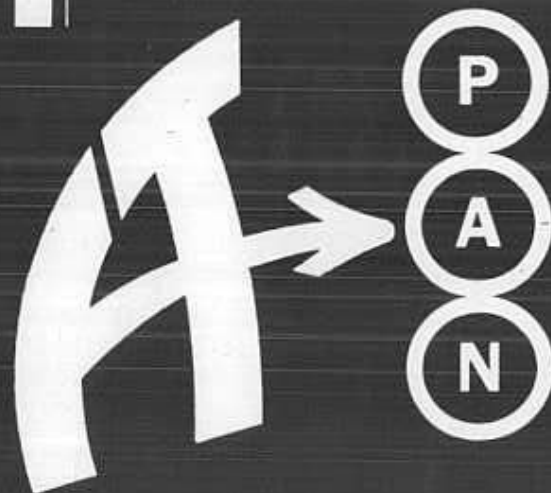


Revista de

**ANALISIS TRANSACCIONAL
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



A E S P A T

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 41. 1º SEMESTRE/99. AÑO XVII

®

REVISTA DE ANALISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGIA HUMANISTA

(Boletín informativo de ASOCIACION ESPAÑOLA
DE ANALISIS TRANSACCIONAL -AESPAT-)

Edita: **AESPAT** (fundada en 1978)

- Domicilio social: C/. Recoletos, n.º 11 - 2.º D
28001 Madrid
- Teléfonos: 91 573 46 13 (Contestador)
91 576 13 27 (Atención personal: Miércoles, 18:00 a 20:00 horas)
- Fax: 91 573 46 13
- Apdo. Correos: 8.222 - 28080 Madrid

Junta Directiva de AESPAT

Presidenta:	M.ª Ángeles Díaz Veiga
Secretaria:	Begoña Díaz Veiga
Tesorera:	Yolanda Sánchez Galán
Vocal de Formación:	José Gutiérrez Valiño
Vocal de Publicaciones:	Juan García Moreno
Vocal de Clínica:	Itziar Garmendia Izaguirre
Delegados de Zona	
Alicante:	Carmen Moreda Pérez de Eulate
Cataluña:	Josep M.ª Ferrán Torrent
Galicia:	Isabel Achaver López
Murcia:	Teresa Velasco Carrilero
Zaragoza:	Jesús Serrano García

Consejo Editorial

- **Dirección Institucional**
 - La Junta Directiva de AESPAT
- **Dirección Técnica**
 - Juan García Moreno

Realización: GRÁFICAS DEHON - La Morera, 23-25. Torrejón de Ardoz

Depósito Legal: M-36843-1981

ISSN: 0212 - 9876

R.P.I. n.º 1095354 (provisional)

N.I.F.: 1095554

El Consejo Editorial de la Revista no asume necesariamente el punto de vista expresado en esta Revista; son los propios autores los responsables de su contenido.

E DITORIAL

En el Nº 40 de la Revista iniciábamos la publicación de trabajos presentados al IX Congreso Español de A.T. celebrado en Zaragoza en Septiembre de 1998.

*En este número 41 ofrecemos a los lectores de la Revista la "Conferencia de Clausura" de dicho Congreso, de **Jorge Escribano**, representante de Francia en la Asociación Europea E.A.T.A., en que después de exponer el proceso evolutivo de la **personalidad** (parangonándolo con el **proceso grupal**) se sorprende de la falta de unidad en España respecto del A.T. y de su representatividad en la Asociación Europea (EATA), y sugiere pasos en esa dirección.*

***Preciada Azancot** presenta un instrumento de evaluación y tratamiento de la realidad empresarial que sin duda abrirá perspectivas a muchos lectores preocupados por esta línea de trabajo.*

***Mª Consuelo Llinares Pellicer** ofrece una experiencia de intervención psicosocial con drogodependientes, y con **Mercedes Lloret Boronat** una síntesis teórica y un esquema de tratamiento para los ludópatas en estos tiempos en que la ludopatía aparece cada vez más como una tragedia social.*

***Juan García Moreno**, sigue ofreciendo la exposición de la problemática actual relacionada con la Integración de la Psicoterapia, y **Mario Salvador** aporta, una vez más, dos traducciones centradas en la "reparentalización" tan practicada por los seguidores del A.T.*

Esperamos servir con esta publicación a los intereses profesionales de todos los socios de AESPAT y en un mejor conocimiento del A.T. y de la Psicoterapia en general.

De nuevo clamamos por el envío de artículos para su publicación, pues de ello depende el futuro de la Revista como instrumento integrador y formador de los socios de AESPAT.

SUMARIO

IDENTIDAD Y COOPERACIÓN. Jorge Escribano	3
EL M.A.T., HIJO LEGÍTIMO DEL A.T. Preciada Azancot	7
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL A NIVEL INDIVIDUAL EN LOS DROGODEPENDIENTES. M ^a Consuelo Llinares Pellicer	13
EL JUEGO PATOLÓGICO: <i>Una adicción sin tóxico, una adicción psicológica.</i> M ^a Consuelo Llinares Pellicer y Mercedes Lloret Boronat	25
LA INTEGRACION DE LA PSICOTERAPIA (5ª PARTE). Juan García Moreno	39
REPARENTALIZACIÓN PUNTUAL. Russell E. Osnes, M.S.C.	44
NUEVAS DIRECCIONES: <i>Reparentalización al Padre como apoyo de las Redecisiones.</i> Ken Mellor	50
CATEXIS	57
NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS	61

IDENTIDAD Y COOPERACIÓN
Conferencia de Clausura del IX Congreso Español de A.T.
en Zaragoza (Septiembre, 1998)

JORGE ESCRIBANO

Representante de Francia
en la Asociación Europea E.A.T.A.

Después de conceptualizar los términos “identidad” y “cooperación”, se presentan las diferentes etapas psicoanalíticas del acceso a la identidad de un individuo haciendo paralelo entre éste y un grupo social u organización, y se perfila cómo la persona llega a la madurez psicológica, momento en que estará apta para cooperar.

IDENTIDAD Y COOPERACIÓN

La palabra **identidad** es definida (en el diccionario Espasa Calpe) como el hecho de ser una persona.

En el Larousse: “conjunto de circunstancias que distingue a una persona de los demás”.

En el Webster, condición o hecho de ser una persona o cosa específica, “Individualidad”.

La **cooperación** viene de cooperar que es obrar juntamente con otro u otros para un mismo fin.

En psicología la identidad sería el resultado del proceso de madurez psicológica del individuo que lo conduce a asumir su lugar como sujeto, y la cooperación una de las manifestaciones de esa identidad.

En esta conferencia les propongo recorrer las diferentes etapas del acceso a la identidad de un individuo, haciendo el paralelo entre éste y un grupo social u organización. Ver cómo la persona llega a la madurez psicológica, momento en que estará apta para cooperar.

Como base del estudio paralelo del individuo y el grupo vamos a remitirnos a Didier Anzieu (1996) en sus investigaciones sobre la estructura y procesos de grupo. Anzieu

comienza por decir que un grupo es una membrana que sujeta un conjunto de individuos. Es una membrana viva como la piel del cuerpo, como el yo que se esfuerza de englobar el psiquismo, es una membrana con dos facetas, una orientada hacia la realidad exterior psíquica y social; sobre todo hacia otros grupos, parecidos, diferentes, etc... Esta faceta representa una barra protectora hacia el mundo exterior, sería lo que Berne (1961) llama frontera externa. La otra faceta estaría orientada hacia la realidad interna de los miembros del grupo.

Kaës, por su lado, introduce el concepto de aparato psíquico grupal y agrega que todo grupo se organiza como metáfora del cuerpo o partes del cuerpo. Anzieu continúa diciendo que tanto en el aparato psíquico grupal como en el individual hay que considerar dos niveles: el de la estructura y el de la organización. Valabrega publicó en la revista Francesa de Psicoanálisis un artículo que lo tituló *la ley del retorno*, donde demuestra que las fantasías originarias humanas son organizadas y proyectadas en los mitos, los cuales serían las manifestaciones de las fantasías individuales (Edipo, Narciso, Ícaro, etc...), y esto funcionaría de manera circular; el mito se encuentra en la fantasía y en la fantasía da origen al mito. De

esta manera lo individual se encuentra en lo colectivo y en la cultura, y lo colectivo en lo individual. Estos trabajos más las observaciones de Bion, Lewin y las mías propias, nos lleva a considerar que el grupo social se estructura, se organiza, tiene su personalidad, su propia identidad igual que el individuo, e igual que éste, su historia su Psicogénesis. Podemos decir desde el punto de vista de la A.T. que cada grupo u organización tiene su guión, manifestado por sus estados del yo, sus transacciones, sus jue-

En la primera etapa o **etapa autista**, el bebé introyecta los objetos parciales: el seno, la cara de la madre, pero no llega a formarse una imagen interna, no hay constancia. El bloqueo en esta etapa se manifestaría en el autismo. En una perspectiva Psicoanalítica esta etapa parece corresponder al cuerpo fragmentado.

La etapa siguiente será la **etapa simbiótica** aquí el bebé comienza a instalar una relación con su madre, fija sensaciones, olores, voz, presencia; pero todavía no hace la diferencia entre su cuerpo y el de la madre. Estas dos primeras etapas se caracterizan por la dependencia física.

La tercera etapa sería la **etapa de la separación individuación**, cuando el niño comienza a caminar, empieza a darse cuenta que es un ser separado. Según Malher "se escapa por las grietas de la simbiosis". Se siente omnipotente y le gusta experimentar. Pro cada vez que encuentra límites a su omnipotencia introyecta objetos malos; cuando tiene la impresión de ejercerla introyecta objetos buenos. Es, entonces, cuando se produce el contraste entre objetos buenos y objetos malos, entre mamá buena y mamá mala, y ellos son proyectados al exterior. En el bloqueo a este nivel se encuentran las personalidades Borderline. En la perspectiva de Jacques Lacan sería el acceso al imaginario; en A.T. podemos decir que se produce el contraste entre el "P 1 +" y el "P 1 -" (hada buena y bruja mala).

gos, sus comportamientos pasivos, su propia economía de caricias, su manera específica de estructurar el tiempo.

Partiendo del postulado: "el grupo se estructura y se organiza como la persona", vamos a ver cuáles son las **etapas del desarrollo Psicogenético de ambos.**

Para hacer este paralelo he tomado como base el artículo de Martin Haykin: "*Cómo las experiencias durante la temprana infancia influyen la estructuración del estado de yo Niño*".

En el **grupo las imagos están indiferenciadas**. En una situación grupal, puede corresponder al comienzo de un nuevo grupo u organización. Nadie se conoce; si un grupo se bloquea en esta etapa, los miembros no se conocen, sólo cumplen su función.

En el **grupo es el principio de la diferenciación**; en esta etapa el leader o algún(os) miembro(s) del grupo son tomados como referencia, como soporte de proyección, como algo conocido sin que haya aún imagos diferenciadas; puede ser la etapa donde "Tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil".

En el **grupo** asistimos a la **separación de imagos**; es el momento en que las personas o miembros del grupo dividen a los otros en buenos y malos, simpáticos, inteligentes y antipáticos o tontos. Aquellos que trabajan y ayudan, y aquellos que son perezosos o indiferentes. La separación también puede producirse entre grupos: "somos buenos, competentes, los otros son malos, incompetentes", etc...

Un grupo patológico encerrado en esta etapa es un grupo conflictivo con un funcionamiento paranoico.

Etapa de retorno: Malher llama a este momento "crisis de retorno", aquí el niño vuelve hacia la madre para ver si es un objeto fiable; si la madre lo apoya, lo alienta, el niño podrá incorporar la imago de una madre suficientemente buena y constante, eso le permitirá unificar su P 1 +, P 1 -, en un P1. Se crea entre madre y niño una dependencia psicológica.

Etapa Edípica: Aquí el niño pasa de la relación dual a la triangular y tendrá que elaborar una solución del conflicto político familiar con el tercero, generalmente el padre. Va a tener que renunciar a la simbiosis con la madre, aceptar la separación y partir hacia el mundo exterior, hacia afuera, a crear otros lazos, a socializarse, entrar en el orden simbólico, quiere decir renunciar a la madre como soporte de proyección; mamá no es más su imago, es otro otro y si quiere algo, va a tener que hablar, comunicar, utilizar un código, un símbolo, una mediación, el lenguaje, la lengua.

Desinvistiendo la relación privilegiada con la madre, teniendo sus propios amigos entra en una fase de **independencia**. El fracaso de esta etapa sería el rechazo del tercero, de la autoridad; y el niño se encierra en una posición narcisista que puede manifestarse a través de certitudes, de sobreadaptación o rebelión. Si el niño renuncia al conflicto con el padre, incorpora su imago, acepta irse, socializarse, va a poder identificarse con el padre del mismo sexo, y así integrar un sistema de valores que va a constituir su consciencia interna. Durante la socialización va a establecer relaciones con otros que tengan valores parecidos, va a poder realizar metas, cooperar no en una relación simbiótica de dependencia sino en una relación de sujeto a sujeto, en una relación de interdependencia, de complementariedad, de colaboración para construir proyectos comunes.

