éxito llega posterior al sacrificio que realizamos con amor.

A mis hermanos **Héctor y Guillermo.**

A mi sobrino **José Luis** quien en la búsqueda constante de su superación ha significado una inspiración para mí.

Al resto de mi familia que no cité por escrito y de quienes siempre he recibido detalles de amor y respeto.

A mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

**A todos, quiero decirles que los AMO.**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, deseo expresar que me siento muy orgullosa de ser mexicana, que amo a mi país y al percibir momentos difíciles en mi país, lo cual mueve diversas emociones e inestabilidad en sus habitantes quienes requieren de profesionales de la Salud Mental, me motiva a la superación personal a fin de brindar un buen desempeño en mi profesión.

Estoy muy agradecida a mi universidad ISEC principalmente, por haberme aceptado existiendo una diferencia de edad mayúscula entre el alumnado y yo, gracias por haberme permitido formarme profesionalmente en ella y realizar el sueño que, en múltiples ocasiones creí imposible.

Gracias a todas las personas que forman parte de este Honorable Centro de Estudios y que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, gracias a todos los profesores y personal en general. Ustedes, fueron los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de mi paso por esta H. Universidad.

Gracias a Dios que fue mi principal apoyo y motivador para cada día continuar alimentando mi sueño y a pesar de mil obstáculos, no desistir.

Deseo expresar mi agradecimiento al H. Director de Psicología en ISEC, quien por una agradable coincidencia ha sido mi asesor en esta tesis, Mtro. en Psicología. Víctor Manuel Becerril Domínguez, por sus valiosas sugerencias en momentos de duda, por el apoyo brindado a este trabajo y por los conocimientos que recibí de él como alumna.

Gracias al Mtro. en Psicología Bernardo López Carrillo por haber decidido compartir sus conocimientos e instruir con excelencia y disposición a todo aquel que así lo requiere, por la revisión cuidadosa que ha realizado de este texto, por ser el más exigente de mis profesores. y sobre todo por la confianza ofrecida desde que llegué a esta facultad.

Mi agradecimiento a la Mtra. Hilda Salazar Flores, cuyo principal objetivo siempre ha sido transmitir sus conocimientos en forma sencilla y objetiva y en este trabajo por las valiosas sugerencias recibidas.

Mi más sincero agradecimiento al Dr. en Psicología, Eduardo de la Fuente, por creer

en la educación y en el desarrollo de la sociedad a través de esta misma. Por su amabilidad, su tiempo, sus ideas, por brindarme sus conocimientos y apoyo, con cuyo trabajo estaré siempre en deuda.

Asimismo, agradezco al H. Director de los Centros de Rehabilitación Nueva Identidad, A. C., Sr. Manuel Rivera Torres, quien me brindó su confianza y permitió mi inicio y prácticas profesionales en ese lugar.

No podría dejar de mencionar a la psicoterapeuta, María Esther Pelayo, quien fue mi motor que me impulsó introduciéndome primero, a recibir la Terapia Corporal como su paciente y después a estudiar dicha especialidad en el Centro Yollocalli – Instituto de Psicoterapias Corporales Integrativas

Gracias a mi familia, a mis padres y hermanos, que me procuraron amor y cuidado, que guardo en el recuerdo y es un aliento para continuar el interminable y nutricional camino del aprendizaje sobre la vida.

Agradezco a cada uno de mis tres hijos, quienes son mi motivo de vida y que, como adultos, conscientes de que *lo que más cuesta es lo más valioso* y que me han acompañado en este proceso, siempre dispuestos a escucharme, a entenderme y a darme un correcto y perfecto consejo.

Finalmente, considero a este trabajo fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin lo cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales en la salud mental.

## CONTENIDO

Introducción	6
Antecedentes	13
Marco Teórico	23
Marco Metodológico	51
Análisis del Caso	55
Resultados	85
Conclusiones	88
Anexos	95
Referencias	105

## 1. Introducción

El alcoholismo representa un problema grave en los aspectos económico, social y de salud, que impacta principalmente a los hombres. En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 y la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcoholismo y Tabaco 2016 – 2017 en la población de 12 a 65 años refleja un incremento significativo en cuanto al consumo excesivo; reportando: del 28.0% en 2011, subió al 36.6% en 2016 en la población en general. Específicamente en los hombres, varió del 41.3% en 2011 al 45.5% en 2016. Alvear, C., et al (2012), ENA 2011

De acuerdo con las Estadísticas de Alcoholismo en México del 28 noviembre 2012, se observa que, en la fase de dependencia, existe el riesgo de desarrollar trastornos mentales y comportamentales. (Anexo 1-4).

Desafortunadamente en nuestro país su consumo es casi obligatorio durante el ciclo de vida, ya que forma parte de la dieta, necesario en la mayoría de tratos financieros y laborales, siempre presente en las actividades sociales. Es recomendado por curanderos, e indispensable en los ritos espirituales, razones tradicionales que dificultan su reconocimiento como enfermedad y su atención médica.

El tema del alcoholismo llamó mi atención debido a que conlleva consecuencias que no solo afectan al individuo sino también a su núcleo familiar y trasciende al desarrollo del país. El individuo inicia su ingesta generalmente en la adolescencia por curiosidad, por aliviar un malestar emocional y casi sin sentir va aumentando la necesidad de repetir la primera experiencia y al pasar del tiempo, llega a darse cuenta que el malestar emocional no ha desaparecido, al contrario, se han agregado otros malestares y ha caído en un círculo enfermo del cual no puede salir por sí mismo.

La persona que cursa alcoholismo puede desarrollar enfermedades físicas crónicas y degenerativas, incapacidad laboral y accidentes por riñas que, en ocasiones les traen como consecuencia la pérdida de la libertad. Otra posible y grave consecuencia es el suicidio. Natera, G. (2015).

“Con relación al suicidio, en 2012 a nivel mundial fueron registradas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio normalizada según la edad de 11,4 por 100 000 habitantes, 15.0 entre hombres y 8,0 en mujeres.

En 2015 se registró como la segunda causa de defunción en el grupo de 15 a 29 años, y entre los factores que lo provocan, se encuentran los biológicos, los psicológicos, los sociales, los ambientales y los culturales y como factores de riesgo individuales: intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera como un problema grave de salud pública.

En la Conferencia Regional de Salud Mental Santiago de Chile (2015), se menciona que, según la Encuesta Mundial Kessler, la tasa de suicidio en México en el año de 2012 reporta: 0.62% total de suicidios, correspondiendo la cifra de 7.1 a hombres por cada 100,000 habitantes”. Natera, G. 2015).

En el presente trabajo, se presenta un estudio de caso a través del cual se pretende coadyuvar en los esfuerzos psicoterapéuticos que se realizan a nivel individual para abatir la utilización del alcohol. Se trata de un proceso de atención psicológica con diferentes técnicas y en especial con terapia corporal, dirigido a un varón de 37 años en etapa inicial de alcoholismo, que presenta trastornos de ansiedad y depresión, por lo que para esta tesis se propone el siguiente objetivo general

### **1.1. Objetivo General**

Lograr el bienestar emocional de un hombre adulto en etapa inicial de alcoholismo a través de la aplicación de la terapia corporal y de otras técnicas psicoterapéuticas integrales.

### **1.2 Objetivo particular**

1.2.1 Como primer paso, aplicar terapia corporal a un hombre adulto que cursa alcoholismo en la etapa inicial, para tratar de mejorar los trastornos del Estado del Ánimo.

1.2.2 Trabajar con otras teorías técnicas psicológicas, de manera articulada y ayudarle a abatir su dependencia, depresión y ansiedad, enseñando al paciente a identificar herramientas para incrementar su autocuidado, una conducta socialmente aceptable y mejor calidad de vida.

### **1.3 Hipótesis**

Las técnicas de intervención terapéutica integral pueden coadyuvar a mejorar el equilibrio emocional de un paciente en etapa inicial de alcoholismo.

### **1.4 Pregunta de investigación**

¿De qué manera se puede lograr el bienestar emocional de un hombre adulto en etapa inicial de alcoholismo a través de la aplicación de la terapia corporal y de otras técnicas psicoterapéuticas integrales?

### **1.5 Otras preguntas de investigación.**

¿La depresión y la ansiedad provocaron en este paciente la enfermedad del Alcoholismo?

¿Es posible restablecer una buena actitud laboral, social y familiar de este paciente en el momento en que logre la abstinencia?

¿Se podía haber prevenido la enfermedad del alcoholismo iniciada en este sujeto durante su adolescencia? Esta pregunta tiene como finalidad ver si existe la posibilidad de aprender del caso para considerar una oportuna atención para otros casos.

### **1.6 Importancia del tema**

“El consumo de alcohol a nivel mundial representa un problema de salud pública, representa la tercera causa de muerte (OMS, 2015). México ocupa el quinto lugar en consumo de alcohol, se estima que 38 millones de adolescentes consumen esta sustancia, considerando al alcohol como la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre ellos”. Alvear, C., et al (2012), ENA 2011.

En ENA 2011 se cita que en México se realizan estudios epidemiológicos

periódicamente, cada seis años con la coordinación de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y la participación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” y del Instituto Nacional de Salud Pública. Asimismo, en esta encuesta se menciona que en la realizada anteriormente, ENA, 2008, se mostró que la dependencia al alcohol incrementó del 4.1% en 2002 a 5.5% en 2008. Por sexo, ambos tuvieron incrementos importantes (8.3% a 9.7% en hombres y de 0.4% a 1.7% en mujeres).

Es importante señalar que, en los Consejos Tutelares Para Menores, el 24.3% cometió un delito bajo la influencia de alguna sustancia. El 68.1% de los infractores entrevistados, refirieron consumir habitualmente drogas y la sustancia de mayor consumo fue la mariguana (35.0%), seguida del alcohol (29.8%). Alvear, C., et al (2012), ENA 2011.

“El consumo se inicia principalmente en la adolescencia, debido a la búsqueda de experimentación de nuevas conductas, sensaciones y emociones, además, representa una forma de adaptarse a la sociedad”. Alonso-Castillo et al, (2017)

En Alonso-Castillo et al, 2017 se describe al Alcoholismo como una enfermedad multifactorial, donde factores micro y macro ambientales, como la familia, la sociedad y las características del propio individuo contribuyen en el mantenimiento de esta conducta.

También menciona a la disfunción familiar como uno de los factores importantes en la enfermedad del alcoholismo, lo cual se considera significativo y relevante para el estudio de caso que se presenta en este trabajo, ya que un mal funcionamiento familiar no cumple con la función socializadora de la familia hacia los hijos y consiste generalmente en la ausencia física y emocional de los padres, la deficiente calidad de los vínculos entre los miembros del sistema familiar, la ausencia de relaciones positivas dentro de la familia, como la falta de confianza entre sus miembros, las escasas manifestaciones de afecto y la percepción de mínima cercanía entre sus miembros. Alonso-Castillo et al, 2017.

Se describen a continuación los aspectos social, laboral y personal en que perjudica la enfermedad del alcoholismo

*Aspecto Social.* – Generalmente el individuo que cursa el alcoholismo, conforme avanza su enfermedad, va disminuyendo su calidad moral, y aumenta el descuido de sí mismo. Su comportamiento llega a ser violento tanto dentro como fuera de su hogar, puede delinquir y modela formas de conducta inadecuada hacia niños y adolescentes.

*Aspecto Laboral.* - Uno de los factores más importantes para el desarrollo de nuestro país es la población económicamente activa, la cual se ve afectada debido a esta enfermedad, ya que, como trabajador, el individuo alcohólico, incurre en faltas, llegadas tarde, incapacidades temporales, incapacidad permanente y en casos extremos baja por defunción.

*Aspecto Personal.* - Mi interés en esta enfermedad, se debe a que, en mi labor profesional, gran parte de los motivos de consulta de mis pacientes se relaciona con el hecho de que tienen un familiar con problemas de alcoholismo y aunado a ello, se enfrentan a situaciones paralelas como son la de un padre ausente, la codependencia, la carencia económica, la violencia, violaciones e incestos, etc.

Asimismo, al considerar el proceso autodestructivo de paciente, vemos que tal individuo poco a poco va requiriendo mayor cantidad de ingesta de alcohol y cada vez, en periodos más cortos sin percatarse del daño que se infringe a sí mismo, a su familia y a su entorno, y la psicoterapia tiene la posibilidad de aportar en la medida de lo posible que esto no suceda o detener el deterioro consecuente.

## **1.7 Viabilidad.**

El presente trabajo es viable ya que existen las condiciones necesarias para realizar la investigación, tales como un consultorio adecuado en ubicación accesible. Como terapeuta dispongo de tiempo suficiente y cuento con los conocimientos obtenidos en el estudio de la Licenciatura en Psicología y a través de la experiencia adquirida al haber colaborado con mis servicios en el “Centro de Rehabilitación Nueva Identidad, A. C” durante cinco años.

El paciente del caso de estudio que se presenta en este trabajo, disponía de las condiciones de voluntad y tiempo para efectuar el tratamiento, asimismo otorgó su autorización a la terapeuta para utilizar su problema a efecto de la realización de esta investigación.

## **1.8 Descripción general del caso**

Paciente masculino de 37 años de edad con antecedentes de disfunción familiar. Vive solo, en un cuarto, tiene muy pocos amigos y no realiza ninguna actividad de ejercicio físico o recreativo.

A los 29 años inició una relación de unión libre. Al año siguiente procreó con su pareja un hijo que actualmente cuenta con 7 años de edad. Esta unión terminó hace dos años. Ambos comparten la custodia y la patria potestad del niño. La mamá atiende al pequeño en la semana y el paciente lo hace los sábados y los domingos.

Acostumbra beber alcohol desde la adolescencia y la frecuencia y la cantidad ingerida fueron en aumento a partir de que intento formar una familia y después de la separación se elevó mucho más. Tiene muy pocos amigos. No practica ningún deporte y su tiempo libre no lo ocupa para algún hobby o algo constructivo para sí mismo.

No le agrada su trabajo y ya quiere renunciar, a veces falta por la “cruda”, no le alcanza el dinero para llevar a alguna diversión a su hijo y cuando va por él, lo deposita en casa de su mamá los fines de semana y él se va con su novia quien fue su compañera en la secundaria y sostienen relaciones amorosas desde hace 10 meses.

Actualmente, su novia está casada y es madre de tres hijos; dice, que está dispuesta a abandonar al esposo y llevarse a sus hijos a vivir con el paciente y él, se muestra ilusionado al mencionarlo.

El paciente también lleva amistad con una vecina de la infancia, quien le propuso asistir a un taller del 4º y del 5º. Pasos de Alcohólicos Anónimos, para superar su problema de consumo de alcohol. Después de que él, asistió a ese taller y dejó de beber, la citada amiga al enterarse, le recomendó acudir a terapia psicológica para una recuperación

completa. Su primera consulta fue el 20 de junio del 2017.

## **1.9 Definición del ambiente, espacio y tiempo**

El consultorio se ubica en la Delegación Juárez, a una calle del Metro Zapata, siendo muy accesible el domicilio desde diversos puntos de la ciudad.

Desde la infancia hasta la adultez, el paciente residió en la Colonia Nativitas, en un barrio popular, de un extracto económico medio bajo. El mercado está rodeado de muchos puestos informales y es famoso porque las personas dicen que todo está “barato” y la zona siempre está muy concurrida. Junto al mercado hay un paradero de camiones. Entre las calles hay tiendas, tintorerías, talleres de mecánica automotriz, salones de belleza, farmacias, edificios que rentan departamentos y casas que albergan varias familias, hay hacinamiento. Se puede observar que las personas cuentan con un nivel académico medio superior como máximo.

En la actualidad el paciente reside en un cuarto solo, en una casa ubicada en calzada de Tlalpan.

## 2. Antecedentes.

### 2.1 Antecedentes históricos del Alcoholismo

Los antecedentes históricos del alcoholismo los encontramos descritos por Gabantxo y Kontx en “Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo” de la siguiente forma:

- Desde el Paleolítico se tiene evidencia de la existencia del alcoholismo con fines religiosos y militares.
- En el Neolítico se da la primera toxicomanía con una bebida extraída de la cebada.
- Tanto griegos como romanos conocían la elaboración del vino y se sabe de la toxicomanía de masas con fines lúdicos y para la gastronomía imperial.
- En la Edad Media la península permaneció totalmente abstemia.
- Cristóbal Colón en su primer viaje se encontró con que los aborígenes en América consumían alcohol con fines espirituales y curativos.
- Durante los siglos XVI, XVII y parte del XVIII el vino se usaba en nuestro país como complemento alimenticio y se cocinaba con él. A mediados del siglo XVIII empieza a ser una bebida embriagante.
- En la independencia se interrumpe la exportación y los excedentes generan un bajo precio interno, lo cual provoca el aumento en su adquisición.
- En el siglo XIX se da la institucionalización del alcoholismo, compitiendo con el tabaquismo como toxicomanía étnica y social
- Entre 1940 y 1960 el consumo de alcohol y tabaco es estable. Solo los hombres beben y fuman, reservándose para celebraciones y fiestas.
- En la década de los 60 una serie de eventos provocó una desorganización social e inició el consumo como vía de escape.
- En los 70 era mal visto que los padres iniciaran a los hijos en el consumo de alcohol.
- En 1977 la OMS sustituyó el concepto de alcoholismo por el de síndrome de dependencia al alcohol. Muñoz de Cote, J., (2010).
- Entre 1959 y 1981 se duplica el consumo de cigarrillos y alcohol, por la liberación

de la mujer.

- En la actualidad, el alcohol, el tabaco y los psicofármacos siguen siendo las drogas más consumidas y las que provocan mayor daño en la salud. Gabantxo. (2001).

## **2.2 El alcoholismo y sus consecuencias.**

“Las consecuencias son diferentes según sea hombre o mujer, depende de su papel socio familiar, de la cultura, etc., se mencionan las siguientes:

Consecuencias laborales. - Cambia constante de empresa, bajo rendimiento, frecuente ausentismo, participa en peleas, pendeencias, accidentes laborales, incapacidades parciales y totales”. Sociedad y Alcoholismo (1979)

“Familias disfuncionales. - La enfermedad del alcoholismo generalmente se presenta más en los hombres, quienes son cabeza de familia y las consecuencias afectan a toda la familia. El padre abandona el rol de proveedor y lo toma la madre y la desorganización familiar se hace tan dramática que la familia termina rompiéndose”. Real Academia Española (2001)

### *2.2.1 Definición de Alcoholismo*

“El alcoholismo es una enfermedad crónica o desorden del comportamiento que se manifiesta por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, en cantidades que exceden los límites dietéticos y sociales aceptados por la comunidad, que causan perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y finalmente a su actividad económica”. Esta definición es la establecida por el Comité de Expertos de la OMS en 1954 y es la más aceptada. Fernández, F. y Matilla V., (1979, pág. 15).

Se tiene conocimiento que en 1849 apareció el término Alcoholismo por el sueco Magnus Huss y se catalogaba como un vicio, una figura delictiva o conducta perversa.

Sin embargo, en 1956 La Asociación Médica Americana (AMA) publicó la siguiente recomendación: “El alcoholismo debe ser visto dentro del contexto de la práctica

médica. El Consejo de salud de la AMA, su comité de alcoholismo y la profesión médica en general reconocen el Síndrome del Alcoholismo como enfermedad que justificadamente debe recibir atención de los médicos.” En la misma década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluiría la Dependencia del Alcohol dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sánchez Mejorada (2007).

“El alcoholismo se considera enfermedad por el conjunto de fenómenos derivados de la pérdida de control y cubre los requisitos que la medicina exige para considerar enfermedad a determinado conjunto de signos y síntomas, es decir, tiene:

- Una historia natural.
- Cuadro clínico similar para todos los que lo padecen.
- Etiología.
- Fisiopatogenia.
- Pronóstico
- Esquema terapéutico integral, y
- Una serie de estrategias para su prevención.

La OMS lo define como un trastorno crónico que se caracteriza por la ingestión de bebidas alcohólicas en una cantidad que interfiere con la salud y el funcionamiento social y económico del individuo. Es a la vez un consumo que excede las costumbres dietéticas de la comunidad”. Alonso y Matilla (1979)

### *2.2.2 Fisiopatología del Alcoholismo*

“Como consecuencia de la ingesta de alcohol se produce la pancreatitis crónica, que puede aumentar en tanto se ingieren más proteínas, o con dietas pobres en grasas. Las mujeres son más susceptibles que los hombres, porque absorben más alcohol a una velocidad mayor”. Kelley (1993)

De acuerdo a lo que describe Kelley, 1993, la duración del alcoholismo antes del primer episodio de pancreatitis suele ser de diez años, de tal forma que se tiene considerada como la hipótesis más aceptada respecto a la etiología de la pancreatitis crónica: Que el aumento de la secreción proteica en el jugo pancreático forma tapones proteínicos en

los conductillos pancreáticos, que forman complejos con cristales de carbonato de calcio. Las sales cristalizan debido a la secreción disminuida de citrato y de un estabilizador proteico que impide la cristalización del calcio.

“Los tapones proteicos y los cálculos ocasionan lesiones en el epitelio canicular, que finalmente van a la fibrosis, obstruyen los conductillos y causan la pérdida de células acinares. La inflamación peri pancreática que compromete el duodeno y el retro peritoneo, así como la fibrosis peri neural, pueden causar dolor.

Los que beben en exceso en forma ocasional pueden ser más susceptibles a los episodios de dolor. Los que a diario beben, el dolor es crónico. La abstinencia total puede conducir al alivio del dolor”. Kelley (1993)

“La diabetes es común en la última fase de la pancreatitis crónica. La tercera parte de los pacientes requieren tratamiento con insulina”. Kelley (1993)

“Son raras las cetoacidosis y las complicaciones vasculares de la diabetes mellitus, como la retinopatía, nefropatía ateromatosis. Sin embargo, la neuropatía es común, por los efectos aditivos del abuso de alcohol, la desnutrición y la diabetes”. Kelley (1993)

“Otras causas potenciales de hipoglucemia comprenden el ingreso calórico irregular por ingerir alcohol, o la absorción variable debida a la esteatorrea, la liberación inapropiada de insulina por las células de los islotes dañadas, glucógeno hepático atrapado o no disponible, o deterioro de la liberación de glucagón”. Kelley (1993)

“En la pancreatitis crónica, el dolor es casi siempre epigástrico. A menudo se irradia al dorso, pero puede localizarse en el hipocondrio izquierdo o irradiarse a la fosa ilíaca izquierda. En la irritación diafragmática, el dolor puede incluso irradiarse a los hombros. También se puede presentar dolor retro esternal que irradia a los brazos. El dolor es continuo, y suele durar más de 24 horas”. Kelley (1993)

“Es frecuente la suposición de una gastritis. Lo característico en la pancreatitis, es que generalmente en los bebedores de fin de semana, el dolor puede comenzar de 12 a 48 horas después de haber cesado la ingestión de alcohol y se acompaña de náuseas y

cefaleas matinales, o éstas no se presentan y el síntoma de presentación es la epigastralgia, mientras que en la gastritis el síntoma de presentación consiste a menudo en náuseas y vómitos". Kelley (1993)

### *2.2.3. Complicaciones*

Se presentan muchas complicaciones de diverso tipo y debido a lo extenso del tema, mencionaremos una de ellas: La impotencia sexual que presenta el varón, eyaculaciones precoces, egoísmo durante el acto sexual y la violencia contra la esposa que van generando en ella sentimientos cada vez mayores de rechazo y que pronto comienzan a expresarse bajo la forma de una frigidez, y al fin, bajo la de un rechazo formal, y precisamente sobre esta inseguridad, desconfianza, frustración general y rechazo amoroso, comienzan a construirse los delirios de celos del alcohólico hacia la esposa. Sociedad y Alcoholismo. (1979).

### *2.2.4 Secuelas*

En el caso de una madre alcohólica, heredará a sus hijos dicha enfermedad, ya que tanto en el embarazo, inunda permanentemente el organismo del feto y después en la lactancia natural le transmite el alcohol etílico, el cual produce graves afecciones sobre el organismo del niño, y va a generar una tempranísima necesidad o dependencia física hacia el alcohol. Razón por la que se encuentran altas incidencias de alcoholismo entre las familias de los alcohólicos, con conductas alcohólicas que se inician tempranamente en la generación siguiente a la ya alcoholizada. Sociedad y Alcoholismo. (1979).

### *2.2.5 Efectos Secundarios*

Son múltiples los efectos secundarios ya que dañan al individuo en todo su ser, pues contraen enfermedades físicas, alta incidencia de enfermedades neuróticas y psicóticas y sus hijos presentan trastornos de conducta, dificultades escolares, síntomas psicosomáticos, oligofrenia, etc. Sociedad y Alcoholismo. (1979).

### *2.2.6 Estado Emocional de Paciente que cursa Alcoholismo.*

Rimmer y Winokur (1972) exponen que se presenta una alta prevalencia de enfermedades psíquicas, incluso suicidios en las familias de alcohólicos especialmente

en sus esposas Las relaciones paterno-filiales presentan mala identificación.

Resultan frecuentes las escenas de violencia entre los padres, las ausencias y en algunos casos la muerte de uno de los padres. Estos eventos se proyectan hacia los hijos y ellos, a su vez, van reproduciendo la temática que se ha formado en el alma de muchos de los niños que integran hogares alcohólicos.

En pruebas psicológicas aplicadas a niños pertenecientes a familias con problemas de alcoholismo, generalmente se encuentran temas de abandono, soledad, rechazo, culpa, castigo, autoagresión. Sociedad y Alcoholismo. (1974).

