

# **Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente**

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud  
**Maestría en Psicoterapia**



## **Fractura y Reconfiguración de la dimensión psico-espiritual en el familiar (madre) de una persona con problemas de adicción**

---

**TESIS** que para obtener el **GRADO** de

**MAESTRA EN PSICOTERAPIA**

Presenta: **MARTHA ANGÉLICA GALVÁN BAUTISTA**

Tutora **DRA. ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ**

Tlaquepaque, Jalisco. 24 de mayo de 2019.

## **RESUMEN**

Las adicciones son un problema que no solo afecta a la persona adicta, sino también al entorno familiar en el que se desenvuelve, pues los familiares más cercanos (padres, madres, hermanos(as), esposos(as), hijos(as)) viven un estado constante de sufrimiento y vulnerabilidad que deteriora su bienestar, y genera por expansión la codependencia. En este sentido el Grupo de Familiares de Alcohólicos Anónimos (Al Anon) tiene como propuesta para esta problemática familiar un programa que se fundamenta en el desarrollo de la espiritualidad como medio de recuperación.

El objetivo de este trabajo fue describir el proceso de reconfiguración de la dimensión psicológica y espiritual que realizaron las madres de personas adictas que participaron en un grupo de autoayuda de Familia Al-Anon. Este trabajo es una investigación cualitativa, empleó el método fenomenológico, donde se aplicó como técnica la entrevista a profundidad. La muestra fueron cuatro madres de personas adictas que participaron en este grupo de autoayuda. El análisis de los resultados demostró que las personas que participaron en este programa espiritual expresaron cambios positivos a nivel cognitivo, emocional, espiritual y relacional; así como también, demostró que la espiritualidad como medio de afrontamiento dio sentido y resignifica hechos dolorosos e inevitables de la vida. En conclusión, la enfermedad de la codependencia que desarrollan los familiares de personas adictas requiere de un abordaje terapéutico integral y holístico. El grupo de Al Anon para familiares presenta un programa espiritual que favorece la recuperación de esta enfermedad.

## **PALABRAS CLAVE**

Adicciones, familiar del adicto, codependencia, espiritualidad, grupo de autoayuda, reconfiguración psicoespiritual.

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>I. PROBLEMATIZACIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>Aportes de la investigación .....</b>	<b>18</b>
<b>Pregunta de investigación .....</b>	<b>18</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>18</b>
<b>II. LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Las adicciones.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.1. Definición.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.2. Clasificación.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.3. Origen multicausal.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.4. Características de la adicción.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2. Familia y adicciones.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.1. La familia como formadora .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2. La familia como factor protector .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2.3. La familia como factor de riesgo .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.4. Impacto de las adicciones en la familia .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2.5. Codependencia .....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.6. Tratamiento para las personas adictas e intervención familiar .....</b>	<b>33</b>
<b>2.3. Grupo de autoayuda.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3.1. Definición, características y beneficios de los grupos de autoayuda.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3.2. El grupo de Al Anon.....</b>	<b>36</b>
<b>2.4. Espiritualidad.....</b>	<b>42</b>
<b>2.4.1. Definición.....</b>	<b>43</b>
<b>2.4.2. La espiritualidad como dimensión de la personalidad.....</b>	<b>44</b>
<b>2.4.3. La inteligencia espiritual .....</b>	<b>46</b>
<b>2.4.4. Espiritualidad y psicoterapia .....</b>	<b>50</b>
<b>2.4.5. El vínculo psicoespiritual .....</b>	<b>52</b>
<b>III. METODOLOGÍA .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1. La investigación desde el campo de la psicoterapia .....</b>	<b>55</b>
<b>3.2. La investigación cualitativa.....</b>	<b>55</b>

<b>3.3. La entrevista fenomenológica.....</b>	<b>59</b>
<b>3.3.1. Entrevista a familiares de personas adictas.....</b>	<b>63</b>
<b>3.4. Referente empírico.....</b>	<b>68</b>
<b>3.5. Encuadre ético de la investigación.....</b>	<b>68</b>
<b>3.6. Trabajo de análisis.....</b>	<b>69</b>
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1. Tengo un hijo adicto: entre la negación y la aceptación.....</b>	<b>74</b>
<b>4.1.1. Mi hijo no.....</b>	<b>78</b>
<b>4.1.2. ¡Yo puedo salvarlo!.....</b>	<b>79</b>
<b>4.1.3. ¡Ya no puedo más!.....</b>	<b>81</b>
<b>4.2. ¿Soy codependiente? Conociéndome a través de los otros.....</b>	<b>85</b>
<b>4.2.1. El grupo un espejo que me refleja.....</b>	<b>91</b>
<b>4.2.2. La madrina: una guía espiritual.....</b>	<b>104</b>
<b>4.2.3. Los principios espirituales.....</b>	<b>112</b>
<b>4.3. El despertar espiritual: un nuevo estilo de vida.....</b>	<b>114</b>
<b>4.3.1. Suelta las riendas y entrégaselo a dios.....</b>	<b>115</b>
<b>4.3.2 Vive y deja vivir: libertad, respeto, responsabilidad y límites.....</b>	<b>119</b>
<b>4.3.3. Un nuevo proyecto de vida.....</b>	<b>122</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>134</b>
<b>Ficha de registro y sistematización.....</b>	<b>135</b>
<b>Carta de consentimiento del consultante.....</b>	<b>136</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>140</b>

## INTRODUCCIÓN

Las adicciones son un fenómeno social, que tiene graves consecuencias a nivel individual, familiar y social, por lo cual es considerado un problema de salud pública. En la actualidad existen diversas investigaciones desde el campo de la salud que ha tratado de dar respuesta a esta problemática, pero aún son necesarios más estudios que ayuden a comprender la profundidad de este tema.

Desde el campo de la Psicoterapia también se han realizado importantes aportaciones, pero debido a la complejidad de este fenómeno es necesario, desde una visión interdisciplinar intercambiar experiencias y saberes con otras instituciones y grupos que puedan enriquecer una propuesta de solución a este fenómeno.

La familia como grupo primario es la formadora del individuo, pues construye las bases de la personalidad; afirma la identidad y le proporciona una estructura emocional y relacional que le permitirá situarse de forma adecuada ante sí mismo y los demás; sin embargo, cuando la familia no favorece el desarrollo y crecimiento de sus integrantes, éstos pueden ser fácilmente influenciados por otros grupos y realidades, lo cual puede provocar el inicio de la problemática adictiva.

El impacto de este fenómeno en las familias puede causar más daño y dolor que cualquier otra influencia interna o externa de la unidad familiar, debido a que somete a todos los miembros a experimentar sentimientos negativos como la incertidumbre, estrés, sufrimiento moral y emocional, fractura de las relaciones y la comunicación al interior del núcleo familiar. En este sentido podemos decir también que muchos de los familiares de personas adictas (padres, hijos, esposa) debido al sufrimiento que experimentan desarrollan también una sintomatología patológica; como una forma de afrontar la situación que viven: la codependencia. La codependencia en términos generales puede describirse como las conductas obsesivas compulsivas de una persona, en este caso una madre, por cuidar y proteger a su hijo, provocando un descuido de su propia persona y familia.

En este sentido los grupos de Familia Al Anon presentan una propuesta espiritual de trabajo con los familiares de personas de adictas que ayuda a las madres a conocer y comprender su enfermedad y la de su hijo; y por medio de prácticas espirituales como la meditación y la oración favorece la reconfiguración de las fracturas psicoespirituales. Por lo tanto, esta investigación pretende dar cuenta del proceso de reconfiguración psicoespiritual que realizan las madres en estos grupos de autoayuda y aportar elementos que puedan ser utilizados en la práctica psicoterapéutica.

En el primer capítulo se presenta la problematización de este tema, analizando los datos a nivel mundial, nacional y estatal sobre el incremento del uso de drogas y plantea tomando en cuenta los estudios y reflexiones de varios autores la necesidad de un abordaje terapéutico integral que tome en cuenta a la familia para la recuperación y rehabilitación del problema adictivo. Así como también la pregunta y objetivo de esta investigación: ¿Cómo se reconfigura la dimensión psicoespiritual de una madre de una persona con problema de adicciones a partir de su participación en un grupo de autoayuda?

En el segundo capítulo se expone la literatura revisada para fundamentar la investigación realizada, que tiene como base artículos e informes científicos. En este apartado se desarrolla los temas principales de esta investigación: Adicciones, familia, codependencia, grupo de autoayuda y la dimensión espiritual.

En el tercer capítulo se define la metodología utilizada para esta investigación de corte cualitativo, en la cual se empleó como método la fenomenología y como técnica la entrevista a profundidad, también describimos el referente empírico y el trabajo de análisis que realizamos para obtener los resultados.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de las tres categorías que describen el proceso que realiza una familia al descubrir que tienen un hijo adicto, las implicaciones de la madre en la búsqueda de ayuda, el descubrimiento de la propia enfermedad de la madre, y el proceso de reconfiguración de la dimensión psicoespiritual. En el último capítulo se presentan

las conclusiones y los hallazgos obtenidos en esta investigación que pretenden ser un aporte para el abordaje psicoterapéutico de esta enfermedad.

# **I. PROBLEMATIZACIÓN**



La adicción es un término general que se utiliza para describir la dependencia, persistente y sin control de un individuo hacia una sustancia, persona o conducta; y debido a que genera graves efectos y consecuencias a nivel individual, familiar y social; se le ha considerado un problema de salud pública (Medina et al., 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS s/f) define la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación; y se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

El problema de la adicción a sustancias químicas ha ido creciendo progresivamente hasta convertirse en un fenómeno debido a la complejidad de los factores que intervienen en su desarrollo (Nizama, 2015a). En la actualidad existen muchos modelos de tratamiento para esta problemática, desde el campo de la psicoterapia los enfoques cognitivos-conductuales, sistémico y psicoanalítico han desarrollado diversos tratamientos, pero aún son necesarios más estudios que ayuden a comprender a profundidad este tema (Rojas et al., 2011).

Al respecto Nizama (2015) y Rivera et al. (2015) señalan que la adicción es una enfermedad que se ha constituido en “una pandemia global” que afecta gravemente a todos los niveles socioeconómicos, a diversos grupos etarios y ambos géneros; y por ser un problema multi causal corresponde a los países buscar las soluciones viables para la prevención, reducción y tratamiento.

### **La problemática de la adicción a nivel mundial**

A nivel mundial el consumo de sustancias adictivas es considerado un problema grave, debido a las consecuencias que tiene en el ámbito, político, económico y social de los países (Medina et al., 2001); organizaciones internacionales como la ONU (2018) y la OMS (2018) han establecido estrategias, políticas y programas para la prevención y tratamiento de este problema, sin embargo, reconocen que el fenómeno adictivo sigue en aumento (Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas, 2018).

El informe mundial sobre las drogas realizado por la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito) en el año 2018 declaró que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo, aproximadamente un 5.6% de la población mundial, con un rango de edad entre los 15 y 64 años ha consumido drogas, por lo menos en una ocasión y cerca de 31 millones de personas consumidoras padecen un trastorno perjudicial derivado de las drogas por lo que necesitan un tratamiento.

Este mismo informe (UNODC, 2018) señala que, de acuerdo a estudios realizados por la OMS, en el 2015 fallecieron aproximadamente 450 mil personas a consecuencia del consumo de drogas; de esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis). El resto de las muertes se atribuyen indirectamente a su consumo, y entre ellas figuran las relacionadas con los virus del VIH y la hepatitis C, contraídos como resultado de prácticas de inyección insegura (1).

De acuerdo a este informe (UNODC, 2018) el periodo de la adolescencia temprana (12-14 años) a la tardía (15-17 años) es de alto riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas debido a factores como abandono de los padres, abandono escolar, delincuencia, agresividad entre otros; el cual puede alcanzar su pico más alto en la juventud (18-25 años); también señala que la mayoría de personas que consumen drogas son hombres, pero se observa un incremento considerable en las mujeres, quienes presentan patrones específicos en el abuso de sustancias. (10-11)

### **La problemática de la adicción a nivel nacional**

En el contexto nacional el consumo y abuso de sustancias como el alcohol y las drogas en los últimos años, se ha ubicado como uno de los problemas de mayor relevancia, debido a las consecuencias físicas, mentales y conductuales que experimentan quienes las consumen, además del impacto que produce en el ambiente familiar y social (Martínez et al., 2005). A este respecto Medina et al. (2011) señalan que el consumo de la droga y el alcohol trae como consecuencia

gran cantidad de problemas médicos y comunitarios; y afirma que esta problemática seguirá en aumento debido al crecimiento de la población, a los factores de riesgo derivados de las transiciones sociales y el fácil acceso a las drogas.

Las afirmaciones anteriores pueden verificarse en los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, realizada por la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) que se aplicó a diferentes grupos de la población entre 12 y 65 años, de diversas localidades urbanas y rurales del país.

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta:

### ENCUESTA NACIONAL

	Consumo diario		Consumo consuetudinario	
	2011	2016	2011	2016
<b>Población General</b>	0.8%	2.9 %	5.4%	8.5%
<b>Población 12 -17 años</b>	0.2%	2.6%	1%	4.1%
<b>Población 18-65 años</b>	0.9%	3 %	6.3%	9.3%

La encuesta nos indica que el alcohol es una de las causas de muertes prematuras con un porcentaje de 6.5% en la población. Por otra parte, se observa que, desde las encuestas realizadas en el 2008, 2011 y 2016 la edad de inicio de consumo se ha mantenido estable, en los hombres es de 16.7 años y en las mujeres 19.2 años (ENCODAT 2016-2017. Reporte de alcohol:71-73).

Sobre las drogas este informe nos indica que el consumo de cualquier droga (drogas legales como el alcohol, tabaco, sedantes, tranquilizantes por prescripción médica) de drogas ilegales (opiáceos, anfetaminas y metanfetaminas cocaína, crack, alucinógenos) y de marihuana alguna vez en la vida ha aumentado

significativamente entre el 2011 y el 2016, los principales crecimientos se dan en la población de 12 a 17 años y de 18 a los 34 años.

### ENCUESTA NACIONAL

	Marihuana		Drogas ilegales		Cualquier droga	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>12-17 años</b>	2.4%	3.5%	2.9%	6.2%	3.3%	6.4%
<b>18-34 años</b>	15%	20%	10.6%	14.5%	11.3%	15%
<b>35-65 años</b>	4.8%	6.1%	5.7%	7.0%	6.4%	7.5%

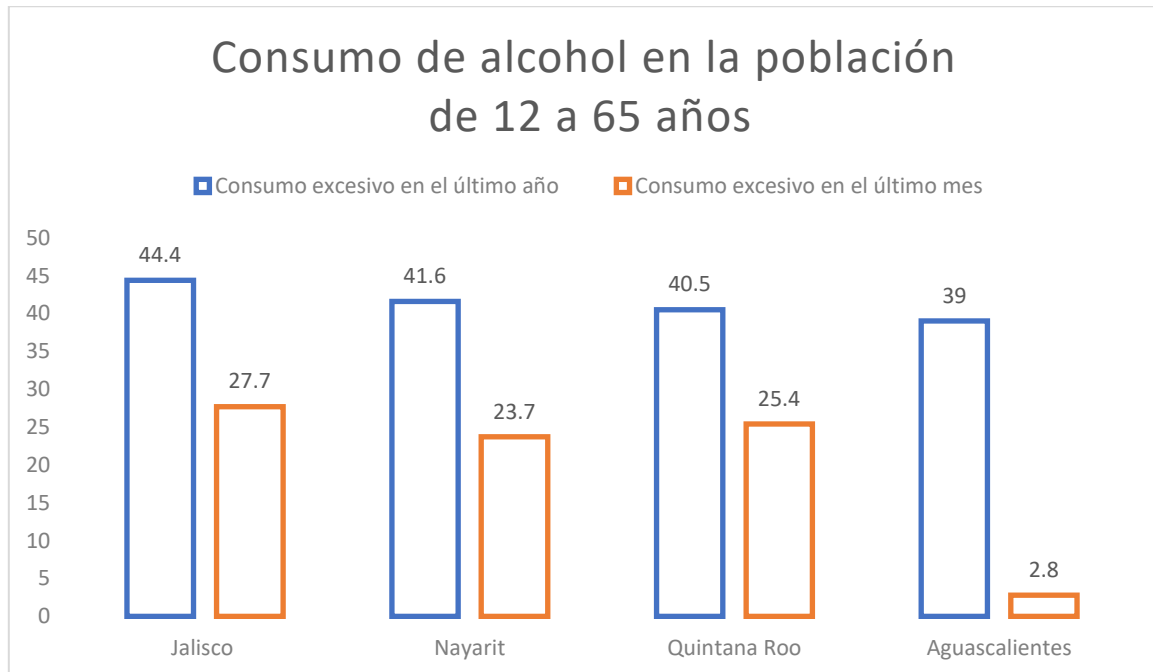
La encuesta señala también un aumento considerable de consumo en la población femenina, por otra parte, destaca que la edad de inicio para consumir drogas es de 17.7 años en los hombres y 18.2 en las mujeres. Se considera que la marihuana es la droga de mayor consumo entre hombres y mujeres (ENCODAT 2016-2017, Reporte de Drogas: 65-73; 89-91).

Las estadísticas anteriores ponen de manifiesto que el consumo de alcohol y el uso de drogas como la marihuana son las sustancias de inicio en la población, respecto al alcohol el patrón de consumo excesivo se presenta no solo en la población de mayor edad, sino también en una amplia proporción de menores de edad, específicamente en las mujeres adolescentes donde ha ocurrido el mayor crecimiento; sobre las drogas el crecimiento se ha mantenido constante, pero llama la atención que hay un aumento en el inicio de la edad para consumir y también un crecimiento considerable por parte de la población femenina.

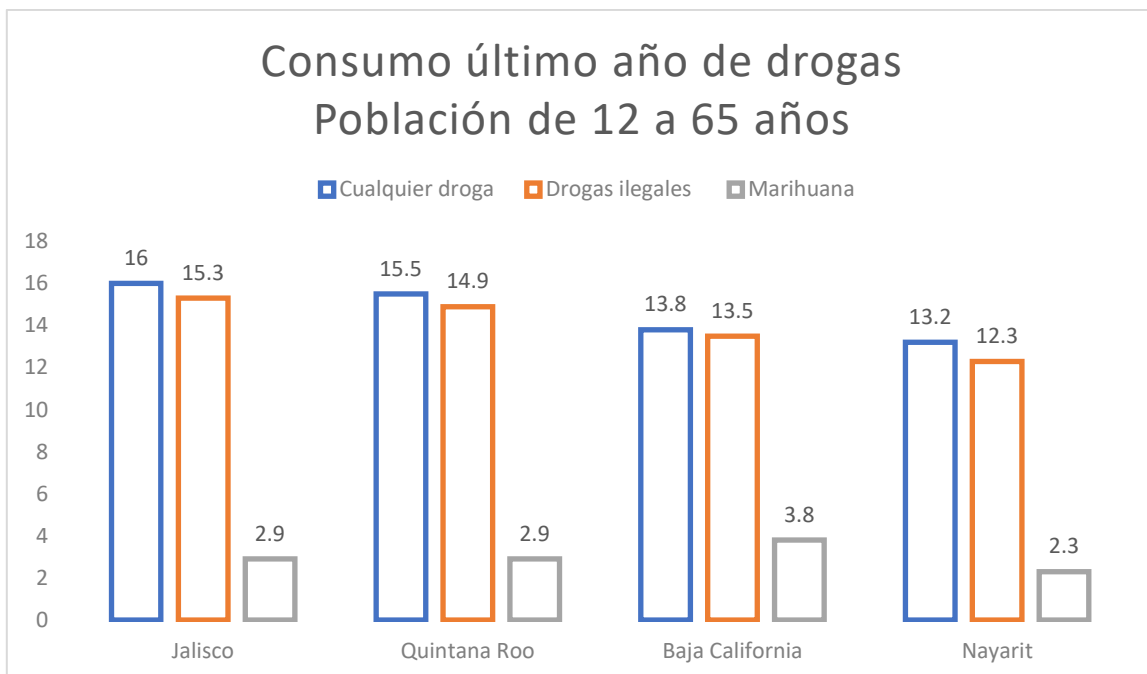
## La problemática de la adicción en Jalisco

De acuerdo a este informe (ENCODAT 2016-2017) el estado de Jalisco presenta un crecimiento importante en el consumo de sustancias adictivas, presentando los porcentajes más altos a nivel nacional.

Sobre el consumo de alcohol, Jalisco presenta



Los estados que reportan mayor consumo de drogas de acuerdo a la encuesta son Jalisco en consumo de cualquier droga y drogas ilegales y segundo a nivel nacional en consumo de marihuana; seguido por Quintana Roo, Baja California y Nayarit (ENCODAT 2016-2017, Reporte de Drogas: 89-91).



Jalisco de acuerdo a la prevalencia nacional es uno de los estados de más alto consumo tanto en alcohol como en drogas.

#### **La problemática de la adicción en la familia**

La relevancia del problema del consumo de sustancias adictivas, radica en sus consecuencias (Martínez et al., 2005) pues es una enfermedad que no solo afecta al individuo, sino a la familia y la sociedad. Al respecto Rojas et al. (2011) e Hinojosa et al. (2018) coinciden en afirmar que el consumo de sustancias tiene una amplia gama de efectos y consecuencias sanitarias y sociales que no solamente afectan la vida y salud del consumidor sino también el ámbito cercano en el que se desenvuelve: la familia.

La familia como grupo primario participa de forma primordial en el crecimiento, desarrollo y constitución del individuo, es en este espacio donde también se configura la identidad y psiquismo de la persona (Valverde y Pochet, 2003). Factores como las relaciones de la pareja, relaciones entre padres e hijos, creencias, estilos y formas de educar intervienen en la formación de la persona, dando lugar a un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y como nos relacionamos con los demás (Fantin y García, 2011).

En este sentido la familia juega un papel importante dentro del consumo de sustancias adictivas; pues por un lado puede proveer al individuo de una estructura ambiental, relacional y afectiva que lo protege y sostiene para evitar la adicción. Por otro lado, una estructura familiar en desequilibrio, con vínculos relaciones deteriorados es un factor de riesgo influyente para el desarrollo de la misma (Sáenz, 2003).

Por lo tanto, la problemática adictiva es considerada como un fenómeno familiar (Fantin y García, 2011), pues el inicio y desarrollo de la adicción parece depender fundamentalmente de la calidad de la relación entre padres-adolescentes, donde intervienen además otros factores familiares como el consumo de drogas por parte de los padres, la actitud favorable o permisiva de los padres hacia las drogas, las prácticas parentales débiles e inconsistentes, la relación conflictiva entre padres y los pobres vínculos afectivos al interior del grupo familia (Martínez et al., 2005).

Es importante señalar que la familia además de tener una participación relevante en el desarrollo de la adicción (Sáenz, 2003), es también el grupo más afectado por esta problemática; pues convivir con un adicto es una situación desgastante para los familiares principales, ya que son expuestos al abuso físico y verbal; creando en ellos malestar emocional y por expansión la codependencia (Valverde y Pochet, 2003).

La codependencia, Mansilla (2002) la describe como una enfermedad primaria que se origina en un sistema familiar disfuncional; y la define como un trastorno de la personalidad que se caracteriza por comportamientos obsesivos y compulsivos de una persona por asumir las responsabilidades de otra; en el caso de la adicción se manifiesta cuando un familiar se involucra de manera obsesiva en los problemas del adicto hasta el punto de afectar su propia vida.

Estudios realizados por Nizama (2015a) afirman la importancia de la familia en la recuperación del adicto, señalando que en la mayoría de los casos la búsqueda de ayuda para la persona adicta ha sido por iniciativa de sus familiares, en ocasiones por amigos y muy pocas veces por el propio adicto. Zapata (2009) considera

también que uno de los aspectos cruciales en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención con la familia, porque es un soporte insustituible durante el proceso terapéutico.

En este sentido podemos señalar que la familia es un factor relevante en el inicio y desarrollo de la adicción, pero también en el mantenimiento y/o rehabilitación del problema adictivo; por lo que nos parece importante conocer y comprender su relación en esta problemática, pues como señala Sáenz (2003): “Atender a la familia, escuchar sus problemas, despertar su atención y captar su interés, constituye el mejor aliado en el combate de la farmacodependencia, en general y en la curación del enfermo”. (31)

Dentro de este marco de las adicciones y el papel fundamental que juega la familia en el desarrollo de la adicción; pero sobre todo en la rehabilitación de la persona adicta; pretendemos investigar el proceso que realiza una madre ante la problemática adictiva de un hijo; teniendo en cuenta que, como familiar cercano al adicto es una de las personas afectadas y ha desarrollado una sintomatología patológica que le produce malestar; e influye en el sostenimiento de la adicción.

En nuestro caso específico son madres que se han involucrado en el proceso de rehabilitación de su hijo, han buscado asistencia y participan en un grupo de ayuda mutua (grupos familiares de Al Anon) que tiene como base para el proceso de rehabilitación la espiritualidad; pues consideran que la adicción es una enfermedad física, mental y espiritual.

Actualmente se han realizado diversas investigaciones sobre la influencia de la espiritualidad en el bienestar de las personas; así como también en el proceso de recuperación de las personas adictas; en este sentido también es importante para nosotros investigar la espiritualidad como una variable que protege y favorece al individuo.

Al respecto Gutiérrez et al. (2007), Galvis y Pérez (2015) y; Ferreira y Ponciano (2017) señalan que la espiritualidad es un concepto que cada vez recibe más atención en la bibliografía científica y su exploración ha permitido conocer y



demostrar su influencia en la salud física y mental de las personas; así como ser un factor de protección para enfrentar enfermedades crónicas y terminales y ayudar en los procesos de recuperación.

En este sentido Nizama (2015b) señala que dentro del campo de las adicciones una intervención terapéutica debe presentar como área de tratamiento la dimensión espiritual por ser la esencia de la naturaleza humana; que al ser restablecida logra el desarrollo integral de la persona.

Por otra parte, Ferreira y Ponciano (2017) refieren que la espiritualidad debe ser comprendida como una dimensión de lo humano, válida de ser abordada en la clínica psicoterapéutica pues proporciona al individuo un propósito y significado a la vida, un sentimiento de pertenencia y una conexión con lo sagrado y trascendente.

En relación a la espiritualidad y psicoterapia, Quiceno y Vinaccia (2009) afirman también que la espiritualidad en sus prácticas de oración y técnicas de relajación e imaginería posibilitan “estados de tranquilidad” que favorecen los procesos cognitivos, la salud mental y física en las personas, en tres aspectos: consigo mismo, con los demás y con el futuro; lo que implica que puedan ser usadas como estrategias terapéuticas en procesos psicoterapéuticos holísticos.

De acuerdo a la problemática expuesta nos damos cuenta que la complejidad del fenómeno adictivo requiere de una intervención multidisciplinaria; de un diálogo de saberes que puedan contribuir al conocimiento y creación de métodos, programas y estrategias que ayuden para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas y familias que viven esta situación; por tal motivo desde el campo de la psicoterapia pretendemos investigar cómo se reconfigura la dimensión psicoespiritual de una madre, que tiene un hijo adicto y participa en un grupo de autoayuda.

## **Aportes de la investigación**

Con esta investigación se pretende en primer lugar aportar desde el área de la psicoterapia a una problemática social que afecta el bienestar psicológico del adicto y su familia.

Dar voz y escucha a las madres que sufren la situación adictiva de sus hijos; y desde su perspectiva y vivencia aportar conocimiento de esta problemática al campo de la psicoterapia.

Dar a conocer un proceso terapéutico que reconoce la dimensión espiritual del individuo y que la integra dentro del tratamiento como una estrategia para lograr el bienestar psicoespiritual.

Abrir espacio para que las madres que participan en un grupo de autoayuda puedan expresar lo que les ha servido y beneficiado en este acompañamiento psicoespiritual; de tal manera que pueda ser valorado e integrado dentro de la práctica psicoterapéutica.

Abrir espacios de diálogo entre la psicoterapia y los grupos de ayuda mutua que tienen como objetivo común la ayuda de la persona afectada.

A partir del planteamiento anterior la pregunta y objetivo que guiará esta investigación son los siguientes:

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se reconfigura la dimensión psicoespiritual de una madre de una persona con problema de adicciones a partir de su participación en un grupo de autoayuda?

### **Objetivo**

Dar cuenta del proceso de reconfiguración de la dimensión psicoespiritual de una madre de un adicto a partir de su participación en un grupo de autoayuda.

# **II. LITERATURA**

## **2.1. Las adicciones**

Diferentes autores como Nizama (2015b), Rivera et al. (2015) señalan que la adicción es una enfermedad que afecta a la persona física y psicológicamente; consideran que la etapa más vulnerable es la adolescencia; y que el origen de esta enfermedad es multicausal pues intervienen diversos factores como el ambiente físico, geográfico, económico, político, social y familiar; por su impacto se ha convertido en un problema de salud pública a nivel nacional e internacional y sobre su tratamiento existen muchas propuestas, pero es difícil acceder a ellas.

### **2.1.1. Definición**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS s/f) la adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Desde la perspectiva bioética, Cañas (2013:103) define las adicciones como: “cualquier droga o conducta que hace a la persona esclava de sí misma en su cuerpo, en su mente o en su espíritu. Lo cual equivale a decir que la esencia de cualquier adicción está en esclavizar al ser humano”.

Cruz (citado por Martínez et al.,2005:5) la define de la siguiente manera: “La adicción es una enfermedad primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen para su desarrollo y sus manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad”.