Como vemos la cooperación es posible cuando la identidad está construida, cuando la persona asume su lugar como sujeto.

La **imago de grupo empieza realmente a diferenciarse**; es el momento del acercamiento, de conocerse, de establecer relaciones, de verificar. Si el grupo se fija en esta etapa puede quedarse en el pasatiempos sin realizar ni lograr metas.

En esta **etapa del grupo las imagos se diferencian**, comienzan los primeros conflictos de ideas y valores, se construyen alianzas y oposiciones, pero sobre la base de conocimientos mutuos. Los miembros se hacen una idea precisa del otro, del leader. Es como si recogieran material para sentar o construir los valores del grupo. El fracaso de esta etapa se produce cuando no se aceptan los valores del otro, lo que puede llevar a la destrucción del grupo.

El grupo que alcanza esta etapa tiene imagos bien diferenciadas, unidas por un mismo sistema de valores; los miembros son interdependientes unos de otros, y como grupo, teniendo su propia identidad, interactúan con otros grupos. Trabajan juntos respetando sus diferencias, en complementariedad para y por una misma causa.

Para ello el individuo ha tenido que operar una serie de renunciaciones, de castraciones simbólicas, de separaciones. Renunciar a la

simbiosis y aceptar las pruebas de la realidad. Así puede canalizar y no bloquear la satisfacción de sus necesidades, de sus deseos. Quiere decir que va a encontrar en la realidad externa las fuentes de satisfacción que podrá utilizar en la medida que acepte la ley social; va, de esta manera, a invertir el estado del yo Adulto, pero un adulto integrado e integrante que procesará las demandas del niño, asistido por un padre protector y realista, y los datos que la realidad le provee.

He aquí el sentido profundo del permiso, la posibilidad de satisfacción a través de la realidad.

En cambio, el individuo cuyo niño se ha quedado encerrado en la omnipotencia narcisista, no tiene permisos, puesto que la realidad, la ley no es una compañera de realizaciones sino una enemiga de su omnipotencia, enemiga que hay que eliminar, o enemiga que lo hunde en la depresión; aquí el niño queda prisionero de un yo ideal constituido de introyecciones de ideales maternos arcaicos. Aquel que aceptó (que es diferente a la adaptación o sobreadaptación) la realidad, al otro como un otro diferente está relacionado con un ideal del yo, ideal que comparte con el otro, el tercero, los terceros. En este caso la madre le sirve de lazo, de vínculo entre él y la realidad, ella le muestra que pertenece a una familia, a la misma familia que su padre, a la misma comunidad, finalmente a la misma especie humana.

Esa pertenencia está nombrada; su apellido, su estatuto, sus roles, entran de lleno en el orden simbólico, en la historia.

Aquí hay algo sobre lo que tenemos que reflexionar. ¿Cómo funcionamos nosotros? ¿Nuestros grupos, nuestras asociaciones, cuáles son los lazos que nos unen a la comunidad del A.T.?

Quiero relatar una experiencia emocional propia. Soy uno de los representantes de

Francia en la asociación europea E.A.T.A.; soy presidente de la comisión ética y de práctica profesional. La mayor parte de los países europeos están representados. Pero cada vez que iba a las reuniones, sentía un algo de tristeza al ver que España no estaba oficialmente representada; sé, por haber venido frecuentemente a dar formación, que la calidad de los profesionales españoles que ejercen el A.T. es excelente, que hay mucho entusiasmo e interés por el A.T., que se forman con seriedad, que no solamente tienen cualidades intelectuales sino también humanas, que podrían aportar mucho a la comunidad Europea en A.T.

Me pregunté: ¿Qué nos pasa, por qué no logramos ponernos en contacto? ¿Por qué no logramos dar una identidad española al A.T.? ¿Por qué España no está oficialmente representada en la E.A.T.A.? ¿Cuál es nuestra parte de responsabilidad como asociación Europea? ¿Y cuál es la responsabilidad de las diferentes asociaciones españolas? ¿Qué es lo que no hicimos?

¿A qué habrá que renunciar para posibilitar esta representación?

¿Qué dificultades habrá que resolver para realizar una identidad española? Por otro lado, este fin de semana, he percibido en este congreso una gran capacidad a trabajar juntos con mucha energía y entusiasmo. Aprovecho para agradecer y felicitar a los organizadores y participantes al congreso por toda esta magnífica tarea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D. (1996) *Le Groupe et l'Inconscient. L'imaginaire groupal*. Dunod.
 Berne, E. (1961) *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York, Grove Press.
 Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York, Grove Press.

EL M.A.T., HIJO LEGÍTIMO DEL A.T.

PRECIADA AZANCOT*

Consultora en Procesos de Cambio en Organizaciones Empresariales
 Miembro avanzado especial de ALAT

Se presenta el M.A.T., un instrumento psicológico para el análisis y tratamiento de la realidad organizativa empresarial. El M.A.T. significa Metamodelo de Análisis Transformacional porque al clasificar y analizar cada modelo lo transforma al ubicar su ruta específica de potenciación de sus virtualidades vivas.

Se expone la estructura M.A.T. de la Personalidad, con sus subestructuras, sus tipologías y la secuencia de las motivaciones humanas innatas. Se trata de un proceso de cambio para mejorar las relaciones humanas y la productividad empresarial.

Me llamo Preciada Azancot Medina y soy consultora especializada en dirección de procesos de cambio en organizaciones empresariales desde hace más de veintidós años. Soy miembro avanzado especial de ALAT desde 1983. He creado un nuevo instrumento de análisis y de tratamiento de la realidad desde hace más de diez años que llamé el M.A.T. Lo aplico con notable éxito en mi trabajo. Además, formé a unas trescientas personas a esa nueva metodología.

M.A.T. significa Metamodelo de Análisis Transformacional. Es un Metamodelo porque integra, clasifica y diagnostica todos los modelos posibles de conducta o de creación humanas. Es de Análisis porque tiene parámetros científicos, es decir, objetivos, medibles y transmisibles, para conocer la realidad. Es Transformacional porque al clasificar y analizar cada modelo, lo transforma al ubicar su ruta específica de potenciación de sus virtualidades vivas.

El M.A.T. arranca con el descubrimiento del patrón de ingeniería funcional del ser humano. Este se basa sobre el funcionamiento de la estructura M.A.T. de personalidad que se diferencia de la del A.T. en lo siguiente: **La estructura total se subdivide en tres subestructuras** que, a diferencia del PAN, son todas estructuras propias y maduras, cada una de ellas alimentada por una de las seis emociones auténticas básicas del ser humano. Éstas son seis porque el M.A.T., a diferencia del A.T., distingue seis emociones auténticas en vez de cinco, es decir que además del miedo, tristeza, rabia, amor y alegría, contempla el orgullo creador como emoción innata. El miedo y el amor energizan la **primera subestructura** que llamamos el *Socializador*, estructura de personalidad que posibilita nuestra integración social al erigir límites y al encontrar confluencias entre las personas. El Socializador se divide en dos: un Rector que rige

* Carrera de San Francisco, 13, Apartado 107. 28005 Madrid.

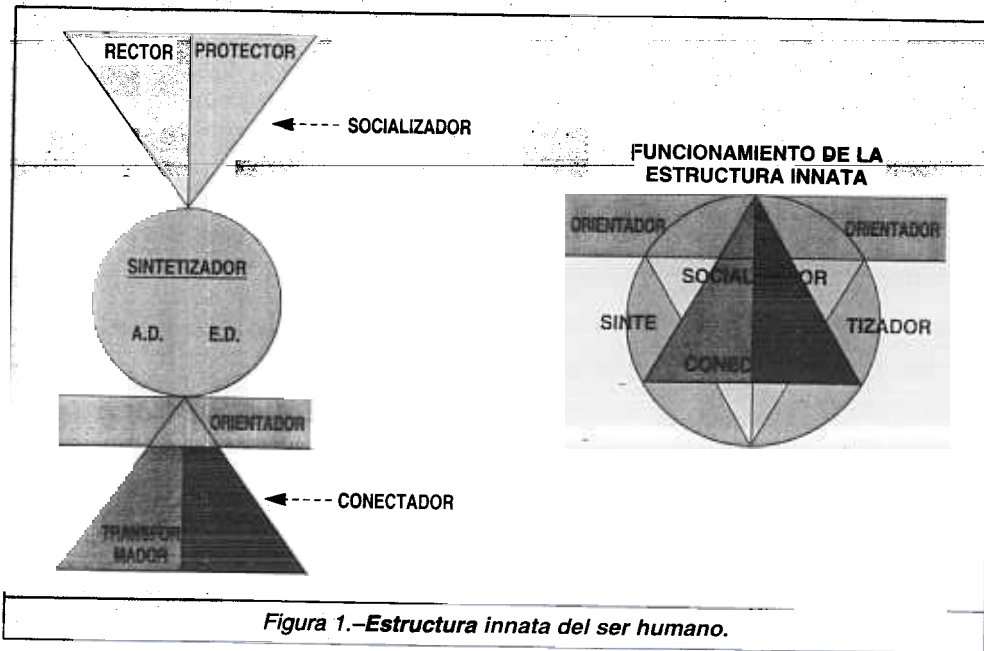


Figura 1.-Estructura innata del ser humano.

nuestra conducta social y nuestra recta consciencia, que se distingue del Padre Crítico del A.T. porque no es un almacén de mensajes, modelos y registros, sino un sistema regido por el miedo auténtico, que nos protege de las invasiones externas y de la falta de escrúpulos con los demás. La segunda parte de nuestro Socializador lo conforma el Protector, bastante similar al Padre Nutritivo, alimentado por el amor, y cuya finalidad es el buscar solidaridad y metas comunes con los demás seres vivos.

La **segunda subestructura** es el *Sintetizador*, alimentado por la tristeza, emoción privilegiada para diferenciar lo vivo de lo muerto, lo útil de lo inútil, responsable del funcionamiento y de las manifestaciones de nuestra inteligencia. El sintetizador se puede asimilar a lo que en A.T. se considera el Adulto. Salvo que no es cronológico y se encuentra perfectamente en un infante o en un animal.

La **tercera subestructura** es el *Conector*, estructura tridimensional que nos conecta a la realidad total a través del Vitaliza-

dor, alimentado por la rabia, y que nos permite reaccionar a los estímulos sensibles de la realidad aparente y material del aquí y del ahora, del Transformador, que posibilita el acto creador así como la percepción de las obras creadoras externas y que está alimentado por el orgullo, única emoción específicamente humana, que nos diferencia de los animales superiores, y del Orientador, alimentado por la alegría, y que nos conecta a la realidad trascendente y espiritual. Esta tercera subestructura es muy diferente de la estructura del Niño en A.T. y sólo su patología actúa conductas infantiles.

Cuando la estructura está alimentada por las seis respectivas emociones, todas auténticas, la personalidad funciona perfectamente y en equilibrio. Representamos la estructura de personalidad M.A.T. según el diagrama anterior. En la vida real, se dan 43 patrones diferentes de conducta, con sendos perfiles de personalidad, los cuales se dividen en siete familias tipológicas. La tipología M.A.T. de personalidad se caracteriza por la existencia de tres anomalías correla-

cionadas de funcionamiento: una emoción dominante, magnificada, o exaltada, una emoción desconectada ausente, que se reemplaza por un rebusque de rabia, y una emoción tabú o prohibida que representa la meta existencia del sujeto que encuentra mucha dificultad en sentirla y en actuarla. La emoción magnificada representa el talón de Aquiles de la persona, quien no logra concebir la vida sin esa emoción magnificada, y, claro, es por ella que puede ser desequilibrado por el entorno. La emoción desconectada es el potencial punto fuerte diferencial del individuo. La emoción tabú o prohibida, que el individuo desconectado experimenta como fobia, es la emoción trascendente que le podría devolver la plenitud perdida y en cuya persecución-rechazo organiza su argumento de vida, no logrando acceder a ella mientras no recupere y asume su talento potencial (emoción tipológica desconectada). Así, cuando una persona desea recuperar su potencia instalada, debe redimensionar y fortalecer en primer lugar su emoción magnificada, recuperar a continuación, corrigiendo su rebusque de rabia, su emoción fuerte desconectada, y acceder, a través de un proceso de desensibilización, a su emoción prohibida conectadora.

Resumiendo al máximo, podemos caracterizar las **siete tipologías** de personalidad M.A.T. del siguiente modo:

- El Reactivador tiene como emoción dominante el amor, emoción desconectada el miedo, y emoción tabú la alegría. Es reactivo, catalizador del cambio, amoroso, confiado y solidario. Es valiente y hasta temerario y termina crucificado como chivo expiatorio. Juega a "sólo trato de ayudarte". Su Arquetipo trascendente es Jesús.
- El Promotor tiene inflacionada la alegría, desconectado el amor y prohibido el miedo. Es hiperactivo, entusiasta, excelente vendedor, animado, muy social e inmaduro. Es un seductor. Juega a "cheque de goma". Su Arquetipo trascendente es Mahoma.
- El Fortificador tiene maximizado el miedo, desconectada la rabia que

siente como culpa, y prohibida la tristeza. Es introvertido y discreto, tímido y sencillo, delicado aunque con un aguante y paciencia impresionantes. Juega a "si no fuera por". Su Arquetipo Trascendente es Buda.