### **2.3. Experiencias con Terapia Corporal.**

Como profesional de la salud mental, el propósito en cada uno de los casos clínicos consiste en investigar, de acuerdo a las necesidades del paciente las herramientas que pueden ser de utilidad para acompañarle en recuperar el equilibrio emocional. En este caso, se pensó en aplicar de principio la Terapia Corporal a fin de que la persona regrese a la consciencia de sentir su cuerpo, sus sentidos y el movimiento físico le proporcione endorfinas y se inicie con el cambio en su estado de ánimo, con lo que se obtiene que el individuo muestre mayor apertura y exprese sus afecciones emocionales dentro del trabajo terapéutico.

Sin embargo, al realizar la investigación científica sobre la aplicación de Terapia Corporal para abatir el alcoholismo, no se encontraron evidencias tal cual, y lo que se encontró fue que en Perú en el Instituto Nacional de Salud Mental, Raquel Pérez Salinas creó el “Manual de Terapia Física en Adicciones” (2010), partiendo de que: “Wallon y Piaget, postulan que la acción nace del pensamiento y a través de la acción el niño piensa, aprende, crea y afronta los problemas”; es decir que al provocar el movimiento del cuerpo, el individuo tendrá mejores posibilidades para llegar a la consciencia de sus actos. En este manual se hace un recorrido de la historia de la Terapia Física a fin de demostrar su utilidad como coadyuvante en problemas de adicciones, la cual se describe a continuación:

Historia de la terapia física.

“En los inicios de la humanidad, a través de observación y experiencias, se aprendió que la terapia física activa al cuerpo, constituyéndose en una terapia de reacción”. Delgado y Noguchi (2010)

“En el año 1698 a. C., el emperador Hoang-Ti creó un tipo de gimnasia curativa que incluía una variada gama de ejercicios respiratorios. Durante la Edad Media debido a que la medicina estaba parcialmente en manos de los sacerdotes, y las órdenes religiosas eran enemigas del cuerpo, únicamente la nobleza podía acceder a una actividad corporal dirigida”. Delgado y Noguchi (2010)

“Después de la segunda Guerra Mundial en que había una gran cantidad de enfermos, lesionados y discapacitados surgió la idea de crear dentro de la medicina el área de la terapéutica física. En la segunda mitad del siglo pasado, los tratamientos por medio de ejercicios se hacen más específicos. Aparece una nueva alternativa terapéutica, la recreación especial adaptada a poblaciones con discapacidades, empleada inicialmente para el tratamiento de enfermedades físicas y, en la actualidad, también para el tratamiento de trastornos mentales”. Delgado y Noguchi (2010)

“El nuevo instrumento terapéutico se deriva del interjuego de dos mecanismos complementarios: la liberación de endorfinas que se activan en el circuito de la recompensa, produciendo una sensación de bienestar, y el de vehículo lúdico o estrategia aplicada en busca de un objetivo claramente específico, no solamente para restablecer la salud sino también para el desarrollo personal”. (Austin, 2001 en Delgado y Noguchi. 2010)

“La filosofía clásica concibe que el ser humano está compuesto de dos partes: cuerpo y alma o espíritu, lo cual se ratifica con el racionalismo de Descartes y actualmente se sigue pensando que el ser humano se compone de dos entidades distintas: el cuerpo que posee las características propias de la materia y una realidad inmaterial, relacionada directamente con la actividad del cerebro y del sistema nervioso, a la que se le denomina psique, mente, razón, alma o espíritu”. (Becker, 2005 en Delgado y Noguchi 2010)

“La Terapia Física en el campo de las adicciones es aplicada desde la década de los años 60. Al respecto, la literatura foránea demuestra importantes hallazgos que la señalan como una estrategia efectiva en la reducción de la probabilidad de recaída del paciente adicto. A pesar de esto, tanto a nivel internacional como nacional, no se registran programas de Terapia Física que puedan servir de base para el trabajo con este tipo de pacientes, manifestándose el mismo panorama con los instrumentos de evaluación de la especialidad, carencias ambas que han motivado la realización del Manual creado por Raquel Pérez Salinas”. Delgado y Noguchi (2010)

“En Chile a fines del siglo XIX e inicios del XX, condenaron desde una perspectiva netamente moralista el consumo de alcohol, además de la prostitución, el juego y la fiesta; actividades irracionales y tradicionales, las cuales, anulaban la facultad reflexiva de los individuos y su sentido de moral, embruteciéndolos y degenerándolos. Por otra parte, alejados del discurso moralizador, los sectores populares buscaban distintas vías de oxigenación para hacer frente a las duras condiciones de vida y de trabajo a las que estaban sometidos al despuntar el siglo XX, transformando el consumo de alcohol, por la práctica de deportes y los ejercicios físicos, el naturismo, la homeopatía, el vegetarianismo, en aras de la liberación y plenitud de hombres y mujeres”. Fernández et al (2008).

“Hacia fines del S XIX e inicios del S XX se constituyó en Chile, la ideología anarquista, esforzándose por generar una moral antagónica a la burguesa, encaminando a la generación de un hombre nuevo mediante esfuerzos educativos y moralizadores contribuyendo no solo al desarrollo de la consciencia colectiva y a la organización socio popular-rupturista, sino que también al posicionamiento temprano de “nuevas causas o luchas”, tales como la emancipación de la mujer, el internacionalismo proletario, el antimilitarismo, el pacifismo e incluso el apoyo a las reivindicaciones mapuche entre otras”. Fernández et al (2008)

Asimismo, cabe mencionar que el entrenamiento físico produce un aumento en los niveles de noradrenalina, adrenalina y serotonina que están asociados al almacenamiento y recuperación de la memoria y con el estado anímico.

“La terapia física como herramienta en la psicoterapia, fue creada con el nombre de

Vegetoterapia por Wilhelm Reich, discípulo de Sigmund Freud y posteriormente Alexander Lowen la mejora y la convierte en la Bioenergética.

A finales de los 90, Antonio Pacheco Fuentes director de Hermes, Instituto de Educación Integral y Terapia Integrativa de Vitoria, creó una formación en la que se integran diversas corrientes terapéuticas en las que predomina el trabajo corporal". (Apuntes en clase Psicoterapia Corporal 2009)

"La Terapia Corporal Integrativa se entiende como un sistema de autoconocimiento y transformación marcadamente vivencial y está íntimamente ligado a la concepción del ser humano como una unidad en la que se integran sus diferentes áreas de funcionalidad: intelectual, emocional e instintiva, corporal y energética". (Apuntes en clase Psicoterapia Corporal 2009).

## **2.4 Experiencias con otros métodos de intervención**

Se considera relevante mencionar que a nivel internacional se han realizado diversos esfuerzos para abatir el problema del alcoholismo. A este respecto presentamos uno de ellos, que fue la investigación realizada en 2004, por Eva Peñafiel Pedroza en España en la Universidad de Alcalá, con el tema: "Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes".

Se estudiaron los factores de riesgo para diseñar y aplicar programas de prevención, y uno de los cuales fue sobre el tema de que: "los individuos incapaces para tolerar la frustración, necesitan que sus necesidades sean satisfechas en forma inmediata y una forma para lograr el placer inmediato es el consumo de drogas". Peñafiel, (2009)

Otro factor determinante consiste en que en medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo.

También influye la presión del grupo, el ocio, la ausencia escolar, la accesibilidad de las sustancias. Peñafiel, (2009)

Eva Peñafiel en dicho estudio propuso ciertas medidas preventivas como: propiciar un vínculo afectivo entre el adolescente y sus padres, buena adaptación escolar, practicar

deportes, favorecer actividades con amigos, por ejemplo, organizar excursiones, ir al cine, actividades religiosas, etc.

Asimismo, en 2016, en Madrid se diseñó un taller llamado “Recursos educativos para promover el consumo cero de alcohol en menores de edad y responsable por los adultos” que consistió en 10 sesiones dinámicas con diferentes temas en que participaron adolescentes a partir de los 12 años que se encontraban cursando el 6º año de primaria. Roa, (2016)

El objetivo del taller consistió en que los adolescentes, contando con sus conocimientos previos, analizaran y con su pensamiento pudieran discernir lo idóneo en su comportamiento a este respecto.

Las dinámicas desarrolladas básicamente fueron vivenciales ya que los niños tuvieron que enfrentarse a la presión del grupo que les inducía a beber. En otra sesión el grupo analizó objetivamente el aspecto físico del enfermo alcohólico, su comportamiento, etc., y se pudieron percatar del mal aspecto del alcohólico, y como resultado se obtuvo que los adolescentes después de esas experiencias en el taller, que obviamente les dejaron huella, pudieran hacer consciencia del daño que causa el ingerir alcohol.

### **3. Marco Teórico**

En este capítulo se establecen los conceptos teóricos sobre los que se basó el análisis clínico de un paciente en la segunda etapa de alcoholismo, de acuerdo a la clasificación de Jellinek.

Asimismo, se considera pertinente aclarar que el paciente de este caso en un principio bebía en forma ocasional y a partir de los 30 años, en que se empezó a enfrentarse con serios problemas económicos, por estar iniciando la constitución de su propia familia, es que empezó su consumo en forma habitual, y ocasionalmente lo hacía en forma excesiva, cayendo en lo que se llama abuso del alcohol o bebedor excesivo, afortunadamente, aún no ha desarrollado una franca adicción. Elizondo J. A., (1994).

“Existen dos parámetros clínicos para determinar si el bebedor excesivo se ha convertido en alcohólico, los cuales son la tolerancia y el síndrome de supresión”. Elizondo J. A., (1994)

Ahora bien, en el capítulo de análisis del caso, se detallan las sesiones que se consideraron de beneficio para el mismo, en las cuales se aplicaron las técnicas creadas por los diferentes teóricos de los conceptos que se presentan en este capítulo.

Con el fin de encuadrar por qué se retomaron las teorías que se presentan a continuación, es conveniente, a reserva de ampliar en el análisis del caso, realizar una presentación general de dicho caso:

Paciente de sexo masculino de 37 años de edad, con antecedentes de disfunción familiar.

En la adolescencia por curiosidad, prueba el alcohol y conforme el tiempo transcurre, descubre que los efectos del mismo le ayudan a olvidarse de sus problemas, por lo que recurre a “tomar unos tragos” en los momentos que se le dificulta afrontar las situaciones adversas, lo cual se ha hecho más frecuente en los últimos tres años.

Vivió en unión libre por seis años aproximadamente y la convivencia no fue satisfactoria para ninguno de los dos y la esposa lo abandonó llevándose al único hijo que

procrearon, quien actualmente cuenta con 7 años.

Se encuentra inconforme con su trabajo. Cuenta con muy pocos amigos. Vive solo en un cuarto.

Físicamente se le observa muy delgado, con cierta palidez y contraído corporalmente. Su discurso muestra ansiedad.

Se pensó abordar el tratamiento del paciente de este caso, considerando en primera instancia el alcoholismo y para su abordaje se utilizaron las técnicas psicoterapéuticas que a continuación se describen:

- Terapia Corporal
- Gestalt
- Psicología Analítica

### **3.1 Adicción al alcohol**

Steven T. Griggs en su obra “La psicología de todas las adicciones” define al alcohol como un medicamento líquido psicoactivo neurotóxico que, al ser ingerido, actúa sobre el sistema nervioso humano como un antidepresivo sedante.

En la mayor parte del mundo se le resta importancia a la ingesta de alcohol debido a que se incluye en la mayoría de las situaciones sociales debido al efecto desinhibidor que produce.

Los individuos no son conscientes de que al ingerir alcohol, éste es absorbido por el estómago, entra en el torrente sanguíneo y penetra en casi todos los tejidos, los efectos dependen de diversos factores, incluyendo estatura, peso, edad y sexo, así como la cantidad de alcohol consumido y la alimentación previa.

Menciona Griggs: “A dosis bajas, un bebedor probablemente se siente estimulado, sin embargo, se reducen los tiempos de reacción y la coordinación física, incluso llega a presentar deterioro del juicio y baja coordinación para conducir un automóvil con seguridad. Además, puede aumentar la incidencia de una variedad de actos de

agresión, incluyendo violencia familiar.

En dosis más altas, el alcohol induce intoxicación y los riesgos aumentan más rápido. Además del grave peligro de intoxicación etílica, los efectos depresores de alcohol pueden abrumar las defensas de su cuerpo, no se puede mover y pensar con claridad, y puede hacer cosas temerarias y arriesgadas que son peligrosas, incluso letales. Beber una gran cantidad de alcohol provoca trastornos del habla sueño disturbado, náuseas y vómitos

Como consecuencia se observa que después de que se consumen grandes cantidades de alcohol, se va a experimentar una resaca, la cual consiste en dolores de cabeza, sensibilidad al ruido nausea, sed, mareos y fatiga.

A pesar de lo anteriormente citado, el individuo vuelve a consumir, siendo muy fuerte el deseo que siente para experimentar nuevamente el placer que le provoca y el estado de ánimo de desinhibición al cual puede acceder mediante sus efectos. Griggs, S. (2016).

### **3.2 El modelo de enfermedad del alcoholismo.**

“Jellinek identifico cuatro etapas específicas y predecibles de la enfermedad alcohólica, aun cuando pueden pasar muchos meses, hasta años, entre la aparición de una y otra. El alcoholismo es una enfermedad crónica, sistemática, degenerativa, análoga a enfermedades causantes de discapacidad, como la sífilis o la esclerosis múltiple”. Chopra, D. (2013).

A continuación, se presenta la descripción que Chopra presenta sobre el consumo de alcohol:

- En cuando la persona consume alcohol, experimenta una notable reducción de la fatiga y bajos niveles de tensión. Durante un periodo de entre seis meses y dos años, el futuro alcohólico comienza a beber casi todos los días para lograr esa relajación. Generalmente, tiene mayor tolerancia al alcohol que el promedio de los demás individuos.

- Posteriormente, comienzan a aparecer de súbito los apagones de memoria, lo cual indica que se ha llegado a la segunda etapa del alcoholismo. Estos apagones, por lo común se refieren a la memoria intermedia, a actividades o conversaciones acaecidas el día anterior a un periodo de bebida. El recuerdo de hechos anteriores y posteriores a ese hueco permanece intacto. En esta etapa, la persona advierte que su consumo de alcohol ha llegado a un nuevo nivel, y empieza a asociar la tensión o la culpa con esa actividad. Es probable que comience a beber a escondidas.
- En la exposición original de Jellinek, ésta sería la fase crucial en la que el bebedor pasa de una intención más o menos controlada a un comportamiento descontrolado. Ahora, el individuo reaccionará de inmediato a la tensión con el reflejo de beber, y hasta será capaz de provocar incidentes para justificar el hecho de beber. Es frecuente que comience el día con una copa, y pase la velada embriagándose seriamente. Esta etapa puede durar años, en los cuales el sujeto es capaz de retener un trabajo y de funcionar en sociedad, aunque las relaciones cercanas comienzan a deteriorarse.
- Al llegar a la cuarta etapa, denominada por Jellinek como la etapa de la adicción al alcohol como fase crónica, y se distingue por prolongados periodos de ebriedad. Aparecen problemas graves relacionados con la salud física y mental, con las relaciones personales y profesionales, y con la policía. Cada abstinencia, aunque sea breve, produce síntomas dolorosos y atemorizantes, y el adicto bebe para evitarlos. La tolerancia al alcohol disminuye de golpe, y ahora, aun pequeñas cantidades de alcohol provocan ebriedad". Chopra, D. (2013).

Durante la cuarta etapa, alrededor de un 60 % de alcohólicos, atraviesan una experiencia que tiene importantes consecuencias en el posterior tratamiento de la enfermedad. Cuando estas personas tocan fondo, y se sienten atrapadas por una desesperación total, de manera inesperada viven un nuevo despertar espiritual. Empiezan a convocar a un espíritu superior que les rescate de las profundidades en que se han sumido. Un pequeño porcentaje de alcohólicos viven un momento de revelación dramática, similar a una conversión religiosa, en la que reconocen que están en manos de un destino supremo. En otras palabras, viven una especie de éxtasis". Chopra, D. (2013).

En nuestro país, en el año 2013, la Secretaría del Distrito Federal editó el libro

*Decidiendo juntos... Frente a las drogas* y dice que: “El alcohol se encuentra dentro del grupo de las drogas que deprimen o inhiben el sistema nervioso central.

Las características generales de los inhibidores son:

- Dañan el sistema nervioso central.
- Bajan el nivel de actividad del cerebro.
- Afectan la coordinación de movimientos, el lenguaje y el equilibrio.
- Relajan los músculos
- Inducen el sueño
- Relajan el control de esfínteres
- Generan daños en el sistema cardiovascular.

“¿Y da lo mismo consumir cerveza que cualquier otra bebida?”

En realidad, sí. Cada trago contiene 12 grados de alcohol aproximadamente. De esta manera es equivalente un caballito estándar de tequila, una cerveza típica, un vaso de pulque, una copa de vino, una cuba ligera, un whisky en las rocas, etc., Todas estas presentaciones tienen aproximadamente la misma cantidad de alcohol”. Machín, J. y cols. (2013)

Los daños que provoca el alcoholismo son tan numerosos, que de todas las enfermedades que hay en nuestro país, el alcohol aparece como responsable en casi 10% de los casos.

A nivel mundial México ocupa uno de los primeros lugares en cirrosis hepática, enfermedad mortal en la que el hígado está dañado irreversiblemente por el alcohol, donde las personas se ponen de coloración amarilla y pueden morir por sangrados masivos”. Machín, J. y cols. (2013)

Ahora bien, resulta importante mencionar la legislación que a este respecto existe en México. Con referencia al alcohol, la Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal establece que se comete una falta administrativa cuando en estado de embriaguez se altera el orden público, ya sea por gritos, riñas u orinar en la vía pública. La sanción será de una multa y/o arresto por hasta 36 horas. Machín, J. y cols. (2013)

“Reglamento de Tránsito del Distrito Federal. Establece que no se permite manejar en estado de ebriedad. *Conduce sin alcohol* es un programa de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, para promover que las personas conduzcan sin haber ingerido alcohol y con ello prevenir accidentes”. Machín, J. y cols. (2013)

El alcoholismo provoca múltiples daños no solo a quien lo ingiere, sino a su familia, a la sociedad, al país y se requiere que los profesionales de la salud mental se interesen más en aplicar programas de prevención en todos los niveles e interesarse en brindar tratamiento, principalmente en las etapas iniciales de esta enfermedad.

Considerando la situación emocional del paciente de este caso, su estado físico y los daños que causa el alcoholismo, se decidió iniciar con psicoterapia corporal con el fin de buscar el giro anímico a través de la producción endógena de endorfinas inducido por la actividad física y eliminar en lo posible emociones retenidas y tratar de mantener cierta estabilidad para que el sujeto estuviera en mejor posibilidad de trabajar los problemas psicológicos que en ese momento le aquejaban.

### **3.3 Terapia Corporal / Bioenergética.**

Se inició el trabajo terapéutico enseñándole a hacer respiraciones profundas. Posteriormente que se conectara con sus cinco sentidos y reconocer su cuerpo considerando, además, que era el momento adecuado para que el paciente al haber decidido dejar los malos hábitos en cuanto a la ingesta de alcohol y a la deficiente nutrición, empezara a recibir los beneficios que brindan los ejercicios de la bioenergética y romper bloqueos emocionales e ir fortaleciendo su conciencia, lo que le permitiría olvidarse de refugiarse en el alcohol.

Wilhelm Reich, discípulo y colega de Sigmund Freud fue el creador de la Vegetoterapia, cuya técnica resalta la importancia de valorar el carácter de las personas mediante el estudio corporal y el uso y la funcionalidad que el individuo asume frente a sí mismo, con el objeto de poder identificar los déficits de carácter que preparan el terreno para la aparición de psicopatologías”, Y se puede complementar esta teoría con lo siguiente: “Lowen consigue hacernos comprender el dialogo existente entre la mente que plasma

el cuerpo, y éste, que delimita las fronteras de la mente; además, nos ofrece soluciones valiosas, no sólo a la hora de clasificar los tipos de carácter, sino también nos sugiere como intuir las posibles modificaciones que hemos de asumir para superar los bloqueos y las zonas de interrupción que se crean entre la mente y el cuerpo, y viceversa". Gadoni O. y Musso, A. (2012).

A continuación, se presenta lo que se considera de mayor importancia en la biografía de W. Reich, realizada por Jerónimo Bellido del Instituto Wilhelm Reich.

Wilhelm Reich (1897 – 1914)

"Médico, Psiquiatra y Psicoanalista. Inventor, Postulador de la Teoría del Orgón. Discípulo de Freud. Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Fue rechazado por su maestro cuando en 1927 publicó su ensayo fundamental "La Función del Orgasmo. La teoría del orgasmo y el interés por la energía vital están presentes intuitivamente en sus artículos". Bellido, J. (s.f.)

Bellido, J. (s.f.) cita que en 1924, W. Reich se interesa por el origen social de las enfermedades mentales y se aproximó a las teorías marxistas e intenta conciliar las aportaciones sociales del marxismo con las teorías del inconsciente freudiano.

Posteriormente en 1936 Reich fundó el Instituto de Investigaciones Biológicas de Economía Sexual.

Asimismo, cita que elaboró un nuevo método terapéutico: La Vegetoterapia característico analítico, a la que posteriormente denominará orgonoterapia y transgrede el tabú de los psicoanalistas de no tocar el cuerpo.

En el año 1944 descubrió el orgonómetro que le permitía medir los campos de energía de la materia viviente sea humana, animal o planta ante el cual reaccionan.

W. Reich en 1954 fue acusado de especular fraudulentamente con la inexistencia de la energía orgónica, proveniente de la FDA en 1954.

En 1956 en Ganssevoort, se ordenó que se incinerara todo su material escrito.

Y para el 5 de noviembre de 1957, Reich esperaba ser liberado bajo palabra, pero dos días antes, es decir, la noche del día 3 muere debido a un paro cardíaco.

Bellido, J. (s.f.) dice que: “La Bioenergética es un método terapéutico creado por Wilhelm Reich, al que llamo Vegetoterapia caracterológico-analítica”. Bellido, J. (s.f.)

Resulta interesante citar lo que Almendro, M. (2006) investigó sobre la Bioenergética y su creador: Wilhelm Reich como discípulo de Freud, partió de los enunciados teóricos del psicoanálisis y explica los síntomas psíquicos actuales en virtud de los procesos psicodinámicos acontecidos a lo largo de la infancia, de los cuales quedan secuelas que se registran en forma de tensiones musculares, de disfunciones en la motilidad y en la motricidad, de trastornos en el sistema nervioso central y vegetativo, que al final terminan degenerando en enfermedades orgánicas.

“El distanciamiento entre Freud y Reich comienza en el proceso de tratamiento, de intervención terapéutica sobre el cuerpo del paciente, cuando el “tocar” era y es algo prohibido en la dinámica psicoanalítica freudiana y pasó del plano puramente psíquico a las áreas esquelético-muscular y tisular, y de la respiración para elevar el nivel energético del organismo”. Almendro, M. (2006)

De esta manera, W. Reich rompió el tabú del contacto físico en terapia para actuar sobre la armadura corporal a fin de que el paciente descargue las emociones retenidas en los espasmos musculares.

De acuerdo a la investigación de W. Reich, los traumas originales y las sensaciones sexuales se mantienen reprimidos mediante complejos patrones de tensión muscular crónica, técnicamente conocidas como “armaduras del carácter”. El aspecto de la economía sexual es decisivo ya que se trata del equilibrio entre la excitación sexual y su liberación, de tal manera que la neurosis aparece realmente cuando se suprimen las sensaciones sexuales y las actitudes caracterológicas que las acompañan.

“El proceso terapéutico Reichiano se amplía desde un nivel mental a un nivel emocional, elaborando así los dos planos simultáneamente, ya que descubrió el hecho de que las

experiencias y las actitudes emocionales causaban un desequilibrio en los ritmos naturales de contracción y expansión de la musculatura. Precisamente son estos bloqueos musculares, los que se tornan contenedores de nuestra historia personal trabándose en ciertas partes del cuerpo, en la estructura y en los tejidos, creándose esa armadura protectora que posteriormente aprisiona la renovación del individuo. El trabajo Reichiano pretende re-establecer la capacidad total del organismo mediante la pulsación de la bioenergía: la energía que fluye a través del cuerpo físico". Almendro, M. (2006)

Desafortunadamente, debido a sus ideas políticas y a su intento de mezclarlas con sus inventos y el psicoanálisis, W. Reich sufre el rechazo de sus colegas, incluso Freud se negó a psicoanalizarle.

Posteriormente, todo le fue confiscado y él encarcelado. Fue juzgado en Estados Unidos durante la "Caza de Brujas" del Senador McCarthy, donde se le diagnosticó esquizofrenia progresiva, siendo lanzados sus manuscritos a la hoguera en el Incinerador Gansevoort de Nueva York el 23 de octubre de 1956. Un año después, Reich murió en la cárcel de un ataque al corazón, un día antes de apelar su sentencia.

"Hay quien lo considera como un loco o un atormentado visionario, o como un gigante que sobrepasó los límites de su época con todas las consecuencias que ello conllevaría". Almendro, M. (2006)

Lowen al enterarse de la muerte de Reich, lo sintió bastante, pero no fue a su funeral y menciona: "Sabía que debía tomar una dirección diferente y más realista; mantener los pies firmes sobre la tierra. Reich había cambiado mi vida, y ya está tomando un nuevo camino". Lowen toma los conocimientos de Reich, los mejora y crea la Bioenergética. Lowen, A. (2004).