Otros autores como Hinojosa et al. (2018), Nizama (2015) y Rojas et al. (2011) concuerdan que la adicción es una enfermedad que a nivel físico afecta el desempeño del cerebro y el comportamiento de la persona, que tiene un impacto social y psicológico en la familia y sociedad; para su rehabilitación es necesario un tratamiento especializado.

### 2.1.2. Clasificación

De acuerdo a estas definiciones se puede señalar que el concepto de adicción en términos generales es muy amplio pues abarca desde sustancias, actividades y hasta relaciones que, pueden crear dependencia en las personas, Cía (2013) señala que a partir de la nueva nomenclatura del DSM 5 (APA 2013); se puede hablar de dos tipos de adicciones: los trastornos relacionados a sustancias y los no relacionados a sustancias; es decir adicciones a sustancias y adicciones conductuales o comportamentales; este autor sugiere que las adicciones conductuales se asemejan a las adicciones a sustancias en los siguientes aspectos:

- Clínica y fenomenología
- Historia natural
- Comorbilidad
- Tolerancia y abstinencia
- Aspectos genéticos superpuestos
- Circuitos neurológicos implicados y
- Respuestas al tratamiento

Al respecto Nizama (2015b:23) señala que la adicción es una enfermedad única y se clasifica en 4 tipos:

#### 1. Química:

- a) Sustancias legales: alcohol, nicotina, psicofármacos, ketamina, cafeína.
- b) Sustancias ilegales: pasta básica de cocaína (PBC), cocaína, crack, marihuana, opio, heroína, éxtasis, gammahidroxibutirato (GHB), dietilamida de ácido lisérgico (LSD).
- c) Sustancias industriales: inhalables (solventes, pegamentos, combustibles).
- d) Sustancias folklóricas: San Pedro, ayahuasca, floripondio.

**2. Conectiva:** videojuegos, redes sociales y navegación en Internet.

**3. Lúdica:** juego de apuestas o de azar: casinos, tragamonedas, máquinas chinas, bingo, hípica, billar.

**4. Social:** tele adicción, velocidad (vehículos), música estridente, trabajo, poder, pareja, sexo, dinero y actividades de alto riesgo.

Más allá de esta clasificación es importante señalar que la adicción es una enfermedad que, crea dependencia y necesidad en la persona, altera su estado de conciencia y comportamiento, por lo tanto, afecta su valor personal, disminuye su autonomía, su capacidad de relación consigo mismo y con los demás, así como su capacidad de decisión y desarrollo.

### **2.1.3. Origen multicausal**

De acuerdo a lo investigado se puede señalar que las adicciones tienen un origen multicausal que abarca los aspectos ecológicos, socioeconómicos, culturales y políticos de un país, autores como Sáenz (2003) y; Fantin y García (2011) señalan que la adolescencia es una etapa propicia para adquirir hábitos adictivos, debido a los cambios físicos y psicológicos por los cuales transitan los individuos para lograr la configuración de su identidad. Sobre los aspectos socio ambientales Martínez et al. (2005) señala lo siguiente:

Algunos factores que facilitan que una persona se involucre en el consumo de drogas y, en general, en conductas problemáticas son: el ambiente que rodea al sujeto, la desorganización social (ambiente hostil, zonas de alta delincuencia, alta disponibilidad de drogas, etc.); una socialización inadecuada, la tensión, el estrés y la angustia generada por las demandas del papel que desempeña el sujeto. Asimismo, la familia, los amigos y la escuela tienen un papel central, de hecho, diversos autores señalan que la interrupción de los estudios, un ambiente familiar inestable y el tener amigos que incurren en actos antisociales o en el consumo de drogas son factores de riesgo para que el adolescente se involucre en dichas conductas. (6)

Desde esta perspectiva se puede señalar que la realidad social, económica y política de nuestro país es propicia para la dependencia de las drogas, ya que el

aumento de la pobreza, el desempleo, la falta de oportunidades educativas, el aumento de la delincuencia, la violencia, el crimen organizado y el narcotráfico crean un ambiente de inseguridad que afecta a la sociedad y las familias.

Nizama (2015a) afirma además que la historia adictiva familiar, la presencia e influencia de adictos en el entorno amical, la disponibilidad y oferta de las drogas; los propios estilos de vida, donde no existen límites ni autocontrol, son factores determinantes para crear un ambiente de adicción. Manifiesta también que la presión del grupo puede ser un elemento precipitante para que un adolescente se inicie en el mundo de las drogas. Al respecto Fantin y García (2011), Martínez et al. (2005) señalan que otro de los factores que puede originar la adicción a las drogas es la falta de grupos institucionales de apoyo como pueden ser la iglesia, la escuela y la familia.

#### **2.1.4. Características de la adicción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS s/f) define a la droga como cualquier sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

La dependencia psicológica se caracteriza por la compulsión que siente la persona por consumir periódicamente la droga, con el propósito de experimentar un estado agradable; es decir, placer, bienestar, euforia, sociabilidad, o por evadir una situación desagradable y dolorosa. La dependencia física se refiere al proceso mediante el cual el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel de droga en la sangre para funcionar con normalidad (Nizama, 2015a).

Martínez et al. (2005) explican que el consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del adicto, y señala que: “el tipo y magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente

complejos que dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo". (5)

Entre las consecuencias físicas, autores como Nizama (2015a), Medina et al. (2001) señalan que las personas adictas desarrollan enfermedades como cirrosis, cáncer de pulmón, deterioro neurológico, brotes en la piel, labios resecaos, destrucción de la dentadura y las encías, desnutrición, parálisis de las extremidades, daños cerebrales y muerte prematura. En cuanto a las enfermedades mentales permanentes, se encuentran la esquizofrenia, demencia, depresión, delirios y trastornos del estado de ánimo, que van muy asociados con la violencia y el suicidio. En el campo económico y laboral se presenta dificultad para el desarrollo cotidiano y estable de un empleo, por lo tanto, el adicto puede ser una persona que no trabaja e incurre en la delincuencia para satisfacer sus necesidades.

## **2.2. Familia y adicciones**

Autores como Luna (2005), Martínez et al. (2005), Gutiérrez et al. (2007), Fantin y García (2011) e Hinojosa et al. (2018) señalan la influencia de la familia en el adicto, tanto en el origen de su adicción, como en el desarrollo y proceso de rehabilitación, sin embargo, este binomio adicto-familia está tan interrelacionado que los dos se influyen mutuamente (Valverde y Pochet, 2003). En este apartado se explicará el rol de la familia como formadora de la personalidad de los hijos, las características que pueden ser factor de riesgo o protector contra las adicciones y, por último, el impacto de la adicción en los miembros de la familia (Sáenz, 2003).

### **2.2.1. La familia como formadora**

Para Sáenz (2003) la familia:

Como grupo primario por excelencia, dota al niño y la niña de afecto y se constituye en la vía que le permite metabolizar sus emociones; es, pues, el contexto desde el cual se asume la realidad social y se configura el psiquismo. (26)



De acuerdo a Sáenz (2003) la familia es la instancia mediadora que ayuda al individuo a identificarse como persona e integrarse dentro de la estructura social que lo rodea. Más específicamente se puede señalar que toca a la familia desarrollar y moldear la identidad; y la forma de relacionarse consigo mismo, con los demás y el mundo. Fantin y García (2011) lo afirman de la siguiente manera:

El crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida. Cada factor del ambiente familiar (relación entre los padres como pareja y con los hijos, creencias, estilos y formas de educar, conflictos, ambiente) puede interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y cómo nos relacionamos con los demás. (194)

Es importante resaltar, aun cuando parezca redundante que es en la familia donde se forma la identidad, se aprende la manera de ser y estar en la vida, de acogerla o rechazarla, se crean los vínculos de confianza o desconfianza; se aprende la forma de relacionarnos consigo mismo, con los otros, con los seres vivientes, con la naturaleza; se aprende la forma de percibir el mundo, lo que se considera el bien y el mal, los valores y prejuicios (Fantin y García, 2011).

### **2.2.2. La familia como factor protector**

Nizama (2015b) y Martínez et al. (2005) nos señalan que la familia tiene una influencia positiva en la vida del adolescente cuando sus relaciones son expresivas, organizadas, y fomentan la independencia de sus integrantes, así mismo los adolescentes que experimentan afecto y cercanía con su familia, es más probable que no sean tan afectados por la presión social o el grupo de pares.

En otros estudios realizados se ha mostrado como la supervisión paterna y las normas familiares definidas protegen al adolescente del abuso de las drogas. Nizama (2015b) describe una lista de todos los elementos que las familias brindan a sus miembros y posibilitan en ellos un desarrollo emocional, cognitivo y espiritual

que los protege de las adicciones: el primer elemento en mencionar, es una comunicación auténtica, verbal y no verbal, donde se desarrolle el amor como vínculo de la unión familiar. Fomentar los valores humanos, propiciar una educación de calidad que forme la personalidad, la espiritualidad y el intelecto, ayudar a sus hijos a tener una visión de futuro, proyecto de vida, así como una búsqueda del sentido de la existencia. Dentro de la familia también deben existir normas y reglamentos claros, los padres deben poner límites y si es necesario aplicar sanciones (Hinojosa et al., 2018).

### **2.2.3. La familia como factor de riesgo**

Autores como Fantin y García (2011) y Rivera et al. (2015), coinciden en señalar que la familia es un factor de riesgo cuando en ella existe la desintegración y violencia familiar, la ausencia de uno de los padres, la falta de límites y normas. Sobre la desintegración familiar, Sáenz (2003), Nizama (2015a) y Martínez et al. (2005) señalan que los adolescentes que provienen de hogares desintegrados con solo uno de los padres, ya sea por separación o muerte, o familias que viven un ambiente hostil y violento están más propensos a caer en las drogas. Otra coincidencia entre estos autores es que consideran que el uso de las drogas por parte de uno de los progenitores es también un factor de riesgo. Sobre esto Sáenz (2003) señala:

En concordancia con esto, se han señalado aspectos tales como: el consumo de drogas por parte de los padres, la actitud favorable o permisiva de los padres hacia las drogas, las prácticas parentales débiles e inconsistentes, los intensos conflictos familiares producto de la discordia marital y los pobres vínculos afectivos al interior del grupo familiar, entre otros. (28)

Otro factor en el que también coinciden los autores antes mencionados es sobre la falta de límites y normas dentro de la familia, un hogar donde no existe respeto hacia el orden familiar establecido, es un hogar que vive en confusión. Sobre los vínculos afectivos, señalan también que la falta de relaciones estrechas con los padres, es

decir la existencia de necesidades no satisfechas de reconocimiento, confianza y amor, son percibidas por el adolescente como rechazo. Sobre este tema Fantin y García (2011) señalan también:

Diversos factores familiares como la presencia de relaciones conflictivas en la pareja de los padres; una baja calidad de relación entre el adolescente y sus padres; una percepción deteriorada del adolescente de ambas figuras paternas; la carencia de premios y de reconocimiento de los logros obtenidos como característica de la educación de los hijos; la resistencia por parte del adolescente a aceptar los valores transmitidos por los padres y la inconsistencia en la aplicación de los límites resultaron ser variables familiares significativamente asociadas al consumo de alcohol y drogas. (210)

Hasta este momento se ha analizado a la familia como formadora de la identidad de la persona, y la forma en que las relaciones afectivas, el estilo de crianza, educación, ambiente en el que se desenvuelven puede ser factor protector o de riesgo ante las adicciones (Fantin y García, 2011). A continuación, se describe el impacto de las adicciones en el ámbito familiar.

#### **2.2.4. Impacto de las adicciones en la familia**

El sufrimiento que experimentan los familiares principales como son la esposa, madre, hermana o hija de un adicto, puede ser identificado y percibido por el mismo, pero también es posible que inicialmente nieguen la existencia de este sufrimiento por desconocer la forma de afrontarlo, lo que puede ocasionar que el familiar principal se aísle socialmente de familiares y amistades en un intento por conservar la buena imagen y evitar el rechazo social (Hinojosa et al., 2018).

Nizama (2015) afirma que este sufrimiento es “un dolor espiritual profundo que experimentan los miembros de la familia debido a la indolencia, abusos, agresiones, desatinos, escándalos, conflictos, delitos, hurtos y desfalcos que comete el individuo como consecuencia de la enfermedad adictiva”. (96)

En este sentido Hinojosa et al. (2018) señala también que:

El impacto de este fenómeno en las familias puede causar más daño y dolor que cualquier otra influencia interna o externa de la unidad familiar, debido a que somete a todos los miembros a experimentar sentimientos negativos como la incertidumbre, estrés, sufrimiento moral y emocional, destrucción de las relaciones y la comunicación al interior del núcleo familiar. (72)

Además de experimentar este sufrimiento, las familias se ven expuestas también a diferentes tipos de violencia como el abuso verbal, emocional, físico y sexual. Los autores Valverde y Pochet (2003), Nizama (2015b) e Hinojosa et al. (2018) coinciden en señalar que las familias que viven la adicción de un familiar se bloquean mentalmente, auto incapacitándose para pensar por sí mismos, viven sobreprotegiendo al adicto, justificando sus actos; sometidos por el miedo encubren los hechos delictivos o abusivos del adicto.

Nizama (2015a:96-97) señala una serie de características que vive el familiar principal:

- Frustración: defraudación de expectativas de los integrantes de la familia. Sentimiento de fracaso que se experimenta en relación a la conducta adictiva de uno o más miembros de la familia.
  
- Culpa: sentirse injustificadamente causante de la adicción de un miembro de la familia, sufriendo por ello de manera permanente. A la vez, se busca la expiación mediante la tolerancia ilimitada de la tiranía del enfermo.
  
- Depresión: mengua del estado de ánimo vital con retraimiento social, se pierde el deseo de vivir, frecuentemente se asocia a ideas, pensamientos y planes suicidas.

- Angustia: estado de desesperación experimentado por los miembros de la familia ante la serie de conductas del adicto que ponen en riesgo la tranquilidad, seguridad, salud e integridad familiar.

- Miedo: estado de amenaza vivenciado por los familiares debido a las constantes agresiones, violencia y chantajes del adicto ante cuya presencia tienden a huir. Un estado máximo de este estado emocional es el pánico.

- Endosamiento: disposición familiar persistente para deshacerse del adicto encargándolo a terceras personas o a alguna institución que se haga cargo de él.

- Impotencia: carencia de poder para afrontar situaciones de riesgo creadas por el adicto, quien suele ensañarse con los suyos; principalmente con los más débiles sobre los que ejerce una tiranía implacable y abusiva.

- Bloqueo mental crónico: parálisis parcial de la actividad racional, debido a la perturbación mental que experimentan los familiares como consecuencia del grave impacto emocional causado por la conducta del adicto.

- Desesperanza: pesimismo familiar por el cual sus miembros creen erróneamente que el adicto no tiene curación, que ya nada se puede hacer por él, y que, por lo tanto, cualquier intento, esfuerzo o sacrificio en ese sentido está condenado al fracaso.

- Fantasías tanáticas: imaginación de los miembros de la familia deseando la muerte del enfermo, al sentir odio, impotencia, pánico o

desesperanza por su comportamiento incontrolable e insoportable.  
Creencia que de esta manera se liberarían del sufrimiento que padecen.

El malestar emocional que sufren los miembros de la familia al interactuar con un adicto activo genera en ellos una enfermedad por expansión: la codependencia; la cual tiene como característica principal el mecanismo de negación que protege a los miembros de la familia del dolor que padecen por tener un hijo adicto (Valverde y Pochet, 2003).

### **2.2.5. Codependencia**

La codependencia es un término que apareció en 1970, para describir a la persona, que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción (Beattie, 1996). Más tarde se ha hecho referencia al codependiente como una persona que se dedica a cuidar, corregir y salvar a un drogodependiente, involucrándose en su vida, sufriendo y frustrándose ante sus repetidas recaídas, adquiriendo conductas similares al del adicto para defenderse del caos que provoca en el medio familiar (Valverde y Pochet, 2003).

Mansilla (2002:11) también nos refiere que la codependencia puede ser explicada desde tres puntos de vista:

1. Como una enfermedad primaria de un sistema familiar disfuncional y que una vez desencadenada seguirá su curso y afectará a uno o más miembros de la familia.
2. Como un trastorno de personalidad desarrollado por uno o más miembros de la familia debido a la interacción con un adicto que facilitan la adicción, la encubren y la mantienen.
3. Y como la conducta de una persona esencialmente normal que realiza un esfuerzo para ajustarse a un cónyuge y/o a un acontecimiento vital estresante.

## Definición

El término codependencia, no tiene una definición única; pero tiene algunas características comunes, la primera es tener una relación íntima con una persona perturbada o necesitada, y la segunda son una serie de reglas internas aprendidas en el núcleo familiar, que impiden a la persona la libre expresión de las emociones y una comunicación sincera y abierta en las relaciones que establece con los otros (Beattie, 1996).

En este sentido, Mansilla (2002) define la codependencia como la adicción a una persona y a sus problemas y afirma que la adicción y la codependencia son la misma enfermedad porque comparten las mismas características: negación, obsesión, compulsión y pérdida de control.

Valverde y Pochet (2003) conceptualizan la codependencia como una enfermedad que adquieren las personas por la convivencia con un adicto activo; y Beattie (1996) define a la persona codependiente como aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte, de tal manera que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona.

De acuerdo a Mansilla (2002) se han identificado cuatro tipos de codependientes:

1. El codependiente directo, que se caracteriza por ser un cómplice con el adicto pues le proporciona dinero o droga con el afán de protegerlo.
2. El codependiente indirecto que se caracteriza por una conducta de oposición a la adicción del familiar, pero a la vez, encubre al adicto y evita que se responsabilice de sus acciones.
3. El codependiente tolerante desempeña el rol de sufridor, se caracteriza por contemplar cómo se autodestruye la persona adicta, pero intenta demostrar lo bueno y noble que es.
4. El codependiente persecuidor es el familiar más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto.

## **Origen y desarrollo de la codependencia**

Sobre el origen de la codependencia Mansilla (2002) nos refiere que se debe a una fractura en el vínculo con la figura materna, y explica que desde el embarazo la madre y el hijo establecen una interacción que va forjando un vínculo y cuando ésta no es satisfecha produce un trastorno de relación. De manera que la codependencia puede forjarse a partir de las necesidades no satisfechas en el ser humano durante su infancia, las cuales han impedido el desarrollo de su “self verdadero” y la capacidad de relacionarse con los otros; por lo cual insisten en repetir las mismas conductas ineficaces que utilizaron cuando eran niños para sentirse aceptados, queridos o importantes y buscan aliviar el dolor de sentirse abandonados.

Mansilla (2002) también señala que para el desarrollo de la codependencia existen factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento; los factores predisponentes son la fractura en el vínculo madre-hijo, que imposibilita el desarrollo de la autonomía e independencia de la persona; los factores precipitantes son los procesos de separación, pérdida de figuras significativas sea de forma real o simbólica (muerte, divorcios, abandono de hogar); así como una situación estresante provocada por un problema crónico (adicción o enfermedad grave de un familiar) y los factores de mantenimiento serían las distorsiones cognitivas y la negación de las necesidades básicas.

## **Características de la codependencia**

Son muchas las características que describen la sintomatología de una persona codependiente, pero las más distintivos son los comportamientos obsesivos-compulsivos, la pérdida de control, la incapacidad de expresar emociones, baja autoestima y descuido de sí mismo (Valverde y Pochet, 2003).

Beattie (1996) de acuerdo a su propia experiencia señala una gran lista con 12 apartados que describen estas características, estos apartados son: excesiva solicitud, baja estima, represión, obsesión, control, negación, dependencia, comunicación débil, límites débiles, falta de confianza, ira y problemas sexuales.



Por su parte Mansilla (2002) señala las siguientes características: excesivo control sobre el otro, baja autoestima, autoconcepto negativo, dificultad para poner límites, represión de sus emociones, hacer propios los problemas del otro, negación del problema, ideas obsesivas y conductas compulsivas, miedo a ser abandonado, a la soledad o al rechazo, extremismo (o son hiper responsables o demasiado irresponsables); sentimiento de víctima, dificultad para la diversión y juicios sin misericordia para sí mismo.

#### **2.2.6. Tratamiento para las personas adictas e intervención familiar**

Autores como Torres (2007); López (2011) y Nizama (2015) señalan que la adicción es una enfermedad familiar; porque en el seno de la familia existe una psicopatología que origina y mantiene la enfermedad adictiva; por lo cual se requiere un programa terapéutico que incluya a la persona adicta y su familia para garantizar una estructura emocional que sostenga la curación de este fenómeno.

Sobre la intervención terapéutica, Zapata (2009) señala que además de un proceso psicoterapéutico especializado para el adicto y su familia; es necesario también que la familia se vincule a grupos de apoyo socio-familiar, donde pueda expresar sus emociones y compartir temores y/o expectativas con otras familias que transitan por la misma situación, le brinden contención en situaciones de crisis y conocimientos para ayudar a la persona adicta en sus recaídas y/o reincorporación en la vida social y productiva.

Al respecto, Rojas et al. (2011) manifiesta que, a pesar del elevado índice de adicción, no hay acceso universal al tratamiento debido a factores objetivos como los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios, la desinformación; y factores subjetivos como la negación del problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco o nada eficaz, la creencia errónea de que el problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa o la simple carencia de conocimientos sobre los trastornos mentales y el miedo al estigma social.

Rojas et al. (2011) señala también que en México no existe un solo tipo de tratamiento o modelo único para los problemas de adicción; y que no todos los tratamientos integran a la familia dentro del proceso de rehabilitación. Refiere también que el sector público y privado ofrecen atención para este problema en lugares como centros de Integración Juvenil, centros de salud, hospitales psiquiátricos, clínicas particulares con diversas modalidades, grupos de autoayuda de A. A y Al Anon.

Para efectos de esta investigación, se describirá a continuación el tratamiento que ofrece el grupo de autoayuda para familiares de Al Anon.

### **2.3. Grupo de autoayuda**

Los grupos de autoayuda surgen como alternativa al sistema tradicional que se percibe como insuficiente para la ayuda de una problemática común. (Domenech-López, 1998). Este movimiento de autoayuda, surge a partir de los años 30, con la fundación de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), y lo hace con el único propósito de ofrecer un medio social como principal instrumento de cambio frente a una enfermedad. Desde entonces, personas con diversos problemas o circunstancias vitales empiezan a reunirse y tratar de fomentar la ayuda mutua (Domenech-López, 1998), (Martín Ferrari, Rivera Gaiztarro, Morandé Lavín, y Salido Eisman, 2000).

Sin embargo, según Martín Ferrari et al. (2000) es hasta los años 70 cuando se produce un mayoritario interés por los sistemas de apoyo social y un reconocimiento de los efectos positivos que tienen en la salud física y psicológica de sus integrantes; y señala tres características que fundamentan su creación:

1. Afiliación social como tendencia básica motivacional del comportamiento humano visto desde la perspectiva psicosocial.
2. Desintegración social y rupturas o cambios en las redes sociales naturales (familia, amigos, instituciones).

3. Insuficiencias y fallos de los sistemas de ayuda profesional, que no son capaces de responder a las necesidades psicosociales de las personas en dificultad con los servicios tradicionales.

En la actualidad existen diversos colectivos que abarcan numerosas problemáticas sociales como, homosexualidad, mujeres maltratadas, madres solteras, enfermos de sida, cáncer; y grupos para familiares de enfermos con diversas patologías: adicciones, trastornos alimentarios, depresivos, esquizofrénicos y otros (Martín Ferrari et al., 2000).

### **2.3.1. Definición, características y beneficios de los grupos de autoayuda**

Katz y Bender (citado por Domenech-López, 1998:182) definen a los grupos de autoayuda:

“como grupos que se integran habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, o resolución de problemas que trastornan su vida cotidiana con la finalidad de conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia, proporcionan ayuda material, así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal”.

Sobre las características de estos grupos Domenech-López (1998) y Martín Ferrari et al. (2000) detallan las siguientes: intercambio de experiencias comunes, apoyo emocional, existe intercambio de información, consejo y educación, el grupo favorece la reestructuración cognitiva, amplía la red social y promueve sentimientos de control, autoconfianza y autoestima.

Martín Ferrari et al. (2000), también menciona los beneficios que estos grupos de autoayuda proporcionan a la persona; el primero es la reciprocidad de apoyo, pues considera que aquellas personas que ayudan a otros, aprenden, enseñando, se ayudan, ayudando y se “vuelven dueños de su propia vida”; otro beneficio que aporta la participación en el grupo es la creación de redes sociales significativas con repercusiones tanto dentro como fuera del grupo.

De acuerdo a Gracia, (citado por Martín Ferrari et al. 2000) el grupo de autoayuda es benéfico porque facilita el desarrollo de la autonomía personal, permite satisfacer necesidades humanas básicas como las necesidades de seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima, así como también sustituyen los sentimientos de soledad, sufrimiento, retraimiento y de rechazo por los de comprensión y aceptación de otros iguales y se cubre la necesidad de actualización personal o autorrealización.

### **2.3.2. El grupo de Al Anon**

El grupo de Al Anon es una agrupación de parientes y amigos de alcohólicos que comparten sus experiencias, fortaleza y esperanza con el fin de encontrarle solución a un problema común: el alcoholismo. Aun cuando el grupo de Al Anon fue constituido como grupo de ayuda para familiares de personas alcohólicas, en la actualidad atiende a todas las personas que tienen un familiar adicto a sustancias psicoactivas y otros trastornos comportamentales (Al Anon, s/f).

#### **Origen y desarrollo de Al Anon**

De acuerdo a Beattie (1996), el grupo de Al Anon surgió en la década de 1940, después del nacimiento de Alcohólicos Anónimos, cuando algunas personas principalmente esposas de alcohólicos formaron grupos de autoayuda para lidiar con las maneras en las que el alcoholismo de sus cónyuges les afectaba; e inspiradas en los principios de A.A. adaptaron los 12 pasos, y 12 tradiciones para dar origen a su programa de autoayuda.

A nivel mundial Al-Anon surgió en mayo de 1951 y tiene presencia en más de 130 países con aproximadamente 25,000 grupos que sesionan en más de 34 idiomas. Los Grupos de Familia Al-Anon y Alateen en México se constituyeron legalmente como Asociación Civil el 27 de septiembre de 1973, bajo el nombre de Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon, A.C., y actualmente brinda servicio a más de 3,500 grupos distribuidos en todas las entidades del país (Al Anon, s/f).

### **Características del grupo Al Anon**

Para el grupo de Al Anon, el alcoholismo es una enfermedad de la familia, por lo cual se requiere un tratamiento integral, que promueva un cambio en la forma de vida, de acuerdo a Beattie (1996:89) estos programas: “Promueven la curación y les dan vida a sus miembros, a menudo una vida más rica, más sana que la que esas personas conocían antes de que creciera aquel problema que han desarrollado”.

Una de las características de este grupo es la naturaleza espiritual de su programa, pues consideran que la adicción es una enfermedad del espíritu y sólo la creencia en un poder superior es capaz de ayudarlos a solucionar este problema (CoDA, 1995); pero enfatizan que ellos no se encuentran aliados a ninguna secta o religión (Al Anon, s/f).

Este grupo ofrece como solución a la problemática adictiva la participación en el programa de autoayuda que consiste en la integración a la comunidad, la asistencia a las reuniones, el apadrinamiento, la literatura, las conferencias, las convenciones, el trabajo de servicio, la práctica de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones de CoDA que han sido adaptados del grupo de A.A. y que reflejan la naturaleza espiritual del programa (CoDA, 1995). A continuación, se presentan los doce pasos, doce tradiciones y doce promesas correspondientes al grupo de familiares de Al Anon.

## **Los doce pasos**

1. Admitimos que nos sentíamos impotentes con los demás y que habíamos perdido el control de nuestras vidas.
2. Llegamos a la conclusión de que un Poder Superior a nosotros mismos podía devolvernos al sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas en manos de Dios o nuestro Poder Superior, tal como cada uno de nosotros lo concibe.
4. Hicimos una búsqueda y un minucioso inventario moral de nosotros mismos sin miedo.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros errores.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente le pedimos a nuestro Poder Superior que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos herido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les habíamos causado.
9. Reparamos directamente el daño causado a los demás, siempre que nos fue posible, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otras personas.
10. Continuamos haciendo un inventario personal y cuando nos equivocamos, lo admitimos inmediatamente.

11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestra relación con Dios, tal como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12. Al lograr un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a otros codependientes y de practicar estos principios en todas las áreas de nuestra vida.

### **Las doce tradiciones**

1. El bienestar del grupo es nuestra prioridad; la recuperación personal depende de la unidad en CoDA.

2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Poder Superior de amor según lo conciba nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; ellos no gobiernan.

3. El único requisito para ser miembro de CoDA es desear tener relaciones sanas y basadas en el amor.

4. Cada uno de los grupos debe ser autónomo, excepto en aquellos asuntos que se relacionen con otros grupos o con CoDA como entidad global.

5. Cada uno de los grupos tiene un único objetivo primordial: transmitir el mensaje a otras personas codependientes que aún sufren de codependencia.

6. Ninguno de los grupos de CoDA deberá respaldar, financiar ni prestar el nombre de CoDA a entidad allegada o empresa ajena en ningún caso, para evitar que los problemas de dinero, bienes o prestigio nos desvíen de nuestro principal objetivo espiritual.

7. Cada uno de los grupos de CoDA se autofinanciará y se negará a recibir contribuciones externas.

8. Codependientes Anónimos deberá mantener siempre su carácter no profesional, pero nuestros centros de servicio podrán emplear trabajadores especializados.