- El Constructor tiene inflacionada la tristeza, desconectado el orgullo, y prohibida la rabia. Es hiperracionalista, metódico, organizado, detallista y trabajador, honesto y pulcro. Juega a "abrumado". Su Arquetipo trascendente es Zoroastro.
- El Revelador tiene la rabia maximizada, la tristeza desconectada, y el orgullo prohibido. Es vitalista, rebelde, juguetón, iconoclasta e independiente. Gran amante de la cultura y de los artistas, le encanta la vida bohemia. Juega a "sí, pero". Su Arquetipo trascendente es Mani.
- El Legislador tiene el orgullo inflacionado, la alegría desconectada y el amor prohibido. Es responsable y muy maduro, piensa en términos sociales y macro económicos, tiene diálogos internos, es excelente padre y ciudadano, conversador brillante y adora la tertulia. Juega a "defecto". Su Arquetipo trascendente es Moisés.
- El Magnetizador tiene dos emociones desconectadas, el amor y la tristeza, el orgullo inflacionado y la rabia prohibida. Está sobreadaptado a los tópicos socialmente establecidos y tiene una compulsiva manía de control sobre los demás, así como ansias de poder que enmascaran una gran inseguridad. Es prepsicótico. Juega a "rincón". Su Arquetipo trascendente es Lucifer.

Cada tipología puede estar en seis fases diferentes de evolución que van desde la fase de disociación hasta la fase de conexión, donde todas las emociones están en equilibrio y en su estructura y la potencia del individuo está maximizada. La tipología de personalidad básica es innata y obedece a la reacción neuro-endocrina del feto a las emociones dominantes de la madre gestante. Antes de encontrar su camino de conexión, el individuo va buscando su equilibrio

y se aferra a experiencias y modelos de otras tipologías de personalidad, reemplazando su emoción tabú por la emoción tipológica inflada de los integrantes de otras tipologías, lo que determina la fase de evolución, hasta encontrar la suya. Tres años de investigación hospitalaria me permitieron encontrar relaciones indiscutibles entre los rebusques tipológico y las principales enfermedades de alto riesgo. El proceso de conexión tipológica es así, a más de potenciador, curativo y preventivo.

El tercer descubrimiento del M.A.T. es el de la secuencia y contenidos de las **motivaciones universales humanas** que sirven de base a la elaboración de un programa de reconstrucción personal y social que denominamos **Teoría Omega**. Cada paso o fase comporta la enseñanza de dos seminarios, uno práctico y otro teórico, que se instrumentan en EL CLUB DE LÍDERES que dirijo desde hace diez años y donde imparto la formación básica al M.A.T. en un año, a razón de un seminario de dos días al mes.

La secuencia M.A.T. de las motivaciones innatas tiene el siguiente contenido:

- **SEGURIDAD:** Además de necesitar cubrir sus necesidades básicas de supervivencia (techo, comida, vestidos, salud) el ser humano necesita seguridad en relación a sí mismo y a su entorno social: el que no le cuestionen su derecho a existir y a ser diferente. El conocimiento de sí mismo en profundidad, el conocimiento de los factores diferenciales de los demás, le permiten acceder al más alto grado de seguridad, pues, al tiempo que potencian su nivel de confianza, le permiten seleccionar a los mejores y defenderse de los más tóxicos. La construcción de la sociedad sobre estos cimientos **evita la irrupción del miedo auténtico** así como su posterior desviación en reivindicaciones corporativistas, que, al tiempo que traban el desarrollo, no eliminan las causas reales del malestar. En esta fase se tomarán todas las medidas necesarias para que el individuo no se deje invadir ni invada la intimidad de los demás. Al aprender las caracte-

rísticas detalladas de los 43 patrones de tipología, cada uno podrá reconocerse y clasificar a los demás, en el absoluto respeto de las diferencias. Cada uno conocerá así su camino de realización y sabrá ayudar a los demás a encontrar el propio.

- **DESARROLLO:** Además de disponer de medios logísticos, materiales y humanos para desarrollar su actividad, se trata aquí de conocer las potencialidades creadoras diferenciales propias y ajenas para desarrollarlas libre e inteligentemente. El ser humano necesita ubicar y conscientizar sus zonas vocacionales de excelencia y descubrir las ajenas. Este conocimiento se debe hacer efectivo a través de un sistema de comunicación que localice, extraiga, incentive y proteja la capacidad creadora personal y grupal. La construcción de esta segunda fase tiende a **erradicar las causas reales de tristeza auténtica**, pues todo lo que hubiera podido crecer y se secó, todo lo que hubiera podido saberse y se ignoró, constituyen pérdidas objetivas. De este modo, al florecer las potencialidades vivas, se erradican los Reinos de Taifas y el corporativismo ramplón. Aquí tendremos acceso a un sistema revolucionario de comunicación que permite dominar los siete idiomas universales de acceso a los patrones tipológicos de las personas para deshacer los mandatos brujos que los mantienen atados.
- **JUSTICIA:** Además de la necesidad universal de respuestas que ratifiquen su derecho a la libertad, a la igualdad de oportunidades y de trato, el ser humano necesita concretizarlas y carnalizarlas en su vida diaria. La justicia, para ser plena, debe pasar de ser un hecho individual para convertirse en un hecho colectivo que se llama cultura. En esta fase se elaborará una cultura colectiva organizacional que descubra y actualice lo mejor de la identidad colectiva a través de un sistema de valores y de normas que se distinguan por

su adecuación a la personalidad grupal, por su equidad, y por la jerarquización acertada de dichos valores y normas. Así se podrán descartar las mentiras, inversiones y manipulaciones en un entorno protegido. De esta manera **se evita la irrupción de la rabia auténtica** en el ente colectivo.

- **ESTATUS:** Además del natural derecho al reconocimiento colectivo e individual que el ser humano tiene por sus méritos excepcionales, éste tiene una aspiración fundamental: no sólo el de no ser penalizado con envidias si se destaca de la medianía, sino de ser premiado por ello, tanto con la consecución de la admiración de quienes lo rodean, como con recompensas intrínsecas de orden simbólico y material que le confieran el estatus real que se merece. En esta cuarta fase de construcción, el estatus real recaerá sobre aquellos individuos de excepción que ejemplifiquen la medida de lo posible humano, y que por su superioridad anímica, espiritual, intelectual, o creadora ofrezcan a su entorno obras de calidad trascendente al servicio del desarrollo de la vida y de la verdad. Esta fase tiene como finalidad **instaurar el orgullo auténtico** personal y colectivo así como penalizar la envidia, la descalificación, y la idolatrización o culto de la personalidad. Es decir, conquistar la diferencia entre un ente colectivo con vocación de mediocridad y una gran organización.
- **PERTENENCIA:** Además de la necesidad de ser plenamente aceptado, que en este programa se garantiza en la primera fase y se demuestra prácticamente en las tres fases ulteriores, el ser humano necesita sentirse solidario con un grupo con quien se siente compartir una unidad de destino y de finalidades complejas. Necesita sentirse insustituible y, a la vez, prescindible. Esta quinta fase, que sólo es posible concretar buceando al fondo del "iceberg" del inconsciente personal y colectivo, desvelando experiencias pre-

natales e infantiles que dieron origen a la formación del patrón de funcionamiento tipológico, tiene como finalidad **suscitar, merecer y conservar el amor auténtico**, el que nace de las raíces de identidad más secretas, más profundas, más universales e íntimas, y que los seres humanos comparten entre sí. De esta forma, se logra construir un espacio seguro donde cada uno puede recuperar y conservar facultades que creía perdidas, es decir, un espacio donde poder ser en plenitud.

- **PLENITUD:** Esta última fase de construcción se sustenta sobre las cinco fases anteriores, todas vitalmente necesarias, todas secuenciales en este orden muy preciso, en el cual cada emoción se convierte en la finalidad de la emoción anterior y en la base de la siguiente, siguiendo la secuencia innata (y este es el cuarto descubrimiento del M.A.T.) que todo ser humano trae consigo para recuperar su totalidad y acceder a la plenitud. Así se logra construir un crecimiento exponencial en vez de una suma aritmética. Se trata aquí, de institucionalizar, como derecho y deber más sagrados del ser humano, la búsqueda y la conquista, en un continuo proceso de crecimiento interior, de la plenitud de la talla humana. En esta fase se accede al conocimiento del sentido de la historia de la espiritualidad humana y los integrantes de la organización, todos, descubren, más allá de su solidaridad, su profunda similitud y su finalidad, en una línea continua entre los seres del ayer y los del mañana. A través de este descubrimiento, así como de la desmitificación de los arquetipos colectivos que roban nuestra auténtica sed de trascendencia desvirtuándola hacia sectas y religiones separadoras, el ser humano accede a una verdadera liberación y a la alegría de la certeza de quitarse pesos muertos de encima al descubrir la auténtica finalidad de la creación: la de realizar su vocación de felicidad en paz, sin interferencias de argumentos

de autoridad. Esta fase tiene como consecuencia el **acceder a la alegría auténtica**, la de la certeza de estar construyendo un orden natural y accesible a todo ser humano que se lo proponga íntimamente.

Pero el tener esta pirámide no basta. Las antedichas características matriciales tipológicas hacen que cada tipología posea un punto fuerte diferencial. Y es sobre esta base, y esta nada más, que se puede construir un plan de vida pleno y vocacional que simbolizará un renacimiento dentro de la plenitud. Por ello, en el M.A.T. se enseñan siete caminos piramidales vocacionales diferentes, todos respetando la secuencia innata humana, y que fundamentan siete organizaciones y culturas diferentes, que, sumadas, representan la totalidad de caminos que un ser humano puede elegir. De caminos buenos, se entiende, pues existen 1.296 otros caminos, todos frustrantes.

En mi trabajo, como conocedora de la cultura profunda de las organizaciones, las más veces me encuentro con el modelo tóxico de los valores invertidos: Esa cultura que éstos conforman, invirtiendo la secuencia M.A.T. acumuladora de la energía disponible, lleva a una desenergización total de las empresas, convirtiéndose en la principal causa de la debilidad de las organizaciones y en la fuente permanente de problemas endémicos. Esta cultura, imperante en el mundo tanto democrático como subdesarrollado, nos la enseñan en las escuelas y en las universidades, en las familias y en las organizaciones políticas, en las instituciones nacionales y en las religiones. Se podría describir, sintetizando al máximo, de la manera siguiente:

Partiendo de la búsqueda de la seguridad ilusoria y simbiótica, definida como en las

motivaciones Maslow, se accede a la alegría eufórica de haber encontrado una ocupación retribuida que permita ver satisfechas las necesidades básicas materiales del ser humano, lo cual lleva a un amor solidario y algo perruno por la mano que te alimenta y por aquellos que comparten los mismos recursos, un amor no desprovisto de competitividad. Ese sentido de pertenencia superficial conduce a un orgullo mal entendido de buscar el poder en vez de la potencia como elemento diferenciador y de estatus, lo cual lleva a la rabia contra los múltiples rivales con los que uno se ve enfrentado, lo que sume en la tristeza de una magnificada soledad, lo que conduce al miedo y a la paranoia y a la psicosis del egocentrismo, lo que, al final del camino, no logra anular la verdadera escala motivacional del ser humano que pugna por asumir su vocación de felicidad y que, al verse anulada por el invertido sistema de valores compartido por los más, conduce a una esquizofrenia que convierte nuestro paso por el mundo en un exilio en un valle de lágrimas y de sufrimiento totalmente innecesarios que garantizar el poder de los peores elementos de la sociedad y de los más psicóticos que parecen tener la razón.

De hecho, esas culturas, por estar muy extendidas, no dejan de tener una extrema fragilidad. Al arrancar con un proceso de cambio M.A.T. logro con facilidad duplicar la productividad empresarial en dos años con una frecuencia de intervención media de un día semanal. Además se cuadruplica la energía disponible y la felicidad, con su correspondiente don visionario estratégico, pudiendo arrancar entonces con un proceso de liderazgo estratégico del mercado. Los empresarios están empezando a darse cuenta de que funcionar bien es extremadamente rentable. A todos los niveles.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL A NIVEL INDIVIDUAL EN LOS DROGODEPENDIENTES

M^a CONSUELO LLINARES PELLICER*

Psicóloga
Master en Drogodependencias

En el presente artículo se exponen los principales procedimientos y técnicas de intervención que se aplican a la problemática de las drogodependencias, considerando, al mismo tiempo, la etapa y los procesos de cambio en los que se encuentra cada individuo en el momento de iniciar el tratamiento. Además, se exponen una serie de técnicas y procedimientos de intervención dirigidos a cambiar los hábitos compulsivos de consumo de drogas por otros que conlleven formas más adaptativas de funcionamiento en su ámbito personal, familiar, comunitario, interpersonal y laboral.