Afortunadamente, Alexander Lowen. John Pierrakos y otros investigadores continuaron y mejoraron las bondades de la Vegetoterapia, nombrando a esta nueva técnica la Bioenergética. A continuación, se presenta la biografía de Lowen

Alexander Lowen (1910 – 2008)

Médico, psicoterapeuta, conferenciante, profesor y formador de psicoterapeutas. En 1934 se graduó como abogado, en la Facultad de Derecho.

Estudio con Wilhelm Reich de 1940 a 1952, quien estaba en los Estados Unidos y los cursos que impartía eran sobre el análisis del carácter. Lowen, A. (2004)

1952 inicia su proceso terapéutico con Reich.

1953 conoció a Pierrakos, quien estaba muy comprometido con las ideas y el trabajo de Reich. Lowen, A. (2004)

1956 fundó el International Institute for Bioenergetic Analysis.

1958 publicó su primer libro El lenguaje del cuerpo. Lowen creó una clasificación por tipo de carácter de la siguiente forma:

*Oral.* - Abarca desde el nacimiento hasta los tres años. Etapa de la nutrición, tanto física como emocional. Se tiene la referencia de que, en la cultura indígena norteamericana, la madre carga al bebé sobre su espalda, similar los japoneses y los mexicanos. Cuando llega el momento en que el niño es depositado en el suelo, sus piernas están lo bastante desarrolladas como para que se sienta seguro al ponerse de pie y el amamantamiento prologado otorga al bebé la sensación de seguridad de que su madre siempre estará presente cuando la necesite. Al ser adultos no sentirán que hayan sido privados de amor y pueden valerse por sí mismos. Sus cuerpos son completos y no albergan esos sentimientos de vacío.

*Masoquista.* - Tendencia innata al sufrimiento. La persona con esta caracterología busca situaciones humillantes, denigrantes y de abuso físico. Sin importar de qué situación se trate, siempre tienen una connotación sexual. Desde el punto de vista caracterológico es un individuo sumiso.

W. Reich demostró que la sumisión nace del miedo a la castración, como si dijera “No me castres, seré bueno y sumiso” y se forma de los dos a los cuatro años en familias

en que el complejo de Edipo es bastante fuerte. Entre los tres a cuatro años, en el complejo de Edipo, el niño se involucra sexualmente con el progenitor del sexo opuesto y en conflicto con el del mismo sexo.

*Esquizoide.* - Con tendencia fuerte a la escisión. La división se da entre el ego y el cuerpo, y si se produce hasta el extremo, el individuo no es capaz de sentir su propio cuerpo y será esquizofrénico en condición de despersonalización. La persona presenta áreas de tensiones musculares severas que bloquean el flujo de excitación o que lo reducen a un nivel inferior al de la percepción; la cabeza puede parecer desconectada del resto del cuerpo y presenta una fuerte tensión alrededor de la cintura que divide las partes inferior y superior.

Las estructuras más fuertes y sanas son: *Carácter Histérico.* - Se presenta en las niñas y el Fállico *Narcisista.* - En los niños. El patrón básico en ambas personalidades es un comportamiento sexualmente seductor y el miedo a una excitación intensa, lo que da la incapacidad de rendirse completamente a la excitación sexual. Estas estructuras son las más fuertes y sanas, dependiendo de la intensidad del complejo de Edipo. Lowen, A. (2004)

“Lowen continuó trabajando en la misma forma que su maestro W. Reich, revisó la teoría y la práctica terapéutica y destaca la importancia de la carga y la descarga energética y de su integración psicosomática como el momento terapéutico esencial. El enfermo conseguirá nuevamente una carga energética óptima, base del bienestar físico y mental. Además, prevé una doble vía de aplicación, por una parte, el paciente efectuará ejercicios útiles para las distintas partes del cuerpo y por otra Lowen ayuda al paciente a sentirse integrado en su indivisible unidad psicosomática y aprende a desprenderse de las tensiones nervioso-emotivas y, también a sentir su propia energía vital, liberada de conflictos”. Gadoni, O. y Musso, A. (2012).

Lowen fue paciente de W. Reich y en su autobiografía comenta que Reich al iniciar el procedimiento terapéutico, hacía que el paciente respirase con tranquilidad y profundidad. A continuación, movilizaba cualquier expresión emocional que se exteriorizara claramente en el rostro o en la actitud del paciente, y permitía que aflorara cualquier expresión corporal y por el tiempo que el paciente lo necesitara y

posteriormente la contención y retroalimentación de lo sucedido. Lowen, A., (2004)

Lowen comenta su experiencia de una ocasión al estar en su tratamiento, estaba realizando su respiración profunda, sintió cosquilleo que se convirtió en contracciones agudas y calambres en las manos. Esta reacción desapareció al acomodarse el cuerpo a la energía intensificada que produce la respiración profunda. Después sintió temblores en las piernas. Siguió varias liberaciones de sentimientos y recuerdos asociados. A continuación, ésta experiencia lo llevó a un balanceo involuntario de su cuerpo hasta que se levantó y comenzó a golpear la cama, ya que ahí apareció la imagen de la cara de su padre por una paliza recibida cuando era pequeño por llegar tarde y preocupar a su mamá. Lo interesante de esta experiencia fue la completa espontaneidad y su naturaleza involuntaria, no debido a un pensamiento consciente sino a una fuerza interna que se apoderó de él. Lowen, A. (2004).

Experiencias similares ocurren a los pacientes en tratamiento con la terapia corporal, lo cual hace que surja del inconsciente esas huellas dolorosas que se tienen guardadas y al momento que emergen, hay que permitir su liberación total, ya sea con golpes como lo hizo Lowen, con gritos, con palabras soeces, lagrimas, etc., y de ésta manera se va rompiendo la coraza energética. Al final el terapeuta da contención al paciente, junto con la retroalimentación adecuada. Desde luego, desde el inicio del tratamiento se establecieron las bases sobre estas posibles reacciones, diciendo al paciente que: no está permitido golpear al terapeuta, golpearse a sí mismo y no dañar el inmueble, que existen las herramientas adecuadas para la descarga, tales como un colchón, cojines, raqueta, etc.

Lowen y su esposa editaron un libro con los ejercicios de bioenergética que ellos mismos crearon y probaron en su propio cuerpo. Lowen, A. y Lowen, L. (2010).

Lowen desarrolla la disciplina de la Bioenergética y escribió veinte libros. Uno de ellos es "La espiritualidad del cuerpo", donde toma la idea occidental de la relación mística oriental que vincula el espíritu con la respiración, y en la conexión bioenergética, entre la serenidad mental y el libre flujo de la energía física. Así, la espiritualidad viene a ser, para Lowen, una armonía de cuerpo, mente y emociones que le nombra estado de gracia. "En la realidad y en la lógica, ningún libro puede reproducir con exactitud ni

sustituir la terapia profesional”, Lowen, A. (1994).

De acuerdo a lo anterior, Conocer el cuerpo es conocer a la persona; sus formas y movimientos revelan la personalidad y contienen su historia. Ello hace que el terapeuta realice una aproximación a la diagnosis de la estructura del carácter que definirá una individual manera de ser. Almendro, M. (2006)

El caso de estudio del presente trabajo y de acuerdo a la forma de su cuerpo, a las actitudes que muestra y emociones que comparte, se distinguen rasgos del tipo de carácter oral. En Gadoni, O. y Musso, A. (2012) se describe sencilla y detalladamente el carácter Oral, el cual se describe a continuación

#### Carácter Oral:

Se desarrolla en la primera infancia, es decir del nacimiento a los tres años, se considera pregenital. Los individuos con este tipo de carácter, generalmente presentan actitudes infantiles que se desarrollaron por la falta de satisfacción, de la necesidad de calor, apoyo y contacto físico y haberse sentido abandonados y descuidados. Siempre están esperando recibir la ayuda de los otros, a pesar del sacrificio de su propia independencia, temiendo ser abandonados. Cuando no recibe la atención que desea, se siente rechazado y cae en depresión.

Se conducen contrariamente, desarrollan una independencia exagerada con la que intentan cubrir sus necesidades, sin pedir ayuda a nadie.

Generalmente son incapaces de comprender a los demás, se centran en sus propias necesidades y en las preocupaciones que se derivan de sus sentimientos. Esperan comprensión, simpatía y amor. Narcisista en sus relaciones sociales o sentimentales.

En las relaciones amorosas, se encuentran en busca de la autosatisfacción y no en dar y recibir como un adulto y cuando su pareja no está dispuesta a satisfacer sus exigencias narcisistas, desarrollan fuertes sentimientos de rechazo, resentimiento y hostilidad, y dejan espacio para que surjan situaciones conflictivas.

Presentan manifestaciones agresivas difíciles de controlar. Hay miedo al rechazo y a perder el objeto amoroso.

Hablan demasiado, siendo su tema favorito el conversar sobre sí mismo, exhibiéndose y colocándose siempre en el centro de los escenarios. En momentos de desesperación lo que predomina es la impotencia.

Sienten mucho miedo de no conseguir sus metas y el temor al fracaso los hace débiles y poco motivados y así, justifican la interrupción del esfuerzo para lograr lo que desean. Esperan que llegue lo que anhelan sin mover un dedo. Generalmente son incapaces de esforzarse para conseguir sus objetivos. Gadoni, O. y Musso, A. (2012)

“Karl Abraham, psiquiatra, en 1924, puso de manifiesto la inmensa y excesiva envidia que se apodera de esta tipología y que degenera en hostilidades poco constructivas, generalmente inútiles e impotentes”. Gadoni, O. y Musso, A. (2012)

Rasgos físicos del carácter Oral:

- “Postura rígida y levantada, pero su aspecto físico es de debilidad. Cuerpo alargado, con una musculatura débil.
- La cabeza, sostenida por un cuello delgado, está estirada hacia delante y la barbilla un poco hacia arriba.
- La pelvis es pequeña, los brazos y piernas delgados y con poca fuerza por lo que tienden a apretar las rodillas rígidamente para tener más fuerza. Los pies parecen pequeños y/o delgados, y el peso descansa sobre los talones.
- Los hombros están echados hacia delante. La energía fluye del centro a la periferia, pero no es abundante y la corriente es más hacia la parte superior y la cabeza que a los genitales y piernas. La parte inferior es más débil que la superior.
- Su piel es delgada, sus ojos tristes y suplicantes.
- La respiración es superficial y torácica, sin que la región abdominal intervenga para nada”. Gadoni, O. y Musso, A. (2012)

Terapia:

“En el trabajo psicoterapéutico, el terapeuta tendrá presente que el paciente con

oralidad anhela constantemente atención, ayuda y cariño de los demás debido a la privación de una madre cariñosa, pero no pide ni busca lo que necesita por temor a ser rechazado. Ha sido privado de amor y afecto por el descuido y ocupaciones excesivas de la madre dentro o fuera de casa, por enfermedad o muerte de la misma; por ello, el terapeuta en bioenergética debe oír empáticamente sus quejas por el abandono, rechazo y desilusiones que ha sufrido durante toda su vida.

El primer paso es hacer más profunda la respiración, aumentando la capacidad torácica y prolongando su exhalación para que aparezcan o estallen los sentimientos reprimidos de miedo, ansiedad, desconfianza, resentimiento y rabia. Es débil emocional y somáticamente”. Gadoni, O. y Musso, A. (2012).

“El cuerpo es la memorización y expresión de las experiencias vitales de las personas. Toda expresión física del cuerpo tiene un significado; la calidad de un apretón de manos, la postura, la mirada, el tono de la voz, la forma de moverse, podemos leer en ellas la historia de una experiencia pasada, ya que han quedado fijadas y son habituales. Si la interacción con el medio fue difícil, los patrones básicos corporales de movimiento y expresión serán menos espontáneos y libres, y, por lo tanto, menos satisfactorios. La enfermedad psíquica conllevaría entonces somatizaciones simbólicas, por la inhibición de impulsos y emociones que generan tensiones musculares crónicas o agudas, trastornos de la respiración y ansiedad generalizada”. Gadoni, O. y Musso, A. (2012).

En Gadoni, O. y Musso, A., se menciona que Reich no sólo se dedicaba a escuchar, observaba la expresión del paciente, qué emociones fluyen, cuales están reprimidas, qué dice su cuerpo. W. Reich en su libro *“El Análisis del Carácter”* escribe: “La palabra sirve a menudo de defensa: oculta el lenguaje expresivo de las profundidades biológicas.

Ahora bien, en base a las características del paciente y a las situaciones que presentó en terapia, que le causaron problemas, se pensó sería conveniente aplicar algunas técnicas de la Gestalt.

## Gestalt

Gellman et al (2017), nos introduce al significado de la palabra, a la biografía de su creador, Fritz Perls y a la técnica, lo que a continuación se presenta.

La palabra Gestalt no tiene un significado propiamente dicho, la palabra quiere decir *la técnica de la forma*. Es una forma estructurada y completa. Fritz Perls fundó la teoría Gestalt que se define como una postura científica no fija, como un paradigma en evolución.

“La Gestalt es un enfoque original que asocia técnicas verbales, emocionales, corporales, comportamentales y grupales”. Gellman, et al (2017).

Entre las terapias teórico-clínicas existentes, la terapia Gestalt, resulta ser una de las más prometedoras.

Fritz Perls (1893 – 1970).

A los 27 años ya era Médico y después Neuropsiquiatra. A los 33 años inició un psicoanálisis con Karen Horney, quién le acogió por 20 años en New York.

Hizo un último psicoanálisis con Wilhelm Reich, que practicaba una técnica activa, sin dudar en tocar el cuerpo de sus pacientes para ayudarles a tomar consciencia de su armadura caracterial. Perls aborda directamente la agresividad y la sexualidad, considerando el orgasmo como un factor de curación.

En 1934, a sus 41 años abandonó Alemania y se instaló en Sudáfrica.

En 1942 publicó su primer libro: *Yo, hambre y agresión*, en el cual habla de lo que sería la terapia Gestalt.

En 1951 publicó: *Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Presenta nuevas técnicas espectaculares del diálogo con uno mismo, una de ellas consiste en que el cliente se sube a escena, se sienta en el *hot seat* frente a una silla vacía e interpreta a sus seres próximos, o, mejor dicho, a la imagen interior que él se hace de ellos. Isadore From lo da a conocer veinte años después y es cuando la terapia

Gestalt avanzó.

Fritz Perls influyó en una generación de especialistas que se inspiraron en sus ideas: Gregory Bateson, Alexander Lowen, Eric Berne, Stanislav Grof, John Grinder y Richard Bandler.

Fritz Perls fundador de la terapia Gestalt fue un móvil integrador, ya que asimiló una buena parte del psicoanálisis de Sigmund Freud y después se volvió hacia disidentes como Wilhelm Reich, Karen Horney, Otto Rank y Erich Fromm, de tal modo que la Gestalt resultó ser una de las terapias más prometedoras de las teórico-clínicas existentes en esos momentos.

Durante su estancia en el Instituto de Esalen, Fritz Perls se alimentó de la mayoría de las terapias humanistas: el psicodrama de Moreno, la dinámica de grupo, el análisis transaccional, los grupos de encuentro de Rogers, la bioenergía, etc. Es decir, que el método que él fundó es un compendio de numerosas fuentes. Gellman, et al (2017).

“La terapia Gestalt se desarrolló después de la Segunda Guerra Mundial por el médico neuropsiquiatra Fritz Perls. Perls consideró que la raíz en los tratamientos psicológicos podía estar en la incapacidad de las personas de entregar exitosa y acertadamente las partes de su personalidad en un todo saludable, su base es el aquí y el ahora, lo obvio y la toma de consciencia, darse cuenta de lo que hacemos realmente en nuestras vidas, como lo hacemos y qué es lo que queremos o necesitamos en realidad y cómo podemos conseguirlo. Su objetivo es el de reconectar al paciente con sus sensaciones y sentimientos, y permitirle recuperar todo lo que ha proyectado en el exterior”. Bosch, M. J. (2009).

“La psicoterapia Gestalt se centra en lo que se piensa y se siente aquí y ahora, de vivir el instante, de aprovechar el momento presente, de disfrutar los placeres cuando vienen. Centrarse en lo que se está viviendo aquí y ahora es fundamental, pero no nos dicen qué tenemos que hacer cuando nuestra vida no es agradable, cuando nos invade el dolor y la angustia, cuando el placer es diferido o imposible... “Aprovechemos el momento, pues, pero no renunciemos por ello a la reflexión, a la acción, a los proyectos de vida, ni a las aspiraciones espirituales que Epicuro denominaba bienes inmortales”.

Gellman, et al (2017).

“No te puedes quedar atrapado en las historias del pasado, la terapia Gestalt es, una práctica del futuro, un acompañamiento del ser en movimiento. Es una terapia relacional, “fraternal”, puesto que los problemas afectivos de los vínculos interhumanos se tratan con implicación y respeto. Gellman, et al (2017).

Gellman plantea que la palabra aceptación es importante en la psicoterapia, ya que aceptar significa acoger, recibir, consentir; es decir sí a lo que eres y a lo que te sucede. Y al mismo tiempo se trata de poder continuar articulando la palabra no, pero en el buen sentido: no, al pensamiento malhumorado, no, a las quejas continuas, no, a aquello que alimenta las causas de nuestro sufrimiento. Y también, desobedecer a tu propia nostalgia y abrir brechas hacia otras aspiraciones. ¡Un programa difícil pero verdaderamente justo!

es un enfoque psicológico que asocia técnicas verbales, emocionales, corporales, comportamentales y grupales. Esta asociación de diferentes técnicas es un planteamiento creativo, y un funcionamiento único. La Gestalt es una terapia coherente e integradora y no una asociación ecléctica de diversas tendencias psicológicas y psicoanalíticas.

La Gestalt se interesa, ante todo por los procesos unificadores e integradores y permite a cada terapeuta desarrollar su propio estilo personal en el campo de la psicología. Es un método desafiante para el psicoterapeuta, que tiene que implicarse, saber arriesgar, experimentar cambios, ser creativo y, al mismo tiempo, ajustarse a la realidad concreta de las situaciones de los pacientes y de su vida. La formación y la experiencia de los psicoterapeutas gestaltistas les confieren una inversión afectiva y unas cualidades del corazón excepcionales.

La Gestalt es una terapia con sus técnicas, sus posturas y sus conceptos, pero también es un arte de vivir para el terapeuta y el paciente. Les permite, muchas veces encontrar su camino en la vida; por lo que es un enfoque filosófico existencial. Y no se detiene cuando concluye la sesión individual o de grupo, sino que continúa, una vez finalizada, en la manera de pensar, de actuar, de entender el mundo y las personas.

La Gestalt es también una inteligencia relacional que permite instaurar un contacto fuerte y profundo con los otros. Es una terapia activa, animada, sensorial, centrada en el presente, en el futuro y en la búsqueda de soluciones. Es utilizada también en las instituciones y empresas. Gellman, et al (2017).

J. M. Bosch se refiere a que la Gestalt se trabaja atendiendo a los siguientes cinco niveles:

1) Los seres humanos estamos formados de cuerpo, alma, espíritu y libido. Siempre se ha considerado al espíritu como una entidad en contraposición al cuerpo. En el espíritu las asociaciones mentales funcionan estirándose como sobre una cuerda y están, de alguna manera conectadas al cuerpo. Este primer nivel puede denominarse “el self animal”, aquí somos como niños pequeños, seres simplemente orgánicos con sus necesidades, sus funciones primitivas y sus sentimientos.

2) Nivel Social. - Es el del “como si”. En el sistema social, la pérdida de la naturaleza de las cosas es sustituida por las reglas del juego. La sociedad copia a la naturaleza, pero no lo hace demasiado bien. Yo finjo ser amable y muestro un carácter, pero no invierto la misma energía que cuando soy amable de verdad.

3) Lo imaginario. - Muchas veces denominado “espíritu”. Hay una imaginación racional y otra irracional, igual que nuestras acciones pueden ser racionales o irracionales. Si quieres comprar pan en una ciudad extranjera, es razonable que empieces a imaginar qué es lo que vas a hacer.

4) La objetivación. - Caracterizada por el aislamiento; es el estrato de la objetivación. Aíslas los ruidos o mecanismos de su contexto y los preparas para una nueva organización.

5) La salud. - La forma en que combinamos y organizamos estos símbolos y herramientas en máquinas y lenguajes. La esencia de una persona con buena salud es que existe una unidad, una integración de todos estos niveles. Una persona no vive únicamente en un nivel. No utiliza únicamente las palabras, sino que las palabras describen las sensaciones y las visiones que le dan todos sus sentidos. Las palabras se utilizan como utensilios o herramientas.

Integrar estos cinco niveles nos permite ser nosotros mismos para poder descubrir a los otros y al mundo. Cuanto más estamos con el otro, con los otros, con el mundo, más

podemos ser nosotros mismos. Cuanto más nos alejamos de los otros, más egoístas egocéntricos nos volvemos. Al ser egocéntricos, paradójicamente debilitamos nuestro self porque nos hacemos hipersensibles a toda clase de intrusión por parte de los otros.

Este proceso de crecimiento se centra más en sentir, expresar y tomar consciencia que en pensar e imaginar. En una sesión el terapeuta anima al paciente a vivenciar sus emociones y reconocerlas, estimulándolo a discutir sus recuerdos y preocupaciones en tiempo presente, dramatizando conflictos, por ejemplo, el paciente se familiariza con su problema, saca fuera aspectos reprimidos de su personalidad y adopta la posición de un tercer individuo, para analizar con más objetividad el problema. Bosch, M. J. (2009).

Ahora bien, por lo que se refiere a las técnicas Gestalt, E. de la Parra dice que por medio de la técnica de la *silla vacía* se descubren y se hacen explícitos aspectos ocultos de un dilema interno. Esta técnica será dirigida por un terapeuta. Consiste en un dialogo entre dos personas, el paciente y otra imaginaria. Se colocan dos sillas, una frente a otra. El paciente se sienta e imaginariamente coloca a la persona con quien tiene conflicto en la otra silla y le confronta y luego se le pide al paciente que se siente en la silla vacía y le responda a su propia persona lo que el otro le diría y realmente es la parte interna de sí mismo que le está respondiendo. El conflicto está dentro de sí, no fuera. Lo interno no permite ver por ignorancia muchos detalles de la otra persona que al paciente le molestan.

Otra dinámica Gestalt, es el ejercicio del continuo atencional, que consiste en que ambos compartamos de qué nos damos cuenta en cada momento con la fórmula “Ahora me doy cuenta de...” Ahora me doy cuenta de mi respiración, del movimiento de mi tripa al respirar, de que quiero compartirte algo que suene interesante, de los latidos de mi corazón, de mi tristeza, de los ruidos de la calle...

No sólo se requiere la atención del terapeuta, implica trabajar para que el paciente esté cada vez más atento, no sólo de sí, sino del mundo que le rodea. La falta de atención nos impide muchas veces ver lo obvio. De la Parra, E. (2002)

“Claudio Naranjo dice que sin autoconocimiento no hay amor. Y yo añadiría que tampoco puede haber autoconocimiento si no hay antes atención”. De la Parra, E.

(2002)

Durante el tratamiento psicoterapéutico del paciente de este caso, se utilizaron técnicas de la Psicología Analítica, la cual proporciona a través de la propuesta de rituales un camino para la reintegración del ser humano.

Si se toma en cuenta que el alcohólico está poseído por un complejo que tiene como núcleo la dependencia y cuando se activa, genera una invasión del complejo sobre el ego, por lo cual el individuo ya no es capaz desde su YO consciente de controlar tales impulsos.

En el alcohólico este complejo está asociado como ya se mencionó, con la dependencia y en muchas ocasiones con el complejo materno. Por ello las concepciones de C. Gustav Jung son importantes para entender la posesión que el complejo lleva a cabo sobre el individuo alcohólico. Asimismo, es importante el conocimiento de las técnicas psicoterapéuticas jungianas que permiten la disolución de tal complejo. Es por esta razón que también se ha elegido a la psicología analítica de Carl Jung como una herramienta teórico práctica en atención de este caso.

## Psicología Analítica

Carl Gustav Jung (1875 - 1961)

Médico psiquiatra, psicólogo y ensayista suizo, figura clave en la etapa inicial del psicoanálisis; posteriormente, fundador de la Escuela de Psicología Analítica, también llamada psicología de los complejos y psicología profunda. Fue colaborador de Sigmund Freud.

Su abordaje teórico y clínico enfatizó la conexión funcional entre la estructura de la psique y la de sus manifestaciones culturales. Esto le impulsó a incorporar en su metodología nociones procedentes de la antropología, la alquimia, los sueños, el arte, la mitología, la religión y la filosofía.

En 1905 se doctoró en psiquiatría, pasando simultáneamente a ser Médico Jefe de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Zúrich durante cuatro años, hasta su renuncia

en 1909, debido al exceso de trabajo. Conservaría sin embargo su cargo de profesor auxiliar hasta 1913.

Desde el inicio de su carrera psiquiátrica se interesó por los estudios de Eugene Bleuler, Pierre Janet, y, sobre todo por los de Sigmund Freud. La creación de un método de análisis de los sueños y su interpretación resultaron muy valiosos en la comprensión de la sintomatología psicótica. Jung, C., (2013).

Jung dice que: “la verdadera terapéutica comienza con la investigación de la historia *personal secreta* del paciente; su averiguación debe remitir al profesional hacia lo consciente, pero también, y, sobre todo, a lo inconsciente, con lo que el ensayo de asociación, la interpretación de los sueños y el contacto humano con el paciente son de vital importancia. Todo diagnóstico debe ir acompañado por tanto de dicha historia personal antes de recabar en la correspondiente solución psicoterapéutica”.

La terapéutica en cada caso es distinta y la curación debe surgir del propio paciente de manera natural. La psicoterapia y los análisis son tan distintos como los mismos individuos. Yo trato a cada paciente lo más individualmente posible, pues la solución del problema es siempre personal. Jung, C., (2013).