9. CoDA, como tal, nunca deberá contar con una estructura organizacional, pero podremos crear comités o juntas de servicio que respondan directamente a aquéllos a quienes sirven.

10. CoDA no tiene una postura acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe estar relacionado con polémicas públicas.

11. Nuestra estrategia de relaciones públicas se basa más bien en atraer gente que en promocionarnos; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.

12. El anonimato es la base espiritual de nuestras Tradiciones y nos recuerda siempre que debemos anteponer los principios a las personalidades individuales.

### **Las doce promesas**

1. Reconozco que existe un nuevo sentimiento de pertenencia y que mi sensación de vacío y soledad va a desaparecer.

2. Ya no me controlan mis miedos. Puedo sobreponerme a ellos y actuar con valor, integridad y dignidad.

3. Existe en mí una nueva libertad.

4. Me libero de toda preocupación, culpa y remordimiento sobre el pasado y el presente. Estoy lo suficientemente consciente para no permitir que se repita.



5. Reconozco que existe un nuevo amor y una nueva aceptación de los demás y de mí mismo. Yo siento verdaderamente que merezco ser amado, que soy una persona afectuosa y que me quieren.

6. Aprendo a verme a mí mismo como igual a los demás. Mis relaciones nuevas y renovadas están basadas en la igualdad de ambas partes.

7. Soy capaz de forjar y mantener relaciones saludables y basadas en el amor. La necesidad de controlar y manipular a los demás desaparecerá en la medida en que yo aprenda a confiar en las personas dignas de confianza.

8. Aprendo que es posible mejorarme y convertirme en una persona más afectuosa, capaz de ofrecer apoyo y de establecer relaciones más sólidas. Tengo la opción de comunicarme con mi familia en una forma que es segura para mí y respetuosa para ellos.

9. Reconozco que soy una creación única e importante.

10. Ya no dependo únicamente de los demás para poder sentirme una persona valiosa.

11. Tengo confianza en la orientación que me brinda mi Poder Superior y llego a creer en mi propia capacidad.

12. Gradualmente siento que la serenidad, la fortaleza interior y el crecimiento espiritual empiezan a formar parte de mi vida diaria.

### **Metodología del programa**

Participar en el programa de Al Anon es fácil y sencillo, uno de los requisitos para integrarse al grupo es el anonimato, lo cual significa que las personas respetarán la privacidad y confidencialidad de los participantes dentro y fuera del grupo; en la primera reunión, se puede ingresar y sentarse a escuchar, sin ser obligado a participar y nadie está en la posición de dar consejos, ni dirección a ninguna otra persona (Al Anon, s/f).

Beattie (1996) señala que cada grupo es autónomo por lo que tiene algunas variaciones en cuanto a organización pero lo que es fundamental para todos es el anonimato, las reuniones se realizan una o dos veces a la semana, las cuales pueden ser de un solo orador que explica uno de los pasos o tradiciones del programa, los slogans como: “sólo por hoy” “suelta las riendas a Dios”, en otras ocasiones la reunión es para compartir la experiencia de vida; el proceso que se realiza es de forma natural, ante la escucha la persona va confrontando las enseñanzas con su experiencia de vida y en el momento adecuado, cuando ella decida podrá participar exponiendo su experiencia.

#### **2.4. Espiritualidad**

La espiritualidad es un tema que en los últimos años ha tomado relevancia en el campo de la salud, como una herramienta que ayuda al bienestar y desarrollo de la persona, y como un medio de afrontamiento para las circunstancias existenciales de la vida como la enfermedad y la muerte (Rodríguez, 2011).

Para Yoffe, la espiritualidad está asociada a la salud y es una poderosa fuente de fortaleza que promueve la calidad de vida y la adaptación a las situaciones problemáticas de las personas, por lo cual es necesario tomarla en cuenta dentro de la clínica terapéutica (citado por Duque López, 2018). Desde el área de la medicina, existen diversas investigaciones sobre la influencia de la espiritualidad en el bienestar de enfermos crónicos y sus familiares (Rufino, 2015) y también la espiritualidad como afrontamiento para enfermedades terminales y oncológicas (Galvis y Pérez, 2011).

En el estudio de las adicciones, debido a la influencia de grupos como Alcohólicos Anónimos, existen investigaciones realizadas por autores como Luna (2005), Gutiérrez et al. (2007), Rodríguez (2011) e Hinojosa et al. (2018) que indagan la espiritualidad como factor protector ante las adicciones y su incidencia en el bienestar psicológico de las personas adictas y sus familiares

Nizama (2015a) afirma también que el fenómeno adictivo requiere un abordaje terapéutico holístico, que tome en cuenta la dimensión espiritual de la persona, pues al no ser desarrollada desde la infancia provoca carencia de sentido y propósito en la vida, vacío espiritual, falta de valores y hedonismo que impiden a la persona conectar consigo mismo y con los demás.

Para una mayor comprensión de este término a continuación se presentan algunas definiciones de la espiritualidad.

#### **2.4.1. Definición**

La espiritualidad es un concepto que se originó en la filosofía y en la teología hace varios siglos, aunque dentro de la terminología científica es un constructo relativamente nuevo y no existe una definición única entre los autores, sin embargo, algunos de ellos coinciden en manifestar que es una herramienta válida para ser tomada en cuenta en el desarrollo del ser humano (Rodríguez, 2011).

Mytko y Knigt (citados por Nogueira, 2015) definen a la espiritualidad como un conjunto de sentimientos que llevan al individuo a conectarse consigo mismo, con los otros, con el propósito de la vida o con la naturaleza en búsqueda de valor y significado para encontrar paz y armonía.

Rivera-Ledesma y Montero (citados por Nogueira, 2015) manifiestan que la espiritualidad es de naturaleza personal, singular, dinámica y específica que trasciende inclusive lo biológico, psicológico y social de la vida de los sujetos. Pinto y Ribeiro (citados por Ferreira y Ribeiro, 2017) la conciben como una forma de encontrar propósito y significado en la vida, como un sentimiento de pertenencia y conexión al universo, o a un todo mayor, y una conexión con lo sagrado y lo trascendente. Längle (2008) por su parte señala que la espiritualidad se entiende como una apertura vivencial, que atraviesa y sostiene al hombre y su existencia. La conferencia de cuidados paliativos en Ginebra afirma que “La espiritualidad es un aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través del cual las personas

buscan un significado un propósito y una trascendencia última y experimentan una relación consigo mismos, con la familia, con los demás, con la comunidad, con la sociedad, con la naturaleza, con lo significativo y con lo sagrado” (Rufino, 2015:28).

Grieco (citado por Duque López, 2018:23) señala que “La espiritualidad es la expresión de la esencia del ser, ésta restaura el interior y armoniza las relaciones con el mundo externo”, de acuerdo a este autor la espiritualidad surge de la interioridad y se convierte en un potencial que dinamiza las relaciones consigo mismo y con los demás, lo que manifiesta la estrecha relación que hay entre las disposiciones internas del hombre y sus actos externos.

A partir de estos significados se puede inferir que la espiritualidad es concebida como una dimensión de la persona al referirse a ella como aspecto personal, dimensión, apertura vivencial y sentimientos. Es un vínculo (conexión, pertenencia, relación) que se desarrolla consigo mismo, con los otros, el universo, lo sagrado y trascendente. La espiritualidad confiere un propósito a la existencia del ser humano y da la habilidad de encontrar significado a las circunstancias inevitables de la vida.

#### **2.4.2. La espiritualidad como dimensión de la personalidad**

Estudios realizados por autores como González y Varela (2002) señalan la espiritualidad como una dimensión de lo humano que integra y desarrolla la personalidad del individuo. Estos autores postulan que la espiritualidad ocupa un alto nivel jerárquico en el desarrollo de la personalidad, por lo cual consideran que el estudio de la espiritualidad tiene un valor clínico, diagnóstico y terapéutico que puede servir para comprender y predecir “comportamientos normales y patológicos”.

Para justificar su investigación realizaron un análisis de diferentes modelos de la personalidad que integran la espiritualidad como una dimensión del ser humano:

- Modelo evolucionista-ecológico de Theodore Millon (2000), en la descripción de las áreas motivacionales, estilos cognitivos y relaciones interpersonales hacen referencia a la dimensión espiritual.

- Modelo Integrativo Supra paradigmático de Roberto Opazo Castro (2001) plantea al *self* como núcleo de la personalidad, siendo este un sistema integrador articulado a paradigmas como el cognitivo, afectivo, inconsciente y biológico; incluyendo el espiritual.
- Modelo de personalidad de C.R. Cloninger: Para este autor la personalidad es un sistema jerárquico que puede ser naturalmente descompuesto en distintas dimensiones psicobiológicas del temperamento y carácter. Las dimensiones del temperamento son predisposiciones emocionales estables a lo largo del desarrollo humano y con respecto al carácter Cloninger destaca que se trata de lo que hacemos con nosotros mismos intencionalmente, a partir del aprendizaje en el medio sociocultural, y se compone de valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias sobre uno mismo y el entorno.

González y Varela (2002) se fundamentaron en el modelo de personalidad de Cloninger para establecer que la espiritualidad es una dimensión del ser humano; pues este autor señala que el carácter está compuesto por tres dimensiones: la autodirección, la cooperación y la autotranscendencia. Para estos autores la autotranscendencia está asociada al concepto de espiritualidad, pues agrupa características como misticismo, pensamiento mágico y religioso; así como la visión de uno mismo como parte integral del universo; y se compone además de tres áreas:

- Auto abandono: caracterizada por la abstracción y fascinación desde los sentimientos e intuición acerca del papel en la vida; imaginación y sensibilidad a la belleza y el arte. Pérdida de límites y fronteras en el espacio y el tiempo.
- Identificación transpersonal: unión y conexión espiritual y emocional con los otros, la naturaleza y el mundo. Es la capacidad de identificarse con un “Todo” en armonía y luchar por un “mundo mejor”.
- Aceptación espiritual: es la aprehensión de relaciones intuitivas de “sexto sentido” y mágicas, experiencias religiosas y comprensión del sentido real de la vida, el origen, la humanidad, la inmortalidad. Es la capacidad de una auto cognición trascendente.

El estudio y análisis de la espiritualidad como una dimensión de la personalidad no es nuevo; Jung (1957) ha hecho también valiosos aportes sobre la influencia de la espiritualidad en los procesos de individuación y desarrollo de la personalidad. Estudios más actuales como los de Gardner (2001) sobre las inteligencias múltiples abren la puerta para seguir investigando la espiritualidad como un aspecto inherente al individuo y que influye en el desarrollo de su personalidad.

### **2.4.3. La inteligencia espiritual**

En las dos últimas décadas del siglo XX, Gardner presenta y difunde su teoría de las inteligencias múltiples, estableciendo inicialmente ocho tipos de inteligencia. Gardner señala posteriormente la existencia de otro tipo de inteligencia, para la que no tiene suficientes evidencias científicas: la inteligencia existencial o trascendente (Pérez Lancho, 2016).

Gardner describe esta inteligencia como la capacidad de situarse uno mismo frente a facetas más extremas del cosmos y la capacidad de preguntarse por determinadas características existenciales de la condición humana, como el significado de la vida y de la muerte, el destino final del mundo físico y el mundo psicológico, y la posibilidad de experimentar algunas emociones especiales, como un profundo amor o la contemplación artística (González y Varela, 2002).

### **Conceptualización del término Inteligencia espiritual**

Pérez Lancho (2016) señala que el origen del concepto de Inteligencia espiritual se debe a Maslow (psicólogo humanista) que en su conocida teoría de la pirámide de las motivaciones humanas señalaba en la cúspide el término “autorrealización” definiéndolo como un estado espiritual, en el que la persona es creativa, feliz, tolerante, tiene un propósito de vida y la misión de ayudar a los demás a alcanzar ese estado de plenitud.

Otro de los autores que también hace referencia a este término es Frankl (1994) quien desarrolla la idea de un “inconsciente espiritual” que se arraiga en unas creencias o religiosidad profundas que permiten al hombre dar sentido a la vida y el sufrimiento. Para Robert Cloninger, Przybeck y Svrakic (citados por Pérez Lancho, 2016), la espiritualidad es una dimensión de la personalidad que abarca la capacidad de trascendencia, el sentido de lo sagrado o los comportamientos virtuosos que son exclusivamente humanos, como el perdón, la gratitud, la humildad o la compasión.

Autores como Emmons, Cheung, y Tehrani (citados por González y Varela, 2002; y Pérez Lancho, 2016) establecen que los cinco componentes de la inteligencia espiritual son:

- la capacidad de trascendencia;
- la capacidad de experimentar estados elevados de conciencia;
- la capacidad de influir en las actividades cotidianas y relacionarlas con un sentido de lo sagrado;
- la posibilidad de utilizar recursos espirituales para resolver problemas de la vida; y
- la posibilidad de presentar comportamientos virtuosos.

Sobre la capacidad de comportamientos virtuosos Emmons, (citado por González y Varela, 2002) señala que estos comportamientos son la capacidad de perdonar, la capacidad de expresar gratitud, la humildad y la compasión.

Zohar y Marshall (citado por Pérez Lancho, 2016), describen la inteligencia espiritual como la capacidad de reformular y recontextualizar las experiencias, por lo tanto, también posibilita a la persona para transformar la comprensión de la realidad. En esta perspectiva, dichos autores consideran necesario realizar una propuesta que articule la inteligencia espiritual con la emocional y racional; ya que la inteligencia racional queda vinculada a la inteligencia emocional, pues cognición y emoción se relacionan entre sí, y por otro lado se asocian a la percepción de significados y valores, elementos que pertenecen a la inteligencia espiritual.

Según Zohar, los principales rasgos de la inteligencia espiritual son: la capacidad de flexibilidad; un grado elevado de autoconocimiento; la capacidad de afrontamiento del dolor; la capacidad de aprender con el sufrimiento; la capacidad de inspirarse en ideas y valores; el rechazo a causar daños a otros; la tendencia a cuestionarse las propias acciones; así como la capacidad de seguir las propias ideas incluso en contra de lo establecido o convencional. (citado por Pérez Lancho, 2016).

En este sentido, Vaughan (2002) señala que la inteligencia espiritual es una dimensión de la personalidad que habita y se desarrolla en lo más íntimo del ser, identificándose con el sí mismo, que se integra con los valores culturales en un sistema de creencias, símbolos, visión del mundo y sentido de la vida personal. Esta dimensión espiritual se expresa en ideas, sentimientos, actitudes y conductas de unidad e integridad hacia uno mismo y hacia el entorno (seres, mundo, universo), llegando a conformar con la maduración un soporte esencial de la identidad y la autotranscendencia.

### **Desarrollo de la inteligencia espiritual**

Para Vaughan (2002) el desarrollo de la inteligencia espiritual está unido al proceso de otras inteligencias como la emocional y la cognitiva; y señala que cuando se “deja sin resolver” la dimensión emocional; y se carece de ética y moral se inhibe el desarrollo espiritual de la persona. Señala también que este desarrollo no depende de un camino o práctica en particular, depende de expandir la conciencia para incluir un círculo cada vez más amplio de identificación empática, sensibilidad a realidades sutiles y familiaridad con varios mapas simbólicos de conciencia.

Sin embargo, refiere que factores como la maduración biológica, el desarrollo emocional y cognitivo; la vivencia de las etapas de la fe y las influencias culturales deben tenerse en cuenta para lograr la madurez espiritual.



Por su parte, Pérez Lancho (2016) en su investigación sobre la inteligencia espiritual como función mental, sugiere que esta capacidad al igual que el lenguaje, necesita ser desarrollada desde la crianza, en un contexto social, cultural y familiar. Este autor fundamenta su hipótesis en la propuesta realizada por Ángel Riviére, psicólogo cognitivo que señala 4 tipos de funciones que integran la interacción entre herencia (genética) y ambiente.

**Funciones de tipo I:** están inscritas en el genoma humano. Este tipo de funciones resultan básicas para la adaptación del individuo a su entorno y para su supervivencia.

**Funciones de tipo II:** están determinadas fundamentalmente por el calendario madurativo y precisan una mínima interacción con el entorno para desarrollarse de forma óptima.

**Funciones de tipo III:** son funciones definidas por el genoma, pero que se desarrollan en contextos interactivos muy particulares, como son los de crianza, en contacto con modelos adultos competentes en dichas funciones. Un ejemplo de esta función es el lenguaje. Aunque los agentes del contexto no se planteen de manera formal una instrucción, lo consiguen de manera eficaz.

**Funciones de tipo IV:** funciones muy dependientes de la intencionalidad formal y de artefactos culturales muy especializados. Ejemplos de ello son la lectoescritura, el cálculo aritmético o el análisis gramatical. Su origen está más vinculado a los procesos socio-históricos que a los filogenéticos. Son funciones muy flexibles, inestables y dependientes de cada cultura, que se encarga de desarrollarlas a través de la educación o la instrucción.

Las funciones de tipo I y II se caracterizan por ser compartidas con especies animales, tener una gran antigüedad filogenética y carecer de carácter simbólico. Se adquieren de forma completa en los niños entre los 0-18 meses y se encuentran localizadas en el cerebro en áreas muy especializadas. Sin embargo, las funciones tipo III son específicamente humanas, es decir, son humanizadoras. Se desarrollan en entornos de crianza, son filogenéticamente más recientes, en relación con a su

carácter simbólico. Por este motivo, se desarrollan ontogenéticamente entre los 18 meses y los 5 años. (Pérez Lancho, 2016)

Las funciones I, II y III dependen de periodos críticos en el desarrollo, es decir, si no se consolidan adecuadamente en un periodo determinado, no pueden adquirirse correctamente. Las funciones tipo IV, como las tipo III, son específicamente humanas pero no solo humanizan sino que inculturán. Son históricas, no filogenéticas, ya que implican la incorporación de artefactos culturales y poseen un obligado carácter simbólico. En el niño se desarrollan en el periodo educativo, entre los 5 y 15 años, con variaciones entre culturas. Estas funciones se encuentran menos localizadas, ya que implican el funcionamiento de múltiples áreas cerebrales.

Pérez Lancho (2016) infiere que la capacidad espiritual es una función tipo III y IV, que se adquiere en contacto con los modelos de espiritualidad de los adultos que crían al niño en su primera infancia, sin una instrucción formal; pero considera que cada sociedad y cada cultura ofrecen unos contextos, modelos, códigos y símbolos espirituales, donde inscribir y desarrollar la inteligencia espiritual en comunidad.

#### **2.4.4. Espiritualidad y psicoterapia**

Actualmente existen más estudios dedicados a investigar sobre la espiritualidad en el área de la psicología, Rodríguez (2011) manifiesta que este creciente interés está influenciado por la búsqueda de una visión de salud más integral que incluya también lo espiritual para llegar a un modelo fundamentado en una antropología más global y adaptada a la auténtica realidad humana que es compleja y multidimensional.

Simkim (2016) afirma: “Si bien en los últimos años los estudios que exploran el fenómeno de la espiritualidad desde una perspectiva psicológica se han incrementado considerablemente, en la literatura especializada aún existe un intenso debate respecto del modo de definirla y evaluarla”.

Barnett y Johnson (citados por Ferreira y Ribeiro, 2017) señalan que este cambio se debe a diversos factores, como el creciente reconocimiento del valor de la espiritualidad en la salud física y mental de pacientes, la acogida de tendencias multiculturales y el desarrollo de metodologías que buscan operacionalizar los recursos espirituales. Otros factores señalados por estos mismos autores es la creciente demanda por parte de los consultantes para ser atendidos desde una perspectiva psicoespiritual.

Ribeiro (citado por Ferreira y Ribeiro, 2017) afirma que la mayoría de los problemas presentes en los consultorios indican "una demanda velada por lo espiritual" y que corresponde al terapeuta percibir esta necesidad, oculta en las quejas y síntomas del cliente. Señala también que el terapeuta no necesita ser un practicante espiritual, sino estar presente para percibir cuando la queja del cliente representa una posible e incluso probable búsqueda de lo sagrado.

Henning-Geronasso y Moré (citados por Ferreira y Ribeiro, 2017) sugieren que el terapeuta, a través de los procesos psicoterapéuticos puede facilitar la reconexión de la persona consigo misma y el contacto con lo sagrado siendo parte de su dimensión espiritual.

Sobre el proceso psicoterapéutico y espiritualidad, autores como Hycner (1993); Ginger y Ginger (1995); Juliano (1999); Ribeiro, (2009); Pargament, Lomax, McGee y Fang, (2014) señalan lo siguiente:

- Que la espiritualidad es una dimensión de lo humano, válida para ser atendida desde la práctica psicoterapéutica.
- Describen la dimensión espiritual como "lugar y sentido del hombre en el medio cósmico y en el ecosistema global".
- La espiritualidad también se presenta en la clínica en momentos importantes del proceso terapéutico, considerados por clientes y terapeutas como "momentos sagrados".

- Que es posible ampliar el proceso psicoterapéutico para reconocer lo sagrado en la vida, promoviendo una integración persona-mundo como forma de existir.
- Que, en la relación terapéutica, cuando los clientes y terapeutas experimentan las cualidades de trascendencia, sentimiento último, falta de fronteras, interconexión y sentimientos espirituales influyen en la alianza terapéutica y pueden promover la resiliencia, la salud mental y el bienestar de los clientes.

Hycner (citado por Ferreira y Ribeiro, 2017) plantea que la búsqueda de autoconocimiento a través de la psicoterapia abre las puertas para que las cuestiones últimas y de sentido de la vida sean integradas, y señala que la oración y meditación pueden ser utilizadas por los terapeutas como herramientas espirituales.

#### **2.4.5. El vínculo psicoespiritual**

El término vínculo psicoespiritual se infiere de las referencias y estudios de los autores antes citados; al describir a la espiritualidad como una dimensión de lo humano; unida a la dimensión emocional y cognitiva; que al ser reconocida y desarrollada ayuda al bienestar del ser humano (Vaughan, 2002; González y Varela, 2002; Grün, 2005 y; Ferreira y Ribeiro, 2017); y las referencias de la espiritualidad como promotora de una “conciencia relacional” consigo mismo, con los otros, el universo, lo sagrado y trascendente (Ferreira y Ribeiro, 2017).

Längle, (2008) señala que el hombre está como ser espiritual, en la realización de su vida en el intercambio con el mundo, orientado a una aprehensión espiritual de las circunstancias para poder tratar con ellas de acuerdo con su propia esencia espiritual. Así mismo afirma que su fundamental capacidad de relacionarse (con la alteridad, así como consigo mismo) puede considerarse una “disposición espiritual” hacia el vínculo.

Rufino (2015), afirma que la espiritualidad es una dimensión inherente en todo ser humano y cuenta con tres pilares básicos que son el sentido, la conexión y la trascendencia que forman el vínculo psicoespiritual consigo mismo, con los demás, con la realidad.

El autor antes mencionado describe el concepto de sentido como la búsqueda personal de significado de la vida, de la muerte, del valor de uno mismo: nuestros actos, persona, y circunstancias. El concepto de conexión lo describe como la capacidad que tiene la persona de abrirse a los demás, reconocerse como parte integrante del universo, se trata de una conciencia relacional por medio de la cual se desarrolla el sentido de pertenencia a un todo. La trascendencia la define como la capacidad de traspasar la percepción limitada de la realidad (Rufino, 2015).

En este sentido una fractura psicoespiritual es la ruptura de la capacidad de relacionarse consigo mismo y los demás, es la pérdida de la conciencia relacional. En este sentido Ferreira y Ponciano (2017) señalan que la experiencia de esta ruptura es promotora de sufrimiento psíquico que deja a la persona con un vacío de sentido y una sensación de aislamiento y desamparo. Por su parte, Längle (2008) nos dice que la persona en estado espiritual de desesperación, está tan impregnado de su sufrimiento, que nada le preocupa más que el forzoso cuestionamiento de su existencia.

# **III. METODOLOGÍA**

### **3.1. La investigación desde el campo de la psicoterapia**

Las problemáticas que afectan a las personas en la actualidad, no solo tienen que ver con situaciones individuales o familiares de crecimiento, sino con fenómenos complejos que involucran diversas causas y efectos, como es el caso de las adicciones; en este sentido el psicoterapeuta que intenta abordar estas temáticas ya sea de forma individual o familiar necesita abrirse a diferentes perspectivas de conocimiento y formas de trabajo, incluso hacer de su intervención una investigación que lo acerque a la realidad objetiva y subjetiva de sus consultantes.

Parafraseando a Gómez (2014), afirmamos que no podemos hablar de intervención psicoterapéutica, sin aludir a su papel como factor de cambio, y toma de conciencia en los fenómenos sociales que afectan al consultante que busca en la psicoterapia un medio para superar la problemática que vive.

En este sentido realizar una investigación desde el campo de la psicoterapia, significa implicarse en los problemas sociales, para construir conocimiento pertinente que se proyecte en propuestas y estrategias que favorezcan a las poblaciones afectadas.

### **3.2. La investigación cualitativa**

El fenómeno de las adicciones es un problema complejo, con elementos objetivos y subjetivos que se interrelacionan, afectan e influyen mutuamente, trascendiendo de lo individual a lo colectivo; esto, debido a su origen multicausal donde intervienen factores físicos, biológicos y psicológicos; y también a la realidad cambiante y heterogénea donde se desarrolla este fenómeno en la cual actúan aspectos individuales, familiares, sociales, institucionales, económicos, políticos y culturales. Para estudiar un tema con estas características particulares y concretamente investigar el tema de la reconfiguración de la dimensión psicológica y espiritual en los familiares de personas adictas que participan en un grupo de autoayuda, se requiere de una metodología que dialogue con las distintas disciplinas y saberes que estudian este fenómeno, con una perspectiva integradora, abierta y flexible a lo objetivo y subjetivo de la realidad que lo comprende, de los sujetos que lo viven y

los procesos que realizan. En este sentido la investigación cualitativa nos ofrece un campo de acción flexible y abierto con un enfoque humanista que comprende e interpreta el fenómeno a investigar desde los significados de las personas implicadas, y permite al investigador acercarse a esta realidad en su contexto natural.

Gómez (2002) señala también que esta metodología respeta los contextos, sin pretender llegar a verdades absolutas o generalizaciones, otorgando importancia a la subjetividad tanto del investigador como del investigado, Rodríguez et al. (1999) coincide con Gómez (2002) sobre el estudio de la realidad desde su contexto natural, para lo cual el investigador puede utilizar y recoger materiales, experiencia personal e historias de vida con la finalidad de interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados del investigado. Desde esta perspectiva, la investigación que realizamos se apoya en la experiencia personal e historias de vida de los familiares de personas adictas para comprender los procesos, comportamientos y actos realizados en el campo de la adicción y la espiritualidad.

Ruíz (2003:23) describe 5 características importantes del método cualitativo que aclaran la forma de investigar bajo este enfoque:

1. El objeto de la investigación es captar y reconstruir el significado de los procesos, comportamientos y actos.
2. Este método utiliza el lenguaje de los conceptos y metáforas, narraciones y descripciones.
3. La forma de recoger la información es a través de la observación y de la entrevista a profundidad, siendo un modo flexible y desestructurado.
4. Su procedimiento es inductivo.
5. Su orientación es holística y concretizadora.

Estas características también son mencionadas por Gómez (2002) y Rodríguez et al. (1999) subrayando la propuesta de este método como humanizante, flexible y holístico, además de resaltar la importancia de comprender a las personas dentro



de su contexto, al valorar lo objetivo y subjetivo del fenómeno que se investiga, así como del investigador y del investigado.

Conocer estas características ayudan a confiar en la forma de proceder dentro de la investigación cualitativa, pues brinda la objetividad necesaria para comprender la complejidad del fenómeno de las adicciones dentro de un marco que requiere una visión interdisciplinar, y a la vez permite ser flexibles para valorar y reconocer lo subjetivo de la experiencia y saberes de las madres que han vivido en carne propia los efectos de este fenómeno.

Dentro de las características de flexibilidad y apertura de la investigación cualitativa, como todo método precisa de un protocolo que garantice la objetividad y precisión de la investigación aplicando técnicas e instrumentos viables, al respecto Rodríguez et al. (1999) señala:

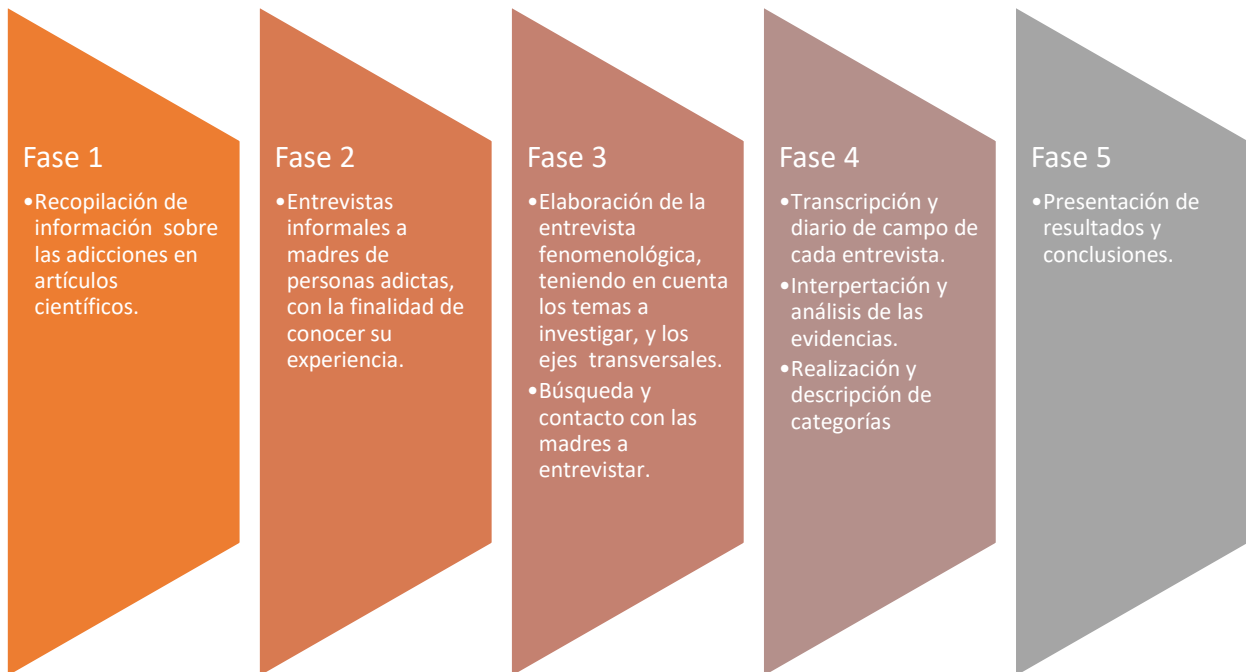
La investigación cualitativa, plantea, por un lado, que observadores competentes y cualificados pueden informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como de las experiencias de los demás. Por otro, los investigadores se aproximan a un sujeto real que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores...etc. Por medio de un conjunto de técnicas o métodos como las entrevistas, las historias de vida, el estudio de caso o el análisis documental, el investigador puede fundir sus observaciones con las observaciones aportadas por los otros. (62)

Sobre las técnicas e instrumentos a aplicados en esta investigación, se utilizó la entrevista fenomenológica a profundidad que permitió analizar con objetividad, claridad y precisión la experiencia de las madres de personas adictas, así mismo permitió valorar las observaciones del investigador.