1. INTRODUCCIÓN

Para cambiar un hábito de dependencia de las drogas por otro que conlleve un estilo de vida nuevo, se necesita que tanto el drogodependiente como su familia participen de forma activa en un programa de tratamiento cuyo objetivo sea la abstinencia de la heroína, cocaína, anfetaminas y otras drogas, y la modificación del estilo de vida de drogadicto, aprendiendo a afrontar problemas y dificultades que le permitan dar una salida personal a su experiencia con la droga.

Según Mother y Weitz (1986) el proyecto de dejar la droga consta de **varias etapas**:

1. Admitir que uno tiene problemas con las drogas y decide abandonarlas;
2. Dejar de consumir drogas totalmente, es decir, superar la abstinencia de las diferentes drogas;

3. Producir cambios en el estilo de vida que le permitan adaptarse al ámbito familiar, social, laboral y comunitario;
4. Afrontar problemas de la vida diaria, crisis y recaídas.

Por lo tanto, en este trabajo exponemos los principales procedimientos y técnicas de intervención que aplicamos a la problemática de las adicciones, considerando al mismo tiempo, la etapa y los procesos de cambio en los que se encuentra cada individuo en el momento de iniciar el tratamiento.

También tratamos una serie de técnicas y procedimientos de intervención dirigidas a cambiar el hábito compulsivo del consumo de las diferentes drogas por otros que conlleven formas más adaptativas de funcionamiento en su ámbito personal, familiar, interpersonal, comunitario y laboral.

* C/. San Miguel, 30, bajo. 46713 Bellreguard (Valencia).

2. FASES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

PRIMERA FASE

Abarcaría las **cuatro primeras semanas de tratamiento** para:

- Superar el síndrome de abstinencia;
- Dejar de consumir heroína, cocaína y otras drogas psicoactivas;
- Normalizar el funcionamiento cotidiano;
- Romper cualquier contacto que guarde relación con el mundo de la droga;
- Entrenar a la familia a prevenir el consumo de droga.

SEGUNDA FASE

Meses: **primero, segundo, tercero y cuarto** del tratamiento para:

- Mantener la abstinencia inicial;
- Plantear y fortalecer el proceso de cambio;
- Iniciar la deshabitación psicológica;
- Modificación del estilo de vida;
- Iniciar la terapia grupal.

TERCERA FASE

Se realiza desde el **cuarto mes hasta el noveno** para:

- Fortalecer los aspectos terapéuticos, es decir, continuar con la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida, la terapia de grupo y la familiar;
- Abordar la prevención de recaídas.

SEGUIMIENTO

Se lleva a cabo desde el **noveno mes hasta completar el segundo año**.

- Se realiza un seguimiento durante un año.
- Se sigue viendo al paciente de forma intermitente para que aprenda a consolidar los objetivos terapéuticos alcanzados.

3. PROCESO DE CAMBIO EN LAS DROGODEPENDENCIAS

Al trabajar con drogodependencias nos encontramos ante un problema biopsicosocial que sigue una dinámica muy variable, como se refleja en el itinerario personal de cada individuo en su interacción con las drogas.

Desde el punto de vista de la intervención, es importante diferenciar el **proceso de cambio terapéutico** de las **técnicas o procedimientos de intervención** cognitivo-emocionales. El **primero** se refiere a las etapas o estadios por los que va pasando el adicto antes de alcanzar el objetivo terapéutico final (la abstinencia y el cambio de estilo de vida), y **las segundas** se aplican con la finalidad de que el paciente logre progresar de forma gradual en su proceso personal de superación de la drogadicción.

Así pues, el drogodependiente tiene que llevar a cabo un proceso de aprendizaje activo para alcanzar los objetivos enumerados en su proceso de cambio personal. Ahora bien, la consecución de los objetivos terapéuticos generalmente depende de la motivación del paciente.

La **motivación** se conceptualiza como el estado actual en el que se encuentra un individuo, o como una etapa de disponibilidad para alcanzar el cambio terapéutico.

Nosotros tomamos como punto de referencia el modelo transteórico de Prochaska, Rossi y Wilcox (1991) y su grupo para estudiar los procesos de cambio en las adicciones. Según los autores, se caracteriza por **seis etapas** (precontemplación, contemplación, preparación, actuación, mantenimiento y recaída).

3.1. Precontemplación

Los drogodependientes que se encuentran en esta etapa no creen tener un problema en la misma medida que lo hacen otros que estén en un estadio más avanzado. La posibilidad de acudir a tratamiento es algo que ni siquiera han considerado. Diclemen-

te (1991) puso de manifiesto que en esta etapa podrían darse cuatro tipos distintos de adictos: reacios, rebeldes, resignados y racionalizadores.

3.2. Contemplación

En este estadio tienen un mayor nivel de concienciación de su problema, han considerado la posibilidad de cambiar, aunque al preguntarles normalmente la rechazan.

Esta etapa se caracteriza por la ambivalencia, que la podemos definir como un estado mental en el que coexisten sentimientos contradictorios sobre continuar con la adicción o dejarla.

La ambivalencia puede hacer de esta etapa una condición crónica y extremadamente frustrante.

Cuando se enfrenta a estos pacientes con la necesidad de que tomen una decisión, acostumbran a responder que no es el mejor momento para que ellos se planteen dejar de consumir.

A nivel terapéutico puede proporcionarse al paciente información objetiva sobre las consecuencias de la adicción y cómo ésta ha afectado su vida.

Muchos drogodependientes acuden a tratamiento cuando se encuentran en esta etapa, por lo que el objetivo de la terapia consistirá en conseguir que adopten una decisión coherente para cambiar.

La estrategia de intervención más adecuada en este estadio es la **entrevista motivacional**: consiste en ayudar a los pacientes a desarrollar una determinación y un compromiso de cambio.

Otro procedimiento de intervención que se puede utilizar en este estadio es el **"Balance de decisión Motivacional"**: consiste en entrenar al paciente a discriminar todos los aspectos positivos que supondría para él superar la adicción, en contraposición con todos los negativos.

El terapeuta puntualiza y resume las contradicciones del paciente con el fin de alcanzar un compromiso de cambio a nivel personal, familiar, interpersonal, laboral y comunitario.

Todas las estrategias expuestas previamente tienen su explicación en este estadio, cuya finalidad consiste en conseguir que los pacientes contempladores del cambio terapéutico lleguen a la determinación de iniciar un programa de intervención terapéutica.

3.3. Preparación

Los pacientes que se encuentran en este estadio realizarán un intento serio por cambiar en el futuro inmediato. De ahí que esta etapa represente tanto preparación como determinación para iniciar el tratamiento.

El compromiso de cambio no significa que éste sea automático, y una de las tareas del terapeuta consiste en evaluar el nivel de preparación del paciente.

En este estadio pueden utilizarse algunos procedimientos de intervención, como por ej. **plantear preguntas clave**, que tienen como objetivo que el paciente piense y/o hable de la abstinencia y del cambio de estilo de vida.

Otros procedimientos en esta etapa guardan relación con la aportación de **consejo e información objetiva**.

Otro procedimiento aplicable es la **Recapitulación**: consiste en integrar toda la información disponible con el fin de organizar de forma conjunta todas las razones posibles para lograr el cambio, al mismo tiempo que se ponen de manifiesto todas las conductas de oposición y ambivalencia del paciente.

En esta etapa de preparación es fundamental elaborar un plan de acción terapéutico con el paciente en un proceso de negociación, en el que se incluyan los siguientes aspectos: establecimiento de objetivos, consideración de alternativas y el desarrollo del plan de acción. En este momento el compromiso del paciente por alcanzar la abstinencia y el cambio de estilo de vida debe ser expuesto a su familia. El éxito terapéutico mejora significativamente trabajando con personas significativas del entorno del sujeto, como sus padres, hermanos, amigos, cónyuges, etc.

3.4. Actuación

Los pacientes que se encuentran en este estadio están preparados para llevar a cabo un plan terapéutico: Programa de Intervención cognitivo-emocional Individual, que a continuación desarrollaremos.

3.5. Mantenimiento

Una vez que la actuación terapéutica se está llevando a cabo de forma satisfactoria durante el tratamiento, el drogodependiente entraría en el estadio de mantenimiento, que se caracteriza por la generalización de la abstinencia a otras drogas, por el mantenimiento y consolidación de un nuevo estilo de vida y, fundamentalmente, por aprender a manejar las crisis y las recaídas.

El fenómeno de las recaídas va a estar presente tanto en la **etapa de actuación** como en la de **Mantenimiento**, y lo importante espaciarlas cada vez más en el tiempo hasta que el individuo alcance la abstinencia y el cambio de estilo de vida.

En resumen, la importancia de analizar el estadio de cambio en el que se encuentra el drogodependiente al iniciar el programa de intervención nos va a permitir incidir de forma más apropiada en su nivel de motivación y en su proceso terapéutico en todo momento.

4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL COGNITIVO-EMOCIONAL A NIVEL INDIVIDUAL

4.1. Objetivo general

El objetivo general que nos proponemos alcanzar con este Programa consiste en ayudar a los pacientes a superar las conductas de búsqueda y autoadministración de drogas, y a modificar el estilo de vida de drogodependiente en sus distintas vertientes: individual, familiar, social-interpersonal y comunitario.

4.2. Procedimientos y técnicas

En la actualidad un Programa de Intervención Individual Psicosocial en drogodependencias se caracteriza por la aplicación de múltiples procedimientos y técnicas, como a continuación exponemos:

4.2.1. Aplicación de la Técnica de Exposición

Existen dos fases en la etapa de Intervención Psicosocial.

Primera Fase:

Una vez superado el Síndrome de Abstinencia (contrastado con la familia y con análisis de orina que prueben de forma objetiva que no hubo consumo de drogas) abordamos el deseo y el recuerdo que aparece persistentemente durante los primeros meses del tratamiento. Para ello utilizamos **varios métodos** entre los que señalamos los siguientes:

- 1) Realizar un autorregistro en el que cada vez que aparezca el deseo se le pide al paciente que anote la hora, la situación, los pensamientos, estado de ánimo, emociones, qué hace para superarlo, y por último que califique en una escala de 0 a 10 la intensidad del mismo (0 significa ninguna y 10 la máxima);
- 2) Entrenar a la familia para que pueda prevenir la conducta de consumo de drogas. Así pues, la familia controla el dinero y acompaña al adicto para evitar las presiones sociales que puedan inducirle a consumir de nuevo. Este procedimiento se acompaña de la programación de actividades y tareas que mantengan al paciente todo el día ocupado. De esta forma se atenúan el deseo y el recuerdo de la droga, ya que el apoyo constante de la familia establece un ambiente de no disponibilidad de la droga, lo que facilita a nivel cognitivo, emocional y conductual sentar unas premisas para establecer un proceso de auto-control;

- 3) Generalmente, los drogodependientes en estos primeros meses de la terapia suelen manifestar reacciones de inquietud, irritabilidad, falta de concentración, ansiedad y estado de ánimo cambiante que en muchos casos se acompañan de una depresión clínica.

Como estos estados están asociados al deseo, debido a un proceso de condicionamiento clásico, de no abordarlos terapéuticamente, suelen dar lugar a una recaída inicial, y generalmente, al abandono del tratamiento.

Segunda Fase:

Se caracteriza básicamente por la aplicación de **procedimientos de exposición a los E.C.** que eliciten la conducta de búsqueda y de autoadministración de drogas.

Para llevar a cabo este tipo de técnicas con sujetos adictos a las diferentes drogas es necesario cumplir una serie de requisitos:

- 1) Antes de iniciar la aplicación de la técnica de exposición es indispensable que el sujeto haya estado abstinerente entre 2-4 meses, contrastándolo con analíticas de orina;
- 2) Las sesiones iniciales de exposición deben hacerse en un ambiente controlado, por ej. en la sesión de terapia, para disminuir la probabilidad de que se dé un consumo elicitado por la exposición a estos estímulos;
- 3) Los E.C. que se utilicen deben ser específicos para cada paciente, teniendo en cuenta para la elaboración de la jerarquía y de estos estímulos, la historia previa del consumo del sujeto.

4.2.2. Otro método cognitivo es la Sensibilización encubierta (Upper y Cautela, 1983)

La aplicación de esta técnica debe hacerse siguiendo las siguientes instrucciones:

- a) Elaborar escenas relacionadas con el consumo de drogas (especificando las señales cognitivas, emocionales, sensoriales del consumo) y escenas de sensibilización (ej.: náuseas o reacciones emocionales negativas);

- b) Asociar las escenas de consumo de drogas y de sensibilización para crear un estado físico de malestar;
- c) Escapar de la escena de consumo mediante la imaginación de una conducta alternativa saludable, después de que el paciente experimente malestar;
- d) Evitar la escena de consumo imaginando una conducta alternativa saludable, antes de que el paciente experimente el malestar físico.

Durante la aplicación de esta técnica el terapeuta debe comprobar de forma regular que se produce una respuesta afectiva en el adicto con la manipulación cognitiva. Una de las claves para que este procedimiento consiga su objetivo consiste en seleccionar la imagen aversiva más apropiada. Este procedimiento debe utilizarse varias veces durante la sesión, y luego se le pide al paciente que lo practique.