La ruptura definitiva con Freud ocurrió en 1913, lo cual afectó profundamente a Freud; Jung también estaba destrozado. Consecuencia directa de dicho estrés fue la contribución a un colapso nervioso que amenazaba ya desde 1912. Renuncia, por tanto, a su puesto en la Universidad de Zúrich, aparentemente porque su consulta privada había aumentado mucho, pero lo más factible es que fuera debido a su estado de salud.

Carl Jung falleció el 6 de junio de 1961, tras una corta enfermedad, en su casa junto al lago de Zúrich, en el apacible poblado de Küsnachtu, Suiza, a los 86 años de edad. Jung, C., (2013).

*Legado:*

Se habla de Psicoanálisis Junguiano, pero lo más correcto es referirse a esta teoría y a su metodología como Psicología Analítica o Psicología de los Complejos.

Jung durante sus primeros años de trabajo en un hospital suizo con pacientes psicóticos, y colaborando con Sigmund Freud y en la Comunidad Psicoanalítica, pudo apreciar de cerca la complejidad de las enfermedades mentales. Fascinado por tales experiencias y estimulado por las vicisitudes de su vida personal dedicó su obra a la exploración de esta temática. Jung, C., (2013).

“Para Jung, lo inconsciente *per se* es, por definición, incognoscible. Lo inconsciente es necesariamente inconsciente. De acuerdo con esto, sólo podría ser aprehendido por medio de sus manifestaciones. Tales manifestaciones remiten, según su hipótesis a determinados patrones, a los que llamó arquetipos”. Jung, C., (2013).

“Jung llegó a comparar los arquetipos con lo que en etología se denomina patrón de comportamiento o pauta de comportamiento, extrapolando este concepto, desde el campo de los instintos a la complejidad de la conducta humana finalista”. Jung, C., (2013).

“Los arquetipos modelarían la forma en que la conciencia humana puede experimentar el mundo y auto percibirse; además, llevarían implícitos la matriz de respuestas posibles que es dable observar, en un momento determinado, en la conducta particular de un sujeto. En este sentido, Jung sostenía que los arquetipos actúan en todos los hombres, lo que le permitió postular la existencia de un inconsciente colectivo”. Jung, C., (2013).

“El hombre accedería a esa dinámica inconsciente en virtud de la experiencia subjetiva de estos símbolos, la cual es mediada profusamente por los sueños, el arte, la religión, la mitología, los dramas psicológicos representados en las relaciones interpersonales, y los propósitos íntimos”. Jung, C., (2013).

La teoría de los Tipos Psicológicos que contiene los conceptos más reconocidos de la psicología jungiana que son los de Introversión y Extraversión tuvo bastante aceptación, sentando las bases para el desarrollo ulterior de pruebas psicométricas, mediante las cuales se procura valorar, en términos cuantitativos, las características psicológicas de los individuos. Las más importantes son el MBTI (acrónimo en inglés de Myers Briggs Type Indicator, “Inventario tipológico de Myers-Briggs” y Socionics; además de la batería de test de David Keirsey. Jung, C. (2013).

***Perspectiva:***

“A nivel teórico, el comienzo de la separación de Jung respecto a Freud se produjo cuando el primero extrapoló el concepto de libido más allá de las cuestiones netamente sexuales. La noción de libido que utilizaba el psiquiatra suizo, aludía más bien a una idea de energía psíquica en abstracto”. Jung, C. (2009).

***Arquetipos e inconsciente colectivo:***

Para Freud, lo inconsciente, es el lugar de reunión de los contenidos olvidados y reprimidos, por lo tanto, su naturaleza es exclusivamente personal, no obstante, el mismo Freud había visto ya el carácter arcaico-mitológico de lo inconsciente. Jung, C. (2009).

“Un estrato en cierta medida superficial de lo inconsciente es, sin duda, personal. Pero ese estrato descansa sobre otro más profundo que no se origina en la experiencia y la adquisición de lo innato. Lo llamado inconsciente colectivo. He elegido la expresión “colectivo” porque este inconsciente no es de naturaleza individual sino universal, es decir, que en contraste con la psique individual tiene contenidos y modos de comportamiento que son, cum grano salis, los mismos en todas partes y en todos los individuos. En otras palabras, es idéntico a sí mismo en todos los hombres y constituye así un fundamento anímico de naturaleza supra personal existente en todo hombre”. Jung, C. (2009).

Los contenidos en el inconsciente personal son los complejos de carga afectiva, que forman parte de la intimidad de la vida anímica. Los contenidos en el inconsciente colectivo se denominan arquetipos. Jung, C. (2009).

El inconsciente suele ser visto como una intimidad aislada a la que la Biblia llama corazón. En las cámaras del corazón habitan los malos espíritus de la sangre, la cólera y las debilidades de los sentidos. Pero la consciencia es una competencia del cerebro que todo lo separa y lo ve aislado y al mirar de ese modo al inconsciente, lo presenta como si fuera “mi” inconsciente. Por lo tanto, se suele creer que quien desciende al inconsciente, cae en la estrechez de la subjetividad egocéntrica y que, en ese callejón

sin salida, queda expuesto a las alimañas que albergan las cavernas del inframundo psíquico.

Con relación al Inconsciente C. Jung en “Hombre y Sentido” nos dice que el contenido del sueño encuentra una enorme resistencia por parte de la consciencia y que el inconsciente es ese territorio de la psique que va desde la claridad diurna de la consciencia espiritual y moral hasta el sistema nervioso simpático. Este sistema no gobierna la percepción y actividad muscular para controlar el espacio circundante como lo hace el sistema cerebro-espinal, sino que se encarga de preservar el equilibrio vital sin valerse de órganos sensoriales y que, siguiendo secretos caminos, nos proporciona, mediante las emociones noticias sobre la intimidad de otros seres vivos, pudiendo ejercer una influencia interna sobre ellos. Es en ese sentido es un sistema extremadamente colectivo; es el fundamento de la *participation mystique*. La función cerebro-espinal, culmina en la separación de un yo bien determinado, y como actúa en el medio espacial, solo capta los aspectos superficiales y externos. El sistema cerebro espinal vivencia todo como exterior, el simpático, todo como interior. Jung, C. (2009).

El espíritu viene de arriba, todo lo turbio y reprobable proviene de abajo. El agua es algo palpable, es la fluidez del cuerpo regido por los impulsos, es la sangre y la corporalidad cargada de pasiones y quien se mira en el espejo del agua, ve ante todo su propia imagen. El que va hacia sí mismo corre el riesgo de encontrarse consigo mismo y se encuentra con que el espejo no favorece, sino que muestra con fidelidad la figura que en él se mira y nos hace ver ese rostro que nunca mostramos al mundo, porque lo cubrimos con la persona, la máscara del actor. El espejo está detrás de la máscara y muestra el verdadero rostro. Jung, C. (2009).

“Si uno está en situación de ver su propia sombra y soportar el saber que la tiene, solo se ha cumplido una pequeña parte de la tarea: al menos se ha trascendido lo inconsciente personal. Hay que llegar a conocerse a sí mismo para saber quién es uno”. Jung, C. (2009).

En relación a los símbolos, Jung dice que tenemos símbolos naturales que se derivan de los contenidos de la psique y representan una enorme cantidad de variaciones en las imágenes arquetípicas esenciales y se puede llegar a sus raíces arcaicas en los

relatos más antiguos y en las sociedades primitivas.

Se han empleado los símbolos culturales para expresar *verdades eternas*, se convirtieron en imágenes colectivas aceptadas por las sociedades civilizadas y mantienen mucho de su original numinosidad o “hechizo” y pueden provocar una profunda emoción en ciertos individuos. Para los psicólogos representan un factor con el cual tiene que contar ya que son integrantes de importancia de nuestra constitución mental y fuerzas vitales en la formación de la sociedad humana, y no pueden desarraigarse sin grave pérdida. Allí donde son reprimidos o desdeñados, su específica energía se sumerge en el inconsciente con consecuencias inexplicables. Jung, C. (2009).

Jung cita que la función productora de símbolos en nuestros sueños es, un intento de llevar la mente originaria del hombre a una consciencia *avanzada* o diferenciada en la que jamás estuvo antes y que, por tanto, jamás estuvo sometida a autorreflexión crítica. Porque en las largas edades del pasado, esa mente originaria era la totalidad de la personalidad del hombre. Al desarrollar su consciencia, su mente consciente fue perdiendo contacto con parte de aquella energía psíquica primitiva. Y la mente consciente jamás conoció aquella mente originaria; porque en el proceso de evolución se prescindió de la verdadera consciencia diferenciada, la única que hubiera podido darse cuenta de ella. Jung, C. (2009).

Lo que Jung llama inconsciente, ha conservado características primitivas que formaban parte de la mente originaria. Es a esas características a las que constantemente se refieren los símbolos de los sueños, como si el inconsciente tratara de volver a todas las cosas antiguas de las cuales se libró la mente al evolucionar: ilusiones, fantasías arcaicas, formas de pensamiento, instintos fundamentales y demás. Jung, C. (2009).

La energía psíquica citada anteriormente es la que le da importancia, es precisamente como si un hombre que hubiera pasado por un periodo de inconsistencia, se diera cuenta de repente, de que había un hueco en su memoria, que se habían producido hechos importantes que no podía recordar. Mientras supusiera que la psique es un asunto exclusivamente personal, trataría de recuperar los recuerdos infantiles aparentemente perdidos. Pero los huecos en el recuerdo de su infancia son meros

síntomas de una pérdida mayor; la pérdida de la psique primitiva. Jung, C. (2009).

Igual que la evolución del cuerpo embrionario repite su prehistoria, la mente también evoluciona a través de una serie de etapas prehistóricas. La principal tarea de los sueños es retrotraer una especie de “reminiscencia” de la prehistoria, así como del mundo infantil, directamente al nivel de los más primitivos instintos. Tales reminiscencias pueden tener, en ciertos casos, notable efecto saludable, como ya lo vio Freud hace mucho tiempo. Esta observación confirma la idea de que un hueco en los recuerdos de la infancia, la llamada amnesia, representa una pérdida positiva y su recuperación puede traer un aumento positivo de vida y de bienestar. Jung, C. (2009).

“Como el niño es físicamente pequeño y sus pensamientos conscientes son escasos y sencillos, no nos damos cuenta de las complicaciones de largo alcance de la mente infantil basadas en su identidad original con la psique prehistórica. Esa “mente originaria” está tan presente y en funcionamiento en el niño como las etapas evolutivas de la humanidad en su cuerpo embrionario”. Jung, C. (2009).

“En la amnesia infantil, encontramos extraños fragmentos mitológicos que, con frecuencia, también aparecen en posteriores psicosis. Las imágenes de esa clase son sumamente numínicas y, por tanto, muy importantes. Si tales reminiscencias reaparecen en la vida adulta, pueden causar en algunos casos, profundas alteraciones psicológicas, mientras que en otras personas pueden producir milagros de curación o de conversiones religiosas”. Jung, C. (2009).

La reminiscencia de recuerdos infantiles y la reproducción de formas arquetípicas de la conducta psíquica pueden crear un horizonte más amplio y una extensión mayor de consciencia, a condición de que se consiga asimilar e integrar en la mente consciente los contenidos perdidos y luego recuperados. Puesto que no son neutrales, su asimilación modificará la personalidad al igual que ellos tendrán que sufrir ciertas alteraciones. En el “proceso de individuación” la interpretación de los símbolos desempeña un papel práctico importante porque los símbolos son intentos naturales para reconciliar y unir los opuestos dentro de la psique”. Jung, C. (2009).

La definición de símbolo según Carl Jung es de transformador de la energía y

metamorfosis de la libido. Para Freud el símbolo queda equiparado con signo/síntoma y Jung lo aborda como la condensación de la energía psíquica. Jung, C. (2009).

Arquetipos. - Los arquetipos son los contenidos del inconsciente colectivo. Jung también los llamó dominantes, imagos, imágenes primordiales o mitológicas.

El arquetipo carece de forma en sí mismo; pero actúa como un “principio organizador” sobre las cosas que vemos o hacemos. Funciona de la misma manera que los instintos en la teoría de S. Freud.

El arquetipo es como un agujero negro en el espacio, y solo sabemos que está ahí por como atrae materia y luz hacia sí mismo. Jung, C. (2009).)

El arquetipo materno.

Todos nuestros ancestros tuvieron madres. Nunca hubiéramos sobrevivido sin la conexión con una persona cuidadora. Está claro que somos contruidos de forma que refleja nuestro ambiente evolutivo. Venimos a este mundo, listos para desear una madre. La buscamos, la reconocemos y lidiamos con ella.

Cuando un arquetipo no encuentra una persona real disponible, tendemos a personificarlo, lo convertimos en un personaje mitológico de cuento de hadas. Madre tierra, Eva, María, la iglesia, la nación, el bosque, el océano, el mar.

El arquetipo del padre es la guía o figura de autoridad.

En terapia la persona enfrenta la lucha de dos fuerzas antagónicas que hay que identificar y hacer dialogar mediante un símbolo. Un símbolo se expresa de manera multivalente (tiene un sinfín de significados e interpretaciones) que por lo general no pierden su explicación original, ya que los símbolos son transmitidos arquetípicamente. Jung, C. (2009).

“Toda forma de adicción es mala, no importa si la droga es alcohol, o morfina o idealismo” Jung, C. (2009).

#### **4. Marco metodológico**

El estudio se basa en una investigación de tipo cualitativo que no pretende la generalización de sus hallazgos, sino contar solo con una mejor comprensión acerca de la modificación que la terapia psicocorporal puede aportar a un individuo con una tendencia inicial al alcoholismo, por lo que la unidad de análisis en este trabajo es el propio paciente, pues se trata de un Estudio de Caso; por lo mismo, esta parte muestral corresponde a un solo caso.

La dinamicidad del proceso cualitativo se inició con la inmersión inicial propiciada en consultorio particular, donde se recibió al paciente, se favoreció el Rapport y se continuó con una entrevista inicial solicitando sus datos generales, el motivo de consulta y compenetrando en su cotidianidad en los ámbitos, familiar, laboral, social y personal.

Posterior a las sesiones, se anotaron las impresiones que la terapeuta iba experimentando conforme avanzaba el tratamiento. Asimismo, al adentrarse en el conocimiento de la historia del paciente, se pudo tener un acercamiento a la cotidianidad del ambiente del sujeto de estudio.

Dado que el paciente del caso llegó de manera oportuna en el momento en que la terapeuta estaba interesada en estudiar este tipo de fenómeno, se puede decir que la muestra fue obtenida por conveniencia y cabe mencionar como antecedente su colaboración en los “Centros de Rehabilitación Nueva Identidad, A. C.”, los cuales son clínicas en que se reciben adictos varones de cualquier edad en calidad de internamiento por cuatro meses. La atención que se les brinda es integral, ya que cuentan con Médico Psiquiatra, Médico General, Psicoterapeutas, Padrinos A. A. y también hay maestros de educación física, de yoga, de actividades artesanales, de dibujo, etc.

La experiencia de la terapeuta en esa clínica, consistió en llevar el tratamiento de dos a cuatro pacientes, dando terapia individual, y terapia a sus familiares cercanos. Además, dos horas de terapia grupal por semana y en ambos casos se trabajaba con terapia corporal y según conviniera utilizando alguna otra técnica psicoterapéutica. Se observó

que la práctica del movimiento del cuerpo es benéfica pues generalmente el adicto se contrae y se olvida de casi todos sus sentidos. Con la terapia corporal se empieza a romper la coraza y aprenden a “tomar tierra” lo cual no solo beneficia al cuerpo, sino también hay mayor claridad en sus pensamientos y empiezan a discernir sobre el daño que se auto infringen. Además, el movimiento genera endorfinas y motiva positivamente a la persona.

La unidad de análisis de este trabajo llamó mi atención, ya que representa un individuo alcohólico en fase inicial, diferente a los internos que, son adictos y en algunos casos son consumidores de varios tipos de droga y por las características del paciente y el nivel de la enfermedad de alcoholismo, representa la posibilidad de que recupere su bienestar integral.

Con base en los materiales recolectados en las sesiones terapéuticas se elaboró en el transcurso de todo el tratamiento, una bitácora de análisis que tuvo la función de documentar el procedimiento de análisis y las propias reacciones tanto del paciente como de la terapeuta. En esta bitácora se anotaron ideas, conceptos y significados de las declaraciones hechas por el paciente que a partir de ellas se establecieron categorías de análisis. Cada una de las fichas que integraron la bitácora se utilizaron como memos analíticos en los que se les anotó su fecha y se puso un encabezado a cada uno de ellos, sintetizando la idea central. Se buscó que los memos no quedaran restringidos en su contenido para facilitar el libre flujo de ideas durante el análisis. En algún caso se utilizaron diagramas como es la utilización del familiograma.

Las declaraciones del paciente llamadas unidades de significación y que en el texto entrecomillado y seguidas de la palabra SIC, fueron agrupadas en cada una de las categorías hasta que cuando fue suficiente el contenido para entender la problemática del paciente, se consideró que había llegado a la saturación.

En los memos se anotaron también, las reflexiones que realizó la terapeuta sobre las unidades de significación y las interpretaciones analíticas que hizo del material.

Para esta investigación se consideraron como segmentos de contenido las narraciones del paciente durante las sesiones en las que hablaba de un mismo tema.

Para la elección de categorías de análisis se revisaron varias veces los segmentos de contenido y se analizaron y compararon, detectando la significación de cada uno de ellos, y a partir de las cuales se seleccionaron las unidades de selección, que fueron las declaraciones hechas por el paciente, que estaban cargadas de significado y que permitían encuadrarlas claramente dentro de las categorías de análisis.

Para este trabajo la confiabilidad se presenta en la forma que requieren los estudios cualitativos. Dicha confiabilidad llamada también dependencia es equivalente al concepto de estabilidad y significa que cualquier investigador que recolecte datos similares a los recolectados para este trabajo, podrá efectuar análisis similares y llegar a resultados equivalentes a los que se llegaron tanto en la investigación como en el análisis de aplicación de la información en el desarrollo psicoterapéutico llevado a cabo con el paciente. Para ello, se contó con el apoyo de dos colaboradores que en investigación realizada sobre los datos básicos que reportó el paciente acerca de su historia de vida, fueron similares, con lo que se logró una confiabilidad interna, por otra parte, durante el análisis se hicieron a un lado las creencias y opiniones personales de la terapeuta y como se mostrará más adelante, de acuerdo a la Teoría Fundamentada como base de la investigación cualitativa, se sistematizaron los datos y las interpretaciones se corroboraron siempre con la opinión del paciente acerca de la factibilidad de las mismas.

Nunca se establecieron conclusiones antes de que los datos fueran analizados y los datos que ofreció el paciente, siempre fueron considerados y fueron contrastados con preguntas paralelas o similares con lo que se incrementó la confiabilidad del trabajo.

Se establecieron registros sistemáticos de las notas recogidas en terapia y los hallazgos fueron analizados con un supervisor externo para tratar de evitar interpretaciones divergentes. Los datos fueron verificados con el paciente y fueron a través de la narración conformados en cadena de evidencia, con las cuales se podían conectar los sucesos narrados separadamente para darles coherencia y unidad.

Antes de la investigación, la terapeuta elaboró una lista de prejuicios, creencias y preconcepciones que ella podía tener respecto al abuso del alcohol y en el transcurso

de la investigación, procuró que estos prejuicios quedaran a un lado.

Por otra parte, la credibilidad o validez interna cualitativa del trabajo se buscó al contrastar los significados derivados del análisis de la información con el significado profundo que el participante podía llegar a entender en relación al planteamiento del problema del alcoholismo.

Se tuvo como interpretación de los datos el enriquecimiento y comprensión global del problema, haciéndose a un lado las creencias y opiniones del investigador que pudieran obstaculizar dicho entendimiento. Siempre se llevó a la conciencia del paciente los niveles de influencia que la terapeuta podía estar teniendo sobre las opiniones de los pacientes y se regresó en todos los casos cuando la influencia obstaculizaba el conocimiento y comprensión de los hechos a la expresión libre y consciente de los hechos y significaciones que las narraciones tenían para el paciente. En la forma de indagar se buscaron las evidencias positivas y negativas a favor o en contra de los postulados emergentes.

En cuanto a la validez externa cualitativa o aplicabilidad de los resultados para otros casos y contextos solamente se propone que el lector tome el trabajo como una posibilidad de apoyarse en él para generar sus propias explicaciones en los casos que esté tratando.

La confortabilidad en el paciente se dio después de rastrear los datos en su fuente y la explicación lógica para interpretarlos. El paciente siempre es, en última instancia, quien confirma o no el trabajo terapéutico, por un lado, con la aceptación de las explicaciones a su manera de pensar y vivir y por otra con el cambio de conducta que pretendía.

Esta metodología se desarrolló manteniendo en mente siempre el planteamiento original del problema de investigación, buscando las respuestas a todas las preguntas planteadas en relación a la pregunta central y a continuación se presenta la descripción del Caso que se utilizó para esta investigación y las Bitácoras de Análisis que reflejan este trabajo.

## 4. Análisis del Caso

### 4.1 Aspectos generales

Identificación del paciente:

- Nombre: "ARMANDO"
- Edad: 37 años
- Fecha de Nacimiento: 29 de julio de 1980.
- Lugar de Nacimiento: Ciudad de México.
- Grado de Instrucción: Nivel Medio Superior
- Ocupación: Mantenimiento técnico
- Estado Civil: Separado
- Lugar de Atención: Consultorio Particular
- Terapeuta: María Teresa Hernández Estrada

### 4.2 Motivo de consulta

Manifiesta que no ha podido resolver su vida.

### 4.3 Motivo de consulta probable

Alcoholismo, disfunción familiar, depresión y ansiedad.

**Diagnóstico:**

Neurótico Histérico

#### **4.4 Descripción física del paciente**

Se presenta con buen aliño. Se observa descuido en su salud física, está delgado, su tez es morena, pero se ve palidez y deshidratación, tiene ojeras que reflejan cansancio. En su aspecto, se destaca una nutrición deficiente y su aspecto corporal general se observa contraído y con cierta rigidez.

En cuanto a su aspecto corporal, tenemos los siguientes datos:

- Estatura 1.80 m.
- Peso 65 kg
- Cuerpo largo
- Musculatura subdesarrollada
- Apariencia Infantil
- Respiración poco profunda
- Ojos redondos, incrédulos, rogantes
- Boca grande, labios llenos
- Brazos flácidos, sin fuerza

#### **4.5 Conducta del paciente**

En la primera cita, llegó puntualmente. Distanciado y con cierta reserva al principio, pero conforme transcurrió la entrevista fue mostrándose con mayor confianza, ya que al expresar su motivo de consulta mostró quebrantamiento y recibió contención y al finalizar esta primera sesión se comportó más participativo y con buena disposición.

#### **4.6 Integración social**

Al parecer tiene dificultad a la integración social. Menciona que tiene muy pocos amigos y esto desde la infancia ya que en su núcleo familiar las relaciones siempre han sido distantes. A pesar de que su padre y su madre han mantenido su unión, su padre llegaba muy tarde del trabajo y al estar en casa, nada le parecía bien y gritaba y maltrataba a todos. Por su parte, su madre siempre callada y sumisa aceptando su violencia. Cada uno de sus hermanos siempre ha resuelto su vida de la manera que les es posible y no existe una cohesión familiar.

## **4.7 Aspectos psicológicos**

Energía vital baja, desánimo, enojo, frustración, cierta omnipotencia. Dice que se siente utilizado, que en todas partes abusan de él y que se siente solo e incomprendido.

## **4.8 Historia del problema actual**

El paciente refiere que desde la adolescencia y por curiosidad probó las cervezas, pero el sabor amargo no le gustaba, sin embargo, los efectos que le producía eran agradables.

Ahora bien, en diferentes etapas de su vida, al sentirse incómodo, devaluado y frustrado, se ha refugiado en el alcohol. Generalmente bebe solo y no son cantidades mayores, ya que una botella de Bacardy le alcanzaba para varias veces. El beber le calma y se va a dormir.

Sin embargo, cuando su esposa lo abandonó, la frecuencia y la cantidad en la ingesta de alcohol aumentó y sintió que podía convertirse en una adicción, además no podía con la culpa, ya que nunca traía dinero y cuando su pequeño hijo le pedía algo, no podía concedérselo. Al comentar esta situación con una amiga, ella le recomendó ir a una práctica de Alcohólicos Anónimos llamada: "4°. Y 5°. Pasos" y lo hizo y sintió que le benefició. Semanas más tarde, la misma amiga, le sugirió que tomara terapia y le recomendó lo hiciera con la autora de este trabajo.

Al iniciar el trabajo terapéutico, se le pidió escribir su autobiografía, la cual constituye una herramienta útil para el tratamiento.

## **4.9 Infancia**

Sus padres desde que se unieron en matrimonio, hace 48 años han vivido juntos. En cuanto a su preparación académica, concluyeron la primaria. Su papá no tiene ningún oficio, trabaja como ayudante de varias personas y por lo tanto su salario es el mínimo, y su mamá siempre se ha dedicado al hogar, por lo que se intuye que siempre han vivido en situaciones económicas difíciles.

Armando es el tercer hijo, fue un producto de 9 meses de embarazo y nacimiento por vía normal sin presentar dificultades físicas. Padeció las enfermedades generales de la infancia. No ha experimentado ninguna cirugía y tampoco ningún accidente.