Rodríguez et al. (1999) señala que aun cuando los investigadores cualitativos no siempre indagan bajo un esquema de acción previamente determinado, o que el esquema existente no sea el mismo para todos, propone cinco fases del proceso de investigación para aproximarse a la realidad.

1. **Fase preparatoria:** es la fase inicial de la investigación que contiene dos etapas: reflexiva en donde el investigador tomando en cuenta sus experiencias y conocimientos sobre el fenómeno intenta establecer el marco teórico - conceptual y la etapa de diseño consiste en planificar las actividades que se realizarán a lo largo de la investigación.
2. **Trabajo de campo:** es el momento en que el investigador después de haber recabado la información necesaria hace contacto con la realidad a investigar, esta fase la realiza a través del acceso al campo donde el investigador utiliza dos estrategias como son el vagabundeo y la construcción de mapas para recabar información sobre su objeto de estudio.
3. **Recogida productiva de datos:** en esta fase también se realiza una serie de decisiones sobre la modificación, cambio, alteración o rediseño del trabajo, la duración de las entrevistas, en esta fase es necesario también la utilización de métodos sobre manejo de datos.
4. **Fase Analítica:** el análisis de datos debe ser un proceso con cierto grado de sistematización, para esto es necesario realizar tareas como reducción de datos, disposición y transformación de datos, obtención de resultados y verificación de conclusiones.
5. **Fase informativa:** consiste en presentar y difundir los resultados.

Las fases del proceso cualitativo son importantes en la medida que permiten conocer los elementos para estructurar de forma flexible el trabajo a realizar y operacionalizar la investigación de manera científica; la cual esquematizamos de la siguiente manera:



### 3.3. La entrevista fenomenológica

Desde el método fenomenológico la entrevista es una de las técnicas más utilizadas para comprender los fenómenos sociales y psicológicos, pues ayuda al investigador a captar y comprender los significados del fenómeno que se estudia desde la perspectiva de las personas involucradas y de esta manera obtener datos significativos sobre el problema que le interesa.

En el contexto de la investigación psicológica, psicoterapéutica y del desarrollo humano, Moreno (2014:72) define la entrevista fenomenológica como un proceso de *interacción y diálogo* entre dos personas, cuyo propósito es “propiciar que el colaborador reconozca, describa y exprese su experiencia vivida y los significados sentidos en relación a situaciones vividas referidas al tema de la investigación, ya sea que las viva actualmente o las recuerde, y se exprese desde su experienciar”. En este sentido Moreira (2009) también nos señala que en una entrevista se busca comprender la intimidad humana y las representaciones de la vivencia para que facilite el análisis de la elaboración de la experiencia vivida.

De acuerdo con los planteamientos de estos autores: Moreira (2009) y Moreno (2014) la entrevista fenomenológica permite que el investigador se aproxime a la persona y conozca los significados que ésta les atribuye a sus experiencias, lo cual hace posible que pueda conocer y aprender sobre el mundo desde la percepción, visión y vivencias de la persona entrevistada que ha experimentado y vivido el fenómeno que se desea investigar.

En este sentido la entrevista fenomenológica se presenta como una herramienta útil para los fines de esta investigación, ya que nos permite dentro de un proceso de interacción establecer un diálogo con familiares de personas adictas, y desde su experiencia describir la vivencia de fractura y reconfiguración de la dimensión psicoespiritual a partir de su participación en un grupo de autoayuda.

En la realización de las entrevistas fenomenológicas Moreno (2014) señala que aun cuando el propósito es recoger algunos datos, también debe tomarse en cuenta la interacción entre los participantes, pues el diálogo que se da entre ellos genera una dinámica de relación que los influye mutuamente, por lo cual considera necesario preparar y revisar los aspectos técnicos y relacionales de la entrevista para una mayor claridad, diferenciación y enriquecimiento de la experiencia. Estas orientaciones las presentamos en el siguiente cuadro:

<b>Dimensión relacional</b>	<b>Dimensión técnica</b>
<p><b>Sobre las actitudes del entrevistador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El entrevistador está plenamente presente para comprender la experiencia vivida.</li> <li>• No enjuicia las expresiones del colaborador.</li> <li>• No busca encontrar algo en particular, ni valora más unos resultados que otros.</li> </ul>	<p><b>Antes de la entrevista:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca desde el primer contacto construir un ambiente de confianza y seguridad psicológica.</li> <li>• Identifica un lugar privado y tranquilo, donde la persona pueda expresarse con libertad.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invita amablemente a ampliar la información para verificar aspectos que no haya comprendido de la conversación</li> <li>• Interactúa desde su no saber respecto a las vivencias del colaborador.</li> <li>• Mantiene una atención plena y valora al colaborador como un ser humano</li> <li>• Reconoce sus supuestos y creencias personales y lo que sabe sobre el fenómeno en estudio y se propone hacerlos a un lado para comprender la experiencia vivida del colaborador.</li> <li>• Se dispone a reconocer el impacto y la resonancia corporal y afectiva que viva en la interacción con el colaborador.</li> </ul> <p><b>Sobre los modos de interacción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crea un ambiente de aceptación y respeto, donde el entrevistado se sienta valorado y comprendido desde su propia perspectiva.</li> <li>• Utiliza las palabras/ expresiones del colaborador para mostrar su</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepara de antemano su equipo de grabación y corrobora que funciona adecuadamente.</li> <li>• Tiene a la mano la carta de consentimiento informado y un cuaderno para tomar notas.</li> <li>• Acuerda con la persona la finalidad, la duración y el lugar de las entrevistas.</li> <li>• Acuerda con ella su consentimiento por escrito para grabar la entrevista, el uso que le dará a la información de la misma, y cómo protegerá la confidencialidad.</li> <li>• Pide al colaborador que describa a qué se refiere y qué significados están en su vivenciar, cuando utilice palabras que parecen importantes, o expresiones generales de uso cotidiano tales como “me siento muy bien”, “no pasa nada”, “estuvo padrísimo”</li> <li>• Permite que la colaboradora hable de temas aparentemente desconectados del tópico de la investigación hasta cerciorarse que efectivamente no tienen conexión con él; es decir, está atento a la aparición de temas</li> </ul>
--	--

<p>comprensión de lo vivido y los significados sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende a las expresiones corporales</li> <li>• Propone tentativamente al colaborador posibles modos de simbolizar lo que quiere expresar y no parece encontrar como hacerlo</li> <li>• Hace preguntas abiertas que le faciliten al colaborador atender a nuevos aspectos de su experiencia.</li> </ul>	<p>emergentes y permite que se expresen y se aborden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No discute las opiniones del colaborador, ni expresa sus propias opiniones sobre el tópico.</li> <li>• Agradece a la persona su colaboración.</li> </ul> <p><b>Después de la entrevista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registra los datos generales básicos, pertinentes para la temática de la investigación: edad, sexo, fecha, lugar y hora de la entrevista, contexto de la misma.</li> <li>• Transcribe el contenido de las entrevistas en su totalidad.</li> <li>• Conserva los respaldos necesarios de las transcripciones, cuidando la confidencialidad de los mismos.</li> <li>• Archiva debidamente la carta de consentimiento informado que firmó el colaborador.</li> <li>• Guarda los registros video o audio-grabados de las conversaciones.</li> <li>• Realiza el análisis de las entrevistas siguiendo los lineamientos de la metodología a utilizar.</li> </ul>
--	---

Con base a las ideas y consideraciones expuestas anteriormente, para la realización de esta investigación se aplicó la entrevista fenomenológica de la siguiente manera:

### 3.3.1. Entrevista a familiares de personas adictas

#### 1. Datos generales

Nombre:

Fecha de entrevista:

Lugar de la entrevista:

Grupo de autoayuda al que pertenece:

#### 2. Trayectorias

##### De la madre del adicto

Datos personales	<p>Nombre</p> <p>Edad</p> <p>¿De dónde eres?</p> <p>¿Qué estudios tienes?</p> <p>¿Dónde has trabajado?</p> <p>¿Qué actividades has realizado en el trabajo?</p> <p>¿Tienes prestaciones?, ¿cuáles?</p>
Miembros de la familia (de la entrevistada)	<p>Platícame de tu familia</p> <p>¿Quiénes integran tu familia?</p> <p>¿Qué edad tienen?</p> <p>¿Qué estudian?</p> <p>¿En qué trabajan?</p>

	<p>¿Cómo se llevan entre ellos?</p> <p>¿Qué actividades hacen juntos?</p>
Uso de tiempo libre	<p>¿Qué haces en tu tiempo libre?</p> <p>¿Qué te gusta hacer?, ¿Cómo te diviertes o entretienes?</p> <p>¿Qué tiempo dedicas a divertirte o entretenerte?</p> <p>¿Cuál es tu pasatiempo favorito?</p>
Grupos a los que pertenece	<p>¿Participas en algún grupo?</p> <p>¿Desde cuándo?, ¿Qué haces en ese grupo?</p> <p>¿Qué realizas?</p>
Sobre la adicción de su hijo	<p>¿Cómo te diste cuenta de la adicción de tu hijo(a)?</p> <p>¿Qué observaste en su conducta?</p> <p>¿Cómo era la vida de tu hijo(a) antes de la adicción?, ¿Cuáles conductas de tu hijo(a) te dieron alerta sobre una posible adicción?</p> <p>¿Qué habrá influido para que tu hijo(a) cayera en las drogas?,</p> <p>¿Cómo es la vida de tu hijo(a) desde la adicción?,</p> <p>¿En qué ha cambiado la vida familiar desde la adicción de tu hijo(a)?</p> <p>¿Cómo vives la relación de pareja desde la adicción de tu hijo(a)?</p>



	<p>¿Cómo te relacionas con tus otros hijos desde la adicción de tu hijo(a)?</p> <p>¿Cómo se relacionan tus hijos(as) entre sí?</p> <p>¿Cómo trataste ayudarlo(a)?</p>
<p>Exploración de la dimensión psico espiritual.</p> <p>La espiritualidad muestra tres ejes fundamentales derivados de las relaciones que la persona establece consigo misma, con los otros y con la trascendencia, a través de la búsqueda de sentido y propósito de vida, dar sentido al sufrimiento: Afrontamiento del dolor, aprendizaje de la experiencia dolorosa, capacidad de resignificar la experiencia.</p> <p>Capacidad de transformar la realidad</p>	<p>¿Profesas alguna religión?</p> <p>¿Qué significa para ti creer en un ser superior?</p> <p>¿Pertenece algún grupo religioso?</p> <p><b>Sobre el sentido y propósito de vida</b></p> <p>¿Qué sentido o significado tenía para ti la vida cuando descubriste la adicción de tu hijo(a)?</p> <p>¿Qué cambió en tu vida al saber de la adicción de tu hijo (a)?</p> <p><b>Sobre la resignificación de la realidad de un hijo adicto.</b></p> <p>¿Qué significó para ti saber que tu hijo(a) era adicto?</p> <p>¿Cómo afrontaste esa realidad?</p> <p>¿Quién o qué te sirvió para afrontar esta realidad?</p>

## Trayectoria adictiva del familiar

Datos personales	<p>¿Cuál es el nombre tu hijo (a)?</p> <p>¿Cuántos años tiene?</p> <p>¿Qué nivel de estudio tiene?</p> <p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>¿Tiene hijos? ¿Cuántos?</p> <p>¿En qué trabaja? ¿Qué actividades realiza?</p>
Historia de la adicción	<p>Aparte de tu hijo (a), ¿hay otros adictos en tu familia?</p> <p>¿Cómo te diste cuenta de su adicción?</p> <p>¿A qué edad comenzó su adicción?</p> <p>¿A qué es o era adicto(a)?</p> <p>¿Con qué frecuencia se droga o se drogaba?</p> <p>¿Cómo se comporta cuando está drogado(a)?</p> <p>¿Cómo es su comportamiento cuando no está drogado(a)?</p> <p>¿Ha recibido algún tipo de ayuda? ¿Cuál?, si responde que no, preguntar las razones.</p>
Proceso de rehabilitación	<p>¿Cómo inició su proceso de rehabilitación?</p> <p>¿Quiénes se vieron involucrados para que iniciara su rehabilitación? ¿Cómo fue el proceso de rehabilitación para tu hijo(a)? ¿Cuánto tiempo lleva? ¿Quiénes de la familia se involucraron en el</p>

	proceso de rehabilitación? ¿Cómo viviste el proceso de rehabilitación?
--	--

### Trayectoria de la participación de la madre en el grupo de autoayuda

Sobre el grupo de autoayuda	<p>¿Cómo conociste este grupo?</p> <p>¿Quiénes más de tu familia participan en el grupo?</p> <p>¿Cuántos tiempo llevas en él?</p> <p>¿En qué te ha ayudado este grupo?</p>
Sobre la vivencia y experiencia del grupo	<p>¿Cómo ha sido tu experiencia en el grupo de autoapoyo?</p> <p>¿Cuáles son las vivencias que más valoras?</p> <p>¿Qué es lo más te ha servido de la participación en este grupo?</p> <p>¿Cuáles son las lecciones de vida que has aprendido en el grupo?</p>
Sobre la reconfiguración de la dimensión psicoespiritual	<p>¿Cómo ha cambiado el sentido de tu vida a partir de tu participación en el grupo?</p> <p>¿Cómo afrontas el dolor y sufrimiento de la adicción de tu hijo(a)?</p> <p>¿Cómo has resignificado para ti y tu familia tener un hijo adicto(a)?</p>

### 3. Sobre los temas transversales.

- Adicciones
- Familiares de adictos
- Codependencia

- Reconfiguración de la dimensión psicoespiritual
- Grupo de autoayuda

### **3.4. Referente empírico**

La muestra empleada para esta investigación consta de cuatro madres que tienen hijos con problema de adicción, que participan en un grupo de autoayuda de familia Al Anon.

Las características de estas madres son:

Edades: entre los 35 y 65 años

Tiempo de participar en el grupo: desde 1 hasta 8 años

Características de las madres: la mayoría de las madres son casadas, a excepción de una que es viuda; todas cuentan con carrera profesional, dos son madres jubiladas, una se dedica a las labores del hogar y otra continúa trabajando.

Características de sus hijos: 4 hombres y 1 mujer; que iniciaron su problemática adictiva en la etapa de la adolescencia entre los 15 y 18 años, estuvieron internados en clínicas de rehabilitación desde un año hasta dos. Solo un hombre y una mujer continúan su proceso de rehabilitación, los otros tres jóvenes han desistido de su participación.

### **3.5. Encuadre ético de la investigación**

Desde el primer contacto vía telefónica con las madres, para pedirles una cita, después del saludo y la presentación como estudiante del Iteso, se les informó que esta solicitud era con fines de investigación, y que las entrevistas serían audio grabadas. En ese primer momento accedieron con mucho gusto.

El día del encuentro con cada madre se le explicó detalladamente tanto el encuadre de la entrevista fenomenológica, como el hecho de que la información que nos brindara sobre su experiencia sería tratada confidencialmente dentro del trabajo de

investigación, se le entregó la carta de consentimiento, la cual se le pidió leyera y firmara. (anexos)

Se agradece la disponibilidad y sinceridad que las madres tuvieron para compartir su experiencia de vida con la intención de ayudar a otros.

### 3.6. Trabajo de análisis

En la primera fase de este trabajo de análisis se realizó la interpretación de las entrevistas fenomenológicas aplicadas a las madres; esta actividad consistió en releer las entrevistas, identificar y subrayar las ideas y conceptos que se relacionaban con el tema a investigar y realizar una interpretación de lo que la entrevistada manifestaba. Con este ejercicio se realizó una depuración de la información que se utilizaría en la segunda fase.

La segunda fase consistió en leer nuevamente las entrevistas y las interpretaciones realizadas para iniciar la categorización de esta información, la cual se hizo agrupando en tres grandes bloques o paquetes las evidencias encontradas de acuerdo con el objetivo de la investigación. Después de agrupar la información se procedió a titular la categoría y subcategorías describiendo su contenido.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
<p><b>1. TENGO UN HIJO ADICTO: Entre la negación y la aceptación.</b></p> <p>Esta categoría de análisis aborda la etapa en la que la madre vive un continuo entre la negación y aceptación de la enfermedad de su hijo; no quiere ver la realidad por el dolor y la vergüenza que le causa, por lo cual niega las conductas adictivas pensando que son una etapa o fase, después intenta solucionar el</p>	<p><b>1.1. Mi hijo no...</b></p> <p>En esta subcategoría analizamos las conductas de negación de la madre ante la adicción de su hijo.</p>
	<p><b>1.2. Yo puedo salvarlo.</b></p> <p>En esta subcategoría analizamos los recursos que utiliza la madre para “salvar” a su hijo de la adicción.</p>
	<p><b>1.3. Ya no puedo más.</b></p>

<p>problema con sus propios recursos, hasta darse cuenta de la fractura de los vínculos que se han ocasionado y acepta que hay un problema con la conducta adictiva de su hijo y que ella no puede más con la situación.</p>	<p>En esta subcategoría analizamos la etapa en la que la madre ya no puede negar el problema adictivo, pues se han creado fracturas a nivel familiar, entre la pareja y entre los hermanos; se evidencia también el proceso de búsqueda de ayuda fuera de la estructura familiar.</p>
<p><b>2. ¿SOY CODEPENDIENTE? Conociéndome a través de los otros.</b></p> <p>Esta categoría comprende la llegada de la madre al grupo de autoayuda; el inicio de su proceso de conocer y aceptar que tiene una enfermedad emocional que ha afectado su vida y que ha influido en la enfermedad de su hijo.</p>	<p><b>2.1. El grupo un espejo que me refleja.</b></p> <p>Esta subcategoría describe el estado emocional con la que llega la madre al grupo, el proceso de conocimiento y aceptación de su enfermedad a través del compartir de las demás, el desarrollo de lazos de unión en el grupo y los conflictos generados por pertenecer a él.</p>
	<p><b>2.2. La madrina: una guía espiritual</b></p> <p>Esta subcategoría describe el acompañamiento psicoespiritual que recibe la madre a través de la figura de la madrina, el inicio y desarrollo de los vínculos relacionales entre madrina-ahijada, los elementos que conforman esta relación (sujeción-obediencia).</p>

	<p><b>2.3. Los principios espirituales</b></p> <p>Esta subcategoría describe la práctica de los principios espirituales como herramientas que ayudan a la reconfiguración de la dimensión psicoespiritual.</p>
<p><b>3. EL DESPERTAR ESPIRITUAL: un nuevo estilo de vida.</b></p> <p>Esta categoría aborda los cambios realizados por la madre que ha participado en el grupo de autoayuda, donde se percibe su capacidad de agencia y lo evidencia en las nuevas relaciones que tiene con ella misma, con el familiar adicto, con la familia y con la trascendencia; así como la nueva perspectiva que tiene hacia la vida</p>	<p><b>3.1. Suelta las riendas, y entrégaselo a Dios.</b></p> <p>Esta subcategoría describe a través de un lema utilizado por las participantes del grupo como ellas han logrado a través de su relación con su ser superior expresar y manejar sus emociones, controlar pensamientos obsesivos, aceptar que tienen un hijo adicto al cual no pueden cambiar; pero pueden vivir en paz con ellas mismas.</p> <p><b>3.2. Vive y deja vivir: libertad, respeto, responsabilidad y límites.</b></p> <p>Esta subcategoría describe las nuevas relaciones que han formado con su pareja, familia y su hijo adicto; en las cuales son capaces ahora de respetar la forma de vida de su hijo, de vivir en libertad, de transformar la culpa en</p>

	responsabilidad y poner límites en su conducta.
	<p><b>3.3. Un nuevo proyecto de vida.</b></p> <p>Esta subcategoría aborda la nueva perspectiva de vida que tiene la madre, evidencia la capacidad que tiene de hacerse cargo de sí misma y buscar una mejor calidad de vida.</p>

La tercera fase del trabajo de análisis consiste en sistematizar la información seleccionada por categorías y subcategorías en una matriz de tres tablas que contenga la evidencia encontrada, la interpretación y la teoría que fundamenta dicha evidencia. Esta matriz es el documento que nos ayudará a escribir los resultados; un tejido fino entre evidencias, interpretación y teoría que dan respuesta a la pregunta de investigación.



# **IV. RESULTADOS**

#### **4.1. Tengo un hijo adicto: entre la negación y la aceptación**

Descubrir que un miembro de la familia tiene problemas de adicción, produce un fuerte impacto en la estabilidad familiar debido a los cambios y pérdidas que deben enfrentar a nivel individual, social y económico. Este impacto de descubrir la adicción es un proceso largo y doloroso que se vive entre la negación y la aceptación de la realidad.

Al respecto Valverde y Pochet (2003:45) nos señalan que la negación “es un mecanismo conductual que se posesiona en la dinámica familiar” como un medio para sobrevivir entre ellos y la sociedad. Este mecanismo es utilizado por el adicto y los familiares para evadir la realidad de la enfermedad, el malestar emocional y la presión social.

Para la madre, descubrir y aceptar la adicción de su hijo es un momento crucial en su vida, rompe la estabilidad emocional en la que ella se encuentra, pues observa cómo se desestructura su ambiente familiar por la tensión, la incertidumbre y la violencia; cómo se fracturan los vínculos relacionales entre los miembros de la familia y cómo se destruyen las expectativas que tenía sobre la vida de su hijo; así como también evidencia las conductas “disfuncionales” que vive y se viven dentro de la familia: tales como las conductas dependientes, falta de comunicación, falta de límites, relaciones distantes, etc.

Este darse cuenta, para los familiares cercanos de un adicto es tan doloroso, que buscan formas de protegerse y encuentran en la negación la forma de hacerlo. Al respecto Beattie (1996) señala que la negación es el recurso “que absorbe el *shock* para el alma”, ella lo considera como una reacción instintiva y natural al dolor, a la pérdida y al cambio, que protege a la persona de los golpes de la vida hasta que pueda descubrir en sí misma otros recursos para afrontarlos.

En este sentido, la negación es utilizada por la madre para evadir la enfermedad de su hijo, aun cuando las manifestaciones son evidentes; ella prefiere “no ver” o minimiza la situación considerando que es una fase, una etapa pasajera debido al proceso de desarrollo del adolescente, a los nuevos amigos, a las situaciones

difíciles o estresantes que está viviendo su hijo. Marcela refiere: “yo no me di cuenta...bueno sí, lo que pasa es que se juntó con la adolescencia, yo pensé que era la rebeldía de la adolescencia ¿no? yo nunca pensé que iba a estar en drogas bueno de hecho yo todavía no sé cuándo empezó, es una de mis grandes dudas, no sé si algún día voy a saber, pero yo pienso que el empezó en secundaria”

Este “ver sin ver” la protege de la realidad confusa que representa la adicción y del desconocimiento de la enfermedad, pues de alguna manera sabe que es grave, pero todavía no advierte los alcances que pueda tener en la vida de su hijo y de su familia; la protege también, de la pérdida de imagen ante los demás como “familia perfecta” o “madre perfecta”. María comenta: “¡yo no sabía! por una parte era la ignorancia de la enfermedad y por otra mi negación, mi gran negación: *¡todo está bien, aquí no pasa nada, esta es una situación de momento que estamos pasando, somos una familia bien!*”

También utiliza este mecanismo para evadir y minimizar las contradictorias emociones que experimenta hacia sí misma, hacia el adicto y su familia, los cuales le producen malestar como culpa, vergüenza, miedo, enojo. María comenta: “yo sentía mucha vergüenza, me apenaba mucho mi imagen: ¡cómo el hijo de María! yo estaba enojada, desilusionada porque me hice expectativas de que fuera un hombre así bien caballero, muy correcto, que fuera un prototipo de hijo...”

Beattie (1996) señala que este proceso de aceptar la realidad se vive en cinco etapas, las conocidas por el proceso del duelo: negación, ira, regateo, depresión y aceptación. Estas etapas no se viven de forma progresiva, sino que se fluye entre ellas hasta llegar a la aceptación.

Este continuo entre la aceptación y la negación que viven el adicto, los familiares y en nuestro caso específico la madre, puede durar meses o años, lo que significa un retraso en la rehabilitación del adicto y la familia, de aquí la importancia de conocer este proceso.

## **La adolescencia, etapa propensa a la adicción**

Sáenz (2003), Valverde y Pochet, (2003) y Martínez et al. (2005) señalan la adolescencia como la etapa más vulnerable para el inicio y desarrollo de la adicción e identifica como factores que pueden influir dentro del ámbito familiar para que se presente esta problemática: el divorcio, la separación, la muerte de uno de los progenitores, padres adictos, padres periféricos o sobreprotectores; relaciones conflictivas entre los padres, un ambiente familiar permisivo, sin límites claros o demasiado hostil y rígido, así como vínculos afectivos débiles entre padres e hijos.

Al respecto Martínez et al. (2005) señala que la familia juega un rol fundamental para el ajuste emocional y social del adolescente, pues si experimentan afecto, cercanía y un desarrollo adecuado de normas en la familia serán menos propensos al consumo de drogas. Por su parte Sáenz (2003) señala también que el abuso de sustancias adictivas se define como un fenómeno familiar, pues parece depender fundamentalmente de la calidad de la relación entre padres y adolescentes.

Nos parece importante remarcar las afirmaciones anteriores pues dentro de la investigación realizada, todas las entrevistadas señalaron que la edad de inicio de la adicción de sus hijos fue entre los 15 y 17 años; por lo cual confundieron los síntomas de la adicción con los cambios propios de esta etapa. De acuerdo con esto Marcela nos señala: “yo creo que mi hijo empezó como a los 16, porque empezó a ser muy rebelde, pero yo lo asocié con la adolescencia, nunca me imaginé que eran drogas”.

Si bien es cierto que puede confundirse el comienzo de la adicción con los cambios de la adolescencia, existen también otras creencias que evitan el pronto descubrimiento de esta problemática. Estas creencias están sostenidas por el desconocimiento de la adicción como una enfermedad grave; la permisividad social hacia el uso de ciertas sustancias adictivas como el alcohol y el tabaco; y creencias respecto al género masculino, donde los padres son más permisivos con las salidas fuera de casa, se confía de más en los jóvenes varones y no se preocupa por

indagar sobre los lugares o amistades que frecuentan; así como la permisividad para experimentar a temprana edad con el alcohol o el tabaco.

### **Periodos de la adicción**

Bruno y Maselli, citados por Luna (2005) plantean tres periodos que describen el desarrollo de la problemática adictiva hasta el descubrimiento de ésta por parte de los familiares cercanos:

#### **Primer periodo**

Se produce desde el primer contacto del adolescente con la sustancia psicoactiva hasta el momento en el cual los maestros, amigos, familiares o padres se enteran de la adicción. Aquí comienzan los primeros cambios físicos, psicológicos y conductuales del adicto y suelen ser discusiones, agresividad, rebeldía; cambios en la forma de vestir, cambios en las relaciones de amigos, sueño excesivo, ojos rojos, aliento alcohólico, robos. Estos cambios generan problemas en el ámbito escolar y laboral; algunos padres empiezan a sospechar que existe un problema de adicción a través de estas evidencias.

De acuerdo con esta fase, la mayoría de las entrevistadas refieren haberse enterado de la conducta adictiva de su hijo por los cambios conductuales, por información de terceras personas como amigos y familiares; y también por reportes de parte de la escuela. Al respecto, Sofía nos comenta: “yo me di cuenta del problema cuando expulsaron a mi hijo de la secundaria porque le descubrieron marihuana en la mochila”.

#### **Segundo periodo**

Este periodo comienza con el descubrimiento de la adicción y termina con la búsqueda de asesoría para tratar el problema. En este periodo la familia comienza a vivir comportamientos ambivalentes respecto al hijo, estos van desde la agresividad, hasta regalos para tratar de controlar la situación. Sofía nos comenta: “yo fui muy dura con mi hijo, porque quería que entendiera, conmigo fueron insultos,

golpes, yo lo traté muy mal”. Marcela refiere: “su papá y yo hablamos con él, le ofrecimos de todo, desde cambio de escuela, un viaje, terapia, trabajo...todo”

Surgen también conflictos entre los padres para ponerse de acuerdo sobre lo que deben realizar; en este caso, si el adolescente tiene un alto grado de adicción, no podrá dejar las sustancias, lo cual acentuará los conflictos dentro de la familia hasta evidenciar la patología familiar, la cual inicia con el mecanismo de negación.