En los programas de intervención psicosocial, al aplicar este tipo de procedimientos debe extremarse la prevención del consumo de drogas, haciendo que el paciente acuda a terapia acompañado por uno de los miembros de la familia.

Inicialmente estos pacientes tienen escaso control sobre su drogodependencia, pero a medida que progresan en su autocontrol aumenta el nivel de independencia en el propio entorno en el que viven.

En el contexto de la **deshabitación psicológica** también analizamos los factores subculturales. Las drogas (heroína, cocaína, alcohol, anfetaminas, etc.) dentro de ciertos ambientes subculturales tienen un valor de mito que refuerza un determinado estilo de vida de drogodependiente.

La extinción de estas variables subculturales implica que ni el psicólogo ni la familia las refuercen en la práctica diaria, dado que el drogodependiente las introduce sutilmente a lo largo del tratamiento, o en la intervención familiar cotidiana. Por ello, es importante centrar la atención terapéutica en la modificación del estilo de vida del paciente, analizando cómo va evolucionando en cuanto a mentiras, egoísmo personal, robos en casa, forma de expresarse en las relaciones interpersonales.

Por lo tanto, la DESHABITUACIÓN PSICOLÓGICA atiende a tres frentes:

- a) Considera a la familia como una red de apoyo social;
- b) Utiliza procedimientos de extinción conductuales y cognitivos de forma combinada para extinguir el deseo, la conducta de búsqueda y de autoadministración de drogas;
- c) Actúa sobre los valores subculturales que ha generado la drogadicción.

5. MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

La modificación del estilo de vida del drogodependiente se inicia de forma simultánea con el tratamiento del síndrome de abstinencia. Si la intervención terapéutica se centrara únicamente en lograr la abstinencia, probablemente se conseguirían unos buenos resultados momentáneos, pero el adicto recaería con toda seguridad en un breve periodo de tiempo.

El cambio de Estilo de Vida es un proceso largo que se inicia, en muchos casos, con el tratamiento del síndrome de abstinencia, y en otros, una vez superado éste. En ambos casos se exige la participación activa del paciente para lograrlo.

5.1. Objetivo general

Fomentar un estilo de vida sin drogas. Para ello, los procedimientos de intervención que aplicamos se basan en la potenciación de los recursos personales y en el aprendizaje de nuevas formas de enfrentarse a situaciones problemáticas.

5.2. Procedimientos y técnicas

5.2.1. Procedimientos conductuales

Según BANDURA (1986) tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales actúan de forma indistinta y complementaria en las diferentes etapas del proceso terapéutico. Las técnicas conductuales son im-

portantes para producir cambios en el estilo de vida del adicto y, al mismo tiempo, también sirven para obtener evidencia con la que el paciente pueda refutar sus distorsiones y/o creencias erróneas.

Programación de actividades

Consiste en planificar de forma sistemática y negociada cada uno de los días del paciente, asumiendo inicialmente la responsabilidad el terapeuta y la familia, y adquiriendo éste gradualmente un mayor control e iniciativa sobre la planificación de las mismas (por ej., actividades de cuidado y aseo personal, tareas a realizar en casa, prácticas de "hobbies", conversaciones con la familia y/o pareja, salidas por el barrio o la ciudad, etc.).

La realización de este programa se supervisa diariamente y se contrasta la información que proporciona el paciente con la de la familia. Según avanza la terapia, la responsabilidad de la planificación recae sobre el adicto, que debe realizarla por sí mismo y presentarla al terapeuta para su análisis y discusión.

Dentro de las acciones comunitarias que se desarrollan con este tipo de programas de intervención psicossocial, se facilitan al usuario recursos personales a nivel de ocio, deportes, formación profesional, educativo, etc.

5.2.2. Técnicas de Reestructuración Cognitiva

Este procedimiento tiene como finalidad modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presentan los drogodependientes y que median en su proceso de recuperación terapéutica.

Muchas de estas creencias pueden observarse claramente, mientras que otras pasan desapercibidas, sin que el paciente se plantee su veracidad.

– *Reestructuración Cognitiva según el modelo de Beck, Rush, Shaw y Emery (1983)*

Las técnicas cognitivas desarrolladas por estos autores se basan en los siguientes supuestos:

- 1) Las cogniciones influyen en la conducta y en el afecto de los individuos;
- 2) Las creencias es mejor considerarlas como inferencias sobre la naturaleza del mundo más que como hechos concretos sobre él mismo.

La práctica de la terapia cognitiva es similar al desarrollo de una investigación, en la que las creencias, expectativas y pensamientos automáticos se tratan como hipótesis que, de hecho, tienen que probarse antes de ser asumidas. El paciente y el terapeuta colaboran de forma activa en la identificación de áreas problemáticas, y en el diseño y ejecución de pruebas objetivas sobre las distintas creencias.

Esta técnica implica la ejecución de una serie de pasos tales como:

- a) **Identificación de pensamientos automáticos.** La mayoría de los procedimientos se basan en autoinformes y autorregistros;
- b) **Evaluación del contenido de los pensamientos del paciente;**
- c) **Prueba de hipótesis;**
- d) **Identificación de asunciones subyacentes.**

En el caso de los drogadictos su autoesquema puede llegar a ser muy difícil de cambiar, ya que estos sujetos tienen gran cantidad de información arraigada sobre ellos mismos como consecuencia de la experiencia adictiva. Todo individuo, independientemente de su adicción, tiene una serie de autoesquemas que es conveniente identificar en el proceso terapéutico, por ser en muchos casos los responsables de la adquisición y el mantenimiento del consumo de drogas.

6. INTEGRACIÓN DE TÉCNICAS EMOCIONALES Y COGNITIVAS PARA MODIFICAR AUTOESQUEMAS EN LOS ADICTOS

Las técnicas de reestructuración cognitiva tienen como objetivo presentar evidencia a los pacientes, o que ellos la descubran

para que puedan cambiar las distorsiones cognitivas que tienen sobre ellos mismos y su mundo.

Para lograr estos objetivos utilizamos los distintos procedimientos:

- La persuasión verbal;
- Ensayos de conducta;
- Técnicas de Relajación;
- Contratos terapéuticos;
- Entrenamiento en Técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento.

También enseñamos a los drogodependientes a discriminar entre pasado y presente.

A nivel clínico este aspecto de la terapia lo llevamos a cabo entrenándoles a diferenciar cómo responden en la actualidad en comparación a cómo habrían respondido ante esa misma situación en el pasado. Al comparar las nuevas pautas de conducta con las que habrían tenido lugar en situaciones comparables del pasado, se le posibilita al paciente mejorar sus expectativas de eficacia, centrándose en áreas específicas de su vida en las que, de hecho, sí ha cambiado.

En determinadas situaciones, las consecuencias positivas de las acciones de un paciente, a corto plazo, no son observables o pueden ser negativas, y sólo a largo plazo tienen consecuencias positivas.

El papel del terapeuta consiste en hacer que el paciente reconozca que estos eventos positivos son el resultado de lo que ha hecho previamente. De esta manera, empieza a reconstruir la imagen que tiene de sí mismo y de sus habilidades. A medida que se acumulan más experiencias de este tipo, se le ayuda a realinear sus pensamientos y sentimientos anticipatorios con una autoevaluación apropiada de los resultados de sus respuestas.

7. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

En la asistencia clínica a pacientes adictos a sustancias psicoactivas las recaídas o procesos de recaídas constituyen un reto asistencial continuo e ineludible.

Las RECAÍDAS son "experiencias sintomáticas" que deben ser tenidas en cuenta si se desea poder atender satisfactoriamente a esta población.

DALEY (1989) define una RECAÍDA como el hecho de volver al uso de la sustancia después de un período de abstinencia, o el proceso de volver al uso de la sustancia; es decir, la manifestación de conductas o actitudes que indican que una persona va a volver al consumo de la sustancia a menos que se tomen las medidas terapéuticas oportunas.

Una RECAÍDA no es algo que aparezca espontáneamente en el tiempo y sin un marco referencial concreto: individual o ambiental. Aparece siempre como el eslabón final de un proceso constituido por un encadenamiento de conductas o acontecimientos que es susceptible de poder ser analizado en diferentes etapas.

En una recaída hay que tener en cuenta:

- 1º Su frecuencia;
- 2º Sus determinantes (factores clínicos y sociales);
- 3º Las estrategias terapéuticas.

El período de mayor riesgo para la presentación de recaídas es durante el proceso de abandono del hábito tóxico.

Según MARLATT es posible diferenciar:

- Un consumo puntual o "caída" (error, desliz o lapso);
- Una recaída ("hecho de volver al uso de la sustancia después de un período de abstinencia").

La prevención de Recaídas es un Programa de Autocontrol.

Objetivo

Ayudar a un determinado individuo a conseguir y mantener cambios estables en aquellos hábitos que se quieren corregir.

Este Programa lleva a cabo la implicación del paciente otorgándole la mayor parte de la responsabilidad, para poder llevar a cabo los cambios necesarios.

Hay que tener en cuenta situaciones de Alto Riesgo tales como:

- a) **Situaciones Intrapersonales:**
 - Estados emocionales negativos;
 - Estados físicos negativos;
 - Estados emocionales positivos comprobando el control sobre la conducta adictiva (consumición los fines de semana);
 - Experiencias de urgencias y tentaciones para consumir.
- b) **Situaciones Interpersonales:**
 - Situaciones de conflicto interpersonal;
 - Situaciones de presión social;
 - Estados emocionales positivos o momentos agradables con los demás.

Según MARLATT en el proceso de Recaída intervienen tres factores cognitivos:

- 1) **La Autoeficacia.** Determinada por la historia personal de éxitos y fracasos, la observación, la influencia de los demás y los estados de activación emocional;
- 2) **Las expectativas de los efectos de la sustancia.** Los efectos esperados de una persona con respecto a una droga pueden ser diferentes de sus efectos reales;
- 3) **La atribución de causalidad respecto a un consumo.** Está relacionada con la percepción que la persona tiene de la causa que provoca el primer consumo después de un período de abstinencia. "Efecto de la Violación de la Abstinencia" (EVA): respuesta cognitiva-afectiva asociada al consumo inicial de la sustancia.

7.1. Impacto psicológico de la recaída en el paciente drogodependiente

7.1.1. Impacto psicológico de un consumo puntual

Cuanto más internos, estables y globales sean los factores a los que el adicto atribuye el consumo puntual, y cuanto más intensa sea la sensación de culpa y fracaso derivada de dicha atribución, mayor es la probabilidad de que se repitan los consumos y

se complete la recaída. Igualmente relevante es la repercusión que puede tener un consumo puntual, después de un período de abstinencia, sobre la sensación y las expectativas de autoeficacia del propio adicto respecto al mantenimiento de la abstinencia.

7.1.2. Impacto psicológico de una Recaída

- RECAÍDA: *Reaparición de la conducta adictiva. Puede conllevar un profundo impacto psicológico sobre el paciente y sobre el curso de su proceso de cambio.*

El individuo que ha recaído puede experimentar una serie de sensaciones de fracaso, culpa, indefensión.

Acostumbra a producirse una disminución de los niveles de confianza y autoeficacia pudiéndose verse afectada la propia autoestima, entrando el paciente en un estado de desesperanza, depresión.

Son muy importantes las repercusiones de este estado de crisis afectivo-cognitiva sobre la motivación para el cambio.

7.1.3. Impacto psicológico de un proceso terapéutico con múltiples recaídas

Generalmente, la mayoría de los pacientes que se hallan en tratamiento en Centros Asistenciales presentan un proceso adictivo con múltiples recaídas.

Con cierta frecuencia, estas personas tienen la creencia de que no son capaces de mantenerse abstinentes a pesar de los múltiples esfuerzos que realizan para conseguirlo.

Esta creencia y las expectativas negativas, apatía, pasividad respecto a la intervención terapéutica serán las características principales de un estado de indefensión o desesperanza aprendida.

Hay, entonces, que reestructurar las cogniciones derrotistas antes citadas, y modificar la desmotivación existente para que no se vea comprometida la eficacia de cualquier intervención terapéutica.

8. ESTRATEGIAS DEL PACIENTE PARA AFRONTAR EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA RECAÍDA: INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA SU INSTAURACIÓN

- a) La intervención terapéutica fundamental después de un consumo puntual es la REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA, con el fin de contrarrestar los componentes cognitivo y afectivo del E.V.A.

Objetivo principal

Lograr que el paciente considere dicho consumo como un suceso único, un error, y no como un proceso irreversible que irremediablemente conlleva una recaída completa.

- b) Cuando se trate de un paciente que ya ha recaído el OBJETIVO tiene que ser el de facilitar que el propio paciente siga contemplando la posibilidad de cambio, renueve su determinación y compromiso y reanude los esfuerzos enfocados a conseguir la abstinencia.

En este caso, son de especial importancia las intervenciones motivacionales y de optimización de la toma de decisiones.