Al nacer, su hermano mayor tenía 10 años y el segundo de los hijos contaba con dos años de edad. Su mamá siempre se ha dedicado al hogar y dice que siente que su mamá lo descuidó en su primera infancia, ya que su mamá estaba con mucho trabajo, pues su hermano mayor iniciaba la adolescencia y era muy inquieto y al mismo tiempo atendía a su hermano que tenía dos años, edad en que los niños andan explorando su ambiente. A los seis años de Armando, nació su hermana y dice que la poca atención que recibía de sus padres, se desplazó hacia la niña, que se convirtió en la consentida por ser la única mujer y la más pequeña.

El paciente usaba la ropa y zapatos de sus dos hermanos mayores y los Reyes Magos no les traían juguetes, lo que les traían era ropa y bolsitas de dulces. Los niños vecinos salían al patio a jugar y a presumir sus juguetes y él prefería no salir.

Sus hermanos hacían “mandados” a los vecinos y podían comprarse golosinas y a él no le gustaba hacer ésto, pues platica una experiencia, dice que un vecino le dio unas paletas de hielo para que las vendiera en época de mucho calor y el salió entusiasmado, pero nadie le compró sus paletas y éstas se derritieron y le dio tanta vergüenza que no regresó con el señor y además tenía miedo de que fuera, tal vez a golpearlo por no traer dinero.

#### **4.10 Adolescencia**

En esta etapa, Armando llega a expresar cierta rebeldía en casa, ya que mamá le obliga a participar en las labores del hogar, hacerse responsable de limpiar sus zapatos y lavar su ropa y esto no le gusta y le causa enojo y envidia de que sus hermanos andaban haciendo quehaceres fuera de casa.

Para Armando fue una etapa difícil, pues entró a la secundaria, en un lugar nuevo, compañeros y maestros que no conocía, pero si le agradaban las materias, sobre todo tenía taller de dibujo y le gustaba mucho y ahí se le despertó el interés de dedicarse a

ser pintor. Comentó a sus padres que quería dedicarse al arte, pero ellos desaprobaron su idea, diciendo que los pintores “se mueren de hambre”, que estudiara algo técnico para tener trabajo y ganar dinero. En esta etapa es cuando Armando tenía un grupo de amigos y se pusieron de acuerdo para aprender a fumar y a probar las cervezas. Armando concluyó la secundaria y continuó con la Preparatoria.

#### **4.11 Adultez**

Al concluir la preparatoria, hubo necesidad de empezar a trabajar y contribuir en forma económica en la familia. Armando pensó que iba a trabajar, ahorraría dinero y se iría a estudiar en la escuela de “San Carlos” para convertirse en pintor.

Empezó a trabajar y a ganar dinero y se olvidó de ahorrar porque ahora si podía comprarse zapatos nuevos y ropa bonita, tener novia y salir de paseo. Experimentó decepciones y también buenos recuerdos de relaciones amorosas satisfactorias.

A los 28 años de edad, conoció a Aurea, se enamoraron y decidieron vivir juntos. Al año de su relación, nació su hijo a quien le pusieron por nombre Gabriel. Al conocerlo fue una enorme felicidad para los dos. Sin embargo, el sueldo que ganaba, no alcanzaba pues pagaba renta, y los abonos del refrigerador, la estufa, la lavadora, la comida y el doctor porque de repente el bebé se enfermaba y Armando no tenía IMSS ni ISSSTE y su esposa no trabajaba, así que empezaron a pelear, pues Aurea le exigía dinero y Armando no podía con los gastos. Armando se sentía incapaz, incomprendido y el amor se fue diluyendo. Armando empezó a beber, ya que de alguna manera el efecto del alcohol le atenuaba los malestares y se olvidaba un poco de los compromisos, pero, por otro lado, los pleitos con Aurea ahora eran mayores ya que lo calificaba de “borracho”, “irresponsable”, “inútil” y muchos otros adjetivos calificativos peyorativos.

Llego el momento en que Aurea se regresó a casa de sus padres, llevándose al pequeño Gabriel. Fue un desastre, sentirse solo, culpable, enojado y frustrado. Tuvo que entregar el departamento y vender los muebles a precios risibles y consiguió un cuarto en Ciudad Jardín, Coyoacán, en donde vive solo, tiene su cama y un mueble donde guarda su ropa, el baño es compartido con los otros inquilinos, no hay cocina, así que Armando al final de su jornada laboral se dirige a la casa de su mamá en la

Colonia Nativitas donde cena, y lava su ropa. Contribuye con la pensión alimenticia y convive con su hijo durante los fines de semana y generalmente es en casa de su mamá

En relación a su alimentación, sale al trabajo sin desayunar y en el camino se compra un atole y un tamal o un pan de dulce, en la tarde compra unos tlacoyos o quesadillas y un refresco y hasta que llega en la noche a casa de su mamá cena, pero dice que a veces ni desayuna ni come; lo cual explica su delgadez. Además, las veces que recurre al alcohol, se le inhibe el apetito.

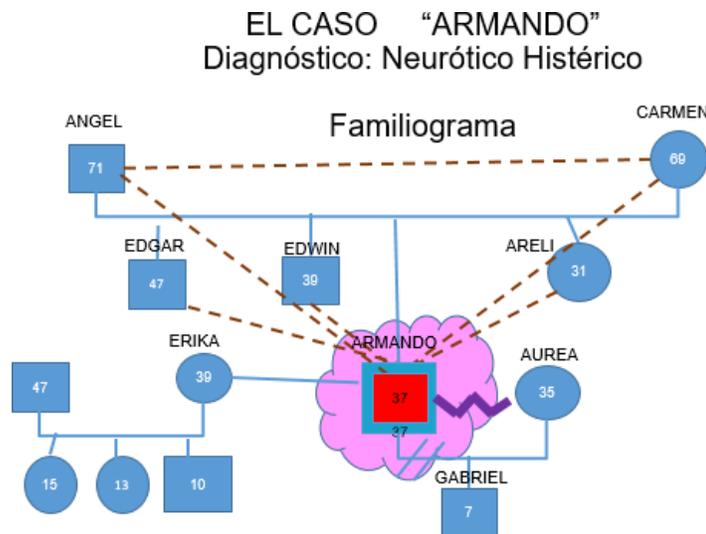
Armando está enojado con su jefe porque dice que continuamente le está telefoneando durante el día para enviarlo a los sitios en donde debe ir a reparar los cajeros automáticos y ni siquiera le pregunta si ya tomó su hora de comer y tampoco toma en cuenta que ya es la hora en que concluiría su jornada laboral del día.

Por otro lado, Armando siente gran resentimiento hacía su padre, pues siempre estaba ausente y cuando se encontraba en casa era un hombre violento. En cuanto a su madre, explica que ella siempre ha sido muy introvertida y sumisa con su padre, que para ella lo más importante es tener la casa y la ropa limpias y comida hecha y que no sabe expresar su amor a sus hijos, pues no recuerda abrazos, ni caricias, ni besos de ella y la actitud de sus padres le desagrada y siente que por todo lo anterior, ha fracasado en su vida y se siente frustrado. En cuanto a sus hermanos, no sostiene ninguna relación con ninguno de ellos, todos están casados y llegan a coincidir fortuitamente en casa de sus padres. Armando expresa que su familia se desarrolló con falta de estructura, ya que cada quien resuelve su vida individualmente, no existe cohesión entre ellos como lo observa en otras familias.

Por otro lado, menciona que ya tiene un año que sostiene una relación sentimental con una mujer casada, que fue su compañera en la secundaria. Es madre de tres hijos (16, 12 y 9 años), no trabaja, ella dice que ya no ama a su esposo a pesar de ser un buen proveedor y padre comprometido. Armando dice estar muy enamorado de ella y le ha pedido se divorcie y viva con él.

#### 4.12 Familiograma:

- PADRE: Ángel 71 años
- MADRE: Carmen 69 años
  
- HERMANOS: Edgar 47 años Edwin 39 años Areli 31 años  
39 años ARMANDO 37 años Areli 31 años



Armando menciona estar inconforme con el trabajo que realiza por varias razones, una de ellas es que tiene que trasladarse por transporte público a diferentes direcciones a dar mantenimiento a Cajeros Automáticos y a veces no le da tiempo de comer y termina sumamente cansado y por otro lado el salario que percibe no le es suficiente para cubrir sus necesidades y a pesar de solicitar aumento de sueldo o le respeten un horario de entrada y salida, los jefes se hacen los sordos y no le dan ni una esperanza, por lo cual ya quiere renunciar y cambiarse a otro trabajo.

Armando no tiene amigos y tampoco se procura alguna actividad de esparcimiento. Menciona que siempre ha vivido con sentimientos de culpa, de minusvalía, con un vacío interno, siente que está desprotegido, débil.

Un tiempo se refugió en el alcohol. Al principio se sentía bien, pero llegó un momento en que ese vacío era mayor. Le recomendaron asistir a un taller en un Grupo AA de 4°

y 5° Pasos. Esta práctica le benefició de alguna manera, pero una amiga le sugiere reciba terapia psicológica y le recomendó lo hiciera con la autora de este trabajo. Concertó cita y acudió al consultorio.

Ahora bien, analizando su historia personal y familiar y de acuerdo con A. Lowen el paciente puede ser clasificado dentro del carácter Oral, el cual se desarrolla durante los tres primeros años de vida.

El niño siente el rechazo, lo cual se observa en su historia ya que su mamá tenía que atender a sus hermanos, un niño de 9 años que cursaba primaria y otro pequeño de dos años muy dependiente de ella y las labores propias de ama de casa, por lo que le era difícil atender al recién nacido. El niño llora y mamá no está disponible.

El niño no desarrolló confianza, se dio por vencido al sentir que mamá no lo sostenía, no llenaba sus necesidades y se forma el carácter oral, y el individuo con esta caracterología, presenta un débil sentido de independencia, y un sentimiento interno de necesitar constantemente que lo sostengan, atiendan y cuiden.

Armando está convencido de que nadie está para él, todos le van a abandonar, está completamente solo, nunca puede recibir lo suficiente. Busca nutrición, pero no sabe tomarla. Está cansado y deprimido, requiere de mucha atención.

## **Pronóstico**

El pronóstico es bastante favorable, ya que el paciente ha mostrado apego y compromiso en el trabajo terapéutico, realiza las tareas, falta pocas veces y cuando así lo ha hecho, ha sido por cumplir las exigencias de su trabajo.

## **5. Análisis del Caso.**

En este capítulo se detallan las sesiones que se consideraron de beneficio para el paciente y se describen las técnicas creadas por los diferentes teóricos de los conceptos que se tomaron para su aplicación.

Cada sesión fue de 60 minutos, los cuales se administraron de la siguiente forma:

- 20 minutos Verificar estado de ánimo. Tener un puente con la sesión anterior y dar seguimiento a los avances que el paciente va teniendo en su cambio en la ingesta de alcohol.
- 20 minutos En que el paciente exponía su problema y aplicación de la técnica que se consideró conveniente.
- 20 minutos Retroalimentación, aclaración de dudas, Efectuar ejercicios de bioenergética y, por último, acordar el trabajo para la siguiente sesión. SSDF (2007).

Se proyectó un tratamiento que integrara su salud física, emocional, social y espiritual, por lo tanto, de modo alternativo a la terapia corporal, se utilizaron la Gestalt y la Psicología Analítica y se le sugirió que asistiera a un grupo A. A cercano a su hogar y se le oriento sobre la importancia de contar también con asistencia médica.

Los datos obtenidos en las sesiones, se redujeron y se codificaron en categorías, las cuales se detallan a continuación con diversos significados y a su vez de esos significados se tomaron aquellos que la terapeuta consideró más acorde con lo expresado por el paciente:

Para este trabajo se obtuvieron las siguientes categorías para las que se estableció la siguiente definición de cada una de ellas.

### *Alcoholismo*

“Abuso de bebidas alcohólicas. Abuso del alcohol. - Patrón de consumo de alcohol que persiste, a pesar de la obtención de consecuencias adversas que son resultado directo de dicho consumo, incluyendo descuido de actividades personales, financieras, sociales, ocupacionales o recreativas importantes; el ausentismo del trabajo o la escuela; encuentros repetidos con la policía”. Núñez, J. y Ortiz, S. (2009)

“Enfermedad crónica, sistemática, degenerativa, análoga a enfermedades causantes de discapacidad, como la sífilis o la esclerosis múltiple”. Chopra, D. (2013).

## *Abandono*

“El abandono y la negligencia pueden constituir una forma insidiosa de causar daños graves, existiendo la impresión de que gran parte del retraso que se observa en niños que sufren maltrato está menos relacionado con la violencia física que con la negligencia y los agravios emocionales que frecuentemente lo acompañan. En los casos de abandono se priva al niño de sus derechos y bienestar y se interfiere en su ordenado desarrollo físico psíquico y social”. Casado, et al. (1997).

“Desamparo. Alejamiento de un padre o cuidador primario que deja a un dependiente en el desamparo. Los dependientes suelen ser niños, aunque también pueden ser familias enteras o individuos enfermos” (Núñez y Ortiz, 2009).

## *Comunicación*

Se entenderá por incomunicación lo inverso de comunicación.

“La comunicación no es solamente la transmisión de información, sino una actividad capaz de generar significados referentes a la realidad, recurriendo a la elaboración de signos adecuados, convencionalmente producidos por una comunidad de individuos.

A su vez, los significados remiten inevitablemente a las representaciones, a las imágenes y a los modelos cognitivos de que disponemos. En la comunicación está siempre activa una mediación mental entre nosotros, los demás y las cosas. En los intercambios comunicativos hay por regla general un cierto grado de voluntariedad y de intencionalidad. Una comunicación involuntaria y automática simplemente no sería comunicación”. Luigy, A. (2010).

“Incomunicación. - Aislamiento. Falta de capacidad de generar significados referentes a la realidad, comunicación deficiente.

Comunicación. - Transmisión de información, que puede ser por medios verbales o no verbales” (Núñez y Ortiz, 2009).

### *Disfunción familiar*

“Familia. - Núcleo de la sociedad, con una base afectiva y formativa, donde conviven personas unidas por lazos de amor y un proyecto en común, donde el ser humano aprende los primeros valores y principios de la vida. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar”. Cogollo, et al. (2009).

### *Enojo*

“El enojo es una fuerte emoción o sentimiento de disgusto y, por lo general, una contrariedad incitada por un sentimiento de agravio o insulto”. Chapman, G. (2009).

### *Envidia*

“Según M. Klein, una de las emociones más primitivas y más fundamentales del bebé. Descrita como una pulsión primaria. La envidia es una necesidad de apropiación del objeto ideal o de sus cualidades a la vez que una intención de destruirlo para suprimir la presión que ejerce como objeto de envidia”. Doron, R. (2008)

“La envidia se siente cuando se inicia el proceso de comparación social que un sujeto establece con otro, con quien mantiene una relación amorosa, en que el individuo se percata de su situación de desventaja al percibir al otro como superior en alguna área de importancia o relevante para él, dando como resultado que sienta alguna de las siguientes emociones: frustración, inferioridad, enojo, víctima de la injusticia; y manifiesta hostilidad hacia el envidiado, devaluándolo de alguna manera”. Laureano, L. y cols. (2002)

### *Soledad*

“La soledad, o sea la dolorosa consciencia de que las relaciones sociales de una persona son deficientes, es a la vez algo que contribuye a la depresión y a su propio problema. La deficiencia proviene de la falta de relación entre los contactos sociales reales y los deseados”. Myers, D. (2005)

### *Tristeza*

“Tristeza es la pérdida de una persona, de una cosa valiosa para nosotros, de la libertad, etc., o una desgracia que produce en la persona un sentimiento negativo, con pasividad, y con deseo de aislamiento”. Segura, M. (2007).

Todas estas categorías se agruparon bajo el tema que las relaciona dentro de la Depresión.

Un segundo grupo de categorías, las cuales se relacionaron con el tema de la Ansiedad, se refirió a los siguientes ítems:

### *Codependencia*

“Adicción a una persona y a sus problemas. Patrón de relación disfuncional en que un individuo depende o es controlado psicológicamente por una persona como una adicción patológica, p. ej., al alcohol o los juegos de azar”. Núñez, J. y Ortiz, S. (2009)

“La codependencia es una adicción a una persona y a sus problemas. Es una relación tóxica hacia una sustancia, una persona o un comportamiento que lleva al sujeto al auto engaño, a la represión emocional y a comportamientos compulsivos que terminan en sentimientos de vergüenza, baja autoestima problemas en las relaciones interpersonales y complicaciones médicas”. Gil, R. (2005).

### *Frustración*

“Decimos que una persona se frustra cuando la actividad que desarrolla hacia una determinada meta es obstaculizada o postergada. En este sentido, es fácil comprender que la frustración puede ser provocada por una amplísima variedad de barreras: materiales, sociales y psíquicas”. Campos, A. (2006).

“Acción de privar a alguien de lo que esperaba. Dejar sin efecto o impedir el éxito de un intento contra el deseo de otra persona que quiere llevarlo a cabo. La frustración en psicología se puede ver reflejada en actos que toma la persona como consecuencia de los sentimientos que posee, Una persona se frustra cuando la actividad hacia determinada meta, es obstaculizada. RAE. (2001).

## Minusvalía

“Es una condición de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de edad, sexo y factores socio culturales”. Méndez, E. (1991).

## *Víctima*

“Es la persona que sufre un daño por culpa ajena o por caso fortuito, entendiéndose por daño, el detrimento, menoscabo, lesión o perjuicio, que de cualquier modo provoca”. Zamora, J. (2009).

“La definición más completa aparece formulada por la ONU (1985):

Víctima es aquella persona que ha sufrido un perjuicio como una lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante de sus derechos como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nación o del derecho internacional, o bien constituya un abuso de los poderes públicos”. Hernández, J. (1994).

Con relación a la Teoría Fundamentada, es importante el punto de las categorías, las cuales son generadas a partir de los datos. Las categorías tienen la función de ejemplificar de manera breve el camino por el cual vamos a comenzar a tratar los puntos importantes que emergen de la historia clínica del paciente; es decir que al descubrir los conceptos, dejan el nivel de las personas y se convierten en el tema de investigación, para posteriormente ser aplicado al comportamiento psicológico y social de las personas.

De este grupo de categorías, atendiendo a la tendencia en general, surgió la Variable Axial que es *Depresión y Ansiedad* y a continuación se presentan varios significados de estas palabras:

## *Ansiedad*

“Desde el punto de vista psicológico, el componente negativo de la ansiedad que percibimos como malestar, se manifiesta cuando el análisis se convierte en algo

obsesivo, la sensibilidad a la novedad en temores y aprensión o el estado de alerta en imposibilidad de cambiar de tema, o de concentrarse adecuada o eficazmente en un asunto de máximo interés”. De León, A. (2013)

“Podemos entender que, psicológicamente hablando, la experiencia de ansiedad está siempre presente en toda decisión y proyecto del ser humano debido a que no hay seguridades absolutas en la vida que nos garanticen que vamos a ser siempre capaces de lograr o alcanzar aquello que tanto buscamos o anhelamos”. De Castro, A. et al. (2017)

### *Depresión*

Es la enfermedad de la tristeza, acumulada en el alma y en el cerebro del afectado, un paquete de sentimientos alterados en el que la melancolía y el desencanto se unen a la falta de ganas de vivir. De León, A. (2013).

Algunas personas asocian la depresión con perder la razón, o como un proceso normal del envejecimiento. La depresión clínica es mucho más que un breve decaimiento en el estado de ánimo. La depresión clínica puede dañar seriamente la salud mental y física, y tiene graves repercusiones en la vida cotidiana, ya sea en el trabajo, la familia o la vida social. González, V. y cols. (2013)

Una vez obtenidos los significados de las categorías, de acuerdo a lo establecido en la Teoría Fundamentada creada por Barney Glasier y Anselm Strauss en 1967, nos permitirán comprender el proceso terapéutico que se llevó a cabo en esta tesis.

Las proposiciones teóricas surgieron del trabajo realizado aplicando las bondades de algunas técnicas psicoterapéuticas para abatir los problemas de adicción en sujetos que se encuentran en etapa inicial de alcoholismo. A partir del análisis llevado a cabo con el paciente de este estudio y de los hallazgos que durante el proceso psicoterapéutico se logren.

Ahora bien, de acuerdo al abordaje de esta investigación, dentro del tipo Teoría Fundamentada, el cual busca explicar conceptualmente una acción a partir de los datos

obtenidos más que de estudios previos, se considera relevante describir los resultados obtenidos con el paciente en cada sesión mediante las bitácoras de análisis, cuya función es documentar paso a paso el proceso analítico y sirven para asegurar la aplicación coherente de las reglas emergentes que guían la generación de categorías y sus definiciones, así como la asignación de unidades posteriores a las categorías que ya surgieron.

A continuación, se detalla el trabajo psicoterapéutico que se realizó en las cinco sesiones que se estimaron relevantes a propósito del tratamiento para el paciente de este caso.

### Tratamiento

Inició tratamiento psicológico el 20 de agosto 2017.

Para esta primera sesión, se tomó la decisión de aplicar las técnicas de la terapia corporal con el propósito de motivarlo a regresar a su pulsión de vida y a iniciar su arraigo, tomando en cuenta lo que Alexander Lowen establece como la finalidad de la Bioenergética que consiste en ayudar al individuo a recuperar la plena potencialidad del propio ser en las siguientes tres fases:

1. La conciencia de sí mismo y del propio cuerpo;
2. La plena expresión de los sentimientos frecuentemente frustrados en la infancia, como la rabia y el miedo; y finalmente
3. El dominio de sí mismo, o sea la libertad de ser auténtico, de aceptar y de reconocer las propias sensaciones". Lowen A, (2004).

A continuación, se presenta la bitácora correspondiente a la sesión número 1:

Bitácora 1

SESIÓN		Núm. 1		FECHA				27 de julio del 2017.	
Variable Axial: Depresión y Ansiedad.	Ca tegoría	Unidad de Significación	Lo que la Terapeuta pensó	Teoría de Intervención	Técni ca	Aplicación	Resultado o Insight		
	Tristeza	"No he podido resolver mi vida" SIC	Motivarlo a regresar a su pulsión de vida.	A. Lowen	Arraigo	Respiración profunda. Bioenergética	Se observó un cambio notable. locomoción más flexible, dicción fluida.		
	Alcohol	"Me he refugiado en el alcohol, pero nada he resuelto". SIC	Que tome consciencia de su cuerpo.			Toma de tierra, Arco, Golpear el colchón y sacar voz en forma de gritos y /ogruñidos.	Expresó haber soltado un enorme peso.		
	Unidad de Significa	IDEAS: Disfunción familiar. Quebrantamiento al expresar "No he podido resolver mi vida". SIC "Me he refugiado en el alcohol, pero nada he resuelto". SIC			Alcoholismo.- Abuso de las bebidas alcoholicas. Disfunción familiar.- Alteración, desarreglo en el funcionamiento del núcleo familiar. Tristeza.- Sentimiento negativo con tendencia al aislamiento.				

Sesión No. 1, fecha 27 de junio 2017.

Se llevó a cabo una entrevista, el Rapport y cabe mencionar que se encontraba nervioso, pues cambiaba de postura constantemente y al expresarse, su gesticulación se notaba exagerada. Al mencionar como su motivo de consulta, con tristeza expresó: "No he podido resolver mi vida" SIC, mostró quebrantamiento. Se le brindó acompañamiento y sostenimiento.

Forma parte de una familia disfuncional, cada quien hace lo que desea y nunca ha habido cohesión familiar.

Se observó gran descuido a su persona, muy delgado, piel deshidratada, rigidez corporal. Al creer que no ha podido resolver grandes problemas, se ha refugiado en el alcohol ya que sus efectos le han permitido aliviar la ansiedad

Del discurso del paciente sobresalieron dos situaciones problemáticas, el alcoholismo y la tristeza por carecer de apoyo familiar.

De acuerdo a lo que dice Jellinek, se consideró que estaba cursando la segunda etapa de alcoholismo. Chopra, D. (2013).

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de sus miembros y si lo que se experimenta es disfunción familiar, las situaciones estresantes pueden provocar en sus integrantes cierto desequilibrio en sus planos físicos y emocionales, lo cual experimento el paciente de este caso (Cogollo et al. 2009).

Se inició el trabajo terapéutico de acuerdo al procedimiento de Reich, haciendo que el paciente respirase con tranquilidad y profundidad, se le enseñaron movimientos de arraigo, la postura del arco y al detectar expresiones emocionales en su rostro, se le motivo para que realizara las expresiones corporales que se le presentaron y se le permitió que aflorara cualquier expresión corporal por el tiempo que lo necesitara y en este caso se le llevo a golpear en el colchón y emitiera gritos posteriormente de le dio la contención que necesitaba y se finalizó con la retroalimentación de lo sucedido” (Lowen, 2004).

#### Resultados obtenidos en la Sesión No.1

Se consideró que el paciente se encontraba en un momento oportuno para empezar a recuperar la salud mental, ya que empezó a hacer consciencia de que el abrir “la puerta falsa” y refugiarse en el alcohol le significa situarse en circunstancias cada vez más problemáticas, tales como el gran descuido a su salud física, descuido y mala educación a su hijo, servicio laboral deficiente, relaciones sentimentales peligrosas, etc.

Se observó un cambio notable, su locomoción más flexible, su dicción con mayor fluidez y el mismo expresó que había soltado un enorme peso y se sentía ligero.