### **Tercer periodo**

En este periodo la familia ha logrado pasar de la negación a la aceptación de la enfermedad y comienzan a buscar ayuda externa, pues ya se dieron cuenta de que su hijo no va a superarlo por sí sólo y que la familia tampoco está capacitada para ayudarlo. En este apartado nos situaremos en el segundo periodo de la adicción, cuando la familia ya se ha dado cuenta de la adicción de su hijo.

#### **4.1.1. Mi hijo no...**

Cuando la enfermedad adictiva del hijo ha sido descubierta, la culpa, el dolor y la vergüenza que siente la madre son tan grandes que el único camino que encuentra para soportarlo es la negación. En este sentido, Beattie (1996) compara la negación a un estado de aturdimiento y pánico que imposibilita aceptar o reconocer la realidad y lo considera un medio que se utiliza para desechar información devastadora e impedir que las personas se sobrecarguen o se vivan amenazadas. Valverde y Pochet (2003) señalan también que, la negación es un mecanismo que bloquea la conciencia de la persona respecto a lo que la molesta o afecta y corta el flujo de emociones con respecto al adicto, pues se vive en una ambivalencia entre el amor y el odio. Ellos señalan cinco características de este mecanismo: racionalizar, minimizar, proyectar, hostilidad y evitación.

En este sentido la madre de un adicto utiliza el mecanismo de la negación para no enfrentarse al dolor de haber “fracasado como madre” y no enfrentar la vergüenza y decepción de tener un hijo adicto, por lo cual, trata de encubrir, justificar y minimizar las conductas de su hijo ante ella misma y ante los demás.

Al respecto de esta situación, la mayoría de las entrevistadas refiere que cuando descubrieron el consumo de sustancias adictivas por parte de sus hijos pensaron que era una situación pasajera, que no era grave, pues “todos la prueban”, que era una moda, o una fase de curiosidad, por lo cual, no le dieron la debida importancia. Marcela nos comparte: “yo sí sabía que él estaba fumando marihuana, pero no lo vi tan grave, ya ves que está de moda”.

Otras de las formas en que negaron la realidad, fue a través de la justificación y el autoengaño: “yo decía: ¡no, mi hijo, no! porque él tiene disciplina futbolística, él está en el deporte, en realidad solo me engañaba”.

Este negar la realidad, también es originado por la necesidad de cuidar la imagen ante los demás, para no ser rechazados socialmente: sobre esto María comenta: “yo me la pasé cuidando la imagen para que todo mundo viera que estábamos bien, que éramos exitosos, que éramos triunfadores y la verdad es que éramos una familia muy enferma, muy disfuncional”.

En esta fase, la madre, el adicto y la familia se han vuelto expertos en evadir, minimizar, justificar y cubrir ante sí mismos y ante los demás la magnitud de la enfermedad adictiva. Por un lado, el adicto niega su enfermedad y cree que por sí solo puede dejar la adicción, por otra parte, la madre niega la enfermedad de su hijo, minimiza su alcance, empieza a dudar que su hijo por sí solo supere la adicción, pero cree que ella sí puede salvarlo y comienza a buscar los medios para hacerlo.

#### **4.1.2. ¡Yo puedo salvarlo!**

Este continuo entre aceptar y negar la realidad llevan a la madre a creer que ella puede salvar a su hijo, por lo cual busca y pone los medios que están en sus manos para hacerlo, sin embargo, en estas acciones hay una doble intención, por una parte, ayudar, proteger y cubrir al hijo adicto y por otra, protegerse a sí misma, de la vergüenza, la culpa y la crítica de los demás.

Beattie (1996) identifica este deseo o necesidad de salvar al otro, como una de las características del codependiente y lo describe a través del triángulo dramático de

Karpman. Ella señala que la persona juega un triple rol de rescatador, perseguidor y víctima. Inicia con el papel de rescatador tratando de hacer lo que está a su alcance para remediar la situación, en el fondo, es una forma de controlar las acciones de su hijo; pero al ver que no dan resultado se vuelve un perseguidor resentido, se llena de ira y actúa llevado por el enojo, trata de “castigar” al otro, por no ser capaz de cambiar. Cuando la persona a la que trata de rescatar manifiesta su descontento, entonces la persona codependiente juega el rol de víctima donde abundan los sentimientos de desamparo, dolor, pena y vergüenza, y se pregunta ¿por qué su ser querido es así?, si ella ha hecho lo mejor por el otro.

En este triángulo de rescatador, perseguidor y víctima que viven madre e hijo; el adicto hace promesas de cambio que la madre cree, y se llegan a acuerdos y tratos que al no ser cumplidos generan frustración y enojo en la madre. Sobre esta situación señala Ivett: “entonces llegamos al acuerdo de que le íbamos a dar seis meses para que asistiera a terapias...no lo hizo, me enojé con él; entonces su papá y yo lo buscábamos para llevarlo a la terapia”.

Otro de los medios que utiliza la madre para ayudar a su hijo es el control, ella intenta controlar todos sus movimientos, está pendiente de todas las acciones que realiza su hijo. Esta forma de actuar es agobiante para ella y asfixia a su hijo, provocando enojo y resentimiento. María nos comenta: “Yo controlaba el teléfono, si hablaban sus amigos les decía que no estaba, para evitar que se fuera”.

Otros medios que también son utilizados por las madres para hacer reaccionar a sus hijos, son los insultos, amenazas y golpes. Este recurso en realidad fractura más la relación entre madre e hijo, deteriora la autoestima del adicto y genera culpa en la madre. Sofía nos refiere lo siguiente: “yo era muy ofensiva y dura con él, por mi frustración y porque lo quería hacer reaccionar, pero hacía lo contrario, lo pisoteaba y pisoteaba más, al final yo me sentía culpable”.

La frustración y enojo de que el hijo no cambia, a pesar del diálogo, los acuerdos y promesas, hace que la madre en momentos de desesperación actúe de forma más agresiva con su hijo, por consiguiente, hay distanciamiento entre ellos, y culpa en la



madre. Marcela comparte lo siguiente: “yo lo corrí de la casa, después regresó, pero haberlo corrido todavía me duele”.

Sin embargo, esta culpa, el adicto la utiliza como un recurso para manipular y chantajear a su madre, sabe que ella se siente preocupada por su bienestar y se siente culpable por su enfermedad, por lo cual, consigue de ella lo que quiere. Sobre esto María nos refiere: “él sabía que yo me sentía culpable y sabía cómo sacarme las cosas...yo le depositaba dinero, aun cuando sabía que era para el alcohol”.

Esta fase de intentar “salvar” al hijo es desgastante, la madre vive con frustración, pues se da cuenta que los medios que utiliza no sirven para ayudar a su hijo. Es quizás este punto en que la madre se experimenta frustrada e impotente que empieza a entender que ella sola “no puede” y que necesita buscar ayuda.

#### **4.1.3. ¡Ya no puedo más!**

El evidente deterioro físico y psicológico del adicto, las constantes promesas rotas de dejar la adicción y los múltiples intentos fallidos por parte de la madre por salvar a su hijo, hacen que llegue a un punto crítico en el cual ya no puede más, porque ya no es posible seguir cubriendo, justificando o minimizando la situación debido a las conductas riesgosas de la persona adicta que ponen en peligro su vida y la de los demás. Sobre esta situación Medina et al. (2001:7) señalan que las adicciones en sí, no solo representan un trastorno para el adicto, sino que traen consigo problemas médicos y comunitarios como los accidentes, enfermedades y distintas formas de violencia.

En este sentido la persona adicta no sólo pone en peligro su vida al consumir sustancias que deterioran su salud, sino que con sus conductas riesgosas ponen en peligro el bienestar de los demás. Ivett comenta: “un día llegaron a mi casa y me dijeron: oye, tu hijo está en la avenida, bien dormido con el carro encendido, él estaba completamente borracho, tuvo que ir su papá para traer el carro”. Marcela nos refiere también: “cuando me enteré que mi hijo, no sólo consumía droga, sino que además la vendía en la casa, yo me apaniqué porque todos estábamos en peligro”.

Otra de las manifestaciones críticas que le impiden a la madre seguir negando la realidad que vive, son los cambios que se han originado en el ambiente familiar, donde se evidencia el aumento de violencia física, verbal y emocional. Esta situación provoca fracturas en las relaciones parentales y fraternales. Al respecto Hinojosa et al. (2018) nos señala que la adicción somete a todos los miembros de la familia a un malestar emocional, experimentando incertidumbre, estrés, sufrimiento moral y psicológico, destrucción de las relaciones y la comunicación al interior del núcleo familiar.

Este malestar se evidencia en la fractura relacional entre los padres, pues se observa entre ellos falta de comunicación y desacuerdo para resolver la situación adictiva. Muchas de las veces, el padre es más renuente a creer que hay un problema, por lo que su participación en la resolución de este conflicto puede ser nula o tardía, ocasionando con esto disgusto, enojo, resentimiento, culpabilidad y descalificación a la persona que sí reconoce el síntoma. En este sentido, Sofía nos refiere lo siguiente: “al descubrir la adicción comenzaron los conflictos muy fuertes en mi casa, la guerra entre mi marido y yo era porque él no creía, él decía: ‘no, mi hijo no es capaz de eso, tú estás loca”.

Esta situación de conflicto entre los padres se ve agravada, por la violencia física y verbal que en muchas ocasiones ejerce el hijo adicto en contra de sus familiares, especialmente hacia sus padres. Ivett nos comenta: “él empezó a reaccionar muy violento, ante todo, eran siempre gritos y amenazas, un día lo vi tan enojado y al papá igual que casi se golpean”.

Al mismo tiempo que la relación de los padres se deteriora, la relación entre los hermanos también se ve afectada, pues ellos culpan a la persona adicta de la situación de la familia y del conflicto entre los padres. Además, estos hermanos pueden sentirse resentidos por el abandono que viven, debido a la atención focalizada que tienen los padres hacia la persona adicta. Al respecto María nos comenta: “mi hija odia a su hermano, ahora me doy cuenta, yo estaba tan enfocada en él que la descuidé, entonces, ella siempre me dice: yo lo aborrezco, no lo quiero ver”.

Esta disfuncionalidad de las relaciones que se vive en la familia, afecta el ámbito social en el que se desenvuelve la madre, pues ante el temor de perder la imagen y ser criticada por los demás, muchas de las veces prefieren cortar relaciones, con lo cual impide también la posibilidad de recibir el apoyo que otros le puedan brindar, lo que ocasiona que esta experiencia dolorosa la viva en soledad. Hinojosa et al. (2018) señala que el familiar principal (madre, padre, esposa/o) se aísla socialmente de familiares y amistades en un intento por conservar la buena imagen y no ser señalado, así como para evitar el rechazo social.

Mantener relaciones con los otros es difícil y vergonzoso para la madre, pues es aceptar que tiene un hijo adicto y admitir su “fracaso como madre”, es también exponerse a ser criticada y juzgada por los demás; por lo cual prefiere aislarse, y cortar con redes de apoyo. Al respecto, Sofía refiere: “yo no me abría a los demás, por miedo a la crítica, por miedo a que me dijeran: te equivocaste; yo decidí alejarme de mucha gente”.

Estas situaciones que vive la madre en el ámbito familiar y social producen en ella una constante tensión emocional que va desde el miedo, hasta la ira y frustración. Se vive fuera de sí misma, sin saber manejar y expresar esas emociones, las cuales se convierten en ansiedad, y preocupación excesiva; la abruman también, pensamientos catastróficos obsesivos sobre su hijo y la familia. María refiere: “cuando no estaba mi hijo, me sentía muy tensa, me invadía un miedo exagerado y yo decía: y sí lo matan, y sí lo agreden, o sí el atropella a alguien...cuando él regresaba a casa, ese miedo pasaba a la ira; entonces decía: pero me las va a pagar, ¿por qué me hace sufrir de esta forma?”

La madre del adicto que vive este malestar emocional divide su atención entre el deseo de ayudar a su hijo y solucionar los problemas que este ocasiona. Es una observadora de lo que ocurre en su ámbito familiar, pues se percibe impotente, cansada y desgastada física y emocionalmente. Al respecto Hinojosa et al. (2018) señala que el familiar principal del adicto es capaz de percibir e identificar el sufrimiento que padece, pero es posible que niegue u oculte su existencia porque desconoce la forma de afrontarlo.

Ante esta situación tan desgastante, la madre pierde la capacidad de estar y vivir en el presente, por estar pendiente de las acciones de la persona adicta, lo cual suele ocasionar incapacidad de disfrutar los sucesos cotidianos. Por ejemplo, María refiere lo siguiente: “cuando íbamos a reuniones, ya ni siquiera me fijaba en lo que estábamos platicando, porque yo estaba pendiente de él, de lo que hacía”.

Esta tensión física y emocional que vive la madre, llega a un punto de quiebre, donde la negación ya no le protege de la realidad que desea evadir. La preocupación de ver el deterioro físico y mental de su hijo y la fractura de los vínculos familiares la impulsan a buscar ayuda. Aquí comienza otro proceso, la búsqueda de personas o instituciones que puedan dar solución a la problemática que vive. Podemos señalar que en esta fase el estado de negación termina transitoriamente su función de proteger para dar paso a la aceptación de la realidad que tanto dolor le causa, pero es un síntoma constante que reaparecerá en otros momentos

Valverde y Pochet (2003) señalan que el mecanismo de la negación es el primer obstáculo que la persona adicta y sus familiares, deben enfrentar para poder iniciar la rehabilitación. Ellos consideran necesario romper este “esquema conductual enfermizo” para que pueda ser posible la admisión de la enfermedad y dar paso a un nuevo proyecto de vida basado en un revivir espiritual.

La búsqueda de ayuda fuera del ámbito familiar inicia cuando los padres han superado el mecanismo de la negación y han asumido la realidad de la enfermedad de su hijo. Esta nueva fase comienza con la búsqueda de información, de personas y lugares que puedan orientarlos, pues algunas de las entrevistadas referían no conocer nada sobre el tema, otras manifiestan que sabían de Al Anon y fueron a buscar a información a estos grupos.

Al respecto Rojas et al. (2011) señala que, la demora para buscar atención y servicios para el tratamiento de la adicción se debe a factores objetivos y subjetivos. Entre los subjetivos están precisamente la negación del problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco o nada eficaz, la creencia errónea de que el

problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa o la simple carencia de conocimientos sobre la adicción y el miedo al estigma social. Entre los factores objetivos están los que se refieren a las barreras para la atención: los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios y los problemas de accesibilidad.

Sobre los factores objetivos las entrevistadas refieren que desconocían que había instituciones que se dedicaran a prestar este servicio. De los factores subjetivos, aparte del mecanismo de la negación, la desinformación sobre las adicciones, se encuentran la creencia de que en estas clínicas se maltrata a la persona adicta.

Cuando ya ha cruzado estas barreras de desinformación, la madre entra en otro dilema ¿dónde y cómo internar a su hijo? Sobre este tema todas las entrevistadas afirman haber internado a sus hijos por medio de “engaños”, es decir sin consultarlos, ni avisarles a dónde los llevaban o el por qué los llevaban. Esta experiencia resulta ser para la madre dolorosa y generadora de culpa. Marcela nos refiere: “la experiencia fue difícil porque haz de cuenta que lo secuestraron, fueron a la casa y se lo llevaron. Él estaba drogadísimo, fue un desmadre, y yo me sentí muy culpable”.

Aun cuando la experiencia de internar al hijo suele ser impactante, esta situación da un respiro a la familia y vuelve a vivir “la calma” después de la tormenta. Es tiempo de reagruparse, contabilizar los daños y fortalecer las bases. En este momento la madre y los familiares de la persona adicta, comienzan una nueva etapa, sin saber, comienzan su propio proceso de rehabilitación.

#### **4.2. ¿Soy codependiente? Conociéndome a través de los otros**

Aceptar que se tiene un hijo adicto y reconocer que se requiere apoyo externo para ayudarlo es el preámbulo para iniciar el camino de rehabilitación para la familia. A decir de todas las entrevistadas, comenzar este camino implica para los familiares realizar un proceso de aceptación y autoconocimiento para reconocer que tienen una enfermedad emocional llamada codependencia que ha afectado su vida y que ha influido en el origen y mantenimiento de la adicción de su hijo.

La codependencia en términos generales se puede describir como un estado emocional patológico que se caracteriza por conductas y actitudes obsesivo compulsivas por ayudar, proteger y controlar a otra persona; de tal manera que el codependiente debilita su identidad y pierde el control de su propia vida. Mansilla (2002) define este término como “la adicción a una persona y a sus problemas”; y señala que la adicción y la codependencia son la misma enfermedad porque comparten las mismas características: negación, obsesión, compulsión y pérdida de control.

Sobre el origen de la codependencia autores como Beattie (1996), Mansilla (2002) y Valverde y Pochet (2003) señalan que es una enfermedad que se inicia en la infancia; en la fractura del vínculo relacional con la figura de apego; este fallo en el vínculo imposibilita que la persona desarrolle “su yo”, su identidad y autonomía, por lo cual los familiares al igual que los adictos son personas que tienen problemas de relación; el codependiente busca servir a los demás como una forma de sentirse aceptado, querido o importante y de esta manera aliviar el dolor de sentirse abandonado o no perteneciente al grupo, familia o pareja.

De acuerdo, con esto podemos decir que la codependencia es un problema relacional, es decir que la persona dependiente tiene dificultad para crear y mantener relaciones sanas con los demás y al involucrarse con una persona adicta desarrolla conductas patológicas que mantienen y encubren la adicción, por lo que necesita un tratamiento integral que reconstruya su identidad, fomente su autoestima y reconfigure sus vínculos relacionales.

Autores como Torres (2007); López (2011) y Nizama (2015) plantean que el abordaje terapéutico y de rehabilitación del fenómeno adictivo debe incluir a la persona adicta y su familia para garantizar una estructura emocional y relacional que soporte y sostenga la recuperación, y consideran, además, que el proceso terapéutico debe estar orientado a la construcción de nuevas relaciones familiares.

Sobre la intervención terapéutica, Zapata (2009) señala que además de un proceso psicoterapéutico especializado es necesario también que la familia se vincule a

grupos de apoyo socio-familiar, donde pueda expresar sus emociones y compartir temores y/o expectativas con otras familias que transitan por la misma situación, que le brinde contención en situaciones de crisis y conocimientos para ayudar a la persona adicta en sus recaídas y/o reincorporación en la vida social y productiva.

Barceló (2003) desde el enfoque centrado en la persona define al grupo de autoayuda como un organismo lleno de vida, que participa de una tendencia formativa y actualizante que permite el desarrollo y crecimiento de las potencialidades de sus integrantes, realizando una tarea eficaz y creativa en la creación de “el vínculo” que se describe como una sensación compartida comunitariamente de sentirse cohesionados, es decir de percibirse “ligados afectivamente”.

En este sentido, el grupo de Al Anon, (CoDA, 1995) ofrece una propuesta de ayuda a los familiares de personas adictas, un programa que conjunta un acompañamiento psicoespiritual individual y grupal que tiene sus fundamentos en el desarrollo de la espiritualidad, como una dimensión de lo humano y como un medio de afrontamiento a la realidad que viven; pues consideran que la codependencia es una enfermedad relacional y espiritual, por lo que su recuperación implica la aceptación de un Poder Superior y la práctica de principios espirituales como la oración, la meditación y el servicio.

Es importante señalar que dentro del campo de la psicoterapia existen muchos estudios y propuestas sobre el tratamiento de la codependencia. Cada escuela desde su propia perspectiva ha contribuido para el conocimiento y abordaje de esta enfermedad, pero la riqueza que aporta este programa a la problemática adictiva parte sobre todo de los saberes obtenidos desde la experiencia de quienes han padecido esta enfermedad y han logrado la recuperación; además de su larga trayectoria en el tratamiento y rehabilitación de personas adictas y sus familiares.

A continuación, presentamos de acuerdo con las evidencias analizadas el proceso de reconfiguración psicoespiritual que realizan las personas codependientes en este grupo.

## **Grupos de Familia Al- Anon**

Para el grupo de Al Anon, la codependencia es una enfermedad que deteriora el espíritu, que afecta la vida de la persona, y sus relaciones familiares, sociales y laborales; así como obstaculiza su crecimiento espiritual. Se caracteriza por patrones disfuncionales de conducta como la negación, el control, la conformidad y baja estima. El origen de esta enfermedad se encuentra en “el abuso y abandono” (físico, emocional, sexual, intelectual y espiritual) que se experimentó en las relaciones con personas significativas en la etapa de la infancia. (CoDA, 1995).

Este grupo ofrece como solución a esta problemática la participación en el programa de autoayuda que consiste en: la integración a la comunidad, la participación en las reuniones, el apadrinamiento, la literatura, las conferencias, las convenciones, el trabajo de servicio, la práctica de los Doce Pasos y las Doce Tradiciones de CoDA que han sido adaptados del grupo de A.A. y que reflejan la naturaleza espiritual del programa. (CoDA, 1995)

Como grupo de apoyo mutuo su propósito es brindar a los familiares una comunidad de compañeros donde puedan sentirse acogidos y respetados, por lo que en sus reuniones cada persona comparte libremente su experiencia sin ser juzgada. Además, se les brinda conocimientos sobre la enfermedad que padecen y herramientas para lograr su recuperación, así como también un acompañamiento psicoespiritual personal realizado por un miembro del grupo que se ha rehabilitado y a quien se le denomina padrino/madrina.

Nos parece importante señalar que aun cuando la literatura revisada manifiesta que la problemática adictiva requiere de un abordaje terapéutico integral que incluya a la familia; las evidencias nos muestran que los familiares tienen dificultad para acceder, aceptar y buscar esta ayuda para sí mismo. La mayoría de las entrevistadas nos refieren que ellas no sabían que necesitaban tratamiento y que conocieron al grupo Al Anon cuando internaron a su hijo y se les invitó o sugirió participar en este grupo.



En este sentido llama la atención el desconocimiento que existe en las personas tanto de la enfermedad como de los grupos e instituciones a los cuales se puede recurrir; por otra parte, existen otros elementos que obstaculizan la búsqueda de este apoyo y que tienen que ver más con la enfermedad misma, los cuales se describen a continuación.

### **Un viaje inesperado con compañeros no deseados**

El estado emocional que vive la madre al internar a su hijo es de dolor, enojo, desilusión, experimenta la pérdida de las fantasías, ideales, proyectos, deseos y expectativas que había depositado en su hijo; así como también siente culpa por la situación de su hijo; vergüenza y miedo por la pérdida de imagen como “madre perfecta”, sus preguntas constantes son ¿por qué me hizo esto? ¿en qué fallé?

La madre se encuentra enfrascada en buscar culpables y aun cuando percibe su malestar emocional, no considera atenderse, su obsesión es encontrar sus errores y victimizarse por lo que considera le ha hecho su hijo. Al respecto Sofía nos refiere: “Cuando interné a mi hijo yo estaba muy enojada con todos, con Dios, conmigo, con ese niño, porque yo decía: cómo me pudo haber fallado, sí yo le di todo, las mejores cosas, una escuela privada, todo...”.

En este contexto emocional, la madre recibe la noticia de que ella es codependiente y que necesita realizar un proceso terapéutico para recuperarse y ayudar a su hijo, ante esta situación la mayoría de las entrevistadas refiere que su respuesta fue de sorpresa, duda y rechazo; sobre esto Ivett nos cuenta: “En la clínica que interné a mi hijo, me dijeron que él empezaba su proceso, pero que yo también tenía que hacer proceso, porque todos, no sólo él, estábamos enfermos; yo no entendí de que me hablaban”.

Al respecto, Beattie (1996) señala que es muy difícil convencer a los familiares de personas adictas que ellos padecen una enfermedad y que necesitan ayuda; porque se encuentran tan centrados en los otros que no pueden verse a sí mismos, no pueden expresar lo que sienten, aun cuando experimentan ira, culpa, vergüenza.

Consideran que su única responsabilidad es cuidar a los demás, se encuentran tan preocupados por la vida de los adictos que ignoran sus propias necesidades.

Referente a esta afirmación, y de acuerdo con las evidencias analizadas, se identificaron tres elementos que impiden que la madre de un adicto acepte que tiene una enfermedad y que necesita ayuda. Uno de los elementos es el desconocimiento de los efectos del fenómeno adictivo. La madre considera que el único enfermo es la persona adicta y cree que el internamiento es el fin del problema. Al respecto María nos comenta: “Yo no sabía nada de esta enfermedad, pensé que internar a mi hijo era todo lo que tenía que hacer; que allí lo iban a reparar y todo iba a estar bien nuevamente, qué equivocada estaba”.

Otro de los elementos que impide aceptar esta enfermedad, es la negación, mecanismo sobre utilizado por la madre para enfrentar las situaciones adversas, por lo cual para ella reconocer que es una enferma emocional y que ha influido en la adicción del hijo es un hecho incomprensible que le causa enojo, sufrimiento, por lo cual evade y justifica su situación. Sofia nos refiere: “En la clínica me dijeron que ocupaba un grupo. En primer lugar, yo ni tenía ganas de hablar con nadie, estaba muy enojada porque me dijeron que yo estaba enferma, por eso les dije: yo no ocupo ningún grupo, él que ocupa ya está aquí encerrado, él es el que se drogó, yo no”.

El miedo a perder la imagen es otro de los elementos que impide a los familiares reconocer que necesitan atención terapéutica, en este sentido la madre teme exponerse ante los demás, teme ser juzgada o criticada por la problemática que ha vivido; la culpa y la vergüenza la hacen alejarse de los demás y de la ayuda que pueda recibir por miedo al qué dirán. Ivett nos comenta: “A mí me costó mucho trabajo asistir al grupo porque yo era una persona de imagen, de caretas, del qué dirán, de apariencias, yo no quería hablar con nadie porque tenía miedo a ser criticada”.

Estos elementos provocaron en la mayoría de las entrevistadas, resistencia y rechazo hacia la ayuda que se les ofrecía, su actitud fue de cuestionar y devaluar las sugerencias para asistir al grupo, por lo cual su asistencia en un primer momento

fue por cumplir con la institución, al sentirse obligadas y comprometidas, incluso condicionadas por el “¿qué dirán?”. Sofía nos comenta: “Cuando me dijeron que tenía que participar en el grupo ¡yo no quería ir! la verdad fui por obligación para que no dijeran que no me preocupaba por mi hijo...”.

Esta situación de asistir al grupo por obligación o compromiso, causa en la madre un distanciamiento y desaprobación de la propuesta que se les ofrece, lo cual retrasa su proceso o incluso puede ser factor para no asistir más. María nos comenta: “...entonces empecé ir al grupo, pero yo al principio siempre criticando a los padrinos, criticando el programa, juzgando, yo decía: ¡sí, ajá, así se las han de aplicar!, ¡sí, cómo no, ellos lo han de vivir...qué no sé qué...”.

Otro dato importante, que la mayoría de las entrevistadas refiere, es que aun cuando la invitación es para toda la familia, no todos los familiares participan; quienes asisten y permanecen en el grupo son las madres, mientras que los padres y hermanos (as) son más renuentes a participar o buscar otros medios de ayuda; esta situación origina conflictos en la ya deteriorada relación familiar; los cuales evidenciaremos más adelante.

#### **4.2.1. El grupo un espejo que me refleja**

Cuando las madres logran superar las resistencias antes mencionadas y aceptan la ayuda que se les ofrece en el grupo, inician el proceso, con el apoyo de sus compañeros, se conocen y admiten que tienen una enfermedad que ha deteriorado su espíritu y afectado su vida personal y la de los demás. A través de escuchar y compartir con otros iguales su experiencia, aprenden nuevas formas de relación con ellas mismas y con los demás; y desarrollan vínculos de unión y fraternidad dentro del grupo.

De acuerdo a las evidencias recuperadas en las entrevistas se describe este proceso de ayuda en tres fases que señalan el beneficio que el grupo les aporta a través de compartir experiencias comunes, el apoyo y contención social que reciben a través de sus compañeras y madrina; el conocimiento de la enfermedad: su origen y efectos. Así como la reestructuración cognitiva y emocional que logran a través

del aprendizaje y práctica de los 12 pasos. Por otra parte, la adquisición de sentimientos de autocontrol, autoconfianza y autoestima.

### **Primera fase: siéntate y escucha**

Uno de los síntomas de la codependencia es la incapacidad de contactar con sus emociones, el libro de CoDA (1995) señala que el enfermo emocional, no tiene conciencia de cómo se siente y no puede identificar su sufrimiento, ya que tiende a minimizar, alterar, o incluso negar la verdad sobre sus emociones, porque temen o se preocupan por la forma en que los demás pueden responder a ellas.

Por tal motivo, las primeras sesiones del grupo están bajo la consigna de: “siéntate y escucha” para que las participantes puedan a través de las narrativas de las demás “verse a sí mismas”, contactar con sus emociones y reconocer el estado de vulnerabilidad y fractura en el que se encuentran. Marcela nos refiere: “Cuando llegué al grupo me dijeron: sólo siéntate y escucha; y eso hice, y al escucharlas yo me di cuenta de lo enojada que estaba, dolida ¡histérica! Me sentía reprobada como mamá y me preguntaba ¿pues qué hice?”.