Como afirma WILKINSON Y LEBRETON cuando se considera el tema de la motivación de paciente hay que distinguir entre:

- a) **Motivación para el Tratamiento:** La percepción que tienen un paciente de la adecuación de un determinado tratamiento a sus necesidades;
- b) **Motivación para el Cambio:** Vendría a ser la determinación de modificar una serie de pautas cognitivas y conductuales, proveniente de un aumento de la concienciación y de una autreevaluación que convergen en una toma de decisiones.

INTERVENCIONES MOTIVACIONALES

Entre éstas destacaremos:

- 1) Proporcionar información respecto al proceso de cambio;

- 2) Intervenciones respecto a la autoimagen;
- 3) La Hoja de Balance Decisional y la Matriz de Decisiones;
- 4) La revisión;
- 5) La Técnica Gestáltica de las Sillas Calientes.

9. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Tanto las estrategias específicas como las globales de Prevención de Recaídas pueden clasificarse en tres categorías:

9.1. Entrenamiento en Habilidades

Incluyen tanto las respuestas conductuales como las cognitivas para afrontar las situaciones de alto riesgo.

9.2. Los Procedimientos de Reestructuración Cognitiva

Diseñados para proporcionar al individuo cogniciones alternativas relacionadas con la naturaleza del proceso de cambio del hábito. **Introducimos estrategias de Imaginación** para desarrollar la capacidad de afrontamiento con el fin de controlar los deseos irresistibles y reconocer las primeras señales de aviso y reestructurar las reacciones al lapso inicial.

9.3. Las Estrategias de Reequilibrio del Estilo de Vida

Diseñadas para fortalecer la capacidad global de afrontamiento del individuo y para reducir la frecuencia e intensidad de las Urgencias y de los deseos irresistibles, que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado.

10. ACONTECIMIENTOS DE ALTO RIESGO EN LAS RECAÍDAS

- a) **Personales:**
 - Estados de ánimo;
 - Síntomas de Abstinencia;
 - Conductas impulsivas;
 - Trastornos psíquicos.
- b) **Ambientales:**
 - Presiones Sociales;
 - Conflictos intrapersonales;
 - Cambios en la vida de carácter estresante.

La disposición al consumo de cualquier droga incluye:

- 1) Sistemas cognitivos y emocionales;
- 2) Sistemas conductuales;
- 3) Sistemas fisiológicos y bioquímicos.

11. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN LOS DIFERENTES ESTADIOS DE CAMBIO

1. Estadio de Precontemplación

En este estadio utilizamos Intervenciones encaminadas a conseguir un aumento de la **CONCIENCIACIÓN** como las:

- a) OBSERVACIONES;
- b) CONFRONTACIONES;
- c) INTERPRETACIONES.

Estas tres técnicas nos sirven para despertar la conciencia de los pacientes ante su conducta adictiva.

2. Estadio de Contemplación

En este estadio adquieren su importancia máxima las Intervenciones de:

- a) LA CONCIENCIACIÓN;
- b) LAS OBSERVACIONES;
- c) LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA;
- d) EL PSICODRAMA;
- e) TÉCNICAS DE GESTALT.

Con estas técnicas se ayuda a los pacientes a experimentar de forma más directa algunas emociones que habían sido en-

mascaradas por sus adicciones (ansiedad, miedo, rabia, tristeza, etc.).

3. Estadio de Preparación

Las técnicas que aplicamos en este estadio son:

- a) LA CLARIFICACIÓN DE VALORES;
- b) EL COMPROMISO.

Con estas técnicas pretendemos que los drogodependientes empiecen a iniciar algunos pequeños cambios encaminados a la actuación.

4. Estadio de Actuación

La adquisición o utilización de determinadas habilidades es importante para el proceso terapéutico.

En este estadio aplicamos las técnicas conductuales-cognitivas como son:

- a) EXPOSICIÓN A ESTÍMULOS (simulados);
- b) DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA;
- c) ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y HABILIDADES SOCIALES;
- d) ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN INTERPERSONAL;
- e) ENTRENAMIENTO EN NEGOCIACIÓN DE LAS NORMAS DE LA FAMILIA.

5. Estadio de Mantenimiento

En este estadio es muy importante trabajar la adquisición y utilización de **HABILIDADES** o **CAPACIDADES** para que la persona consiga un estado de máxima **autoeficacia** o de **confianza** en el que las tentaciones sean mínimas al enfrentarse al problema conductual, en todas las situaciones que previamente representen un riesgo.

12. OTRAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN A CONSIDERAR

12.1. Salud física y Cambio de Imagen.

12.2. Reacciones de Ira.

12.3. Búsqueda de Sensaciones.

13. CONCLUSIONES

La intervención psicosocial cognitivo-emocional a nivel individual intenta, ante todo, determinar el proceso de cambio en el que se encuentra el drogodependiente en el momento de iniciar el programa terapéutico. De nada sirve aplicar procedimientos y técnicas de intervención si el paciente no está preparado para asumir un cambio drástico en su vida de relación con la drogodependencia.

También quiero resaltar que ninguno de los procedimientos expuestos tiene una utilidad clínica superior a las demás, y que por ser la drogodependencia un fenómeno con manifestaciones múltiples, el éxito terapéutico casi siempre se va a garantizar mediante la utilización simultánea de múltiples técnicas y procedimientos de intervención, tratando siempre de adaptarlos a las exigencias del cliente.

Por ello es importante que el terapeuta, al realizar la evaluación de cada caso, tenga en cuenta todas las variables que puedan incidir en la recuperación de los adictos, diseñando y aplicando todas aquellas técnicas para que el éxito terapéutico sea un objetivo alcanzable.

BIBLIOGRAFÍA

- Abella, D. (1993) **Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención e Recaídas**. Sitges, Ediciones Neurociencias.
- Bandura, A. (1986) **Social foundations of thought and action: A social cognitive Theory**. N. J. Prentice Hall.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1983) **Terapia Cognitiva de la Depresión**. Bilbao, DDB.

- Calvo, R. (1984) Conductas Adictivas: Alcoholismo. En J. Mayor y F.J. Labrador **Manual de Modificación de Conducta**, pp. 454-477.
- Chiauszi, E.J. (1991) **Prevnting relapse in the addictions: A biopsychosocial approach**. Pergamon Press, Nueva York, Pergamon Press.
- Cuadrado P. y García, R. (1990) Dificultades para la elección de criterios en la evaluación de Programas de tratamiento del Alcoholismo. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 10, 34, 355-361.
- Diclemente, C.C. (1991) **Motivational Interviewin**. The Guilford Press. Nueva York, The Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1984) Adquisición y mantenimiento de la conducta de drogodependencia. **Drogalcohol**, vol. IX, 1, 43-50.
- Estalrich Canet, J.V. (1989) Perspectivas actuales del tratamiento del alcoholismo. **Libro de Ponencias. XVIII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol**, Valencia, 37-49.
- Gil, F.; León, J.M. y Jarana, L. (1992) **Habilidades sociales y salud**. Madrid, Eudema.
- Gossop M.; Green, L.; Phillips, G. y otros (1990) Factors Predicting outcome among opiate addicts after treatment. **British Journal of Clinical Psychology**, 29, 209-216.
- Jaffe, J. (1991) Drogadicción y abuso de drogas. En A. Godman, T. Rall y otros (eds.) **Las bases farmacológicas de la terapéutica**. Buenos Aires, Panamericana.
- Kirschbaum, D.S.; Fitzgibbon, M.L. et col. (1992) Stages of change in succesful weight control: a clinically derived model. **Behavior Therapy**, 23, 623-635.
- Kristeller, J.L.; Rossi, J.S.; Ockene, J.K. et col. (1992) Processes of change in smoking cessation: A cross-validation Study in cardiac patients. **Journal of Substance Abuse**, 4, 263-276.
- Logabaugh, R.; Beattie, M.; Noel, N. et col. (1993) The effect of social investment on treatment out come. **Journal of Studies on Alcohol**, 54, 4, 465-478.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (eds.) (1985) **Relapse prevention Maintenance Strategies in the treatment of addictive behaviors**. Nueva York, Guilford Press.
- Prochaska, J.O.; Rossi, J.S. y Wilcox, N.S. (1991) Change Processes and Psychotherapy outcome in integrative case research. **Journal of Psychotherapy Integration**, 1, 2, 103-120.
- Upper, D. y Cautela, J.R. (1983) **Condicionamiento Encubierto**. Bilbao, DDB.

EL JUEGO PATOLÓGICO: UNA ADICCIÓN SIN TÓXICO, UNA ADICCIÓN PSICOLÓGICA

M^a CONSUELO LLINARES PELLICER*

Psicóloga de la Unidad de Conductas Adictivas de la Mancomunidad de Municipios de la Safor. Master en Drogodependencias

MERCEDES LLORET BORONAT

Psicóloga de la Unidad de Conductas Adictivas de la Mancomunidad de Municipios de la Safor

La ludopatía es un tipo de adicción muy especial. En parte por ser una adicción sin que exista una sustancia cuyas características químicas la provoquen, y en parte por ser un problema relativamente nuevo. De ahí surge nuestro interés en el abordaje de esta problemática para que se conozca cómo avanza o se produce, qué conductas pueden esperarse o qué tipos de esfuerzos son eficaces, o cuáles deben ser los pasos a seguir para superar el problema.

INTRODUCCIÓN

El juego como actividad lúdica es una de las actividades más frecuentes entre las personas, permitiendo disfrutar o entretener determinados periodos de tiempo de forma que el que la realiza considera que está llevando a cabo actividades que le causan placer. Por lo tanto, el juego es el ejercicio recreativo sometido a reglas en el cual se gana o se pierde.

Aunque el interés científico por el juego como fenómeno psicosocial es reciente, el juego es una actividad consustancial con el ser humano, estando presente en todas las culturas conocidas y en todas las épocas.

El juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que ha irrumpido de una forma nueva en nuestra época.

La afición a los juegos de azar (loterías, cupones de la ONCE, quinielas...) o de habilidad (cartas, apuestas diversas) está muy arraigada a nuestro país y no es, en modo alguno, una circunstancia de hoy. Lo que sí es un fenómeno nuevo es la irrupción de máquinas tragaperras, así como la incorporación de los adolescentes a unos juegos que hasta ahora estaban reservados a los adultos.

Es un hecho incuestionable, que el crecimiento de la ludopatía o juego patológico está en relación directa con el aumento y difusión sin restricciones de la oferta de juego, y que la indefensión ante esta avalancha afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente.

* C/. San Miguel, 30, bajo. 46713 Bellreguard (Valencia).

- Calvo, R. (1984) Conductas Adictivas: Alcoholismo. En J. Mayor y F.J. Labrador **Manual de Modificación de Conducta**, pp. 454-477.
- Chiauzzi, E.J. (1991) **Prevnting relapse in the addictions: A biopsychosocial approach**. Pergamon Press, Nueva York, Pergamon Press.
- Cuadrado P. y García, R. (1990) Dificultades para la elección de criterios en la evaluación de Programas de tratamiento del Alcoholismo. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 10, 34, 355-361.
- Diclemente, C.C. (1991) **Motivational Interviewin**. The Guilford Press. Nueva York, The Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1984) Adquisición y mantenimiento de la conducta de drogodependencia. **Drogalcohol**, vol. IX, 1, 43-50.
- Estalrich Canet, J.V. (1989) Perspectivas actuales del tratamiento del alcoholismo. **Libro de Ponencias. XVIII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol**, Valencia, 37-49.
- Gil, F.; León, J.M. y Jarana, L. (1992) **Habilidades sociales y salud**. Madrid, Eudema.
- Gossop M.; Green, L.; Phillips, G. y otros (1990) Factors Predicting autcome among opiate addicts after treatment. **British Journal of Clinical Psychology**, 29, 209-216.
- Jaffe, J. (1991) Drogadicción y abuso de drogas. En A. Godman, T. Rall y otros (eds.) **Las bases farmacológicas de la terapéutica**. Buenos Aires, Panamericana.
- Kirschbaum, D.S.; Fitzgibbon, M.L. et col. (1992) Stages of change in succesful weight control: a clinically derived model. **Behavior Therapy**, 23, 623-635.
- Kristeller, J.L.; Rossi, J.S.; Ockene, J.K. et col. (1992) Processes of change in smoking cessation: A cross-validation Study in cardiac patients. **Journal of Substance Abuse**, 4, 263-276.
- Logabaugh, R.; Beattie, M.; Noel, N. et col. (1993) The effect of social investment on treatment out come. **Journal of Studies on Alcohol**, 54, 4, 465-478.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (eds.) (1985) **Relapse prevention Maintenance Strategies in the treatment of addictive behaviors**. Nueva York, Guilford Press.
- Prochaska, J.O.; Rossi, J.S. y Wilcox, N.S. (1991) Change Processes and Psychotherapy outcome in integrative case research. **Journal of Psychotherapy Integration**, 1, 2, 103-120.
- Upper, D. y Cautela, J.R. (1983) **Condicionamiento Encubierto**. Bilbao, DDB.