Bitácora 2

SESIÓN	Núm. 2			FECHA	18 de julio del 2017.		
Categoría	Unidad de Significación	Lo que la Terapeuta pensó	Teoría de Intervención	Técnica	Aplicación	Resultado o Insight	
Variable Axial: Depresión y Ansiedad.	Enojo	"Estoy harto de mi trabajo, voy a renunciar".SIC	Experimentaba frustración por haberse visto obligado a trabajar en algo que no le agrada.	A. Lowen	Berrinche	Recostado, rodillas dobladas, pies planos, golpear colchón. Brazo y pierna derechos al mismo tiempo y girar simultáneamente la cabeza a la derecha y después a la izquierda Mover todo el cuerpo y sacar voz.	Al eliminar el enojo, puede reflexionar con mayor claridad.
			IDEAS:				
		Expresa que le gusta el arte, pero al					
	Unidad	concluir la preparación medias superior,					
	de	se vió en la necesidad de trabajar en lo					
	Significa	que fuera por necesidad económica.					

Sesión No. 2, fecha 18 de julio 2017.

Al llegar a consulta mostró su enojo diciendo: “Estoy harto de mi trabajo, voy a renunciar”. SIC

Mencionó que le gusta el arte, específicamente la pintura, pero se vio forzado a empezar a trabajar al terminar el nivel medio superior, debido a la situación de pobreza familiar.

Su trabajo actual consiste en reparar y dar mantenimiento a cajeros automáticos. La empresa donde trabaja no quiere contratar más personal y el trabajo aumenta. Él es el único que realiza estas funciones y por ello no le respetan su horario para tomar sus alimentos y tampoco el de salida. Y cuando se consume todo su día en el trabajo, de regreso a casa, ya se le pasó el hambre y prefiere pasar a la tienda cercana a su hogar y se compra unas cervezas y se las bebe solo y se acuesta a dormir.

Se sugirió la técnica corporal del “Berrinche” creada por los esposos Lowen y Pierrakos. Recostado sobre un colchón, las rodillas dobladas y los pies planos, se indicó golpear sobre el colchón en forma alternada, brazo y pierna derecha y al mismo tiempo girar cabeza al lado derecho y después de la misma forma hacia la izquierda. Todo el cuerpo se mueve y se invita a que saque la voz, por medio de palabras, gritos, gruñidos, etc. Lowen A., (2010).

Este ejercicio se debe emplear únicamente en sesión de terapia y otorga beneficios físicos y emocionales. Lowen A., (2010).

Después de recuperarse se hizo la retroalimentación con la intención de hacerlo encontrar soluciones adecuadas y no dejarse llevar por los sentimientos de frustración que estaba experimentando para tal fin se le hicieron las siguientes preguntas:

¿Has comentado con tu jefe sobre cómo te sientes con la excesiva carga de trabajo?

Si renuncias en este momento a tu trabajo, ¿crees poder encontrar en breve tiempo, un trabajo mejor pagado y que realmente te guste?

¿Crees que sea posible el que tomes clase de pintura los fines de semana?

### Resultados obtenidos en la Sesión No.2

Estos ejercicios son fuertes y los resultados son inmediatos. Sacó todo el enojo, lo cual permitió que escuchara las preguntas, reflexionara el propósito de cada una de ellas y las respondiera de acuerdo a lo que su inteligencia y su corazón le estaban dictando.

### Bitácora 3

SESIÓN	Num. 3			FECHA	22 de agosto del 2017		
Categoría	Unidad de Significación	Lo que la Terapeuta pensó	Teoría de Intervención	Técnica	Aplicación	Resultado o Insight	
Variable Axial: Depresión y Ansiedad.	Minusvalía.	"Al intentar exponer a mi jefe mi inconformidad por la excesiva carga laboral, me interrumpen y me ignoran". SIC	La incomunicación provoca que el otro pierda interés. El sentimiento de minusvalía, lo hace colocarse como víctima.	F. Perls Gestalt	Silla vacía	Sentado frente a una silla vacía, imaginariamente colocó a su jefe y lo confrontó. Se pasó enfrente y respondió. Regresa una y otra vez, hasta llegar a un acuerdo.	Esta técnica le permitió entender ambas posturas. Entendió que el problema era que su forma de comunicarse no es asertiva.
			IDEAS:			Incomunicación.- Falta de capacidad de generar significados referentes a la realidad.	
	Unidad de Significación.	La persona con rasgos de oralidad, generalmente presenta problemas para comunicarse con los demás y tiene la idea que lo hacen menos debido a que el otro siente que no concreta sus ideas.				Minusvalía.- Disminución de valor.	
						Víctima.- Persona que ha sufrido lesión física o mental	
						Pérdida o daño material o un menoscabo importante de sus derechos.	

Sesión No. 3, fecha 22 de agosto del 2017.

En esta sesión, el paciente expresó las quejas, principalmente hacia su jefe a quien varias veces ha intentado exponerle su inconformidad por la excesiva carga de trabajo y ni siquiera le permite terminar su discurso, ya que le interrumpe y comienza a darle indicaciones nuevas sobre el trabajo, habiendo expresado: “Al intentar exponer a mi jefe sobre mi inconformidad por la carga excesiva de trabajo, me interrumpe constantemente y opta por darme otras indicaciones” SIC. Y hacia su mamá, quien, según Armando, nunca ha estado para él, pues al intentar comentarle sus problemas para recibir su apoyo y comprensión, le ignora; provocando en el paciente un sentimiento de minusvalía.

Se observa que el paciente se coloca en el papel de víctima y piensa que los otros son injustos y le tratan mal y no se ha percatado de que el problema real es que a él le cuesta trabajo comunicarse adecuadamente.

1. Generalmente las personas con rasgos de oralidad, como es el caso del Armando, hablan mucho, en tono alto, con un tono parejo, a veces repiten lo mismo muchas veces y cansan al receptor, quien opta por cambiar el tema, quedándose callado, dirigiendo su atención a otra cosa, contestando palabras cortas como: “sí, sí”, “claro”, “que bien”, etc.

Se recurrió a la Gestalt, creada por Fritz Perls, la cual tiene como objetivo reconectar al individuo con sus sentimientos y sensaciones y le permite recuperar todo lo que ha proyectado en el exterior. Las bases de la Gestalt son el aquí y el ahora, lo obvio y la toma de consciencia o el darse cuenta de lo que hacemos en nuestras vidas, cómo lo hacemos, qué es lo que necesitamos o queremos en realidad y cómo podemos conseguirlo. Bosch, M. (2009).

Se trabajó con el método de la “Silla vacía”. Se colocaron dos sillas, una silla frente a otra. Armando sentado en una de las dos sillas, indicándole que imaginara que en la silla de enfrente se encontraba su jefe y le expusiera sus problemas y lo confrontara.

En seguida, se le pasó a la otra silla, y se le pidió convertirse en su jefe, y en este papel le contestara a Armando, explicando su postura ante esa situación. Se le regresó a su silla y se le pidió que confirmara o negara los reclamos y nuevamente pasó a la silla de enfrente, y así sucesivamente, hasta que la terapeuta vio que ambos habían llegado a un acuerdo. Bosch, M. (2009)

Al hacer la retroalimentación el paciente reconoció que era necesario mejorar la forma en que se comunica.

### Resultados obtenidos en esta Sesión No. 3

Esta técnica permitió que Armando vivenciara sus emociones y las reconociera, a discutir sus recuerdos y preocupaciones en tiempo presente, dramatizando conflictos. Le fue posible darse cuenta que el problema lo generaba él, y desaparecieron los sentimientos de minusvalía, el papel de víctima y le quedó la intención de mejorar su forma de comunicarse con los demás.

Bitácora 4

SESIÓN	Núm. 4			FECHA	10 de octubre 2017		
Variable Axial: Depresión y Ansiedad.	Categoría	Unidad de Significación	Lo que la Terapeuta pensó	Teoría de Intervención	Técnica	Aplicación	Resultado o Insight
	Abandono.	"Siempre he estado solo". SIC	Posesión del arquetipo de la madre	C. Jung Psicología Analítica	Ritual sobre arquetipos del padre y la madre.	Confronto a cada uno Los perdonó, se quedó con lo bueno que recibió. También les pidió perdón y reconoció su amor incondicional y a partir de ese instante tomó la responsabilidad de su propia vida.	Este ritual le introyectó seguridad y no tendrá que responsabilizar a sus padres por sus buenas o malas decisiones
			IDEAS:		Abandono.- Alejamiento de un padre o de cualquier cuidador primario que deja a un dependiente en el desamparo.		
	Unidad de Significación	Armando siempre experimentó abandono y ha culpado a sus padres de las vicisitudes que la vida le ha presentado, sin darse cuenta que sus padres tienen cualidades y defectos como cualquier persona y que siempre lo han amado pues gracias a ellos él tiene vida.			Soledad. - Sin compañía. No ser visto.		

Sesión No. 4, fecha 10 de octubre del 2017.

Su papá siempre ha sido distante, es un hombre violento, e indiferente a los problemas que en la vida se le han presentado a Armando. Su mamá siempre callada y siempre le da más importancia a los quehaceres del hogar que a sus hijos y no ha procurado una unión entre sus hijos y cada uno de ellos ha vivido su vida como ha podido.

Expresó: "Siempre he estado solo". SIC. Responsabiliza a su papá de no haberle enseñado a vivir la vida y, en consecuencia, de los errores que ha cometido.

Se trabajó con un ritual haciendo alusión a los arquetipos materno y paterno establecidos por Jung con la finalidad de que el paciente superara el sentimiento de soledad por el "abandono" de sus padres, y que el mismo se haga consciente que como

adulto, él es el responsable de su propia vida.

Asimismo, tomando en cuenta que Carl Jung, creador de la psicología analítica llegó a recomendar la espiritualidad para la cura del alcoholismo, debido a que atendió a Rowland Hazard III, quien sufría alcoholismo crónico. Jung trabajó con él durante un tiempo sin lograr ningún progreso significativo y le dijo que su condición era desesperanzada, excepto por la posibilidad de tener una experiencia espiritual., ya que Jung había considerado que ocasionalmente tales experiencias le habían funcionado satisfactoriamente para reformar a los alcohólicos en situaciones en las que todo lo demás había fallado.

R. Hazard aceptó la propuesta de Jung y el resultado fue positivo y cuando regresó a los Estados Unidos, su país natal se dedicó a comunicar su experiencia a otros. Se integró a un grupo de cristianos evangélicos, el Grupo Oxford, donde conoció a un viejo bebedor, Ebby Thacher amigo de Bill Wilson y le comentaron sobre tal experiencia y más tarde, Wilson fundaría Alcohólicos Anónimos. De esta manera, la influencia de Jung se hizo presente indirectamente en la formación del grupo A. A., aunque el programa de doce pasos y el movimiento en sí no es Junguiano. Jung, C. (1999).

Jung explica que los contenidos del inconsciente colectivo son los llamados arquetipos y entre ellos, se encuentran el Arquetipo de la Gran Madre y el Arquetipo del Padre.

Todos hemos tenido una madre y no hubiera sido posible sobrevivir sin la conexión con una persona cuidadora. La imagen de la madre por una parte es una figura de la sombra, de lo inconsciente y por otra, se relaciona con la propia figura, del principio femenino

El arquetipo del padre es la guía o figura de autoridad. Así, tenemos:

- Lo inconsciente y lo racional,
- Madre naturaleza, padre espíritu,
- Femenino y masculino.

En terapia, la persona enfrenta la lucha de dos fuerzas antagónicas que hay que identificar y hacer dialogar mediante un símbolo”. Jung, C. (2009)

Ritual. - El paciente frente a una pared y que imagine que ahí están papá y mamá. Se trabajó primero con papá reclamando todo lo negativo que hasta la fecha ha recibido. Una vez agotado el tema, se le pregunta si está dispuesto a perdonar a papá. Ahora menciona lo positivo que te ha dado. Se continúa con el hecho de que reconozca que él también necesita ser perdonado por papá. Se le pide que únicamente se quede con todo lo bueno que ha recibido de papá.

Se continuó con mamá, siguiendo la misma secuencia. Al terminar, con sus ojos cerrados, dio la espalda a sus padres La terapeuta colocó su mano derecha sobre el hombro izquierdo de Armando y se le dijo que es la mano de papá que siempre ha estado ahí, pendiente de él, brindándole protección, cuidado y amor. En seguida la terapeuta colocó su mano derecha sobre el hombro derecho diciéndole que sintiera la mano de mamá, que ahí ha estado siempre, dándole una amorosa nutrición física y emocional.

Se le introyectó seguridad diciéndole sus padres siempre le han amado y que quizá nunca se lo han dicho porque ellos tal vez fueron educados de esa forma pero que su amor, cuidado y protección los ha tenido y los tendrá siempre, aunque ellos en un momento dado dejen de existir en esta vida.

La terapeuta le pidió que abriera lentamente sus ojos y empezara a caminar con pasos firmes, listo para tomar su propia vida con sus manos y capaz de afrontar los desafíos que se le presenten a partir de este momento.

En la pared opuesta se encontró un espejo completo y conforme iba caminando, se encontró con la imagen de sí mismo y se le dijo: Fíjate, ahí estas tú y él, juntos se encuentran ahora fortalecidos y uno a otro se cuidarán y acompañarán.

Resultados obtenidos en esta Sesión No.4

Con el paso de los días, se irán afirmando estos conceptos. Por otra parte, se confía en que, al cambiar estas ideas sobre el desamor de sus padres, el paciente sea capaz de concebir a unos padres humanos. Al no existir esa "falta de", el paciente ya no necesitará refugiarse en el alcohol.

Bitácora 5

SESIÓN	número 5			FECHA	5 de diciembre 2017		
Variable Axial: Depresión y Ansiedad.	Categoría	Unidad de Significación	Lo que la Terapeuta pensó	Teoría de Intervención	Técnica	Aplicación	Resultado o Insight
	Codependencia.	"Erika es lo mejor de mi vida y cuando me necesita, ahí estoy para ella" SIC	Dispuesto siempre a solucionar los problemas de los demás.	A. Lowen	Arraigo	Ejercicios de arraigo y algunas preguntas que lo situaron en el sentido de la realidad	Pensativo. La terapeuta observó la posibilidad de que Armando asumiera su responsabilidad y actuará en consecuencia.
	Unidad de Significación	IDEAS:			Codependencia.- Es una adicción a una persona y a sus problemas.		
		Armando estaba situado en el placer y no se estaba dando cuenta que su fan-					
		de tasia no tenía posibilidad de ser realidad			Envidia.- Necesidad de apropiación del objeto ideal o de sus cualidades, a la vez que una intención de destruirlo para suprimir la presión que ejerce como objeto de envidia		
		No estaba considerando a su pequeño hijo de 7 años, actuando de forma irresponsable.			Irresponsable.- Insensato		

Sesión No. 5, fecha 5 de diciembre 2017.

El paciente se presentó con una actitud que reflejaba sentimientos de soberbia y omnipotencia y dijo que se sentía muy contento y emocionado porque ya se estaba poniendo de acuerdo con su novia, Erika para empezar a vivir juntos y dijo: “Erika es lo mejor de mi vida y cuando me necesita, ahí estoy para ella”. SIC. Dijo que va a abandonar a su esposo, y ella y sus tres hijos se mudarían a vivir con él.

Se detecta como problema principal la envidia provocada por el complejo de Edipo que no fue resuelto satisfactoriamente. Desea ocupar el lugar del esposo de Erika y el lugar del padre de los tres hijos ajenos, mientras que no se ocupa de su propio hijo, ya que en los fines de semana en que es su turno para convivir con él, lo deja con la abuela materna y se va con Erika.

Mostró ser un individuo irresponsable ya que las relaciones sentimentales que ha sostenido han sido sin compromiso; pues vivió en unión libre con Aurea, la madre de su hijo y actualmente dice estar enamorado de una mujer casada con tres hijos. Por otro lado, en su discurso no incluyó en esos planes a Gabriel, su pequeño hijo, asimismo en sesiones anteriores ha expresado que en el momento que Erika lo ha necesitado, le llama y en virtud de que su trabajo es extramuros, sin ningún problema suspende sus labores para ir al encuentro con ella.

No está situado en la realidad, la fantasía le ha nublado la razón, ya que ha manifestado en otras sesiones terapéuticas que estaba habitando un cuarto y que el salario que percibía era insuficiente para cubrir sus necesidades, por lo tanto, ¿En dónde pretenderá vivir y de qué manera brindará el sustento a cuatro personas más?

Para la intervención terapéutica se aplicó la bioenergética mediante ejercicios de arraigo. El enraizamiento o arraigo en el cuerpo, lleva hacia un contacto interno y externo más profundo y ayuda a aproximar una práctica espiritual, con la mente más despejada (Lowen y Lowen, 2010).

Para una mejor comprensión, se detallan a continuación dos de varios ejercicios aplicados en esta sesión a fin de bajar la energía que está posicionada en la cabeza.

Se inició con la danza india, que consiste en una forma rítmica de saltar sobre el pie derecho y el izquierdo, en forma alternativa, apoyando todo el peso del cuerpo en la planta del pie. Empieza con suavidad e incrementa la fuerza. Dejar fluir la respiración libremente y al finalizar, recostarse en el piso unos instantes y relajarse (Lowen y Lowen, 2010).

Posición en cuclillas. - De pie, los pies separados y queden paralelos a los hombros. Extender los brazos hacia delante, Doblar las rodillas e inclinar el peso sobre las puntas de los pies hasta que los talones estén ligeramente separados del piso. Cuando ya no te puedas estirar más, inclina la cabeza hacia delante y ponla entre los brazos extendidos.

Arco. - Las piernas separadas, los pies hacia dentro. Concentrar el peso en las puntas de los pies, doblar las rodillas sin que las plantas de los pies pierdan el contacto con el suelo, los puños en la parte inferior de la espalda, en la zona del hueso sacro, hacer presión sobre la espalda e inclinarse ligeramente, la pelvis hacia delante de tal forma que la parte superior del cuerpo forme un arco. La cabeza no debe estar apoyada en la nuca y tampoco debe cambiar de posición. Respirar profundamente en esta posición. El abdomen se debe dilatar al inspirar y relajarse al espirar. La cara relajada, no se debe contener la respiración en ningún momento. Cuando se llegue al propio límite hay que relajarse (Lowen y Lowen, 2010).

Se continuó con la retroalimentación y entre el discurso, se le hicieron las preguntas siguientes:

- Al irse a vivir Erika contigo, ¿cómo crees que reaccione su esposo?
- ¿Han conversado sobre esta decisión de ustedes con los hijos de Erika?
- ¿Y tu hijo Gabriel vivirá con ustedes?

## Resultados obtenidos en esta Sesión No.5

Finalmente comprendió que estaba construyendo “castillos en el aire”. Se mostró reflexivo.

Se confía en que asuma su realidad y actúe en consecuencia.

Con el propósito de continuar el procedimiento regular del análisis de Teoría Fundamentada, y habiendo realizado los cuadros de análisis de las principales sesiones terapéuticas, se obtuvo la Codificación Axial que en este caso resultó *Ansiedad y Depresión*.

Ahora bien, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) lo incluye como: F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero que ninguno de estos síntomas sea predominante.

Y en el DSM V se incluye como Trastorno depresivo con ansiedad.

A fin de corroborar el análisis, se aplicaron los siguientes Test en el mes de agosto 2017, obteniendo los siguientes resultados:

-Escala de Zung para Diagnostico de Depresión	Depresión Severa o extrema.
-Inventario de Depresión de Beck	Depresión Severa
-Inventario de Ansiedad de Beck	Ansiedad Severa

En el DSMV se incluyen los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Se dividen en dos grupos:

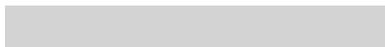
- Los Trastornos por consumo de sustancias y
- Los Trastornos inducidos por sustancias.

Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales.

A partir de las codificaciones anteriores se propone la teoría en la pregunta: ¿Se encuentran relacionados los Trastornos de Ansiedad y Depresión y el Alcoholismo?

El Dr. José Guardia presenta un estudio para el Servicio de Psiquiatría del Hospital Valle Hebrón en Barcelona, con el título de "Patología psiquiátrica asociada al Alcoholismo y dice que el alcoholismo puede presentarse asociado a otros síndromes psiquiátricos, especialmente la ansiedad y la depresión que con frecuencia son trastornos inducidos o agravados por el propio consumo de alcohol y que tienden a mejorar en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación y consigue mantenerse en remisión de su alcoholismo.

Sin embargo, en ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes, que además del tratamiento del alcoholismo requieren un tratamiento específico. Se trata de la llamada patología dual, en la que concurren uno o varios trastornos psiquiátricos, asociados a la patología adictiva y en la que el alcoholismo suele estar asociado al abuso o dependencia de otras sustancias (cocaína, opiáceos, benzodiacepinas, etc.).



## 7. Resultados.

En el presente trabajo psicoterapéutico se aplicaron diferentes técnicas de intervención a fin de investigar si mediante su aplicación era posible mejorar el equilibrio emocional de un paciente en etapa inicial de alcoholismo

Para tal fin y tomando en cuenta que el alcoholismo es una enfermedad crónica, degenerativa, cuyas causas son multifactoriales y atendiendo tanto a la personalidad del paciente como a las situaciones que se permitió exponer a lo largo del tratamiento, se decidió tomar los conocimientos legados por los creadores de la Terapia corporal, Gestalt y Psicología Analítica para ayudar al paciente a lograr la abstinencia. A continuación, se mencionan algunos de los beneficios que otorga cada una de ellas:

### Terapia Corporal

“W. Reich afirmó que toda expresión física del cuerpo tiene un significado y cuando son habituales, quedan memorizadas. Por ejemplo, si un niño teme que le regañen, le castiguen o le retiren el cariño por expresar su rabia, aprenderá pronto a suprimir este sentimiento. Para ello apretará la mandíbula y cerrará la boca y la garganta por dentro, tensionándola, o retirará la energía de otras partes de su cuerpo, o tensará ciertos grupos de músculos y tal vez cubra su sentimiento con la imagen de lo opuesto. Si esta experiencia se repite crónicamente su actitud quedará estructurada en su cuerpo, con el consiguiente efecto de atrapar su energía entre dos fuerzas contradictorias. La enfermedad psíquica conllevaría somatizaciones simbólicas, por la inhibición de impulsos y emociones que generan tensiones musculares, trastornos de la respiración y ansiedad generalizada. Cualquier restricción de la Respiración natural es, a la vez, resultado y causa de ansiedad”. Reich, W. (2005).

“En terapia es importante la atención absoluta del terapeuta al paciente, como lo hacía W. Reich, quien no solo escuchaba, si no que observaba la expresión del paciente, qué emociones se encontraban reprimidas, detectar en general, qué dice su cuerpo”. Lowen, A. (1994).

“La terapia bioenergética, por medio de movimientos especiales y de posiciones

corporales, ayuda a recuperar la respiración y la movilidad naturales, liberándolas de las tensiones crónicas, que a la larga son la causa de muchos males psicosomáticos y emocionales. A través de ello el paciente mejora su contacto con la realidad física". Lowen, A. (1994).

Conforme el paciente del presente estudio, iba liberando emociones reprimidas a través de los ejercicios de bioenergética, fue cambiando su aspecto físico y como W. Reich menciona en su obra *"El Análisis del Carácter"*: "cualquier mejora al cuerpo producirá un cambio significativo para la persona en su auto imagen, en la calidad de sus sentimientos, en su creatividad y capacidad de trabajo, en sus relaciones interpersonales y en su disfrute de la vida". Reich, W. (2005).

## Gestalt

La Gestalt es un compendio de numerosas fuentes, debido a que Fritz Perls, su fundador asimiló una buena parte del psicoanálisis de Freud, de W. Reich, Karen Horney, Otto Rank y Erich Fromm y de la mayoría de las terapias humanistas. Gellman Ch. y Higy Ch. (2017).

En la enfermedad del alcoholismo por lo general, la persona se aparta de la sociedad, es egocéntrico y vive en el pasado, se victimiza y dado que la Gestalt es una terapia activa, animada, sensorial, centrada en el presente, en el futuro, y en la búsqueda de soluciones y en virtud de que es una terapia relacional, "fraternal", y como los problemas afectivos de los vínculos interhumanos se tratan con implicación y respeto, significó un beneficio para el paciente de este caso, quien se colocaba en el papel de la víctima y ese estado le conducía a la ingesta de alcohol". Gellman Ch. y Higy, (Ch. 2017)

## Psicología Analítica

La psicología analítica proporciona a través de la propuesta de rituales. Un camino para la reintegración del ser humano. El alcohólico está poseído por un complejo que tiene como núcleo la dependencia y cuando se activa genera una invasión del complejo sobre el ego, por lo cual el individuo ya no es capaz, desde su YO consciente de controlar tales impulsos. En el alcohólico este complejo está asociado, como ya se mencionó con la dependencia y en muchas ocasiones con el complejo materno. Por ello las

concepciones de C. Gustav Jung son importantes para entender la posesión que el complejo lleva a cabo sobre el individuo alcohólico.

Asimismo, es importante el conocimiento de las técnicas jungianas psicoterapéuticas que permiten la disolución de tal complejo. Es por esta razón que también se ha elegido a la psicología analítica de Jung como una herramienta teórico práctica en atención de este paciente.

Como se puede observar, mediante estas técnicas se atendió al paciente en su aspecto físico con los ejercicios de Bioenergética, su parte espiritual con la Psicología Analítica, fue colocado en el sentido de la realidad con Gestalt y en el área emocional fue intervenido con las tres: Gestalt, Psicología Analítica y Terapia Corporal.