De acuerdo al programa (CoDA, 1995), es imprescindible que la madre conozca y acepte el dolor que experimenta: culpa, enojo, frustración, resentimiento; porque solo reconociendo su malestar, puede tomar la decisión de cambiar. Al respecto Sofía nos comenta: “...yo llegué al grupo, pues lógicamente como todas llegamos allí, yo llegué muy rota, muy frustrada, muy culpable...pero negando mi dolor; para mí fue muy difícil, reconocer lo que sentía”.

Escuchar experiencias vivenciales de otras personas que están pasando la misma situación, favorece en la madre un proceso de identificación de su propia realidad, le ayuda a comprender que no es la única que vive esta experiencia, que hay otras que la padecen, y que no está sola en este caminar hacia la recuperación. María nos comenta: “Entonces cuando escuché a la que estaba en la tribuna dije: es que yo estoy viviendo lo mismo que dice ella, la frustración, la ira, y empecé a identificarme, a ver que yo no estaba loca y que no era la única que vivía así...”.

Después de un tiempo de escucha la persona se encuentra en posibilidad de compartir su propia vivencia, y esta dinámica de escuchar y compartir experiencias comunes va generando un ambiente de sinceridad, honestidad y respeto, donde pueden ser ellas mismas, pues no temen ser juzgadas o criticadas. En este sentido, el grupo de autoayuda se presenta como un espacio de libertad que les da la posibilidad de crear nuevas relaciones y salir del aislamiento autoimpuesto debido a la vergüenza y el temor de ser marginadas.

Al respecto Martín Ferrari et al. (2000) señalan que los grupos de ayuda mutua permiten satisfacer necesidades humanas básicas como la seguridad, afecto, sentido de pertenencia y autoestima; así como sustituir los sentimientos de soledad, sufrimiento, retraimiento y de rechazo por los de comprensión y aceptación de otros iguales con lo cual se cubre la necesidad de actualización personal o autorrealización.

Sin embargo, todas las entrevistadas manifiestan que este proceso de escuchar y compartir es difícil, porque requiere de ellas un trabajo de apertura, honestidad, de adentrarse en sí mismas y expresar lo que sienten: Sofía nos relata lo siguiente: “para mí ha sido duro estar en el grupo, ¡te lo juro! o sea, me ha costado mucho abrirme, encuermarme, porque hay cosas que pensé que iba a llevarme a la tumba, y no, porque allí te enseñan hablar de ti, de lo que te pasa, no hablar de la gente, por eso a mí me ha costado mucho”.

Otra de las experiencias importantes de estar en el grupo son los vínculos afectivos que se van creando entre las participantes, todas las entrevistadas manifiestan que el grupo les ha brindado un espacio de intimidad, honestidad y un ambiente donde se experimentan amadas y acompañadas. Esta experiencia de fraternidad les permite superar dos de los síntomas característicos de la codependencia, la falta de sentido de pertenencia y la fractura del vínculo relacional.

Al respecto Sofía nos dice: “en el grupo te dan un amor bien desinteresado y eso, la verdad te va sanando; la contención y el cariño que te dan es bien diferente al que te dan afuera ¡super diferente, es un amor bien sincero! porque allí te conocen

tal y como eres". El grupo en este sentido les permite experimentar un amor incondicional porque sienten que no necesitan usar máscaras, ni tienen la necesidad de fingir o aparentar lo que no son, o buscar la aprobación del otro.

Este ambiente de sinceridad y honestidad que se genera en el grupo, permite a las madres satisfacer la necesidad de expresar la problemática que viven, sin temor a no ser escuchadas: "la verdad es que yo nunca me expresé hasta que estuve en el grupo, ya sabes que tiene uno un grupo de amigas y eso, pero realmente con ellas no platicas como es, pero aquí sí, se hace un vínculo bien fuerte porque todas tratamos de ser honestas, hasta donde podemos". (Marcela)

Un dato importante que manifestó la mayoría de las entrevistadas sobre la participación de la familia en el grupo de autoayuda, fue la poca o nula colaboración de su cónyuge en este proceso, la mayoría refiere que la no participación de su esposo en el grupo ocasionó conflicto y distanciamiento entre ellos; la mitad comenta que incluso llegó a ser un obstáculo, pues se oponía a que participara en el programa y la mayoría refiere que la no participación de su pareja les provocó más dolor que la negativa de cualquier otro miembro de la familia.

La no participación de los padres en el grupo fractura más la ya deteriorada relación de la pareja y ocasiona desacuerdos sobre el proceso de rehabilitación que lleva el hijo, pues la madre adquiere aprendizajes que le va permitiendo manejar la situación adictiva, que el padre no comprende y no apoya. Ivett nos comenta: "Cuando el hijo salió de la clínica, yo quería que siguiera el programa, hablé con mi esposo, pero no había apoyo porque decía: "ya estuvo mucho tiempo encerrado, ya le quitaste su libertad"; el hijo sabía que el papá no estaba de acuerdo y ya no siguió el programa, volvió a recaer...".

Sobre la negativa de la pareja a participar en un grupo, es una situación que causa sufrimiento y aumenta el sentimiento de culpa y soledad que viven las madres, lo que evidencia las fracturas en la relación marital. En este sentido, todas manifiestan haber realizado un proceso de sanación y perdón hacia su esposo: Ivett nos refiere: "...el periodo que estuvo mi hijo internado pocas veces me acompañó mi esposo a

la clínica; y buscar grupo ¡pues no, porque él no es alcohólico! ¡él no es neurótico como yo!, yo me viví ese año muy resentida, muy desprotegida, muy sola, yo decía: entonces ¿dónde está todo el amor que dice tenerme?”.

Para concluir esta primera fase, rescatamos la importancia del grupo para ayudar a la madre, en primer lugar a reconocer y expresar sus emociones, a través de un espacio de escucha y respeto donde puede compartir con otras iguales lo que está viviendo, y en segundo lugar, brindarle un ambiente donde se siente aceptada tal como es, sin tener que buscar la aprobación de los otros; contenida emocionalmente, pues cuenta con personas que experimentan la quieren y apoyan, lo cual favorece que supere la soledad y el aislamiento social autoimpuesto por la culpa y vergüenza y se propicia la creación de vínculos relacionales sanos.

### **Segunda fase: conociendo mi enfermedad**

La segunda fase, muestra los aprendizajes que la madre adquiere sobre la codependencia, la comprensión y aceptación de ella misma como enferma emocional y la práctica de herramientas para sobrellevarla. El manual de CoDA (1995:18) manifiesta que, con el amor y apoyo del grupo, la guía de otras personas y la confianza en el Poder Superior, la persona puede aceptar su enfermedad. Esta aceptación inicia con el conocimiento de las características de la codependencia y el descubrimiento de sus orígenes en el abuso y abandono que experimentaron en las relaciones significativas de la infancia.

A continuación, se presenta desde la perspectiva de Al Anon las características, origen y efectos de la codependencia en la familia. El orden de presentación es también el utilizado en el grupo, pues las madres codependientes conocen primero las características de la enfermedad en el proceso de identificación que realizan al escuchar la narrativa de las experiencias por parte de sus compañeras más avanzadas.

## **Características de la codependencia**

El manual de CoDA (1995) tiene un listado muy amplio de las características de un codependiente que las podemos agrupar en la negación de sus emociones por temor a la respuesta de los otros; baja autoestima que tratan de compensar en la ayuda excesiva hacia a los demás, búsqueda de aprobación, dificultad para reconocer sus cualidades e incapacidad para pedir ayuda; tendencia a la crítica, juicio y perfeccionismo; dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas con los demás, uso del control y manipulación de los otros.

Beattie (1996) también señala estas características en grandes grupos: solicitud como necesidad de estar al pendiente de los demás; baja autoestima, represión de sus pensamientos y emociones; obsesión por el bienestar de los demás, excesivo control de las personas y situaciones, negación, dependencia al buscar su felicidad en el otro; comunicación débil, límites débiles, falta de confianza, ira, problemas sexuales, excesiva responsabilidad sobre el otro.

Las características de la codependencia con las cuales más se sienten identificadas las madres entrevistadas son las siguientes: negación, culpa, agresividad, neurosis, autocompasión, búsqueda de perfección, aceptación y reconocimiento, baja autoestima, vacío espiritual, insatisfacción con la vida, infelicidad, soledad, ideación suicida, tristeza, depresión, incapacidad para reconocer y expresar las emociones, incapacidad para poner límites, dependencia y apego del otro, manifestada en obsesión, control, miedo a dejar de ser querida, a lo que digan los demás, al abandono y el rechazo.

El aprendizaje de las características de la codependencia permite a la madre conocer e identificar su enfermedad; “dar nombre” a las emociones que estaban en su interior y que no era capaz de expresar y darse cuenta que “necesita del otro” para sentir que vive, que es buena, que está haciendo las cosas bien, para darse reconocimiento. En este proceso acepta también que “su preocupación por el otro” es para sentirse amada, pero que esto le ha causado sufrimiento a ella y a los demás. Ivett nos cuenta: “yo vivía del miedo: ¡y sí se enoja, y sí me deja de querer!



ese miedo, me hacía quedarme callada, no poner límites...entonces explotaba con los hijos, los agredía, o sea, era descargar todo; lo que no podía gritarle al marido, decirle al marido, era descargarlo con los hijos...”.

En este sentido, la madre inicia un proceso de aceptación de la codependencia que es difícil y le causa dolor, pero que le ayudará a tomar la decisión de cambiar; Sofía dice: “...pues entonces gracias a esto, pude empezar a conocerme y fue muy duro, porque yo decía: ¡pero yo no venía a esto! porque ya te empiezas a conocer, allí se te “expande la conciencia” y ya no se te puede cerrar, ya no te puedes hacer tonta, entonces trabajas o trabajas, la verdad es bien doloroso darte cuenta”

Este “darte cuenta” de la enfermedad es para las madres el inicio de su rehabilitación, es atravesar nuevamente el camino de la negación y la aceptación. El manual de CoDA (1995) refiere este momento como un “despertar la conciencia” que implica la decisión de cambiar no por la fuerza de voluntad, el intelecto o incluso la fortaleza de carácter; sino por la aceptación de un Poder Superior, que guía el duro caminar hacia el desarrollo espiritual y que sostiene la esperanza de la rehabilitación.

### **Origen de la codependencia**

El programa de Al Anon, señala como origen de la codependencia, la fractura en los vínculos relacionales con las figuras significativas en la etapa de la infancia, la fractura se produjo por el “abuso y abandono” en los aspectos emocionales, físicos, sexuales, intelectuales y espirituales; además señala que es necesario como parte de la rehabilitación reconocer y asumir estas fracturas, por lo cual, dentro del grupo, se realiza un aprendizaje sobre estos conceptos (CoDA, 1995).

Al respecto Mansilla (2002) señala que el origen de la codependencia se encuentra en la fractura del vínculo madre-hijo en la etapa de la infancia temprana, pues el ser humano nace con una tendencia al establecimiento del vínculo, que al no ser atendida produce una fractura, lo que impide que la persona desarrolle su *self* verdadero, su propia subjetividad; dando como resultado un trastorno de relación,

por lo cual la persona codependiente tiene problemas para vincularse adecuadamente con los demás.

De acuerdo a Vaughan (2002) la espiritualidad es una dimensión de la personalidad que habita y se desarrolla en lo más íntimo, identificándose con el sí mismo; la cual se expresa en ideas, sentimientos, actitudes y conductas de unidad, pertenencia e integridad hacia uno mismo y hacia el entorno (seres, mundo, universo), llegando a conformar un soporte esencial para la formación de la identidad y sentido de autotranscendencia del individuo. A esta expresión de ideas, sentimientos, actitudes y conductas de unidad e integridad se le reconoce como vínculo espiritual; el cual según Pérez Lancho (2016) se forma en la infancia al tener contacto con contextos y modelos espirituales sanos y competentes, pero se desarrolla y fortalece en la medida que se practica y vivencia.

Vaughan (2002) señala que el sano desarrollo de la espiritualidad proporciona a la persona una autoconsciencia plena de sí misma, de los demás y de la realidad que vive, mientras que la fragmentación de esta dimensión conduce a la alienación, es decir a la pérdida de la autoconsciencia de la propia identidad, y la capacidad de reconocerse parte de este universo; así como la vivencia de sentimientos como desesperación, desamparo y falta de pertenencia.

En este sentido, Nizama (2015) señala también que, un entorno familiar desajustado donde existe desamor, violencia, materialidad, hedonismo, asistencialismo, simbiosis, saciamiento, abandono espiritual y banalidad, influye desfavorablemente en el desarrollo psicológico, emocional y espiritual del infante, predisponiéndolo a desarrollar conductas patológicas.

Al respecto, las entrevistadas dan cuenta del origen de su enfermedad en la problemática familiar, en las fracturas relacionales y espirituales con los padres y en la hipersensibilidad. Sobre la hipersensibilidad no se encontró fundamentos en la literatura revisada del CoDA, comprendemos que tal vez se trate de las tradiciones heredadas por el grupo de A.A.; en donde sí hace referencia a este término.

La mayoría de las entrevistadas refiere que el origen de la enfermedad viene de la infancia, del miedo a perder a las personas significativas, porque se pueden morir, las pueden abandonar o pueden perder su afecto. María nos comenta: “nosotros éramos muchos en casa, yo era la quinta, y siempre me viví con mucho miedo, miedo de perder a mi mamá, yo siempre le ayudaba, porque pensaba: mi mamá se puede cansar, y sí se cansa, se enferma y sí se enferma, se muere...”

Sobre la fractura espiritual, la mayoría de las entrevistadas refiere que se inicia en la infancia, en la relación distante y poco afectiva con los progenitores, cuando no se recibió amor y aceptación incondicional, sino que se vivía con temor al juicio, la crítica, la violencia física, verbal, emocional y sexual. Ivett nos explica: “La fractura espiritual se da cuando los niños son abandonados, se viven con injusticia, miedo, entonces crece en ellos la ira, el rencor; yo te lo puedo decir porque yo vivía con mucho coraje hacia mi papá, por su agresión y abuso sin límites”.

Un ambiente restrictivo, donde no se permite la sana expresión de los afectos, donde no hay comunicación entre padres e hijos, o se condiciona el amor a las expectativas de los demás, también origina conductas codependientes. En este sentido María expresa: “ahora que estoy en el programa sé que yo necesitaba mucho la aceptación y reconocimiento de mi papá, él era muy estricto, entonces yo me esforzaba mucho para que viera que yo era una excelencia académica y me amara”.

Otro aspecto que la mitad de las entrevistadas señala como origen de la enfermedad, es la vivencia de las adicciones dentro de la familia, ellas refieren la presencia de un padre alcohólico y una madre codependiente; también señalaron que el ambiente familiar se caracterizó por la violencia física y el descuido emocional por parte de los dos progenitores. Al respecto, Ivett nos comenta: “yo recuerdo a mi mamá siempre enojada, porque mi papá era alcohólico, y cuando no llegaba mi papá, ella se desquitaba con nosotros, nos agredía por todo”.

Sobre el término de la hipersensibilidad, las entrevistadas fundamentan el aspecto fisiológico de la codependencia, pues señalan que se debe a la disfunción de los

cromosomas 9, 10 y 11, que controlan la “sociabilidad” en los individuos. En este sentido, la persona hipersensible es aquella que es insaciable en lo que recibe de los demás, para ella nunca es suficiente lo que tiene, siempre quiere más; también se refieren a una persona hipersensible como aquella que “ve de más y siente de más”, por tal motivo sufre demasiado por las acciones y palabras de los otros.

En conclusión, de acuerdo con la evidencia y la teoría podemos señalar que el origen de la codependencia se debe a la fractura de los vínculos relacionales y espirituales con las figuras parentales significativas y que los factores que precipitan y mantienen la codependencia son la separación o pérdida de las figuras significativas, ya sea de forma real o simbólica; y los ambientes familiares disfuncionales, con o sin presencia de enfermedades adictivas.

### **Efectos de la codependencia**

El manual de CoDA (1995) señala que, los efectos de la codependencia en la persona se manifiestan en la incapacidad de tener relaciones sanas y amorosas consigo misma, con los demás y con el Poder Superior, pues el codependiente transfiere las características de las personas abusivas de la infancia a las personas significativas en la vida actual, por lo cual se encuentran a la defensiva ante cualquier indicio de vergüenza, abuso o abandono, convirtiéndose en personas manipuladoras y controladoras.

Beattie (1996) plantea que los efectos de la codependencia se manifiestan en la forma de pensar, de sentir y de comportarse hacia sí mismos y hacia los demás. Refiere que este continuo de pensamientos, sentimientos y comportamientos se vuelven habituales creando conductas autodestructivas que provoca que la persona se mantenga en relaciones destructivas que no funcionan y sabotea relaciones que en otras condiciones si hubieran funcionado. Señala también que estas conductas impiden encontrar la paz y la felicidad dentro de sí mismo.

Al respecto Mansilla (2002) refiere que la fractura del vínculo relacional del codependiente lo lleva a establecer relaciones basadas en la preocupación por lo que el otro piensa, en el miedo a la pérdida de la relación, sintiendo y vivenciando

la culpa y siempre tratando de reparar. El codependiente percibe un mundo interrelacional peligroso, entre la necesidad de proteger y el temor a ser abandonado, anticipando la excesiva separación y, sobre todo, la pérdida de amor.

En este sentido todas las entrevistadas manifiestan que conocer el origen de su enfermedad les permite comprender que ellas “transfieren” y repiten su forma de relacionarse con el esposo o los hijos y que estos patrones de conducta, la llena de ira, resentimiento y frustración al no ver cumplidas sus expectativas de aceptación, amor y perfección. María nos refiere: "entonces entendí que yo traigo un conflicto no resuelto de la infancia, por eso me engancha de los demás y después viene la frustración, la ira, el resentimiento; porque no era lo que esperaba de ellos”.

A decir de las entrevistadas, estas formas “inadecuadas” de relacionarse con los demás ocasiona también que las personas se vivan en un estado de insatisfacción permanente, que las lleva a una pérdida del sentido de la vida, depresión, soledad, aislamiento, fantasías tanáticas. Ivett comenta: “ahora me doy cuenta que siempre me he vivido descontenta, aunque tenía a mi familia, me sentía sola, no tenía amigas, ¿qué hacía?, me enfocaba en los hijos, les compraba todo, pero igual me dejaban y yo decía: ‘¡es que a nadie le importo, a nadie le intereso!’ entonces todo me lo tragaba, y vivirte así en soledad es muy difícil”.

Vivirse de esta manera es doloroso, por lo cual la madre busca evadir esta realidad y a diferencia del adicto que lo hace en el consumo de sustancias psicoactivas, la madre lo hace en las personas. En este sentido la codependencia es una adicción, tal vez más sutil que se disfraza de amor y preocupación por los demás, pero igual de dañina porque afecta a la persona y a quienes lo rodean.

### **Tercera fase: Contribuyendo al caldo de cultivo**

Caldo de cultivo es un término que se utiliza en el programa para describir los elementos dañinos que dentro del ambiente familiar provocaron o favorecieron la enfermedad adictiva en el hijo. En este sentido, la literatura revisada nos señala que la familia tiene una influencia fundamental en el desarrollo del infante, en ella el individuo forja su psiquismo y aprende a interpretar y dar significado a la realidad

que lo envuelve, sin embargo, cuando la familia no funciona adecuadamente se convierte en un factor de riesgo para la adquisición de conductas adictivas.

Al respecto, autores como Martínez et al. (2005), Fantin y García (2011) y Nizama (2015) describen una serie de elementos que influyen en el ambiente familiar y crean condiciones predisponentes y precipitantes para el consumo adictivo entre ellas señalan: patrones de crianza patológicos, relaciones simbióticas, padres/madres maltratadoras, proveedores, endosadores, idólatras, indiferentes, vínculos deteriorados entre padres e hijos, falta de comunicación, falta de límites y carencia de premios y reconocimientos de logros obtenidos.

Referente a este aspecto, las evidencias señalaron como elementos dañinos los siguientes: los estilos de crianza, el desacuerdo entre los padres sobre la educación de los hijos, la falta de límites y comunicación y la fractura de vínculos afectivos con la madre por causa de trabajo.

De las entrevistadas solo una manifestó que el caldo de cultivo se formó por la adicción del esposo al alcohol, y las conductas codependientes de la madre de rescatar y encubrir la adicción del padre ante los hijos. María cuenta: “en mi caso sí hubo un caldo de cultivo, un padre alcohólico, una madre muy obsesionada por su alcohólico, por quererle quitar el alcoholismo y los hijos que la veían siempre preocupada, siempre con miedos, siempre con tristeza”.

Otro elemento que la mitad de las entrevistadas refiere, es la fractura de los vínculos entre madre-hijo, por cuestiones de trabajo los niños a temprana edad fueron encargados a familiares cercanos (abuelas, hermanos mayores) por lo que sus hijos experimentaron desprotección y abandono. Al respecto, Nizama (2015) señala que la privación por parte de la madre de contacto sensorial, atención y cuidado a los hijos obstaculiza el desarrollo de la personalidad y la espiritualidad, y tiene como consecuencia la internalización de emociones como la soledad y el vacío espiritual.

Es necesario enfatizar que, las madres señalan también, que este dejar a sus hijos por trabajar, creaba en ellas culpa, por lo que trataban de compensar la falta de cuidado al hijo con objetos materiales o permitiéndoles conductas inadecuadas. Al

respecto Sofía refiere: “desde chiquito, yo lo descuidé demasiado porque trabajaba en otro lado y mi forma de hacerlo sentir bien, porque me sentía culpable, era comprarle todo ¡todo!, a él no le faltaba nada material, ¡le faltaba yo!”

Es importante señalar que detrás de la necesidad de trabajar, está la creencia de: “que mis hijos tengan lo que yo no tuve”. La mitad de las entrevistadas señala que su rol de madre lo definieron teniendo como objetivo que a sus hijos no les faltara nada. Al respecto Nizama (2015) señala que un padre/madre que se dedica a proveer a sus hijos, motivado por las carencias que vivió en la infancia forja en sus hijos antivalores como el saciamiento, el facilismo, el hedonismo, el narcisismo y la idea errónea de que lo merece todo.

Otro elemento que formó el caldo de cultivo en la familia fue el estilo de crianza, todas las entrevistadas refieren que la falta de comunicación con el esposo sobre la educación de los hijos, el desacuerdo en los límites y las creencias sobre el rol de género, creaban conflicto entre los padres y confusión en los hijos. Ivett nos comenta: “siempre hubo una pugna entre mi marido y yo sobre quién tenía el control del hijo, era el único varón; y el papá decía: ‘déjalo, él es hombre, necesita salir’ y el hijo se aprovechó para hacer lo que quería”

Es importante señalar que los conflictos entre los padres, no solo referente a la educación de los hijos, sino la relación de los padres como pareja también afectan al hijo. Martínez et al. (2005) señala que los adolescentes tienden a desajustarse emocionalmente cuando perciben que entre sus padres hay violencia, desacuerdos, peleas o constante discusiones.

Otro de los elementos que alguna de las madres mencionó fue la agresión física y verbal hacia los hijos, la exigencia en logros académicos o deportivos, el agobio de actividades extracurriculares para mantenerlo ocupado, no tener ninguna expectativa, ni exigirle nada al hijo, las preferencias entre hermanos. El aspecto en el cual todas las madres coinciden es la falta de comunicación y cercanía con el hijo. Ivett plantea: “¿en qué momento te sientas y platicas con el hijo?, no lo hacía

porque tenía muchas cosas que hacer y le di prioridad a otras cosas, muchas personas nos dejamos llevar por la vida y yo fui una de esas”.

Sobre el caldo de cultivo podemos decir que está integrado por muchos factores, no solo por el ambiente familiar, sino también el social y el laboral. Las circunstancias de la vida actuales generan muchos elementos que influyen y afectan a la familia y, por ende, al individuo que se forma en ella.

Las madres entrevistadas refieren que descubrir este caldo de cultivo en su familia fue un evento que les ayudó a comprender cómo y por qué se formó la enfermedad de su hijo, lo cual, por una parte es liberador porque dejan de ver al hijo como “causante de los problemas”; pero por otro, generó en ellas culpa al saberse partícipes de la situación adictiva; sin embargo señalan también que “descubrir y aceptar su culpa” las hizo comprometerse a participar en el grupo y tomar en serio su proceso de rehabilitación.

#### **4.2.2. La madrina: una guía espiritual**

Esta subcategoría describe el acompañamiento psicoespiritual que recibe la participante a través de la figura del padrino/madrina. En el inicio y desarrollo de los vínculos relacionales entre madrina - ahijada, aparecen los elementos que conforman esta relación y la intervención terapéutica que realiza la madrina en este proceso con la pretensión de que la ahijada se enfoque en sí misma y logre mantener relaciones sanas consigo misma, con su familia y su hijo en recuperación.

De acuerdo al manual de CoDA (1995), los padrinos/madrinas son codependientes en recuperación, es decir, personas que ya tienen un tiempo participando en el grupo y están dispuestos a compartir su experiencia, fortaleza y esperanza con los principiantes. Su objetivo es guiar al ahijado a través de los doce pasos y las doce tradiciones, ofreciéndole comprensión, apoyo y estímulo en su recuperación; acompañándolo en su crecimiento espiritual y estando disponible para él en cualquier momento que le requiera.

La literatura de CoDA (1995) señala también que, el padrino/madrina es elegido en libertad por el ahijado después de un tiempo de estar en el grupo, pero no es una



obligación tener padrino, ni se condiciona su asistencia al grupo sino lo tiene, pero se le sugiere que lo haga como una ayuda más en su proceso de rehabilitación; también señala que el ahijado puede terminar la relación con su padrino/madrina sino se siente cómodo con él y buscar otro que le pueda ayudar más.

Sobre el padrino/madrina señala que debe tener un tiempo largo de participación en el grupo, al menos un año de recuperación. Debe conocer y comprender la literatura del CoDA, y debe tener capacidad de comprensión, paciencia y la disposición de dedicar su tiempo y sus esfuerzos a los nuevos miembros. Además, deben ser objetivos sobre el proceso que se lleva y tener capacidad de desapego sobre la felicidad y recuperación del ahijado/a. También deben abstenerse de comportamientos abusivos, críticos o formas de control o rescate.

Respecto a este tema, las entrevistadas nos refieren que todas han recibido la guía de una madrina, lo cual consideran valioso porque han recibido apoyo, contención y cariño. La mitad señala que actualmente están apoyando al grupo como madrinas; para ellas, esta función la consideran un servicio y un compromiso que sigue ayudándolas en su propio crecimiento, pues al compartir su experiencia y al escuchar a otras que pasan por situaciones que ellas ya vivieron, les ayuda a validar el proceso que han realizado.

De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas, los aspectos más sobresalientes fueron los referentes a los siguientes temas:

### **Madrina-ahijada: una relación de ayuda mutua**

La relación que se establece entre la madrina y la ahijada, se puede definir como una “relación de ayuda”. Teniendo en cuenta el concepto de Rogers (2012:46), que en líneas generales señala que, una relación de ayuda es aquella donde una persona intenta promover en otra “el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor”; así como también, intenta promover el aprecio y uso de los recursos que esa persona tiene en su interior para que pueda afrontar la vida de forma acertada.

En este sentido, la madrina busca el desarrollo y crecimiento psicoespiritual de su ahijada, para que logre a través de la relación con su Poder superior, cuidarse a sí misma y mantener relaciones sanas con los demás. En esta relación la madrina comparte con ella su propia experiencia de vida sobre la problemática adictiva; la guía y orienta para que se enfoque en sí misma; cuestiona y confronta las conductas, emociones y pensamientos que puedan alejarla de su objetivo.

De acuerdo con las entrevistadas esta relación de ayuda se va construyendo en la confianza y respeto, como todo proceso relacional, requiere tiempo y esfuerzo por ambas partes para crear un vínculo afectivo. Sofía refiere: “tú tienes que hacer una alianza con tu guía, a mí me costó mucho trabajo confiar en ella, crear ese vínculo de confianza, pero te tienes que esforzar porque si no, no fluyes, no evolucionas”.

Es importante resaltar que para las entrevistadas la madrina es una figura de autoridad, por el progreso espiritual y de recuperación que ha logrado, lo cual favorece el proceso de confianza de la ahijada quien se siente acompañada por alguien que ha vivido lo mismo que ella por lo cual es capaz de comprenderla y orientarla.

### **Elementos de la relación madrina - ahijada**

A partir del análisis realizado a las entrevistas, se evidenció que la relación de la madrina-ahijada contiene elementos específicos que sostienen la relación, por parte de la madrina, la escucha atenta y la disponibilidad de ofrecer este servicio en el momento que la ahijada lo necesite; por parte de la ahijada, honestidad, para expresar lo que piensa y siente, sin negar o minimizar sus emociones y obediencia a las sugerencias que la madrina le haga con el fin de que avance en su proceso.

En este sentido, todas las entrevistadas manifestaron que el momento de acompañamiento con la madrina es valorado por la escucha atenta que recibe y lo perciben como un espacio que les brinda libertad y confianza para expresar sus emociones con alguien que las comprende y no las va a juzgar, ni criticar porque ella ha vivido lo mismo. María nos refiere: “¡Qué maravilla que tengas una persona que está dispuesta a escucharte! y le puedes decir lo que sientes, lo que piensas

¿en dónde lo puedes decir?, en otros espacios te descalifican y te reprueban, aquí no”.

Siguiendo a Rogers (2012) una de las condiciones de la relación, que posibilita la eficacia terapéutica, es la consideración positiva incondicional, la cual define como una actitud de genuino interés, respeto y aceptación, por parte del terapeuta hacia las vivencias y sentimientos del consultante, esta aceptación no supone estar de acuerdo o aprobar, sino entender que aquello que expresa la persona forma parte de su experiencia; favoreciendo así un ambiente libre de juicio, crítica, evaluación.