EL JUEGO PATOLÓGICO: UNA ADICCIÓN SIN TÓXICO, UNA ADICCIÓN PSICOLÓGICA

M^a CONSUELO LLINARES PELLICER*

Psicóloga de la Unidad de Conductas Adictivas
de la Mancomunidad de Municipios de la Safor.
Master en Drogodependencias

MERCEDES LLORET BORONAT

Psicóloga de la Unidad de Conductas Adictivas
de la Mancomunidad de Municipios de la Safor

La ludopatía es un tipo de adicción muy especial. En parte por ser una adicción sin que exista una sustancia cuyas características químicas la provoquen, y en parte por ser un problema relativamente nuevo. De ahí surge nuestro interés en el abordaje de esta problemática para que se conozca cómo avanza o se produce, qué conductas pueden esperarse o qué tipos de esfuerzos son eficaces, o cuáles deben ser los pasos a seguir para superar el problema.

INTRODUCCIÓN

El juego como actividad lúdica es una de las actividades más frecuentes entre las personas, permitiendo disfrutar o entretener determinados periodos de tiempo de forma que el que la realiza considera que está llevando a cabo actividades que le causan placer. Por lo tanto, el juego es el ejercicio recreativo sometido a reglas en el cual se gana o se pierde.

Aunque el interés científico por el juego como fenómeno psicosocial es reciente, el juego es una actividad consustancial con el ser humano, estando presente en todas las culturas conocidas y en todas las épocas.

El juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que ha irrumpido de una forma nueva en nuestra época.

La afición a los juegos de azar (loterías, cupones de la ONCE, quinielas...) o de habilidad (cartas, apuestas diversas) está muy arraigada a nuestro país y no es, en modo alguno, una circunstancia de hoy. Lo que sí es un fenómeno nuevo es la irrupción de máquinas tragaperras, así como la incorporación de los adolescentes a unos juegos que hasta ahora estaban reservados a los adultos.

Es un hecho incuestionable, que el crecimiento de la ludopatía o juego patológico está en relación directa con el aumento y difusión sin restricciones de la oferta de juego, y que la indefensión ante esta avalancha afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente.

* C/. San Miguel, 30, bajo. 46713 Bellreguard (Valencia).

España es actualmente con Alemania (Hand, 1992) el país con mayor gasto en juego per cápita de Europa y uno de los de mayor gasto del mundo (Rosecrance, 1988). El gran número y diversificación de juegos existentes en España (máquinas recreativas, varias loterías, el cupón de la ONCE, quinielas, bingo, casinos, etc.) representa un gasto anual de los españoles de alrededor de tres billones.

Dentro de este volumen global de gasto, las máquinas tragaperras constituyen el tipo de juego que más dinero recauda, prácticamente la mitad del total.

El porcentaje mayor de jugadores juega a la lotería, las quinielas y la ONCE; después las máquinas tragaperras y el bingo, y muy por debajo todas las demás.

Los hombres suelen jugar más en el casino, la lotería, las quinielas y las máquinas tragaperras, mientras que las mujeres juegan más al bingo y los cupones de ciegos.

Como podemos observar, al bingo y al casino se suele ir acompañado de amigos, y a la lotería y los cupones de los ciegos y máquinas tragaperras se suele jugar solo.

Todas las culturas tienen sus drogas, con las que conviven y a las que han integrado en su forma de vida. Quizá por ello cada cultura ha desarrollado formas de actuación que le permite controlar de forma eficaz los efectos negativos de ellas. Esto ha sucedido en nuestra cultura, y en concreto en la sociedad española, con el alcohol, nuestra droga cultural por excelencia. Por ello, se dispone de importantes recursos personales, grupales e institucionales con los que hacer frente a los problemas que produce.

Pero esta situación es muy diferente en el caso de la adicción al juego de azar. Este es un tipo de adicción muy especial, en parte por ser una adicción sin que exista una sustancia cuyas características químicas la provoquen, en parte porque, a diferencia de otras adicciones, como la heroína, la conducta de jugar en pequeñas dosis no se considera un problema, todo lo contrario, y a veces es difícil detectar cuando se han superado estas pequeñas dosis, y en parte también por ser un problema relativamente

nuevo, pues su presencia fue insignificante hasta la legalización del juego de azar en España y en especial, hasta después de la aparición de las máquinas recreativas.

Estas características, en especial la novedad, explican en parte, el hecho de que la sociedad aún no haya desarrollado formas de acción para detener o paliar los efectos negativos de la adicción al juego. De ahí surge nuestro interés en el abordaje de esta problemática, para que se sepa cómo avanzar o se produce, qué conductas pueden esperarse o qué tipos de esfuerzos son eficaces, o cuáles deben ser los pasos a seguir para superar el problema.

DEFINICIÓN DE JUEGO PATOLÓGICO

El juego patológico, "ludopatía", definido por Morán (1979) es un trastorno por defecto de control de los propios impulsos instintivos respecto al juego de azar.

Según el DSM-III (A.P.A., 1980), el "juego patológico" aparece dentro del capítulo de trastornos de control de impulsos no clarificados en otros apartados junto a la cleptomanía, la piromanía, y el trastorno explosivo intermitente (A.P.A., 1980). Pero su diagnóstico se basaba en tres criterios: el primero hacía referencia a la incapacidad de resistir el impulso de jugar; el segundo incluía siete síntomas de los que eran precisos al menos tres, todos ellos relacionados con las dificultades económicas, familiares o sociales, y el tercero que excluía al trastorno antisocial de la personalidad.

Ahora bien, es sobre todo en el DSM-III-R (A.P.A., 1987) donde el juego patológico aparece ya claramente como una dependencia sin drogas, en un único criterio diagnóstico compuesto por una lista de nueve síntomas, de los que se necesitan por lo menos cuatro para el diagnóstico. Desaparecen como criterios diagnósticos tanto la incapacidad para resistir el impulso, para poder incluir a los jugadores no compulsivos, como la exclusión del trastorno antisocial de la personalidad, permitiendo los diagnósticos dobles.

El DSM-IV (A.P.A., 1994) tiene **dos criterios diagnósticos**: el primero consta de una lista de diez situaciones de las que se precisan cinco para hacer el diagnóstico, similares a los de la versión anterior pero redefiniendo algunos y añadiendo otros como el que hace referencia a que el jugador juega para aliviar estados afectivos disfóricos como la ansiedad o la tristeza. También incorpora en la lista de síntomas los que hacen referencia a las "mentiras", "los delitos" y "los préstamos" relacionados con el juego. El segundo es un criterio de "cautela" que no de exclusión diagnóstica absoluta, para cuando los síntomas se presentan dentro de un episodio maniaco.

Dichas modificaciones están basadas en la investigación y también pensando en la mujer jugadora (Lesieur, 1993).

El juego patológico se define como un trastorno en el cual un individuo se ve arrastrado por un impulso irresistible e incontrolable de jugar... y fracasa progresivamente en el intento de resistir el impulso de jugar, aunque dicha implicación en el juego le provoque distorsiones en su vida personal, familiar o socioprofesional (Lesieur, 1987).

La ludopatía es una forma de adicción psicológica. Las adicciones no se limitan únicamente a las conductas generadas por sustancias químicas como los opiáceos, la nicotina, los ansiolíticos o el alcohol. Pues de conductas normales –incluso saludables– se pueden hacer usos anormales en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales, laborales o de las personas implicadas.

En realidad, cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Lo que define a esta última es que el paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y que continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas, supeditando el estilo de vida al mantenimiento del hábito.

Desde una perspectiva motivacional, el alivio de la tensión emocional prima sobre el aspecto placentero de la conducta en sí. En

este caso la dependencia es tan marcada que la conducta está precipitada por un deseo intenso e inaplazable que el sujeto, ofuscado por la adicción, pierde interés por las actividades sociales y lúdicas que previamente le resultaban satisfactorias.

Muchos investigadores y clínicos consideran al juego patológico como la adicción en estado puro, ya que no se relaciona con la dependencia física o biológica (Jacobs, 1982, 1990).

Lo mismo que otras conductas adictivas el juego:

- Continúa a pesar de sus adversas consecuencias;
- A la persona afectada le parece que está fuera de su control voluntario;
- Está precipitado por un sentimiento que puede ir desde un deseo moderado hasta una obsesión intensa;
- Organiza a su alrededor la vida del adicto, de forma que todas sus actividades quedan supeditadas a la adicción;
- Lleva a una destrucción del sujeto a medio plazo.

La dependencia física no es un requisito imprescindible para la adicción.

La ludopatía es un trastorno de conducta reconocido como tal, por la Organización Mundial de la Salud. Al igual que ocurre en otras adicciones, los jugadores patológicos se descontrolan y son incapaces de dejar de jugar incluso cuando desean hacerlo.

La razón es que tienen un hábito muy arraigado del que se sienten incapaces de desprenderse.

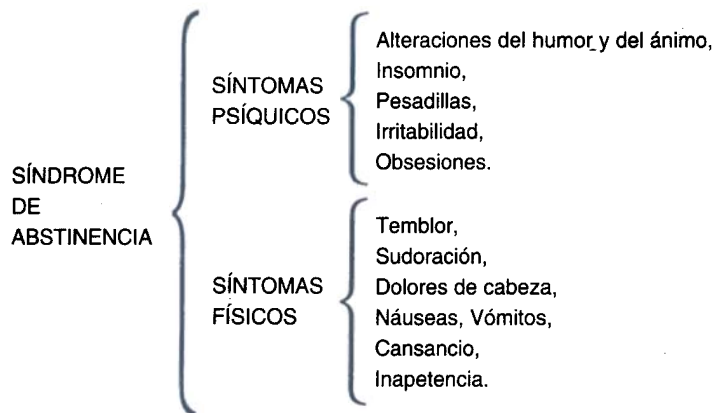
Asimismo, los jugadores patológicos apuestan o juegan cada vez mayor cantidad de dinero, mucho más de lo que tenían planeado. Una vez que comienzan las pérdidas y se tienen deudas, es muy frecuente intentar recuperar el dinero perdido a través del juego. Sin embargo, lo único que se consigue es una deuda mayor.

Otro aspecto común entre el juego patológico y las adicciones es que son las personas que están alrededor del adicto (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.) los primeros en darse cuenta de que hay un ver-

dadero problema, mientras el jugador patológico continúa negando que algo vaya mal.

Aunque el concepto del juego patológico ha sido y sigue siendo incluido entre las alteraciones del control de los impulsos (CIE-10 y DSM-IV) cabe reivindicar su categoría de dependencia psicoconductual y no ligada al uso de sustancias, e interpretarlo dentro de los patrones adictivos, pues se trata de una conducta dependiente que como tal implica sufrimiento para la persona que la padece y que no es entendida por su entorno social.

La similitud clínica de la ludopatía con las drogodependencias alcanza su máxima expresión en el síndrome de abstinencia.



TIPOS DE JUGADORES

Se han descrito muchas tipologías de jugadores, lo cual indica que no es fácil la clasificación de éstos y que no hay un consenso unánime al respecto.

Algunas de estas clasificaciones incluyen tanto a los jugadores patológicos como a los que no lo son; otras hacen una graduación desde el jugador aficionado o juegos inofensivos al jugador claramente patológico.

A continuación exponemos los tipos de jugadores según diversos autores:

GAMBLERS ANONYMUS (1957):

- **Jugador serio o habitual:** sin consecuencias en el trabajo, familia y vida social;

- **Jugador dependiente:** necesita jugar para aliviar la ansiedad, o para escapar de los problemas cotidianos;
- **Jugador compulsivo:** incapaz de parar, o que presenta pérdida de control.

CUSTER (1985):

- **Jugador de alivio y escape**
 - Explosivo,
 - Excesivo episódico,
 - Tranquilo.
- **Jugador Social Serio.**

BOMBIN MÍNGUEZ (1990):

- **Jugador Social:** jugador esporádico que controla su conducta por mecanismos racionales, que puede dejar de jugar en cualquier momento independientemente de si está ganando o perdiendo;
- **Jugador Profesional:** aquel que mediante cálculos ponderados de probabilidades, experiencia dilatada y estratagemas de dudosa o nula legalidad utiliza el juego como fuente irregular de ingresos, y hace de esta actividad una forma de vida;

- **Jugador patológico o ludópata:** aquel que establece con el juego una relación de dependencia, lo que implica la pérdida de libertad de la elección entre jugar y no jugar, haciéndolo frecuentemente de forma compulsiva.

BECOÑA IGLESIAS (1995):

- **Jugador ocasional:** juegos poco frecuentes y con poco dinero;
- **Jugador social Excesivo:** poco dinero sin pérdida de control;
- **Jugador profesional:** riesgo calculado;
- **Jugador problema:** mucho gasto, poco control y repercusiones familiares o laborales;

- **Jugador patológico:** cumple los criterios diagnósticos.

PROCESO DEL JUEGO PATOLÓGICO

El proceso que sigue un jugador, desde el día en que de manera casual se inicia en el juego hasta que llega a la situación en la cual pierde el control, convirtiéndose entonces en jugador patológico, hoy es bien conocida. Es un proceso que se desarrolla de manera muy parecida en todos aquellos jugadores que acaban sometidos a una conducta que más que constituir una satisfacción se convierte en un problema más grave.