Es importante resaltar que las técnicas de intervención terapéutica que se eligieron aplicar en este caso, resultaron eficientes para mejorar el equilibrio emocional de un individuo de 37 años en etapa inicial de alcoholismo y fue precisamente porque se trataba de un varón joven y que aún no cursaba la etapa de adicción del alcoholismo, ya que, al llegar a la verdadera adicción, resulta mayor dificultad su tratamiento. El otro punto a favor de este caso, es la situación de que el propio paciente “toco fondo”, es decir entró a su conciencia y se dio cuenta del deterioro que estaba experimentando y que este deterioro lo estaba conduciendo en pasos gigantes a su autodestrucción y él mismo buscó la atención profesional.

Ahora bien, con el propósito de que la terapia corporal influyera en el mejoramiento del estado emocional del individuo del presente trabajo, quien cursaba alcoholismo en su etapa inicial, se siguió el procedimiento terapéutico de Reich que consistía en primer lugar, hacer que el paciente respirase con tranquilidad y profundidad. El segundo, en movilizar cualquier expresión emocional que se exteriorizó más claramente en el rostro y en la actitud del paciente, se permitió que aflorara material reprimido mediante expresiones corporales como el llanto, el enojo por el tiempo que el paciente lo necesitó y posteriormente se le brindó la contención y se le dio la retroalimentación de lo sucedido.

¿Qué significan esos resultados?

En cuanto a los beneficios que se obtienen con la Terapia corporal en el alcoholismo, desafortunadamente hay pocos autores por lo que en la base científica no se puede avalar esta técnica, al no encontrar resultados publicados; sin embargo, cabe mencionar que en los registros de la UNAM se encuentra en la Facultad de Psicología la Tesina cuyo tema es: *Propuesta de intervención basada en la psicoterapia corporal (IBPC) para el afrontamiento al estrés laboral*, que para obtener el título de Licenciada en Psicología presenta Iyari Lastra Feregrino, de fecha Septiembre 2014., en cuyos resultados, la autora menciona que “este trabajo es funcional y ha aportado eficacia en la clínica en sus usuarios” y a ese respecto, la autora del presente trabajo está de acuerdo con Iyari Lastra de que tanto las escuelas como los psicoterapeutas corporales necesitamos hacer más investigaciones y publicar las bondades de esta técnica a fin de lograr su validez científica.

Asimismo, la autora del presente trabajo manifiesta su disposición para proporcionar el material en su poder sobre este caso a fin de ser utilizado para futuras investigaciones.

## 7. Conclusiones

Como primer punto, se encontró al aplicar la terapia corporal al paciente, un hombre adulto que cursaba alcoholismo en la etapa inicial, para tratar de mejorar los trastornos del Estado del Ánimo, lo siguiente:

En cada sesión, fue destinado un tiempo para realizar los ejercicios creados por Lowen y en algunas ocasiones aparecieron respuestas involuntarias de enojo, de dolor que le remitían a algún suceso experimentado generalmente en la infancia y al sacarlo del inconsciente se sintió liberado y tranquilo y retomando lo que el mismo expresó en varias sesiones, los momentos de desesperación, de angustia o de depresión, son los que lo conducían a beber alcohol para aliviar esas tensiones.

Ahora bien, para un trabajo psicoterapéutico no es suficiente la práctica de los ejercicios de Bioenergética, es indispensable los dirija un profesional con la preparación de terapeuta corporal, quien ayudará a analizar y solventar los problemas que pudieran salir a la consciencia durante su práctica, lo cual es citado en el libro *Ejercicios de bioenergética*, por sus autores Lowen & Lowen. Lowen & Lowen (2010)

La aplicación de la terapia corporal influyó positivamente en el mejoramiento del estado emocional de Armando, quien cursaba alcoholismo en su etapa inicial, en virtud de que los principios de la Bioenergética parten de los descubrimientos de W. Reich quien establece que “la represión de experiencias y actitudes emocionales causan desequilibrio en los ritmos naturales de contracción y expansión de la musculatura, creando una armadura protectora”, la cual es posible romper a través de los ejercicios de la Bioenergética, los cuales actúan simultáneamente a un nivel mental y a uno emocional y es posible restablecer el equilibrio.” Almendro M. (2006).

Después de los ejercicios que realizó en las Sesiones 1 y 2, se observó un cambio notable, su locomoción más flexible, su dicción con mayor fluidez y el mismo expresó que había soltado un enorme peso y se sentía ligero.

Posteriormente el paciente reportó no haber experimentado las ganas de beber alcohol.

Se concluye que al sentir su psique libre de esas cargas no necesitó “abrir la puerta falsa” de refugiarse en el alcohol.

En referencia a la pregunta de que, si la depresión y la ansiedad provocaron en este paciente la enfermedad del alcoholismo, se recuerda el hecho de que A. Lowen clasificó los tipos de carácter y específicamente el paciente de este caso, reúne la mayoría de las características del carácter oral, para quienes las relaciones con los demás son difíciles, porque exigen más de lo que dan y sus necesidades de atención y afecto parecen ser insaciables. Por más que reciban, siempre se quejan de no ser atendidos ni escuchados aun cuando los que viven a su lado estén esclavizados por sus exigencias, por lo tanto al no sentirse amados ni comprendidos su estado de ánimo va de la depresión a la ansiedad y al sentirse tan confundido el individuo recurría a refugiarse en los efectos del alcohol, que le resultaba muy adecuado, pues, primero le producía euforia momentánea y después como depresor causándole sueño y al dormir podía olvidar su desasosiego. Por lo tanto, es posible que esos estados de ánimo de depresión y ansiedad que no reciben el tratamiento médico adecuado, conduzcan al individuo a convertirse en un alcohólico.

Al revelar su incapacidad para comunicarse con el otro y como resultado, se colocaba en el papel de víctima se recurrió a la terapia Gestalt

La Gestalt combina movimiento, reestructuración, ubica al paciente en el aquí y ahora y no te puedes quedar atrapado en las historias del pasado, la terapia Gestalt es, decididamente, una práctica del futuro, un acompañamiento del ser en movimiento. Es una terapia relacional, “fraternal”, puesto que los problemas afectivos de los vínculos interhumanos se tratan con implicación y respeto.

Ente las practicas Gestalt, en la Sesión 3, se aplicó “la silla vacía”, la cual resolvió el hecho de sentirse incomprendido, con minusvalía y darse cuenta de que necesita aprender a comunicarse con los demás de manera asertiva.

Y desde luego, al aliviar estas sensaciones, le generó más seguridad en sí mismo y aunado a la asistencia al grupo AA, se le fue reforzando la intención de mantener la abstinencia.

¿Se podía haber prevenido la enfermedad del alcoholismo iniciada en este sujeto durante su adolescencia?

Ahora bien, existe la posibilidad de prevenir la enfermedad del alcoholismo y el momento adecuado sería en la adolescencia; sin embargo el paciente reportó una paternidad distante, su padre a pesar de estar presente siempre, no se interesaba en el desarrollo de su hijo y su madre sumisa, atendiendo principalmente los deberes del hogar, por lo que muestra gran resentimiento hacia ellos y bien se sabe que el resentimiento mina la psique de quien lo carga; por lo tanto se aplicó la psicoterapia analítica mediante rituales, haciendo uso de los arquetipos de la Gran madre y del padre para liberar esas emociones.

En la Sesión 4 se trabajó con un ritual hacia sus padres y al final el paciente pudo reconocer que no existen los padres perfectos y que dentro de sus limitaciones le brindaron cuidado, amor y protección.

Al no culpar a nadie por su infortunado pasado, el paciente tomó la responsabilidad de hacerse cargo de sí mismo, de su vida y de su futuro.

Otra característica de personalidad oral, de acuerdo a la tipología establecida por Lowen y Pierrakos es que estos pacientes viven fuera del sentido de la realidad, son fantasiosos y poco comprometidos, La situación que presentó en terapia fue su relación sentimental con una señora casada con tres hijos adolescentes y que estaban planeado el vivir juntos.

Se trabajaron ejercicios de arraigo en la Sesión 5, y en la retroalimentación se le hicieron preguntas para que se diera cuenta (Gestalt) de su realidad.

Se retiró pensativo y se tuvo la confianza de que haya asumido su realidad y que haya actuado en consecuencia.

Se vislumbró un pronóstico favorable y la posibilidad de que el paciente en forma paulatina se fuera reintegrando en todos los ámbitos en que se relacionaba, en virtud

de que durante el tiempo que asistió a psicoterapia, mostró compromiso y apego al tratamiento, buena disposición para ejecutar los ejercicios de bioenergética, para realizar las técnicas Gestalt, los rituales de la psicoterapia jungiana; y reportaba asistencia continua en un grupo AA.

En el transcurso de las sesiones estuvo aprendiendo a liberar emociones mediante los ejercicios de la Bioenergética, se trabajaron temas que le afectaban mediante Gestalt y Psicoterapia Analítica; asimismo, frecuentemente se le recordaba la importancia de ser asiduo en los grupos AA, ya que el alcoholismo es una enfermedad crónica y degenerativa, no es curable, pero si es controlable.

Se considera importante hacer referencia a los conceptos de Carl Jung sobre el tratamiento a este paciente.

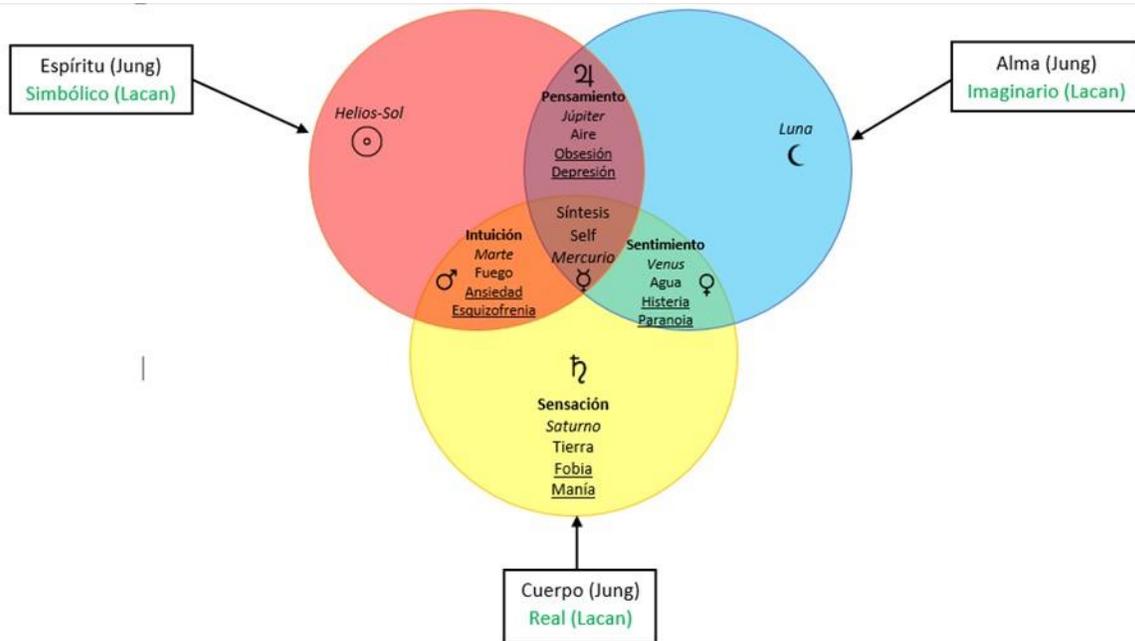
Carl G. Jung fue discípulo de S. Freud. Unos de los más importantes conceptos de Freud fue la libido, quien la consideraba esencialmente, una pulsión sexual, a diferencia de C. Jung que considera a la libido como una energía psíquica, donde el componente sexual es solo una parte de ella.

Para Jung, lo inconsciente personal está constituido primariamente por contenidos olvidados o reprimidos y lo inconsciente colectivo es el más profundo en nuestra psique y va más allá del inconsciente personal, constituido fundamentalmente, por arquetipos.

La libido como energía psíquica puede dar la vida o dar la muerte. Dentro de esa premisa, esta energía activa, estructurada por las experiencias del inconsciente colectivo y los arquetipos ancestrales, se expresa en ocho tipos de personalidades caracterizadas por dos actitudes: la extraversión, que es la tendencia donde la libido se dirige hacia el medio ambiente, y se expresa en función de lo que percibe o siente y la introversión, la cual se manifiesta a través de la introspección.

Estas dos modalidades se orientan y se adaptan a las personas en función de cuatro actividades principales: pensar y sentir (funciones racionales), percibir e intuir (irracionales). Cada individuo presenta todas estas funciones, aunque sólo una resulta predominante como un estado primitivo, inconsciente de evolución. Se trata de

funciones innatas, moduladas por el ambiente social, que favorecen la adaptación del individuo en el medio ambiente y se distinguen en ocho tipos de personalidad, lo cual se puede observar en forma objetiva en el Nudo Gordiano.



A continuación, se describe el tratamiento al paciente de este caso en relación a estos conceptos

Al llegar Armando a terapia, tenía como función principal el Sentimiento Introverso, como auxiliares la Intuición y la Sensación y el Pensamiento en oposición al Sentimiento.

Armando estaba cursando Alcoholismo en la segunda etapa, mostraba hiperminia, gran descuido en su cuerpo, mala nutrición. El tratamiento inicial fue con ejercicios de Bioenergética, respiración profunda a fin de que empezara a ser consciente de su cuerpo.

Empezó a expresar sus emociones en el momento en que tocó el área de las Sensaciones y se trabajó con ellas.

Al experimentar que lo que él pensaba que le daba placer, es decir la ingesta de alcohol, le estaba conduciendo a la autodestrucción en todos los aspectos, tales como los

malestares físicos de la “cruda”, descuido a su trabajo, a su pequeño hijo de 7 años y a su economía.

Empezó a darse cuenta que hasta ese momento acostumbraba culpar a quienes le rodeaban, de su sufrimiento y la realidad era que él no se hacía responsable de sus malas decisiones y de su actuar.

Mediante las técnicas de la Terapia Gestalt empezó a soltar el placer y a colocarse en la realidad. En este momento empezó a tocar lo Simbólico.

Posteriormente, a través del tratamiento con Psicoterapia Analítica , se llevaron a cabo relatos de leyendas y rituales a fin de desarrollar su espiritualidad y que pudiera reacomodar los valores y principios transmitidos por sus padres en su infancia a fin de sentir un respaldo lo suficientemente fuerte para no sentirse inundado de la angustia que le conducía a la victimas y sufrimiento, buscando una puerta falsa y recurrir a la ingesta de alcohol, que ya empezaba a significar un problema mayor.

Asimismo, el paciente fue orientado a que, en forma paralela al trabajo terapéutico, asistiera a un Grupo AA cercano a su domicilio y que fuera atendido por un médico familiar que le orientara sobre el cuidado de su alimentación.

Finalmente, se le pidió elaborar un Plan de Vida con acciones a corto, mediano y largo plazo.

En la última sesión manifestó que ya había renunciado a su trabajo debido a que se iría a vivir a Michoacán con un pintor de la tercera edad, con quien había acordado que a cambio de que le enseñaría el arte de la pintura, Armando correspondería con las labores de mantenimiento y limpieza de la casa.

Se realizó en forma breve el cierre del Tratamiento Psicoterapéutico, quedando pendientes algunos temas importantes como lo es la Prevención a Recaídas y reforzamiento a su autoestima.

# Anexos

# Anexo 1

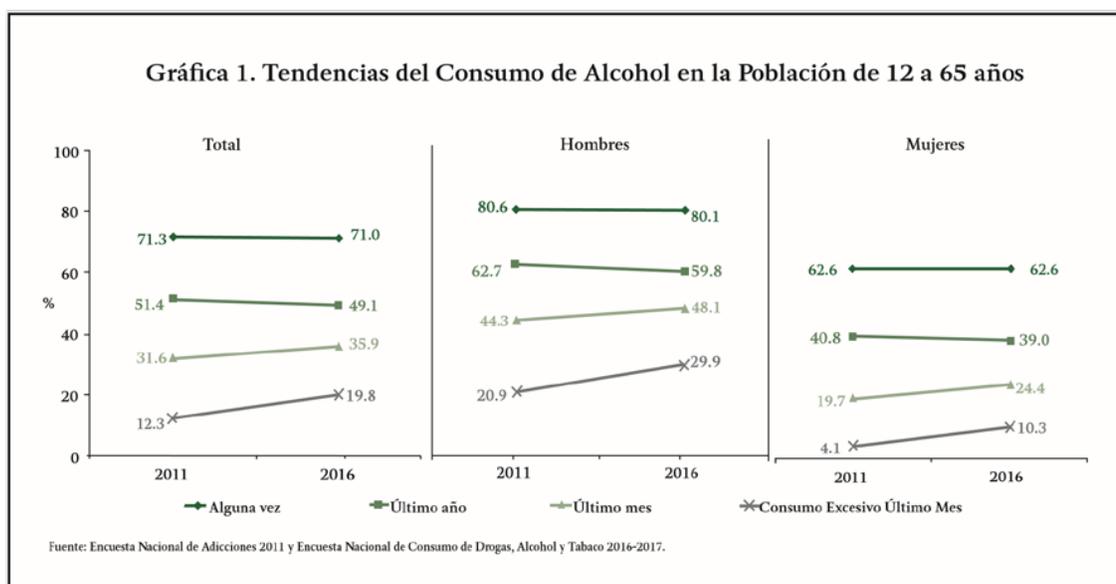
**Cuadro 1: Tendencias del consumo de alcohol.  
Población de 12 a 65 años**

Total	2011		2016	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Alguna vez	71.3	70.071-72.609	71.0	70.287-71.737
Último año	51.4	50.017-52.731	49.1**	48.208-49.903
Último mes	31.6	30.355-32.799	35.9*	35.044-36.714
Consumo excesivo último año	28.0	26.809-29.106	33.6*	32.803-34.458
Consumo excesivo último mes	12.3	11.346-13.160	19.8*	19.029-20.476
Consumo diario	0.8	0.590-0.964	2.9*	2.665-3.173
Consuetudinarios	5.4	4.806-5.956	8.5*	7.974-8.968
<b>Hombres</b>				
Alguna vez	80.6	79.286-81.990	80.1	79.137-80.984
Último año	62.7	60.836-64.538	59.8	58.567-61.042
Último mes	44.3	42.445-46.094	48.1*	46.859-49.411
Consumo excesivo último año	41.3	39.474-43.067	45.5*	44.230-46.763
Consumo excesivo último mes	20.9	19.425-22.464	29.9*	28.716-31.062
Consumo diario	1.4	1.055-1.792	4.5*	4.057-4.989
Consuetudinarios	9.6	8.539-10.694	13.8*	12.857-14.659
<b>Mujeres</b>				
Alguna vez	62.6	60.804-64.458	62.6	61.564-63.564
Último año	40.8	38.959-42.598	39.0	38.023-40.017
Último mes	19.7	18.378-20.999	24.4*	23.521-25.351
Consumo excesivo último año	15.5	14.242-16.735	22.6*	21.660-23.444
Consumo excesivo último mes	4.1	3.423-4.802	10.3*	9.589-10.986
Consumo diario	0.2	0.057-0.287	1.4*	1.210-1.634
Consuetudinarios	1.4	1.066-1.762	3.5*	3.176-3.893

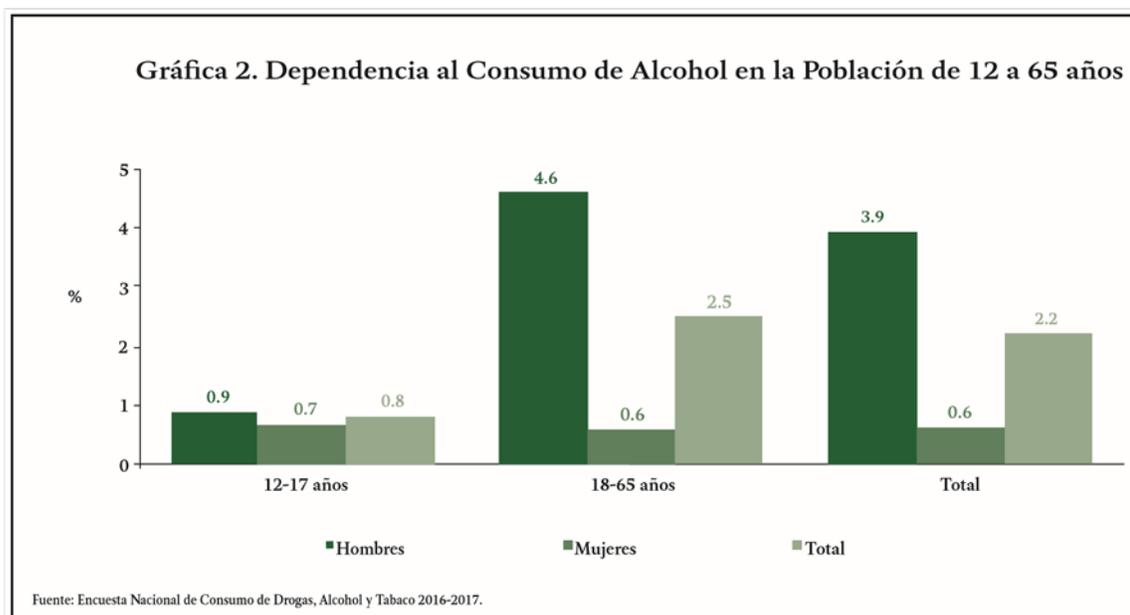
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

\*Incremento significativo.

\*\*Decremento significativo.



## Anexo 2



Al preguntar cuántas bebidas o copas necesita para sentirse borracho o borracha, quienes han bebido alguna vez en la vida, indican necesitar en promedio 8.7 copas. Los hombres necesitan más copas (10.2) que las mujeres (6.3) para sentirse borrachos.

La mayoría de las personas (29.1%) ha indicado necesitar de 5 a 7 copas para sentirse borracho(a) seguidas de quienes necesitan 8 a 11 copas (24.3%) y 12 copas o más (23.2%). El 31.2% de los hombres indica que necesita 12 o más copas, 28% de 8 a 11 y 26.6% de 5 a 7. En el caso de las mujeres, la mayoría indicó necesitar entre 5 y 7 copas (33.2%), 26.2% de 1 a 3 y el 18.2% de 8 a 11 (Cuadro 2).

**Cuadro 2: Cantidad de copas para sentirse borracho.  
Población de 12 a 65 años**

Número de copas	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>1 a 3 copas</b>	1 675 865	8.2	3 222 785	26.2	4 898 650	15.0
<b>4 copas</b>	1 217 574	6.0	1 542 443	12.6	2 760 016	8.4
<b>5 a 7 copas</b>	5 419 266	26.6	4 076 686	33.2	9 495 952	29.1
<b>8 a 11 copas</b>	5 711 604	28.0	2 239 149	18.2	7 950 752	24.3
<b>12 copas o más</b>	6 364 996	31.2	1 201 222	9.8	7 566 218	23.2

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

## Anexo 3

### Tendencias de la edad de inicio del consumo de alcohol

En 2011, el 55.2% de quien consumió alcohol indicó haberlo hecho por primera vez a los 17 años o menos; este porcentaje disminuyó en 2016 a 53.1%. En 2011 el 38.9% indicó haber iniciado entre los 18 y los 25 años de edad y el 5.9% entre los 26 y 65 años; para 2016, el 41.3% lo ha hecho entre los 18 y 25 años y el 5.6% entre los 26 y 65 años de edad.

Por sexo, también se observa que tanto en 2011 como en 2016, en los hombres, la mayor prevalencia se encuentra entre quienes iniciaron su consumo a los 17 años o menos (64.9% en 2011 y 61.5% en 2016), mientras que en las mujeres, las prevalencias de edad de inicio más altas se han encontrado entre los 18 y 25 años (46.1% en 2011 y 47.1 en 2016). Estas cifras disminuyen conforme aumenta la edad, de tal forma que el 38.9% de la población inició el consumo de alcohol entre los 18 y 25 años en 2011 y el 41.3% en 2016; en tanto, el 5.9% comenzó a beber entre los 26 a 65 años en 2011 y el 5.6% indica estas edades en 2016 (Cuadro 5).

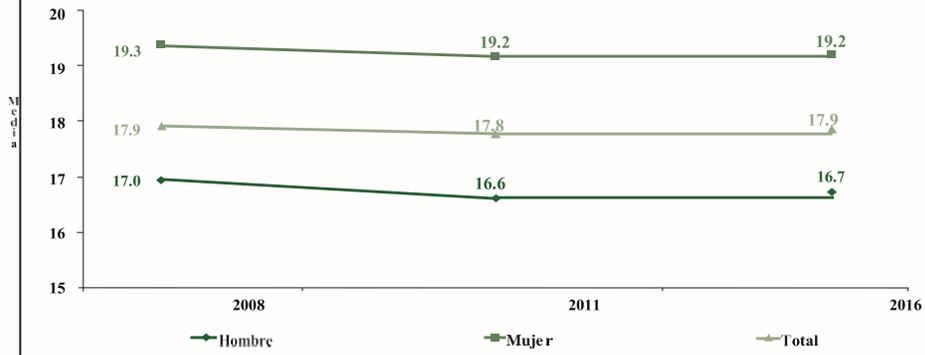
**Cuadro 5: Edad de inicio del consumo de alcohol.**

Sexo	2011			2016		
	17 años o menos %	18 a 25 años %	26 a 65 años %	17 años o menos %	18 a 25 años %	26 a 65 años %
<b>Hombres</b>	64.9	33.0	2.1	61.5	36.5	2.0
<b>Mujeres</b>	43.3	46.1	10.6	43.1	47.1	9.8
<b>Total</b>	55.2	38.9	5.9	53.1	41.3	5.6

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

El promedio de la edad de inicio de bebidas alcohólicas no presenta variación con respecto a los estudios realizados en 2008 y 2011 (17.9 años en 2008 y 2016; 17.8 años en 2011); por sexo, en 2011 la edad de inicio fue de 16.6 años en hombres y 19.2 años en mujeres, en tanto que en 2016 los hombres reportaron iniciar el consumo de alcohol a los 16.7 años y las mujeres a los 19.2 años, edades que se han mantenido constantes desde el 2008 (17 años en hombres y 19.3 años en mujeres) (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Tendencias de la edad de inicio de Consumo de Alcohol en la Población de 12 a 65 años**



Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones 2008, 2011 y Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

## Anexo 4

### Tratamiento y necesidades de atención

De los usuarios de alcohol en el último año, cerca de 700 mil personas han acudido a tratamiento, mientras que al considerar a los usuarios con dependencia en el último año, la cifra disminuye a 262 053 personas. Al analizar estas cifras por sexo, se observa que son las mujeres quienes menos asisten a tratamiento en comparación con los hombres (0.5% y 3.2% respectivamente) (Cuadro 11).