Sobre el elemento de la disponibilidad, todas las entrevistadas mencionaron que consideran a la madrina como un soporte emocional a quien pueden recurrir en cualquier momento que la necesiten; las hace sentir seguras de poder contar con ayuda siempre: Ivett nos comenta: “hay situaciones que me ponen muy tensa, me hacen entrar en pánico, entonces le hablo a mi madrina y le digo: madrina, esto y esto, no importa la hora que sea, ella me escucha y me ubica”.

En relación con el elemento de la honestidad, la mayoría de las entrevistadas manifestó que es un proceso y que les costó mucho trabajo ser honestas con su madrina, porque no estaban acostumbradas a hablar de sí mismas. Al principio de la relación todo era “curarse” de los demás, pero después aprendieron a expresar su sentir. María dice: “al principio yo no fui honesta, le decía lo que quería, porque no estaba lista para hablar con honestidad, hasta que me dijo: “si tú no te conduces con honestidad, yo no te voy a poder ayudar”.

La obediencia es otro elemento característico de esta relación y consiste en cumplir las sugerencias que la madrina le hace a la ahijada, referente al actuar de la persona en relación con su hijo o consigo misma. La mayoría de las entrevistadas señaló que se esfuerzan por estar en “sujeción”, pues uno de los lemas del grupo es “el que obedece, no se equivoca”, sin embargo, manifiestan también, que en algunos momentos les cuesta trabajo aceptar estas sugerencias.

María nos comenta: “a veces, no me gustan las sugerencias de mi padrino, pero ¡obedezco! Es doloroso porque me dice: ¡no te metas en la vida de tu hijo!, ¡no quieras controlar!, trato de obedecer, pero me cuesta”.

Los elementos de escucha y disponibilidad, por un lado, favorecen la expresión de emociones altamente contenidas por la madre codependiente, el saber que cuenta con alguien que no la juzga, la ayuda a superar su aislamiento y soledad. La interrogante es sobre un posible vínculo dependiente en esta relación; otro elemento que nos llama la atención es la obediencia-sujeción, nos parece también un elemento que tiene que abordarse con mucha ética, para evitar errores de juicios que puedan dañar a las personas.

### **El acompañamiento psicoespiritual**

Mansilla (2002) señala que el abordaje terapéutico para un codependiente debe partir de una propuesta para reconstruir la identidad dañada, a través del fomento de la autoestima, del reconocimiento de sus sentimientos, de potenciar sus habilidades relacionales, de favorecer su autoconcepto positivo y de su asertividad. De manera que el objetivo sería ir convirtiéndose en uno mismo, con actitudes, opciones y comportamientos libres. Señala además que el rol del terapeuta debe ser activo y de apoyo.

El análisis de las evidencias sobre el acompañamiento psicoespiritual muestran que el padrino/madrina con su intervención busca que la persona reconstruya su estilo de vida, a través de la resolución del “dilema espiritual” el cual consiste en primer lugar en reconocer que son personas amadas por su Poder Superior y que su autoestima y bienestar provienen de él, no de las otras personas; en segundo lugar, se trata de poner su vida en manos de su Poder Superior para dejar de controlar y manipular a los demás y dejar de buscar la felicidad en manos de otros (CoDA, 1995).

En este sentido, el acompañamiento psicoespiritual tiene como objetivo que la persona se conozca así misma, se valore y acepte desde el amor incondicional de su Poder Superior, mantenga relaciones sanas con los demás, sin hacerse cargo

de ellos (especialmente de su hijo adicto), reconozca y exprese sus emociones, realice un proceso de perdón hacia ella y los demás y asuma la responsabilidad de su vida, cuidando de sí misma. Para lograr esto, el padrino/madrina escucha, confronta y sugiere; y emplea herramientas como la tribuna, la oración y la meditación.

El proceso de acompañamiento se establece en una relación cercana y honesta, que genera un ambiente de libertad, por lo cual el inicio de este proceso le brinda a la ahijada la oportunidad de “curarse”; es decir quejarse de los demás, esto sirve como desahogo de las emociones contenidas por tanto tiempo; pero llega un momento en el proceso en que la persona tiene que hablar de sí misma, entrar en introspección; este momento es especialmente difícil porque no está acostumbrada a mirarse por la tendencia que tiene a centrarse en los demás.

María nos refiere: “al principio yo iba a mis apadrinamientos nada más a “curarme”, entonces, yo me curaba de mi esposo, de mi hijo, de mi hija; y mi padrino con toda la paciencia me escuchaba, hasta que un día me dijo: háblame de ti...no sé me va a olvidar nunca...”. Este momento denota el inicio del cambio de pasar del rol de sufridor que caracteriza al codependiente a uno más centrado en sí mismo. El proceso de acompañamiento permite que el codependiente tenga un espacio de expresar lo que siente hacia los demás, pero debe llevarlo también a expresar lo que vive en su interior.

En el proceso de escucha, el padrino/madrina también “saca de la emoción” a su ahijada, es decir, confronta los pensamientos, conductas y emociones que le están causando malestar y le ayuda a tener perspectiva de la situación que vive. Sofía nos relata: “cuando me siento ansiosa por la culpa, o el enojo, hablo con mi madrina porque si no puedo llegar hasta una recaída o depresión; y ella me saca de la emoción, me ayuda a ver más claro”.

Uno de los trabajos constantes que se realizan en el acompañamiento es la intervención de las emociones. Los codependientes son personas que se viven en un continuo entre la negación, la culpa, el enojo y el resentimiento, por lo que la

madrina aparte de escuchar y “ubicar” a la persona, utiliza medios como la catarsis individual donde la persona “expulsa su dolor” con el padrino/madrina, o sugiere la “tribuna” para que en compañía del grupo de apoyo la persona hable su sentir.

Las entrevistadas refieren que la técnica de la catarsis consiste en sacar las emociones, pero con la intención de sanar, para esto se pide la ayuda del Poder superior. María nos explica: “La catarsis es ponerte en disposición con Dios, yo siempre digo: “Espíritu Santo habla por mí para que yo sane, ayúdame a sacar todo lo enfermo que traigo en mi corazón, en mi alma y mi espíritu”; entonces me imagino a mi esposo y le digo lo que siento: eras un deshonesto, tenías una doble vida, fuiste alcohólico, por tu culpa...es sacar esa parte enferma que te destruye el alma...”.

Todas las entrevistadas señalaron que la culpa es una de las emociones que más se trabajan en el acompañamiento porque al descubrir que ella influyó en el origen de la adicción de su hijo, se culpa por el abandono cuando era niño, por la falta de atención, por las agresiones y sobre exigencias que se dieron en la relación.

Para ir liberando esta emoción mencionan que es fundamental el diálogo honesto con la madrina, quien la escucha sin hacer juicios y la ayuda a ubicar la emoción; de esta manera la ahijada realiza un proceso de perdón hacia sí misma, va deconstruyendo la culpa y construyendo una sana responsabilidad. María nos refiere: “yo tenía una herida muy grande, por la culpa, yo lloraba mucho porque fui ‘una mala madre’, no supe guiar a mis hijos, los desatendí por andar con mi alcohólico. El día de hoy, entiendo que no fue con dolo, que fue bajo el influjo de las emociones insanas”.

Otro de los aspectos que se trabaja en el acompañamiento psicoespiritual es la forma de relacionarse con los demás, especialmente con su hijo, las emociones de miedo, enojo, desilusión que van experimentando ante la recuperación, recaídas o abandono del programa son acompañadas por el padrino/madrina.

En este sentido, el acompañamiento psicoespiritual realizado en el grupo de Al Anon se puede describir como un proceso de autoconocimiento y desarrollo de una

“conciencia relacional” que les permite desde la relación de fe con un ser superior generar un cambio en las relaciones consigo misma y con los demás.

Grün (2005) señala que en el acompañamiento espiritual, la fe en Dios nos ayuda a ver de una nueva forma nuestra vida y realidad, y nos da el valor de “mirar cara a cara” nuestras heridas y conflictos con la finalidad de reconciliarnos con nosotros mismos y los demás; por lo cual el acompañamiento espiritual es terapéutico.

### **El servicio y compromiso de ser madrina**

Uno de los principios espirituales en el grupo de autoayuda es el servicio, y una forma de realizarlo es a través del compromiso de ser madrina. Los participantes del grupo perciben el servicio de ser madrina como una responsabilidad y como un regalo. Como una responsabilidad porque implica para ellas el estudio de la literatura de CoDA y la práctica constante de los valores de la tolerancia, el desprendimiento y la disponibilidad; y regalo, porque a través de este servicio pueden llevar el mensaje de amor a los demás.

La función principal de la madrina es escuchar a su ahijada, compartirle los saberes que ha adquirido con base en su propia experiencia de vida, pero también es un medio que sana algunas de las conductas disfuncionales del codependiente como: su obsesión por hacerse cargo de los demás, el control que quiere ejercer en los otros, establecer límites y manejar las altas expectativas que tiene sobre sí misma y los demás.

La madrina ofrece su tiempo para la escucha atenta de la ahijada, en este sentido la madrina tiene el compromiso de acompañarla y de sugerirle; si no sabe qué hacer, tiene el respaldo de su propio padrino para preguntar. Este servicio se trata de vivir con honestidad. María nos comparte: “yo las escucho con toda la paciencia, y sí sé, le digo: mira, yo te comparto, porque aquí lo que queda es compartir mi experiencia, y cuando yo no sé, le digo: ‘déjame que me apadrine porque no sé’, tengo que ser honesta con ella y conmigo”.

Este servicio es una herramienta que ayuda a la madrina y a la ahijada, porque la madrina al escuchar al otro, logra una mayor comprensión de su enfermedad, y puede darse cuenta en la narrativa lo que necesita trabajar personalmente. María nos refiere: “Hay ocasiones en que lo que me dice la ahijada mueve algo en mi interior, le hablo a mi padrino, y le digo: ¡me siento muy mal! Y pues sí, escucharlas te abre la conciencia”.

Las entrevistadas que prestan el servicio de madrinazgo, mencionan que la madrina antes de iniciar el diálogo con su ahijada, se pone en la presencia de su Poder Superior y le pide que la ilumine para ser sensible a la otra persona, para hacerle bien y ayudarla en su crecimiento espiritual. María relata: “siempre que voy a escuchar yo digo: Dios mío, abre mi mente y corazón para escuchar y encontrar el centro de su problema, habla por mí para dar una buena sugerencia”.

#### **4.2.3. Los principios espirituales**

El acompañamiento que reciben las madres en el programa de Al Anon, está unido a la práctica de principios espirituales, (12 pasos de CoDA) que deben vivirse dentro y fuera del grupo hasta volverse un estilo de vida, una forma de conducirse ante lo ordinario, pues ayuda a aceptar la realidad tal y como es y no como quisieran. Estos principios también son el sostén y fortaleza en momentos de desesperanza y confusión (CoDA, 1995).

Todas las entrevistadas refieren que la práctica de los principios espirituales como el servicio, la oración, la meditación les han ayudado a “mantenerse en pie” no solo ante la enfermedad de su hijo, sino también ante las situaciones que se les van presentando en la vida. Ellas manifiestan que practicar estos principios significa un “renacimiento” porque la visión y perspectiva de su vida cambia, experimentan paz, esperanza, confianza y gratitud.

Al respecto, autores como Rodríguez Fernández (2011), Nizama (2015), Ferreira y Ribeiro (2017) e Hinojosa et al. (2018) señalan que el desarrollo y la práctica de la espiritualidad favorece el bienestar psicológico de la persona, pues internalizan valores que les ayudan a tener actitudes y sentimientos más positivos y



constructivos en la vida, así como a dar un significado trascendente a las situaciones dolorosas que experimentan.

Las madres entrevistadas señalan que los principios espirituales que más practican son la oración, como un diálogo sincero con Dios y la meditación, como la escucha silenciosa, pues las ayuda a acrecentar su fe y confianza en su Poder superior; así como experimentar fortaleza y paz. María nos refiere: “yo estoy empezando a practicar la meditación, pero si hago mucha oración, la oración es una plática con Dios, de cuates, mi cuate Dios, así lo concibo yo”.

Esta práctica espiritual de acuerdo con la mayoría de las entrevistadas, las ayuda a tener una relación amorosa con Dios, pero también favorece su estabilidad emocional, las calma en su ansiedad y les evita caer en depresión, así como las ayuda a concentrar sus pensamientos obsesivos. Al respecto, Rodríguez Fernández (2011) señala que los momentos de meditación y oración ayudan a la persona a encontrarse a sí misma, ayudan a compensar los vacíos de las relaciones humanas y producen paz interior y amor.

Otras prácticas espirituales que las entrevistadas refieren son el servicio, la honestidad, el respeto, la humildad, la unidad con el grupo y la gratitud. Sofía comenta: “yo en el grupo aprendí a ser agradecida, y me doy cuenta que tengo un montón de cosas que agradecer, que antes no las veía, ahora hasta me veo con gratitud yo misma, porque yo era mi peor enemiga”. La gratitud le permite ampliar su mirada y ver todo lo que tiene a su favor, esta actitud contrarresta, a decir de la mayoría de nuestras informantes, la tendencia que tienen a dramatizar lo que viven y las descentra de su rol de víctima y sufridor.

De acuerdo con las evidencias, podemos decir que la práctica de los principios espirituales beneficia la vida de las madres, pues favorece el incremento de emociones positivas, les ayuda a encontrar significados más profundos de la vida, les da sentido de pertenencia y llena los vacíos emocionales y relacionales que tienen.

En resumen, los resultados de esta categoría nos muestran que la adicción es una enfermedad familiar, originada en la fractura de los vínculos relacionales en la etapa de la infancia. La madre que se vive fracturada, no es capaz de vincularse adecuadamente con su hijo. En este sentido, ella contribuye a la adicción en la familia. La madre codependiente requiere que su hijo sea adicto para ser necesitada y no ser abandonada; necesita hacerse cargo de los problemas de su hijo, para no hacerse cargo de sí misma, precisa controlar a su hijo, porque no encuentra control en su vida.

Por tal motivo, la madre demanda hacer un proceso de recuperación que le ayude a enfocarse en sí misma, no en los demás, necesita encontrar a alguien que llene todas sus necesidades y vacíos. Tiene que reconocer que no son los demás, que van a llenar su vacío existencial sino su Ser Superior, que la ama incondicionalmente, la acompaña y que no va a abandonarla.

#### **4.3. El despertar espiritual: un nuevo estilo de vida**

El despertar espiritual en el grupo de autoayuda es un proceso gradual de cambio de vida, que se fundamenta en la creencia de un Poder Superior, que acompaña y sostiene a la persona; la ayuda a comprender su existencia, la enfermedad que tiene y el proceso de recuperación, con una mayor profundidad espiritual y sabiduría; lo cual se manifiesta en la capacidad de responder a las situaciones que se le presentan de manera más “sensata, madura y saludable”.

Desde la perspectiva psicológica, Rogers (2012) señala que el cambio se manifiesta en la reorganización del concepto de sí mismo, la percepción de ser una persona aceptable, digna de respeto y con capacidad de crear normas y valores sobre la base de su propia experiencia; y señala que siendo cada persona diferente y única, los cambios que presentan también son únicos y diferentes sin embargo explica de manera general algunos de los cambios que pueden ser observados:

1. **Apertura a la experiencia:** el individuo que ha vivido una actitud rígida y defensiva, tiende a remplazarlo por una mayor aceptación de la

experiencia que lo ayuda a ser consciente de sí mismo y de su realidad sin categorías preconcebidas.

2. **Confía en su propio organismo:** es decir es capaz de permitir a su organismo considerar, evaluar y equilibrar cada estímulo, necesidad y demanda, sintiendo menos temor de sus reacciones y emociones, o sea es capaz de confiar en sus intuiciones.
3. **Se convierte en un foco interno de evaluación:** es decir, reconoce que en él existe la facultad de elegir y decidir sobre su vida; cada vez necesita menos de la aprobación o reprobación de los demás.
4. **El deseo de ser un proceso:** acepta con satisfacción que no es un producto acabado, sino un ser en proceso de transformación.

En este sentido, Mansilla (2002) y Beattie(1996) señalan que la codependencia es un estilo de vida y relación, por lo tanto el objetivo de trabajo en la persona es cambiar esa forma de conducirse por la vida, alcanzar su independencia y conseguir que supere su miedo a la pérdida y al abandono, centrar la atención y la energía en su propia vida y no en otra relación, asumir su responsabilidad no viviendo las situaciones adversas con sentimiento de culpa pues suele hacerse responsable de la vida del adicto, aprender a poner límites y vincularse a círculos sociales fuera de su familia.

Por lo tanto, en esta categoría presentaremos, de acuerdo con las evidencias analizadas en las entrevistas, los cambios por las madres a partir de su involucración en el grupo de autoayuda los cuales se manifiestan en su capacidad de agencia, en las nuevas relaciones que tiene con ella misma, con el familiar adicto, con la familia, la trascendencia; y la nueva perspectiva de vida.

#### **4.3.1. Suelta las riendas y entrégaselo a dios**

Las madres manifiestan que en el grupo adquieren aprendizajes importantes sobre su enfermedad, lo cual les permite estar conscientes de sus actitudes; y esforzarse por hacer un cambio en su forma de vivir; ellas consideran que en el grupo también aprenden a emplear los medios que tienen a su alcance como son: el

acompañamiento psicoespiritual, la oración y la meditación; por lo que ahora son capaces de actuar de modo distinto ante los acontecimientos que afrontan en su vida; especialmente en la forma de relacionarse consigo mismas y con su hijo.

Al respecto, Sofía nos refiere: “yo siempre estaba preocupada, todo el tiempo era pensar: “¿dónde andará? Y sí me lo matan”, ahora cuando me llegan esos miedos, pa’ pronto: “Dios mío te lo entrego”, sé que va pasar lo que tiene que pasar, ya no me torturo como antes...”.

Mencionan que observar estos cambios en su vida, las alienta a continuar caminando, pues notan la diferencia de un “antes” y un “después”; ellas manifiestan ser capaces de reconocer su enfermedad, y comprender la de su hijo, lo que les permite vivir sin juicios, ni críticas y sobre todo sin culpa; también manifiestan que ahora pueden identificar sus emociones, nombrarlas y manejarlas, lo que las ayuda a vivir más en paz, algunas señalan que están en el proceso de desprenderse emocionalmente de su hijo, de aprender a respetarlo y poner límites; y mencionan además que han desarrollado habilidades para enfocarse en ellas, permitirse vivir la vida con alegría, sin sentirse víctimas de los demás.

Siguiendo a Rogers (2012), podemos decir que han logrado una apertura a la experiencia, porque logran identificar lo qué les pasa, explorarlo y darle sentido; confían en su propio organismo porque son conscientes de su realidad interna, la ubican y dan nombre a sus emociones; han logrado ser su propio foco de evaluación, en el sentido de que cada vez menos buscan la aprobación de los demás, y se dan cuenta que pueden elegir en favor de ellas mismas y por último, aunque manifiestan que el proceso de cambio es difícil, dan gracias a Dios por permitirles conocerse y cambiar.

En este sentido, uno de los cambios evidenciados es la aceptación de que tienen una enfermedad y que necesitan ayuda; este cambio denota el trabajo que han realizado para romper el mecanismo de la negación que sobre utilizan ante las situaciones que le son adversas. María nos comenta: “En el programa, el primer

paso es admitir, aceptar que no puedo ante la adicción, pero también acepto que no puedo conmigo, que necesito que alguien me ayude...”

La aceptación de su enfermedad es el primer paso para el cambio, el “darse cuenta” la posibilita para hacerse responsable de sí misma, de lo que vive, de lo que siente, sin victimizarse, ni dramatizar su experiencia. Beattie (1996) señala que un estado de aceptación, capacita a la persona para actuar con responsabilidad en su entorno; comprender lo que puede y no puede cambiar. Afirma que los codependientes no pueden cambiar hasta que aceptan sus conductas disfuncionales, su impotencia ante la gente y ante la adicción.

La identificación y manejo de sus emociones es otro de los cambios que experimentan las madres. En el grupo y acompañamiento psicoespiritual han encontrado un espacio para expresar con sinceridad lo que piensan, lo que sienten, lo que desean sin miedo a ser juzgadas, están en capacidad de permitirse sentir, sin buscar la aprobación de nadie. María nos refiere: “A mí me enseñaron a enterrar las emociones, y ahora es una maravilla que puedo detectar y decir qué tengo, es una maravilla ponerles nombre a mis emociones: ¡estoy enojada, triste!”

Referente a la relación con su hijo adicto, las madres también perciben que han logrado cambios; mencionan que con el paso del tiempo ellas son capaces de vivir su propia yoidad, van comprendiendo que no tienen que resolver los problemas de sus hijos, que ellos tienen capacidad para hacerlo, y que deben respetar las decisiones que tomen, esto en particular es un cambio difícil, sobre todo cuando el hijo tiene “recaídas”.

María nos comenta: “mi hijo termino un año en la clínica, y luego me dijo: mamá yo he decidido que me voy, le dije: ¡oye no, todavía no, te falta tu medio camino! Y por dentro decía: ‘no puede ser, no puede ser, es una pesadilla que esto me esté pasando’. Gracias a Dios, ya estaba en el programa, sino esto me mata”

Todas las entrevistadas refieren que la experiencia de la recaída de sus hijos es una situación difícil de superar, porque sus ilusiones y expectativas se ven rotas nuevamente, esta situación es desgastante y que, sin la ayuda y el apoyo del grupo,

el acompañamiento del padrino/madrina y la fortaleza espiritual pueden regresar a la vivencia de la negación.

Al respecto, Beattie (1996) señala que uno de los cambios más difíciles de lograr es el desapego, pues significa tener la capacidad de apartarse de una persona con amor. El desapego se basa en la premisa de que cada persona es responsable de sí misma, y que el codependiente no puede resolver los problemas de los demás; tiene que darle la libertad al otro de ser responsable y de madurar. En este sentido las madres codependientes realizan diversas prácticas como la oración y el acompañamiento para dejar de involucrarse en la vida de su hijo.

Sobre esta situación Sofia nos comenta: “después que salió de la clínica, volvió a las drogas, antes lo veía y me ponía a llorar ¡mal, mal me sentía!, ahora sí lo siento, sí me duele, pero es su decisión, y cuando esta situación me dobla, hago oración, voy con mi madrina y ella me baja la emoción”.

Las situaciones dolorosas que viven las madres con sus hijos, tienen una nueva narrativa desde la perspectiva espiritual, ellas reconocen que ponerse en manos de su Poder Superior, les ayuda en primer lugar a ser realistas con la enfermedad de la adicción; a entender que no pueden cambiar la situación de su hijo, que no es algo que esté en sus manos, y esta aceptación las ayuda a combatir la frustración, y la decepción.

Las entrevistadas señalan también que la fe en Dios, la oración y la meditación son las herramientas que más utilizan para combatir los pensamientos obsesivos de miedo y culpa; por medio de ellas logran la serenidad en los momentos difíciles.

María nos comenta:

“yo le pido ayuda a Dios porque yo sola no puedo con esta situación ¡mi hijo está viviendo en la calle, como indigente! Entonces cuando me llegan estos pensamientos de miedo, yo le digo a Dios: yo te entrego estos pensamientos insanos, ayúdame, yo los dejo en tus manos y hágase Señor tu voluntad, te entrego a mi hijo, ayúdalo y hágase Señor tu voluntad y no la mía... ¡no sabes, como me ayuda eso!, me da paz”

De acuerdo con los resultados podemos señalar que los cambios que han logrado las madres se han dado dentro de un proceso de acompañamiento, que les ha permitido conocer su enfermedad para poder aceptarla y comenzar a cambiar, por otro lado, podemos decir que esos cambios son mantenidos por el uso de herramientas como la oración y la meditación, el acompañamiento de la madrina y la participación en el grupo. Grün (2005) también señala que la fe en Dios desarrolla en las personas seguridad, paz y confianza en sí mismo, pues se sabe “amorosamente cuidado”.

#### **4.3.2 Vive y deja vivir: libertad, respeto, responsabilidad y límites**

Vive y deja vivir es un lema utilizado en el grupo para recordarles a los participantes, que su primer objetivo es esforzarse por “enfocarse en ellas mismas”. Beattie (1996:53) señala que los codependientes están tan envueltos en la vida de los demás que se han olvidado de cómo vivir y disfrutar sus vidas; por lo que necesitan responsabilizarse de ellos mismos, de sus necesidades y deseos. Este responsabilizarse de ellos implica toma de decisiones y cambios que se ven reflejados en la forma de relacionarse con ella misma, con la pareja y con la familia.

Sobre los cambios consigo misma, las entrevistadas manifestaron que se encuentran más conscientes de sus deseos y necesidades, y que ahora son capaces de “darse lo que necesitan” sin sentir culpa o remordimiento por “pensar solo en ellas”. Sofía nos comenta: “ya aprendí que tengo que pensar en mí también, porque ultimadamente cada quien tiene su vida, o sea mi hijo tiene su vida, pero yo tengo la mía y quiero vivirla bien”.

La persona va creciendo en autoconciencia de sí mismo y deja de pensarse “como la madre que debe cuidar a su hijo”, ahora es capaz de diferenciar su vida, de la de su hijo, aunque no es un proceso fácil. María nos refiere: “yo a veces ni comía, porque pensaba: *mi hijo anda en la calle, ni siquiera tiene que comer y yo aquí*. Me ha costado mucho, pero ahora hasta disfruto tomarme un café, porque sé que es mi vida y quiero vivirla”.

Estos cambios que la madre va teniendo sobre sí misma, le permiten también realizar cambios en la relación con su pareja, aluden que ahora son capaces de expresar lo que sienten, de poner límites y tomar decisiones. Ivett nos comenta: “yo ahora puedo decirle a mi esposo lo que siento, antes no, porque tenía miedo que se enojara y me dejara de querer, ahora puedo decirle las cosas, ya sé que yo soy la que me debo de querer, y sí se enoja ya no me da miedo”.

Otros cambios en la relación con la pareja, incluyen toma de decisiones que pueden ser dolorosas, pero que, a través de la oración y el acompañamiento, se ven necesarias para el bienestar de la persona. Al respecto, Beattie (1996) señala que los cambios que el codependiente realiza en su vida al principio puede ser un shock para ellos mismos y para la familia, pero esto se debe a que no están acostumbrados a que la persona dependiente exprese sus necesidades y se proporcione lo que necesita.

Ivett nos refiere: “...con mi esposo llego el momento de decirle: mira yo digo negro, tú dices verde, no podemos estar así, no tenemos una buena comunicación, necesitamos terapia, y si no, lo hacemos yo me voy de la casa, porque ya no puedo vivir así”.

Sofía también nos comenta: “cuando empezó el problema de drogas de mi hijo, yo me separé de mi esposo, porque era un infierno la casa, peleábamos por todo, ahora he vuelto con él, pero yo lo decidí, no el qué dirán, ni las familias, yo, pero con límites y responsabilidades bien claras, da miedo, pero yo decido arriesgarme”.

Beattie (1996) comenta también que las decisiones que el codependiente toma es un ejercicio de responsabilidad hacia sí mismo, pero tomando en cuenta sus responsabilidades hacia los demás, sus derechos y los derechos de los demás.

Mencionan las entrevistadas que la forma de relacionarse con sus hijos también va cambiando, todas las madres refieren que su nueva relación con ellos, está fundamentada en el respeto de las decisiones que tomen, lo cual se manifiesta en poner límites claros, en no hacerse cargo de sus responsabilidades, en no buscar



el control de sus vidas ellas expresan que “no sobre involucrarse en la vida de sus hijos” ha disminuido su ansiedad, se viven con más paz y serenidad.

Respecto a su hijo adicto, todas refieren que su relación ahora es de respeto y compasión; porque entienden que es una enfermedad, pero que son capaces de poner límites en la relación, de no sobre involucrarse en sus problemas y dejar que ellos tomen sus propias decisiones por autodestructivas que sean.

María nos comenta: “yo a veces siento tristeza por la situación de mi hijo, siento preocupación, pero me acuerdo de las palabras de mi padrino: es su vida, tú tienes que vivir tu vida, y respeto su decisión, ya hice lo que estaba de mi parte”.

Ivett nos refiere: “mi hijo hizo una fiesta, y ya estando alcoholizado rompió varias cosas, me fueron a cobrar y les dije: sabes que, habla con Ricardo fue su fiesta, el hizo las cosas, arréglate con él. Antes hubiera pagado todo, ahora no, sé que no es mi responsabilidad, ya no me corresponde solucionar sus problemas”.

Estos cambios se notan también en la percepción de la enfermedad adictiva, la mayoría de las entrevistadas manifiesta que ahora comprenden que la problemática de su hijo, es una enfermedad, no es por falta de fuerza de voluntad, esto las hace ser más tolerantes y compasivas con ellos. Ivett nos refiere: “yo ahora entiendo que mi hijo está enfermo, y ahora soy más tolerante con él, porque antes era agredirlo, insultarlo ¿cómo es posible que seas tan tonto?, ahora no, ya soy más compasiva con él”.

La relación con los otros hijos también denota cambios las madres refieren que son más respetuosas, que buscan el dialogo y la cercanía, pero también manifiestan que son menos controladoras de sus vidas, menos involucradas en sus vidas.

Marcela comenta: “ahora con mi hijo menor, la relación es diferente, ahora lo respeto y trató de dialogar con él, ahora soy firme, pongo límites, pero sin gritar, sin insultar porque yo soy muy explosiva, pero ahora me conozco”.

Las madres perciben cambios en la forma de relacionarse con los demás miembros de la familia, debido a que consideran que son capaces de comunicarse asertivamente, así como reconocer y expresar lo que sienten y quieren.

Sofía refiere lo siguiente: “mi otra hija tiene un carácter fuerte, pero ya no me da miedo ponerle límites, platico mucho con ella, trato de que exprese lo que siente, está en la adolescencia, pero la relación ahora es mejor”.

El autoconocimiento y autoaceptación de sí mismas, permite a las madres sentirse seguras de las decisiones y acciones que van tomando en relación a los demás miembros de la familia.

Ivett: “ahora puedo hablar con mis hijos cara a cara, decir lo que pensamos y sentimos, pero ahora yo solo sugiero ya no los trato de controlar, es su vida y yo los respeto, para que ellos se hagan cargo de sus decisiones y consecuencias”.

Los cambios que las madres han logrado en sus relaciones aumentan su autoestima, la confianza en sí mismas y en su propio organismo como capaz de tomar decisiones sanas y se reconfiguran vínculos que habían sido fracturados por su forma de proceder. Sobre todo, la madre logra vivir para sí misma y no para los demás. Beattie (1996) explica que vivir la propia vida es actuar desde las más profundas convicciones y sentimientos, comprometidos con el derecho a existir el cual procede del conocimiento de que su vida no le pertenece a los demás y de que no estamos en la tierra para vivir de acuerdo con las expectativas de nadie.

#### **4.3.3. Un nuevo proyecto de vida**

Desde la psicoterapia humanista Rogers (2012) señala que el proceso terapéutico debe llevar a las personas a un estado de congruencia, es decir “un equilibrio entre la experiencia, comunicación y conciencia” lo que significa que es capaz de vivir y expresar con claridad lo que vive y percibe sin sentirse amenazado; de esta manera se experimenta libre de tensiones internas y externas.

En este sentido, la participación en el programa ayuda a la persona a resignificar los hechos dolorosos de su vida; y al asumirlos desde una perspectiva espiritual la

persona busca nuevas formas de ser y estar en el universo. Quiceno y Vinaccia (2009), Ferreira y Ribeiro (2017) y Rodríguez (2011) señalan que la práctica de la espiritualidad ayuda a la persona a conectarse con sí mismo, con los otros, dando valor y significado trascendental a su vida.

Este nuevo estilo de vida se manifiesta en la nueva perspectiva que la madre tiene de su existencia, en la capacidad de hacerse cargo de sí misma, en la capacidad de vivir con alegría y gratitud en medio de las circunstancias dolorosas, en la búsqueda de una mejor calidad de vida. Sobre el bienestar que experimentan las entrevistadas refieren:

María: “Así que mi padrino dice: María diviértete, vete por lugares diferentes, haz cosas diferentes, sé feliz, a esta vida Dios nos mandó a ser felices no a ser tristes y a sufrir, haz cosas diferentes, experimenta, diviértete haz cosas que nunca habías hecho; entonces eso hago, a mis 66 años estoy empezando a vivir y me siento bien”.

Rogers (2012) manifiesta que el progreso de una relación terapéutica se puede observar en los cambios que va realizando la persona, los cuales describe de forma general como una apertura a la experiencia que le ayuda a ser más realista frente a los demás y las situaciones que vive. Sobre estos cambios Duque López (2018) señala también que se manifiestan en la vivencia auténtica de la persona, y se evidencian en la capacidad de vincularse y comprometerse consigo mismo y con los demás. Esta apertura a la experiencia y deseo de vivir de forma auténtica son características que nos refieren las entrevistadas.

Ivett: “...yo creo que voy por buen camino, porque yo me siento diferente, me siento bien, me siento muy contenta, es algo tan grande dentro de mí, que no sé explicarte, aunque estoy fuera de mi casa y separada de mi esposo; me encuentro bien conmigo misma, así que ahora "solo por hoy" trato de sentirme y mantenerme así”.

Otra de las características que Rogers (2012) describe sobre el cambio es “el deseo de ser proceso” es decir el deseo de continuar en proceso de transformación, reconocer que no es un producto acabado, sino que sigue en constante cambio.

Sofía nos refiere: “Yo estoy reaprendiendo otra forma de vida, o sea con el programa es reaprender a vivir diferente, entonces que pase lo que Dios quiera, y sólo por hoy, me siento animada, sí, me siento positiva, me siento bien, con toda la disposición de seguir”.

Para Duque López (2018) la transformación que experimenta la persona en proceso psicoespiritual, no se limita al cambio en la forma de pensar o actuar, sino que además debe llevar a un movimiento espiritual interno que configure y estructure el modo de ser y estar de las personas en el mundo.

Marcela nos comenta: “Después de tanto tiempo enferma, ahora estoy otra vez activa, haciendo, vendiendo, contenta con la vida, hago lo que siempre he hecho, ¡pero mejor!, me siento animada, le sacó provecho al día, o sea...estoy tratando de ser feliz”.

El bienestar que manifiestan las entrevistadas se ve reflejado también en los deseos de una mejor calidad de vida y proyectos de vida. María nos dice: “Simplemente quiero los años que me quedan vivirlos con calidad, con un fortalecimiento espiritual, respetando, con fe, con confianza, con humildad, con sujeción a lo que Dios diga no a lo que yo diga; entonces quiero vivir una vida sencilla, sin exigencias y en servicio a los demás como madrina”.

Otro de los cambios que se evidencian en un proceso psicoespiritual es el reconocimiento de un propósito en la vida. Para Duque López (2018) la confianza que se tiene en Dios, ayuda a la persona a comprender que tiene un lugar en este mundo y un propósito en su vida.

Ivett: “... tengo muchos planes, ahorita con mi esposo estamos en terapia, para estar mejor, es nuestro proyecto de vida como pareja; y yo estoy terminando un diplomado que lo hice por mí, porque quiero seguir sanando y ayudar en mi grupo”

De acuerdo a los resultados analizados podemos resumir que la espiritualidad, así como el soporte de un grupo de autoayuda, promueve cambios en las codependientes a nivel conductual, cognitivo y relacional, pues adquieren nuevas

perspectivas de su forma de ser y actuar; consigo misma y con los demás lo que favorece también el aumento de la autoestima, la aceptación y expresión de sus emociones, el cuidado de sí misma y la reconfiguración de relaciones fracturadas en el entorno familiar, la capacidad de poner límites al sobre involucramiento en las problemática de su hijo adicto.

La fe en un ser superior le ayuda a experimentar un amor incondicional a sí misma y hacia los demás, es capaz de “mirar cara a cara sus heridas” porque se siente acompañada por un poder que le brinda confianza para abrirse a la vida que antes le parecía amenazante.

También se evidencia que estimula la vivencia de experiencias gratificantes que le permiten ampliar sus redes sociales, al fijarse metas y proyectos personales de crecimiento. Lo que contrarresta la tendencia de la codependiente al aislamiento y al descuido de sí misma.

Se percibe también un fortalecimiento de su identidad y autonomía, pues es capaz de explorar sus necesidades y buscar la forma de satisfacerlas, busca menos la aprobación de los demás, lo que le permite vivir sin ansiedad, angustia o tristeza por no cumplir las expectativas de los otros. Se observa también que las prácticas de meditación y oración la ayuda a controlar y eliminar pensamientos obsesivos catastróficos sobre la situación adictiva de su hijo.

# **V. CONCLUSIONES**

El objetivo de esta investigación era dar cuenta del proceso de reconfiguración de la dimensión psicológica y espiritual de los familiares significativos de personas adictas, en nuestro caso madres que participan en un grupo de autoapoyo de Al Anon. Al iniciar la investigación partimos del supuesto de que la madre era afectada por la problemática adictiva del hijo, pero en el transcurso de la investigación bibliográfica y la entrevista con las madres, nos dimos cuenta que había necesidad de tomar en cuenta otros temas importantes como la codependencia, enfermedad que padece la madre, lo cual fue abriendo nuestra mirada a una realidad más compleja, donde se entremezclan diversos factores sociales, culturales, económicos y políticos.

Concluimos en primer lugar que la adicción es la punta de un iceberg enorme, que para dar respuesta a este fenómeno es necesario unir esfuerzos con instituciones, grupos, personas que estén involucrados y puedan dar aportes para la resolución de esta problemática. Desde el campo de la psicoterapia es necesario una mirada interdisciplinaria y una apertura a los saberes y experiencia que grupos como Al Anon pueden ofrecer.

### **Hallazgos sobre la adicción y la familia**

Las adicciones por ser una problemática que tiene una etiología multicausal requieren un abordaje terapéutico integral, holístico, que tome en cuenta todas las dimensiones del ser humano psicológica, espiritual y relacional; y este tratamiento debe incluir a la familia porque es en ella donde se originan y mantienen las conductas adictivas.

Sobre este tema también se concluye que la adicción es una enfermedad familiar, porque es al interior de la familia donde se desarrolla el problema adictivo; uno de los elementos que influye en esta situación es la fractura del vínculo primario con la madre. Este vínculo entre la madre y el hijo es fracturado por déficit o ausencia de afecto, por excesiva sobreprotección, lo que produce en el infante sentimientos de abandono y desprotección.

Este estudio demuestra también que la adición de un hijo, pone de manifiesto la problemática familiar existente: relaciones fracturadas entre la pareja, relaciones fracturadas entre padres e hijos, falta de comunicación en la familia; superficialidad, hedonismo. Así como también evidencia la enfermedad codependiente de la madre y muchas veces del padre.

Otros resultados importantes que se demostraron en la investigación son la desinformación o desconocimiento que se tiene sobre la enfermedad adictiva, la adicción aun cuando es un tema conocido por todos, sigue estigmatizado, es un tema que no se habla, y que las familias cuando se enfrentan a esta problemática no saben qué hacer o a quién recurrir, incluso profesionales de la salud, muchas de las veces no tienen conocimiento de cómo ayudar o derivar a personas que viven esta situación.

Los resultados evidenciaron también que el desconocimiento de la adicción como una enfermedad, evita que las personas busquen el tratamiento de forma oportuna, pues se considera que es una fase de la adolescencia, que la persona adicta puede por sí sola salir adelante, que es un problema que la familia puede solucionar, incluso por la vergüenza que causa prefiere ocultarse. Esto ocasiona también que el adicto se perciba como una persona mala, desconsiderada, que no piensa en los demás, que sí quisiera saldría adelante.

Sobre la búsqueda de tratamiento oportuno también se descubrió que la familia juega un rol fundamental, pues el dolor, la vergüenza que causa tener un hijo adicto, hace surgir especialmente en la madre el primer síntoma de su enfermedad: la negación, la madre niega y encubre la enfermedad de su hijo, por vergüenza, por miedo a perder la imagen de madre perfecta, o de familia perfecta, por temor a ser criticada, juzgada.

Otro punto importante en este estudio y que se puede considerar para investigaciones futuras es el rol del padre en la adicción del hijo, de acuerdo a lo investigado, se presenta como una figura ausente, más resistente que la madre a



buscar ayuda para el hijo y para sí mismo, influenciado tal vez por creencias sobre el rol masculino que vive.

En el proceso de descubrir la enfermedad adictiva del hijo también se encontró que la madre asume diferentes roles: rescatador, perseguidor y víctima. En este sentido la madre se esfuerza por rescatar a su hijo, poniendo los medios que están a su alcance para ayudarlo, que en realidad es una forma de seguir controlando a su hijo, pero como no dan resultado se vuelve un perseguidor resentido y trata de castigar por no ser capaz de cambiar, y cuando el adicto no tolera esta situación, la madre juega a ser la víctima del mal proceder de su hijo. Esta situación de adicción-codependencia fundamenta el por qué es importante que la familia tenga un tratamiento terapéutico, dado que el adicto puede hacer avances en su rehabilitación, pero si regresa a un entorno familiar enfermo, no se mantendrá su recuperación.

### **Sobre la codependencia**

Los resultados de esta investigación demuestran que la codependencia es una adicción, mucho más difícil de descubrir porque se disfraza de amor o preocupación por el bien del otro. La codependencia se origina también en la fractura de los vínculos significativos y se va desarrollando en la infancia, en la interacción con las figuras parentales, y ambiente rígidos o demasiado laxos donde no se permitía la expresión de las emociones, por lo cual, las características de la codependencia pueden variar, pero las más significativas son temor a ser abandonado, rechazado, no querido, por lo que la codependencia impide las sanas relaciones, la intimidad y se convierte en un estilo de vida, como una forma de actuar y relacionarse.

Por lo cual podemos señalar que la diferencia entre el adicto y el codependiente es el objeto de consumo; mientras que el adicto se aficiona a las sustancias psicoactivas, la codependiente se aficiona a las personas.

Los síntomas de la codependencia que se manifiestan ante la adicción de un hijo son negación, culpa, enojo, resentimiento, vergüenza, neurosis, excesivo deseo de controlar al hijo, enfrascamiento en sus problemas, incapacidad para expresar y

manejar sus emociones, miedo excesivo a la pérdida de imagen, o él qué dirán, aislamiento autoimpuesto, búsqueda de la aprobación, incapacidad para poner límites, descuido de sí misma; incapacidad para disfrutar de la vida, porque adopta un rol de víctima o sufridor.

Otro hallazgo importante es que la mamá desarrolla este vínculo codependiente con el hijo porque tiene una gran necesidad de sentirse necesitada, de ser útil, en el hijo adicto encuentra un propósito a su vida, cuidar de él, para asegurarse que no será abandonada, para ser reconocida como “madre buena” que se preocupa por su hijo, para tener valor y aprobación ante los otros, porque no lo encuentra en ella misma. Si consideramos que la madre tiene un trastorno relacional, un fallo en la capacidad de relacionarse con los otros, es lógico que fracture los vínculos con su hijo.

### **Sobre la fractura espiritual**

Sobre la fractura de la dimensión espiritual en la madre del adicto, encontramos que se origina en la infancia, ante la carencia de afecto o relaciones significativa con los padres, la falta de valores, un ambiente rígido o laxo donde las relaciones son conflictivas, en la práctica obligatoria de costumbres religiosas, en las falsas imágenes de un dios castigador, en el abuso espiritual por parte de representantes eclesiales. En este sentido, la codependiente se desarrolla como un vacío espiritual, que se manifiesta en la insatisfacción, en la carencia de un propósito en su vida, en el materialismo, en la falta de trascendencia, entre otras.

De acuerdo a lo investigado la fractura espiritual puede describirse como la carencia de la conciencia relacional, del significado de la vida, del valor de sí mismo y de las personas; la incapacidad de vincularse con los demás, de reconocerse pertenencia de un todo mayor.

### **Sobre el grupo de autoayuda**

Los resultados analizados evidencian que el programa de Al Anon, favorece un autoconocimiento en la persona, de su enfermedad y la enfermedad de su hijo.

Dentro de este grupo se crean vínculos espirituales de unidad, respeto, amor y confianza que dan sostenimiento y contención a los participantes, que le ayudan a superar la falta de pertenencia, el aislamiento autoimpuesto y le ayudan a crear relaciones sanas.

La práctica de los principios espirituales como el servicio ayuda al codependiente a descentrarse de sí mismo, aprende a colaborar sin buscar reconocimiento o aprobación.

El acompañamiento psicoespiritual que se realiza en el grupo, ayuda a la madre a realizar un proceso de cambio que se manifiesta en la relación consigo misma, con su familia y en especial con su hijo adicto, aprende como afrontar las situaciones de la vida desde la confianza en Dios.

### **Sobre la reconfiguración de la dimensión psicoespiritual**

En este acompañamiento psicoespiritual y de grupo la madre reconfigura su identidad y autonomía, se sabe una persona amada por un Ser Superior que siempre la acompaña, lo que permite que supere su miedo a ser abandonada, eleve su autoestima y valore su vida.

La madre al participar en el grupo logra resignificar las situaciones dolorosas en la relación con su hijo, pero también de su pasado, realiza un proceso de perdón que la ayuda a transformar la culpa en responsabilidad.

La madre logra reconfigurar vínculos con la familia, la pareja y su hijo adicto, aprende a poner límites y no sobre involucrarse en la vida de los demás, respeta su vida y la de los otros; y lo manifiesta en el cuidado de sí misma, en el reconocimiento de sus necesidades y en la búsqueda de satisfacerlas.

Se percibe también un fortalecimiento de su identidad y autonomía, pues es capaz de explorar sus necesidades y buscar la forma de satisfacerlas, busca menos la aprobación de los demás, lo que le permite vivir sin ansiedad, angustia o tristeza por no cumplir las expectativas de los demás.

La práctica de la meditación y la oración favorecen en la codependiente, estados de paz y serenidad que le permiten relacionarse mejor consigo misma, con los demás, aumentan en ella la fe, la esperanza, la alegría y la gratitud por la vida y la ayudan a afrontar situaciones de crisis.

Los grupos de autoayuda de Al Anon son un medio que ayuda a las madres codependientes en su proceso de recuperación. La experiencia y saberes de estos grupos pueden ser utilizados dentro de la psicoterapia para la mejora de tratamientos terapéuticos en favor de las madres codependientes.

### **Sobre la psico-espiritualidad**

El término psico espiritualidad hace referencia al abordaje psicoterapéutico que toma en cuenta la dimensión espiritual de la persona desde un modelo integrador, en el que la espiritualidad se concibe como potencializadora del ser humano en todas sus dimensiones, lo que le da sentido y significado a su vida y a las circunstancias que lo rodean, despierta en la persona una conciencia relacional y le brinda formas de afrontar y trascender las dificultades que se presentan en su existencia.

Este estudio demuestra por una parte que promover el desarrollo espiritual dentro de una relación de ayuda es un camino de fe que se dirige a la sanación y bienestar psicológico y por otra evidencia que es posible integrar herramientas psicológicas y espirituales en un proceso terapéutico.

### **Sobre la psicoterapia**

Ante la complejidad de los fenómenos sociales y psicológicos la psicoterapia requiere de abordajes terapéuticos holísticos que tomen en cuenta todas las dimensiones del ser humano. La espiritualidad se presenta en esta investigación como una dimensión de la persona, pero también como una herramienta válida para ser tomada en cuenta en un proceso psicoterapéutico.

Para terminar, es importante señalar que incluir lo espiritual en psicoterapia enriquece la labor terapéutica, al ofrecer nuevos elementos para intervenir en la más

profunda esencia de la persona y liberar sus más grandes potenciales, sin embargo, los límites de este trabajo no permiten señalar el cómo hacerlo; toca a futuras investigaciones dilucidar el camino.

# **ANEXOS**

## Ficha de registro y sistematización

Terapeuta en formación: Martha Angélica Galván Bautista  
ITESO. MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

Asesora: Noemí Gómez Gómez

Fecha:

Entrevista No.

### **1. LO CUANTITATIVO – LO DESCRIPTIVO**

#### Datos Generales

- *Tiempo de duración*
- *Rubros abordados*

#### A, D, E, S

- *Aciertos*
- *Dificultades*
- *Errores*
- *Sugerencias*

### **2. LO CUALITATIVO- LO REFLEXIVO**

#### Observaciones y reflexiones

- *Sobre el entrevistador*
- *Sobre el entrevistado*
- *Sobre la comunicación*
- *Sobre las adicciones*
- *Sobre el grupo de apoyo*
- *Sobre la dimensión psicoespiritual*

## Carta de consentimiento del consultante

Tlaquepaque; Jal. a 29 de septiembre de 2018.

Martha Angélica Galván Bautista.  
Presente

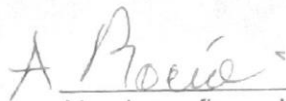
Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las entrevistas.

Entiendo, que la información será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela a usted, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente



Nombre y firma de la persona consultante



Tlaquepaque; Jal. a 29 de octubre de 2018.

Martha Angélica Galván Bautista.  
Presente

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las entrevistas.

Entiendo, que la información será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela a usted, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

  
Nombre y firma de la persona consultante

Tlaquepaque; Jal. a 2 de Noviembre de 2018.

Martha Angélica Galván Bautista.  
Presente

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las entrevistas.

Entiendo, que la información será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela a usted, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente



Nombre y firma de la persona consultante

Tlaquepaque; Jal. a 19 de Noviembre de 2018.

Martha Angélica Galván Bautista.  
Presente

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las entrevistas.

Entiendo, que la información será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela a usted, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

  
Nombre y firma de la persona consultante

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adicciones, C. N. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. México: Secretaría de Salud. Obtenido de [https://drive.google.com/file/d/1rMKaWy34GR51sEnBK2-u2q\\_BDK9LA0e/view](https://drive.google.com/file/d/1rMKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view)
- Adicciones, C. N. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*. México: Secretaría de Salud. Obtenido de [https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT\\_YQN73eWhR/view](https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view)
- Adicciones, C. N. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017*. Comisión Nacional contra las Adicciones. México: Secretaría de Salud. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Al Anon. (s.f.). *Central Mexicana de servicios generales de los grupos familiares Al-Anon, A.C.* Obtenido de Central Mexicana de servicios generales de los grupos familiares Al-Anon, A.C.: <https://alanon.mx/>
- Álvarez-Gayou, Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Obtenido de <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/como-hacer-investigacion-cualitativa.pdf>
- Barceló, T. (2003). *Creer en grupo. Una aproximación desde el Enfoque Centrado en la Persona*. España: Desclée de Brouwer . Obtenido de ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioitesosp/detail.action?docID=3193752>.
- Beattie, M. (1996). *Ya no seas codependiente. Cómo dejar de controlar a los demás y empezar a ocuparse de uno mismo*. Obtenido de [http://www.convencionbautista.com/yahoo\\_site\\_admin/assets/docs/Beattie\\_Melody\\_-\\_Ya\\_no\\_Seas\\_Codependiente.13493939.pdf](http://www.convencionbautista.com/yahoo_site_admin/assets/docs/Beattie_Melody_-_Ya_no_Seas_Codependiente.13493939.pdf)
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA,2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036946004>
- CoDA. (1995). *Co-dependientes Anónimos* (Primera ed.). (G. Espejos, Trad.) Dallas, Texas, USA: CoDA Resource Publishing. Obtenido de <https://gotitasconciencia.files.wordpress.com/2014/02/libro-azul-de-coda-12-pasos-extendido-edicion-completa-mexicana.pdf>

- Domenech-López, Y. (Octubre de 1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas*(6), 179-195. doi:10.14198/ALTERN1998.6.8
- Duque López, C. (2018). *Psicoterapia y espiritualidad*. Colombia: Fondo Editorial Universidad Católica de Oriente.
- Fantin, M. B., & García, H. D. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, 9(2), 193-214. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n2/v9n2a1.pdf>
- Fernández, Cáceres, Carmen. (s.f.). *Psicoterapia Individual, grupal y familiar del consumo de drogas*. (A. Centros de Integración juvenil, Ed.) México. Recuperado el 2018 de noviembre de 18, de <http://www.cij.gob.mx/pdf/PsicoterapiaIndividualGrupalFamiliar.pdf>
- Fernández-Artamendi, S., & Weidberg, S. (2016). Avances en la evaluación de las adicciones. *Papeles del psicólogo*, 37(1), 52-61. Recuperado el 31 de marzo de 2019, de [www.redalyc.org/articulo.oa?id=77844204007](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77844204007)
- Ferreira Campos, A., & Ribeiro, J. P. (2017). Psicoterapia y Espiritualidad: de la Terapia de Gestalt a la Investigación Contemporánea. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23(2), 211-218. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v23n2/v23n2a09.pdf>
- Frankl, V. (1994). *La presencia ignorada de Dios. Psicoterapia y religión* (novena ed.). Barcelona, España: Herder. Obtenido de [file:///C:/Users/user1/Downloads/La\\_Presencia\\_Ignorada\\_de\\_Dios-Frankl\\_Viktor.pdf](file:///C:/Users/user1/Downloads/La_Presencia_Ignorada_de_Dios-Frankl_Viktor.pdf)
- Galvis López, M. A., & Pérez Giraldo, B. (Diciembre de 2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 11(3), 256-273. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/741/74121424003.pdf>
- Gómez Gómez, E. N. (Enero-Marzo de 2000). La investigación educativa: del sectarismo a la diversidad teórica y metodológica. *Educar*, 8, 20-25.
- Gómez Gómez, E. N. (Julio-Diciembre de 2002). Tendiendo puentes: una propuesta metodológica desde la investigación educativa de corte interpretativo. *Sinéctica*, 21, 20-25.
- González Ramella, G., & Varela, D. (2002). Espiritualidad y autotrascendencia. *Psiquiatría.com*, 6(2), 1-14. Obtenido de [https://psiquiatria.com/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/espiritualidad-y-autotrascendencia-explorando-esta-dimension-de-la-personalidad-con-el-tci-de-c-r-cloninger/](https://psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/espiritualidad-y-autotrascendencia-explorando-esta-dimension-de-la-personalidad-con-el-tci-de-c-r-cloninger/)
- Grün, A. (2005). *Habitar en la casa del amor*. España: Sal Terrae.
- Gutiérrez Reynaga, R., Andrade Palos, P., Jiménez Tapia, A., & Juárez García, F. (Julio-Agosto de 2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes

- de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 30(4), 62-68. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230409>
- Hinojosa, L., Alonso Castillo, M. M., Armendáriz García, N. A., López García, K. S., Gómez Meza, M. V., & Álvarez Bermúdez, J. (2018). El efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. *Health and Addictions*, 18(1), 71-79. Obtenido de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/341/pdf>
- (2018). *Informe mundial sobre las drogas*. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, UNODC. Obtenido de [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- López Castilla, C. J. (2011). Mediación familiar en el proceso de rehabilitación de drogodependencias. *Revista de Mediación*, 8(2), 34- 41. Obtenido de <https://revistademediacion.com/wp-content/uploads/2013/10/Revista-Mediacion-8-04.pdf>
- Luna, J. A. (2005). *Logoterapia y drogadicción ¿cómo ayudar a una persona adicta?* (1ª ed.). Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Mansilla Izquierdo, F. (Marzo de 2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22(81), 9-19. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019663002>
- Martín Ferrari, L., Rivera Gaiztarro, A., Morandé Lavín, G., & Salido Eisman, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica y Salud*, 11(2), 231-258. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618250004>
- Martínez Lanz, P., Gómez Santa María, A., & Ortega Peniche, S. (2005). Adicciones y patrones familiares de conducta. *Psicología Iberoamericana*, 13(1), 5-11. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926982003>
- Medina, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia, R. (Agosto de 2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242402>
- Moreira, V., & Dilcio Dantas, G. (2009). El Método Fenomenológico Crítico de Investigación con base en el pensamiento de Merleau-Ponty. *Terapia psicológica*, 27(2), 247-257. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art10.pdf>
- Moreno, S. (Enero-junio de 2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da abordagem Gestáltica-Phenomenological*, 20(1), 71-76. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3577/357733920009.pdf>

- Nizama Valladolid, M. (2015). Innovación Conceptual en adicciones. (Primera parte). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(1), 22-29. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n1/a04v78n1.pdf>
- Nizama Valladolid, M. (Abril-Junio de 2015). Innovación conceptual en adicciones. (segunda parte). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(2), 93-101. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039600006.pdf>
- OMS. (2011). *Adicciones*. Universidad Saludable Rafael Landivar. Obtenido de [http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones\\_completo.pdf](http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf)
- Pérez Lancho, M. C. (2016). Inteligencia espiritual. Conceptualización y cartografía psicológica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 63-69. Obtenido de Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851777007>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (Junio-Diciembre de 2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916260008>
- Rivera de Parada, A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., Miotto Wright, M., . . . Khenti, A. (2015). Entretenimiento, espiritualidad, familia y la influencia de pares universitarios en el consumo de drogas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24, 161-169. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71439758020>
- Rodríguez , G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Aljibe.
- Rodríguez Fernández, M. I. (2011). ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? *Interpsiquis*, 1-21. Obtenido de [https://www.academia.edu/2442919/\\_ES\\_LA\\_ESPIRITUALIDAD\\_UNA\\_FUENTE\\_DE\\_SALUD\\_MENTAL\\_O\\_DE\\_PSIOPATOLOG%C3%8DA](https://www.academia.edu/2442919/_ES_LA_ESPIRITUALIDAD_UNA_FUENTE_DE_SALUD_MENTAL_O_DE_PSIOPATOLOG%C3%8DA)
- Rogers, C. R. (2012). *El proceso de convertirse en persona* (12 ed.). México: Paidós.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. (Julio-Agosto de 2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351-365. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221317008>
- Rufino Castro, M. (2015). *Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona. Obtenido de [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl\\_10803\\_289640/mrc1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_289640/mrc1de1.pdf)
- Ruíz, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sáenz Rojas, M. (2003). Aportes sobre la familia del farmacodependiente. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 1(99), 25-44. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309903>

- Simkin, H. (2016). El modelo circuplejo de la espiritualidad. *Revista de investigación en Psicología Social. PSOCIAL*, 2(2), 65-76. Obtenido de <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/viewFile/2147/1838>
- Torres García, L. (Mayo-Junio de 2007). El adicto y la familia en recuperación. *Anudando*, 18-20. Obtenido de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43\\_adicto.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/qro/anud43_adicto.pdf)
- Valverde Obando, L. A., & Pochet Coronado, J. F. (2003). Drogadicción: hijos de la negación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 1(99), 45-55. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309904>
- Vaughan, F. (2002). What is Spiritual Intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 16-33. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/fa5c/5e6d51662d3b55e0ede528189cd3c60e489b.pdf>
- Zapata Vanegas, M. (Julio-Diciembre de 2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 86-94. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413007>