Por tipo de tratamiento recibido por los usuarios con dependencia en el último año, se observa que la mayoría ha estado en un anexo (32.4%), seguido de tratamiento por desintoxicación (24.8%) y tratamiento psiquiátrico o residencial (13.2%). Así también, en los hombres el tipo de tratamiento recibido en un anexo y por desintoxicación son los que tienen mayor número de casos (34.6% y 23.6% respectivamente); en tanto que en las mujeres son el tratamiento por desintoxicación y el tratamiento por internet (38.4% y 37.6%) (Cuadro 12).

**Cuadro 11: Consumidores de alcohol que han recibido tratamiento.  
Población de 12 a 65 años**

	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
<b>Total</b>	699 947	2.2	262 053	13.9
<b>Hombres</b>	641 282	3.2	240 462	14.9
<b>Mujeres</b>	58 665	0.5	21 591	8.1

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 - 2017.

**Cuadro 12: Tipo de tratamiento recibido por los consumidores de alcohol.**  
**Población de 12 a 65 años**

Tratamiento	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
<b>Total</b>	119 617	17.1	64 923	24.8
<b>Desintoxicación</b>	71 698	10.2	34 661	13.2
<b>Residencial</b>	55 932	8.0	25 975	9.9
<b>Ambulatorio</b>	19 731	2.8	15 281	5.8
<b>Por internet</b>	178 472	25.5	84 777	32.4
<b>Anexo</b>				
<b>Hombres</b>	110 355	17.2	56 632	23.6
<b>Desintoxicación</b>	71 480	11.1	34 443	14.3
<b>Residencial</b>	45 083	7.0	18 655	7.8
<b>Ambulatorio</b>	11 604	1.8	7 154	3.0
<b>Por internet</b>	170 774	26.6	83 108	34.6
<b>Anexo</b>				
<b>Mujeres</b>	9 262	15.8	8 291	38.4
<b>Desintoxicación</b>	218	0.4	218	1.0
<b>Residencial</b>	10 849	18.5	7 320	33.9
<b>Ambulatorio</b>	8 127	13.9	8 127	37.6
<b>Por internet</b>	7 697	13.1	1 668	7.7
<b>Anexo</b>				

Los datos de los consumidores con dependencia en el último año indican que el 21.8% acude a grupos de autoayuda o ayuda mutua, 20.3% con un psicólogo y 16.6% con un consejero espiritual. En los hombres, son los mismos profesionales de la salud quienes representan las prevalencias más altas (23.1%, 20.9% y 17.9% respectivamente), mientras que las mujeres acuden con psicólogos, psiquiatras y terapeutas u otros profesional de la salud de forma independiente (13.2%, 10.5% y 8.2%) (Cuadro 13).

**Cuadro 13: Consumidores de alcohol que consultaron a algún profesional de la salud.  
Población de 12 a 65 años**

Profesional al que acudió	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
<b>Total</b>				
Psiquiatra	62 061	8.9	26 653	10.2
Médico familiar o general	72 177	10.3	25 631	9.8
Otro médico especialista	16 090	2.3	13 233	5.0
Psicólogo	116 976	16.7	53 143	20.3
Trabajadora Social	81 571	11.7	40 309	15.4
Enfermera u otro/a profesional de la salud en un Centro de Salud	44 058	6.3	13 965	5.3
Terapeuta u otro/a profesional de la salud de forma independiente	21 213	3.0	11 316	4.3
Consejero espiritual	105 631	15.1	43 583	16.6
Grupo de autoayuda	180 545	25.8	57 114	21.8
Consultó a algún otro especialista	8 235	1.2	1 655	0.6
<b>Hombres</b>				
Psiquiatra	53 056	8.3	24 384	10.1
Médico familiar o general	60 287	9.4	24 245	10.1
Otro médico especialista	14 885	2.3	13 233	5.5
Psicólogo	106 343	16.6	50 295	20.9
Trabajadora Social	71 849	11.2	38 768	16.1
Enfermera u otro/a profesional de la salud en un Centro de Salud	41 144	6.4	13 004	5.4
Terapeuta u otro/a profesional de la salud de forma independiente	18 737	2.9	9 548	4.0
Consejero espiritual	103 978	16.2	43 082	17.9
Grupo de autoayuda	171 337	26.7	55 589	23.1
Consultó a algún otro especialista	8 017	1.3	1 437	0.6
<b>Mujeres</b>				
Psiquiatra	9 005	15.3	2 269	10.5
Médico familiar o general	11 890	20.3	1 386	6.4
Otro médico especialista	1 205	2.1	--	--
Psicólogo	10 633	18.1	2 848	13.2
Trabajadora Social	9 722	16.6	1 540	7.1
Enfermera u otro/a profesional de la salud en un Centro de Salud	2 914	5.0	961	4.5
Terapeuta u otro/a profesional de la salud de forma independiente	2 476	4.2	1 768	8.2
Consejero espiritual	1 654	2.8	501	2.3
Grupo de autoayuda	9 208	15.7	1 525	7.1
Consultó a algún otro especialista	218	0.4	218	1.0

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

De las personas que acuden con un profesional de la salud y han consumido alcohol en los últimos 12 meses, 22.5% completó el tratamiento con algún profesional; al comparar con el grupo que acude con un profesional de la salud y cumple los criterios de dependencia en el último año, el porcentaje fue de 35.1% (Cuadro 14).

**Cuadro 14: Tipo de tratamiento recibido por los consumidores de alcohol.  
Población de 12 a 65 años**

Tratamiento	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
<b>Total</b>				
Completo con profesionalista	59 061	22.5	30 693	35.1
Parcial con profesionalista	102 529	39.0	37 616	43.1
Autoayuda	94 341	35.9	19 046	21.8
Otro tipo	6 728	2.6	--	--
<b>Hombres</b>				
Completo con profesionalista	55 621	22.6	29 307	34.8
Parcial con profesionalista	89 669	36.4	36 153	42.9
Autoayuda	94 026	38.2	18 829	22.3
Otro tipo	6 728	2.7	--	--
<b>Mujeres</b>				
Completo con profesionalista	3 440	20.7	1 386	45.2
Parcial con profesionalista	12 859	77.4	1 462	47.7
Autoayuda	315	1.9	218	7.1
Otro tipo	--	--	--	--

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Al analizar las necesidades de atención por el consumo de alcohol para la población total, los datos indican que el 2.2% de los usuarios con dependencia y 4% de los usuarios que abusan del alcohol requieren algún tipo de ayuda por el consumo. En tanto que en la población de 12 a 17 años, estos porcentajes se reducen a 0.8% y 1.6% respectivamente. Asimismo, es de suma importancia promover campañas de prevención en el 84.7% de los adolescentes que limitan el uso del alcohol a menos 4 o 5 copas por ocasión (Cuadro 15).

## Referencias

Acero, A. (2004). *Guía práctica para una prevención eficaz*. Obtenido de <http://diículoalnet.uniroja.es/descarga/artículo/3130577.pdf>

Alvear, C, et al (2012), *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*, {Reporte de Drogas, Primera edición, Instituto Nacioal de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Obtenido de : [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)

Almendro, M. (2006). *Psicología y Psicoterapia Transpersonal*, Barcelona, REspaña: Editorial Kairós. Obtenido de: <https://www.google.com.mx/search?tbm=bks&hl=es&q=Psicolog%C3%ADa+y+Psicoterapia+Transpersonal%2C+Almendro>.

Alonso-Castillo, M., Armendáriz, N., Yáñez, Á. (2017). *Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria*. *Salud y drogas*, 17 (1), 87-96. 1997). Obtenido de: <http://www.redalyc.org/artículo.oa?id=83949782009> ISSN 1578-5319.

Alonso, F. y Matilla, V. (1979). *Bases psicosociales del alcoholismo*. InstitutoEn A. Francisco, *Bases psisosociales del alcoholismo*. Medicina Critica y Terapia Intensiva Fisiopatología. Instituto de Espala Real Academia nacional de medicina. Madrid, España: Editorial Garci. Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?isbn=8473910311>.

Babor, T., Biddle, Monteiro, M., Saunders, J. (2001). *AUDIT, Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Organización Mundial de la Salud 2001* Obtenido de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)

Bellido, J. (s.f.). *Instituto Wilhelm Reich*. Biografía de Wilhelm Reich. Obtenido de: <http://www.institutowilhelmreich.com/pdf/biografia.wilhelm.pdf>.

Bosch, M. J. (2009). *La danza de las emociones. Vives como sientes*. Madrid, España. Editorial: EDAF, S. L., Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?isbn=844142117X>.

Campos, A. (2006). *Introducción a la Psicología Social*. Costa Rica. Editorial: Universidad Estatal a distancia- Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=35gtBF0qoQHC&printsec=frontcover&dq=Armando+Campos+Introducción+a+la+Psicología+Social>.

Casado, J., Díaz y J., Martínez, C. (1997). *Niños Maltratados*, Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=p9zH8tVQGLqC&printsec=frontcover&dq=niños+maltratados&hl>.

Chan, M. (2014). World Health Organization, OMS. *Prevención al Suicidio, un imperativo global* ISBN 978-92-4-156477-9. Obtenido de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf)

Chapman, G. (2016). *El enojo*. Cómo manejar una emoción poderosa de una manera saludable Michigan, Estados Unidos: Editorial Portavox. Obtenido de:

<https://www.christianbook.com/enojo-manejar-emocion-poderosa-manera-saludable/gary-chapman/9780825457272/pd/457272>.

Chica, O., Londoño, J., Marín, I. (2017) *Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín*.

*Medicina U.P.B.,(en línea)*. Obtenido de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159051102005>.

Chopra, D. (2013). *Vencer las adicciones. (Colección Salud Perfecta): Salud perfecta*. España: Ediciones B., S. A., Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=LBONBAAQBAJ&printsec=frontcover>

[ver&dq=Chopra,+vencer+las+adicciones&hl=es&sa.](#)

Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, Ruiz, I., Campo-Arias, A. (2009). *Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 38 (4), 637-644. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80626357010.pdf>

De Castro, A, García, G., Sánchez, R. (2017). *Psicología clínica: Fundamentos existenciales*. Bogotá, Colombia: Edit. Xpres Studio Gráfico y Digital.

Obtenido de:

[https://books.google.com.mx/books?id=JtNCDwAAQBAJ&pg=PA43&dq=concepto+Ansiedad++psicología+libro&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi35O6z\\_4\\_DcA](https://books.google.com.mx/books?id=JtNCDwAAQBAJ&pg=PA43&dq=concepto+Ansiedad++psicología+libro&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi35O6z_4_DcA).

De la Parra, E. (2002). *Despierta tu excelencia*. págs. 22 y 23. México: Panorama Editorial, S. A. de C. V., Xpres Studio Gráfico y Digital. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=ILG8MZbKGHcC&printsec=frontcover&dq=Eric+de+la+Parra,+despierta+tu+excelencia&hl=es&sa=X&>,

De León, A. (2013). *Curación de la depresión a través del sexo por la mente*.

EBOOK. España: Editorial: S.L. Punto Rojo Libros. Obtenido de:

<https://www.casadellibro.com/ebook-curacion-de-la-depresion-a-traves-del-sexo-por-la-mente-ebook/9781629340142/2338105>

De León, C. (2003). *Flujo de Vida*. Psicoterapia Ontogónica, pág. 155. México:

Editorial Pax. Obtenido de: Panorama Editorial, S. A. de C. V., Xpres Studio Gráfico y Digital. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=Ea1dHAAACAAJ&dq=Carlos+de+León.+++Flujo+de+Vida&hl=es&sa=>.

Delgado, H., Noguchi, H. (2010). *Manual de terapia física en adicciones. Guía estructurada de Terapia Física para pacientes adictos*. Lima, Perú: Edición: Instituto

Nacional de Salud Mental 201100689

ISBN: 978-612-45810-1-4

Obtenido de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/manuales/M-2010-TFA.pdf>.

Doron, R., Parot, F. (2008). *Diccionario Akal de Psicología*. pág. 209. Madrid, España: Ediciones Akal, S. A. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=UKWPwux2JtYC&pg=PA209&dq=concepto+de+Envidia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwWij4oPz7oTcAhWK64MK>.

Elizondo, J. A. (1994) *¿Qué es el alcoholismo?* Artículo publicado en *Addictus* núm. 1, marzo-abril I 1994, ISSN 1405-6569. Obtenido de:

<https://es.scribd.com/document/243989093/que-es-el-alcoholismo-pdf->

Excélsior (12 de mayo de 2014). *Informe mundial de situación sobre el alcohol y salud*. Redacción. Obtenido de:

<http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/05/12/958802>.

Fernández M., Godoy E. Herrera P., Muñoz J., Venegas H., Yáñez J. (2008).

*Alcohol y Trabajo. El alcohol y la formación de las identidades laborales en Chile Siglo XIX y XX.* Chile: Editorial Universidad de los Lagos.

Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=8vD5g8DuJBAC&pg=PA91&dq=Godoy+E++2008&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwilouuM>.

Gabantxo (2001). *Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. Dpto. Justicia, Trabajo y Seguridad Social Secretaría Drogodependencias. España.* Obtenido de:

<http://www.euskomedia.org/PDF/Anlt/osasunaz/04/04139158.pdf>

Gadoni O., Musso, A. (2012). *El psicólogo en casa*. Barcelona: Editorial De Vecchi S.A. de C. V. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=3GHSaz5gqsEC&printsec=frontcover&dq=El+psicologo+en+casa>.

Gellman, Ch., Higy-Lang, Ch. (2017). *Terapia Gestalt. Inteligencia relacional para vivir mejor*. Barcelona: Profit Editorial I., S. L. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=dq8->

[DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Gestalt+Gellman&hl=es&sa=X&ved=0](http://DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Gestalt+Gellman&hl=es&sa=X&ved=0)

Gil, R. (2005). *La Codependencia: Un trastorno de la Personalidad*. (Tesis de grado de Magíster Scientiae en Psicología) Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.

Obtenido de:

[http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1080/1/264\\_31.pdf](http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1080/1/264_31.pdf).

Gómez, C., Granados, Hernández, G., Lamprea, M., Okuda, M. (2008). *Alcohol y Delirium Tremens, Capitulo 77 Página 504*, Psiquiatria Clinica, Bogotá, Colombia:

Editorial Panamericana. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?isbn=9588443091>.

González, V., Holman, H., Laurent, D., Lorig, K., Marín, M., Minor, M. (2013).

*Tomando control de su salud: Una guía para el manejo de las enfermedades del corazón, diabetes, asma, bronquitis, enfisema, depresión y otras condiciones de la salud física y mental*. Colorado, Estados Unidos: Edición Bull Publishing Company.

Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=BGY9BQAAQBAJ&pg=PA355&dq=depresión+clinica,+significado&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiHhNSy>

Griggs, S. (2016). *La Psicología de Todas las Adicciones (y Tratamiento)*. Estados Unidos: Copyright. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=ivNiDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=la+psicologia+de+todas+las+adicciones&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEw j>.

Hernández, J. (1994). *OMS Lexicon of Alcohol and Drug Terms. El agresor sexual y la víctima*.

Barcelona, España: Editorial Boixareu Universitaria

Marcombo. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=BU8Z7KReWfcC&printsec=frontcover&dq=comportamiento+de+una+victima+psicologia+libro&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwil8q>.

INPRFM. (2017) *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Alcohol*. México: Editor: Secretaría de Salud.

Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.salud.gob.mx](http://www.conadic.salud.gob.mx). Obtenido de: <https://encuestas.insp.mx/ena/ena2016>.

Jung, C. (1999) *Estudios Psiquiátricos, Presentación e Introducción*, volumen 1, Madrid, España. Obtenido de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Carl\\_Gustav\\_Jung](https://es.wikipedia.org/wiki/Carl_Gustav_Jung).

Jung, C. (2009). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. España. Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?id=ExwDS2ikAJ8C&printsec=frontcover&dq=Carl+Jung>.

Jung, C. (2009) *El hombre y sus símbolos*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S. A., Obtenido de: [https://books.google.com.mx/books?id=NITJvU\\_EbqcC&printsec=frontcover&dq=Carl+Jung&hl=es&sa=X&ved=0ahU](https://books.google.com.mx/books?id=NITJvU_EbqcC&printsec=frontcover&dq=Carl+Jung&hl=es&sa=X&ved=0ahU).

Jung, C. (2013) *Biografía del Psicólogo Suizo*. Cargado por row2110 Oct 27, 2013. Obtenido de: <https://es.scribd.com/doc/179265127/Carl-Gustav-Jung-pdf>.

Jung, C. (2013) *Niños maltratados*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. Obtenido de: <https://es.scribd.com/doc/179265127/Carl-Gustav-Jung-pdf>.

Kelley., W. (1993) *Fisiopatología del alcoholismo*. Medicina interna, volumen 1, pág. 582. Editorial Médica Panamericana 13 .Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?id=oulAE-zahQ4C&pg=PA582&dq=fisiopatologia+del+alcoholismo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjB58yN>.

Laureano, L., Otero, G., Reidi, L. Riebeling, R. (2002) *Medición Alternativa*. México: Edición UNAM. Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?id=8lHkksF7NSYC&pg=PA100&dq=en+vidia,+significado&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwigl-qU26vd>.

Lowen, A, (1975) *La Bioenergética: Una terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente*. España: Editorial

Sirio. Obtenido de: [https://es.scribd.com/doc/179265127/Carl- Gustav-Jung-pdf](https://es.scribd.com/doc/179265127/Carl-Gustav-Jung-pdf).

Lowen, A. (1994). *La espiritualidad del cuerpo: bioenergética, un camino para alcanza la armonía y el estado de gracia*. España: Paidós . Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?isbn=8475098819>.

Lowen, A. (2004). *Honrar al cuerpo: Autobiografía de Alexander Lowen*. España: Editorial Sirio, S. A., Obtenido de: <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Honrar-al-cuerpo-autobiograf%C3%ADa.pdf>

Lowen, A. (2005). *La voz del cuerpo: El papel del cuerpo en psicoterapia*. España: Editorial Sirio, S. A., Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?id=LWwsDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=La+voz+del+cuerpo,+A.+Lowen&hl>.

Lowen. (2014). *Digitalizado crisol59*. Obtenido de Autobiografía: Honrar al cuerpo: <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Honrar-al-cuerpo-autobiograf%C3%ADa.pdf>

Lowen, A. y Lowen, L. (2010). *Ejercicios de Bioenergética*. España: Editorial Sirio, S. A., Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?isbn=8478086986>.

Lowen, N. (s.f.). *Universidad Pontificia. Integración cuerpo, emoción y mente: el enfoque bioenergético*. Obtenido de anup@upcomillas.es: <http://psicologoslaureanocuesta.org/articulos/bioenergética.pdf>

Luciani, J. (2001). *Cómo superar la ansiedad y la depresión. Qué hacer cuando su vida se descontrola*. España: Editorial Amat. Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?isbn=8497353757>.

Luigy, A. (2010). *Iniciación a la psicología de la comunicación. Significado y función de los procesos comunicativos*. Barcelona, España: Ediciones de la Universidad de Barcelona. Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?id=wX4XtBZd-nYC&printsec=frontcover&dq=iniciación+a+la+psicología+de+la+comunicac>

[ión.+Luigy.&h.](#)

Machín, J. y cols. (2013) *Decidiendo juntos frente a las drogas*. Secretaria de Salud y Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, México: Edición Corporación Mexicana de Impresión, S. A. de C. V.

Méndez, E. (1991). *Introducción al estudio de la invalidez*. Costa Rica: Ediciones UNED, Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=QhKe73JdbdoC&pg=PA26&dq=minusvalía+psicologica&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjLyLnupfrbAhVp04MK>.

Muñoz de Cote, J. (2010). *Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad*. Universidad técnica particular de Iloja - UTPL. Obtenido de:

<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/11576/NADIA%20INIGUEZ%20ARIAS.pdf>

Myers D. (2005). *Psicología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. Obtenido de:

<https://www.google.com.mx/search?q=David+Myers+psychology&hl=es&tbm=bks&ei=-bKQW5i5L4-GoASdmZroAg&start=90&sa:>

Natera, G. (2015). *El Suicidio: La situación de México, 2015*. Conferencia Regional de Salud Mental Santiago de Chile. Obtenido de:

<http://www.paho.org/hg/dmdocuments/2015/natera-suicide-mexico.pdf>.

Núñez, J., y Ortiz, S N. (2009). *APA Diccionario conciso de Psicología*. UNAM, México: Editorial El Manual Moderno, Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=GIX7CAAQBAJ&printsec=frontcover&=APA-Diccionario>.

Padilla, E. (2004). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes, cap. 9.*, Sevilla, España: Editorial Pirámide. Obtenido de:

[https://books.google.com.mx/books?id=r3EFDAAQBAJ&pg=PT328&dq=Eva,+P.+\(2004\).+Factores+de+riesgo+y+proteccion+en+el+consumo&hl=es](https://books.google.com.mx/books?id=r3EFDAAQBAJ&pg=PT328&dq=Eva,+P.+(2004).+Factores+de+riesgo+y+proteccion+en+el+consumo&hl=es) &sa=.

Peñafiel, E. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. Alcalá, España: Editorial Universidad de Alcalá.

Obtenido de: [http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/informe-alcohol\\_def.pdf](http://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/informe-alcohol_def.pdf).

Reich, W. (2005). *Análisis del carácter*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Obtenido de:

[https://www.google.com.mx/search?hl=es&tbm=bks&ei=WliVW\\_zOK42itQW395to&q=wilhelm+reich%2C+el+análisis+del+carácter&oq=wilhe](https://www.google.com.mx/search?hl=es&tbm=bks&ei=WliVW_zOK42itQW395to&q=wilhelm+reich%2C+el+análisis+del+carácter&oq=wilhe)

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22. Ed.).

Madrid, España: Imprenta de Cosson, Paris 1826. Obtenido de:

<https://books.google.com.mx/books?id=OanYapiW-OIC&printsec=frontcover&dq=diccionario+real+academia+española&hl=es&sa=X&ved=0a>

Roa, M. (2016). *Recursos educativos para promover el consumo cero alcohol en menores de edad y responsable por los adultos*. Confederación Española de Asociaciones de padres y madres del alumnado. Madrid, España: Edición 10 Sistemas de Comunicación. Obtenido de:

[www.infocoponline.es/pdf/10RECURSOSEEDUCATIVOS.pdf](http://www.infocoponline.es/pdf/10RECURSOSEEDUCATIVOS.pdf).

(Salud, 2015). OPS Organización Panamericana de la Salud, *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington,

D. C.

Obtenido de\_

[https://drive.google.com/file/d/1UhSqWY9AM98gPCFaFAk0cZS3XgFH9789275318553\\_esp.pdf](https://drive.google.com/file/d/1UhSqWY9AM98gPCFaFAk0cZS3XgFH9789275318553_esp.pdf)

Sánchez, J. (2007). *Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización*. Revista Médica UV 2007; 7(1): 27-38 México: Editorial Universidad Veracruzana. Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071e.pdf>.

Segura, M. (2007). *Jóvenes y adultos con problemas de conducta*. Desarrollo de

*competencias sociales*. Madrid, España: Editorial Narcea, S. A. Obtenido de: [https://books.google.com.mx/books?id=J\\_5oV2d2RFQC&pg=PA95&dq=tristeza+concepto+libro&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjgnZbppv\\_bAhUSd6wKHdaADjA4ChDoAQhLMAc#v=one](https://books.google.com.mx/books?id=J_5oV2d2RFQC&pg=PA95&dq=tristeza+concepto+libro&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjgnZbppv_bAhUSd6wKHdaADjA4ChDoAQhLMAc#v=one)

Sociedad y Alcoholismo. (1979). *Sociedad y Alcoholismo*, Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada núm. 35, pág. 74, Abril-Junio 79.

Obtenido de: <https://books.google.com.mx/books?id=IP-saJpsrv0C&printsec=frontcover&dq=Sociedad+y+Alcoholismo+Num+35&hl=es&sa=X&ved=0ahUK>.

SSDF. (2007). *Guía de aplicación de tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC)*. México: Secretaria de Salud del Distrito Federal.

Sánchez, J. (2007). *Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización*. Revista Médica UV 2007; 7(1): 27-38 México: Editorial Universidad Veracruzana. Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071e.pdf>.

Vázquez, A. (2003). *C. G. Jung: vida, obra y psicoterapia de Ma. Pilar Quiroga*. Clínica y Salud [en línea] 2003, España. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972004.pdf>.

Zamora, J. (2009). *Derecho victimal: La víctima en el nuevo sistema penal mexicano*. Diccionario Jurídico Omeba. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales. INACIPE. Obtenido de: <http://www.inacipe.gob.mx/stories/publicaciones/novedades/DerechovictimalZamora.pdf>