En este proceso no sólo cambia la forma como el jugador juega, la frecuencia con la que lo hace o el significado que tiene para él, sino que cambian también otros aspectos de su vida como son: las relaciones familiares, la situación laboral del jugador, el concepto que éste tiene de sí mismo y del mundo que le rodea así como su situación económica.

Según CUSTER (1984) todo tipo de juego genera una cantidad de estrés y tensión que se convertirá en el factor principal que favorecerá su mantenimiento. El estrés se genera principalmente a causa de las pérdidas financieras que el jugador sufre y también a causa del sentimiento de inferioridad y baja autoestima que el jugador experimenta cuando pierde. En caso de ganar, se genera un estado de euforia y una recuperación de la autoestima que le hace sentir que es una persona respetable, con influencias, importante, sentimientos que le incitan a seguir jugando.

De esta manera, tanto en el caso de perder como de ganar el jugador experimenta un estado de tensión que le impulsa a continuar con el juego y le dificulta el poder abandonarlo.

Según este autor se producen unos patrones uniformes de desarrollo y progresión en el juego patológico, y que él describe en tres fases:

1) Fase de ganancia

Al principio el jugador atraviesa un periodo de suerte en el cual se producen episodios

frecuentes de ganancias. Éstos conducen a una excitación cada vez mayor por el juego, con lo cual el jugador comienza a apostar con más frecuencia al tiempo que piensa que él es un jugador excepcional. La mayoría de los jugadores sociales no sólo atraviesa esta fase, que puede continuar algunos meses o unos cuantos años. Ahora bien, el jugador patológico, tiene invariablemente una historia en la cual ha habido un episodio de ganancia importante. La ocurrencia de este hecho hace que el jugador piense que eso se va a volver a repetir en un futuro y que incluso las ganancias van a ser mayores;

2) Fase de pérdida

La ocurrencia de una gran ganancia significa el final de una primera fase y el inicio de la segunda o fase de pérdida. En este punto, se establece una actitud excesivamente optimista en el jugador, actitud que es característica en el jugador patológico y que conduce a aumentar significativamente la cantidad de dinero que arriesga en el juego. La conducta de juego pierde su contexto social y el jugador empieza a jugar solo. A causa de este aumento de la cantidad de dinero apostado, se producen grandes pérdidas, difíciles de tolerar, y es entonces cuando el jugador empieza a jugar con el propósito no de ganar sino de recuperar lo que ha perdido.

A medida que aumenta su preocupación por el juego, las relaciones familiares y laborales se van deteriorando. Trata de esconder su problema de juego a la familia, y a causa de sus excusas y engaños, se deteriora la relación con el cónyuge. En el trabajo empieza a disminuir su nivel de productividad y perder horas laborales.

Aunque algunas veces se producen ganancias durante esta fase, éstas son siempre menores que la cantidad de dinero a la que ascienden sus préstamos. De ahí que el jugador solamente pague en estos momentos las deudas más urgentes y reserve todo el dinero que puede para asegurarse un rápido retorno al juego. Pero las fuentes de crédito legales se van agotando, y la presión de los acreedores aumenta y aumenta peligrosamente la seguridad y discreción del jugador. Estas presiones conducen a un

estado financiero crítico, del cual el jugador sólo puede salir si obtiene rápidamente una cantidad importante de dinero. En este momento, el jugador ha de confesarse, si no totalmente, en parte a la familia, rogando que se le conceda un voto de confianza y solicitando un dinero con el cual pueda salir de su desastre.

Esta tregua parece ser particularmente destructiva, ya que no permite que el jugador asuma sus responsabilidades. Nada más le conduce a generar un optimismo poco razonable, el mismo que él experimentaba en aquellos primeros momentos de ganancia;

3) Fase de desesperación

El momento de tregua marca el final de la fase de pérdida e inicia la fase de desesperación. En esta fase es probable que se produzcan algunos momentos en los que se produzca una tregua al jugador, en cada uno de los cuales se desgasta el interés sincero que en un principio había mostrado la familia por el problema del jugador, hasta que éste perderá alienado por su propia familia, que le ha ido dejando dinero y que se da cuenta de que no se lo devuelve y que la conducta de juego persiste.

Entonces emerge un estado de pánico a causa de la consciencia de diversos factores: a) una gran duda; b) un deseo de devolver

el dinero rápidamente; c) el sufrimiento que produce la alienación de la familia y amigos; d) el desarrollo de una reputación negativa en la comunidad; y e) un deseo nostálgico de recuperar las sensaciones agradables de aquellos primeros días de ganancias.

Las características principales de esta fase son la intensidad consumidora que conlleva el juego y el hecho de que familiares, amigos y trabajo se desentienden aparentemente de él.

Bajo esta presión y la falta de dinero disponible o de sistemas de préstamo legales donde acudir se incrementa el riesgo de buscar vías de préstamo ilegales o de delinquir.

La falsificación de cheques suele ser la vía más utilizada generalmente por los jugadores patológicos para conseguir dinero y continuar jugando.

Los jugadores racionalizan su conducta delictiva, alegando que lo que verdaderamente pretenden es devolver el dinero que deben. Ello justifica, de alguna manera, ante ellos mismos sus acciones.

En esta etapa, pocos jugadores son capaces de continuar con su trabajo o en sus negocios. El nerviosismo, la irritabilidad, e hipersensibilidad del jugador se incrementa hasta el punto de afectar conductas instintivas como el sueño o la alimentación. Al final de esta fase, la situación del jugador es verdaderamente desoladora.

FASES	VIVENCIA	CONCIENCIA	ACTITUD	EFEKTOS
GANANCIA	Euforia, Ilusión, Optimismo.	Nula.	Búsqueda.	Desarrollo del hábito.
ALTERNATIVA	Expectativa, Esperanza, Duda.	Esbozo.	Dedicación entregada.	Desarrollo dependencia.
PÉRDIDA	Obcecación, Recuperación	Semilúcida.	Evasión, Demanda.	Desastre, intervención.
HUNDIMIENTO	Desesperación.	Hipercrítica.	Evasión SOS.	Intervención.
FINAL	Fondo.	Crisis.	SOS, Autolisis.	Intervención desastre.

Figura 1.—Proceso dinámico de la ludopatía.

ETIOPATOGENIA DE LA LUDOPATÍA

Como señala DURAND JACOBS en el VII Congreso Internacional sobre Juego y Riesgo, es muy importante destacar la imperceptibilidad de la transición entre la fase de divertimento y la patología, porque en la historia natural de la adicción al juego se suceden las mismas etapas evolutivas que en el resto de las dependencias, etapas que se recorren en el caso del juego en un periodo de tiempo que suele oscilar entre uno y diez años.

Respecto a los mecanismos o razones de porqué a veces el juego es una diversión, y otras verdadera patología en marcha, podemos enumerar las siguientes:

a) Factores inherentes al propio jugador, entre los que se destacan:

- La personalidad y en concreto su debilidad frente a los móviles que le tientan desde la propia naturaleza, tales como la ambición, el afán de experimentación vivencial o búsqueda afanosa de emociones, el gusto por el riesgo, la baja tolerancia a la frustración o la susceptibilidad al aburrimiento;
- Los estados emocionales que pueda atravesar, y entre ellos la depresión, los sentimientos de ansiedad, soledad, aburrimiento, desesperanza, agravio, decepción, y la concurrencia de otras dependencias.

b) Factores ambientales, coyunturales o externos como son:

- La presión social puntual al consumo de juego (oferta social de juegos) que en España es la más variada de Europa y que en realidad no es sino la expresión de la propia era del consumo que vivimos, que hace de los jugadores unos insaciables consumidores de emociones;
- La existencia previa de jugadores o de personas con dependencias patológicas (alcohol) en la familia y la educación consecuente para la dependencia;

- La familiaridad con el juego desde la infancia o adolescencia contrastado con la escasa planificación familiar respecto a la economía de futuro (ahorro);
- La incongruencia de la disciplina familiar (proteccionismo coexistiendo con rigorismo);
- La quiebra precoz de la convivencia por pérdida de los padres debida a la muerte, separación o abandono, etc.

Una vez generada, a partir del repetido juego, la dependencia psíquica, ésta prospera y se perpetúa por la concurrencia de mecanismos derivados de la propia dependencia, constituyendo lo que VAN DIKJ () denomina gráficamente los círculos viciosos de la dependencia, entre los que pueden distinguirse:

a) Los psicológicos

- Frustración de reincidir (que se acalla con una nueva reincidencia);
- Pérdidas progresivas de dinero (que inducen a jugar para recuperar);
- Adquisición de la "identidad de jugador" que induce a continuar.

b) Los socio-ambientales

- El adicto frecuenta cada vez más círculos de adictos;
- Los estímulos medio-ambientales del juego (musiquilla de las máquinas, ruido del fluir de las monedas, señales luminosas) adquieren para el jugador propiedades incitadoras por mecanismo asociativo o reflejo condicionado;
- El entorno social le adjudica el rol de jugador, que espera desempeñar (ofreciéndole el cambio de monedas, máquinas "preparadas", etc.).

EFEKTOS CLÍNICOS Y CONSECUENCIAS QUE GENERA LA LUDOPATÍA

Esencialmente, el trastorno del control de los impulsos consiste en la incompetencia para resistir el impulso, deseo de llevar a cabo algún acto que puede ser dañino para el propio individuo o para los demás. Se

produce una sensación de malestar emocional (tensión o irritación), que es aliviada por el acto en sí; un acto que "per sé" es "ego-sintónico", puesto que se experimenta como una vivencia positiva de placer, gratificación o descarga de tensión, aunque a veces se suceda de sentimientos negativos "egodistónicos" de culpa, pena, rabia, vergüenza o angustia y de conducta inadecuada.

En el caso del juego patológico, éste suele iniciarse en la adolescencia, a base de pequeñas apuestas, y se desarrolla, en general, en menos de cinco años, aunque hay casos en que tan sólo en un año se establece la dependencia, sobretudo cuando ha habido una ganancia importante de dinero en las primeras apuestas.

Efectivamente, como señalan BRUNA Y DESCURET () el juego genera un estado permanente de angustia expectativa o de estrés que conduce a desajustes emocionales fuertes, con repercusión en el estado general o sobre cualquier otra enfermedad preexistente, convirtiéndose así en el principal elemento mantenedor del propio juego a través de las pérdidas financieras y los sentimientos de culpa, que finalmente pueden conducir a la depresión. Obviamente, el individuo puede intentar defenderse de esta situación, y cuando esta defensa no es la retirada definitiva del juego, porque se ha establecido la dependencia (ludomanía) puede dar lugar a un refugio subsidiario en

la bebida, cuando no a delitos contra la propiedad como "salida de emergencia" frente al progresivo empobrecimiento, y en ocasiones en que se ha producido la ruina familiar, o la pérdida del trabajo y de la familia al suicidio o al menos al abandono y la marginación.

La entrega al juego del adicto casi siempre toma una marcha progresiva, y a este tenor el sentimiento de culpa se oculta tras el binomio de las racionalizaciones, especie de razonamientos aparentes y engañosos.

El autoengaño se verbaliza en múltiples formas: "sólo jugaré hasta tal hora o tal momento". "Debo de seguir jugando, ya que gano, para aprovechar la racha".

Si el ludoadicto pierde, trata de seguir jugando para resarcirse, y si gana, se obstina en continuar porque está en su día afortunado. En ocasiones acude al alcohol o a otras drogas para incrementar la conducta impulsiva y no abandonar el juego.

Generalmente el ludoadicto refuerza más sus apuestas después de perder que de ganar, influido por el deseo de reponer el dinero o por el conflicto financiero o conyugal que se le viene encima.

PERFIL PSICOLÓGICO DEL LUDÓPATA

Aunque no se puede hablar de una personalidad pre-ludopática o pre-alcohólica específica, la asociación de drogodepen-

dencias y adicciones sin droga podría venir favorecida por una personalidad multicomplejiva, así como por rasgos predisponentes tales como la búsqueda de sensaciones, la competitividad, el carácter social y activo.

En general se trata de una persona inmadura, de carácter débil, inestable, impaciente, ansiosa, insegura, mágico-fantásica, con poca tolerancia a la frustración y con baja autoestima.

La sobrecarga de estrés, la sensación de soledad y la dificultad para la concentración de la atención son factores de carácter o situación que al menoscabar la capacidad de autocontrol, facilitan la instauración de la ludodependencia.

Todo lo anteriormente referido determina que el comportamiento del ludópata sea poco organizado, paciente y adulto, y que carezca de un programa existencial presidido por el sentido lógico y racional.

Para MILT () el jugador suele ser una persona con baja autoestima y limitada capacidad de enfrentamiento y adaptación a la realidad, pero con fuerte anhelo de éxito, riqueza y con sueños y fantasías de grandeza que sería incapaz de realizar por falta de habilidades o temperamento apropiado para conseguirlo.

En cuanto al estilo vivencial cognitivo-afectivo el jugador suele albergar un patrón de pensamiento de tipo mágico-fantástico, tal vez como consecuencia de su incompetencia para el manejo adulto de la realidad y de las frustraciones que conlleva optando por dar curso a sus desmedidos deseos y ambiciones a través de la fantasía, que incluye la superstición como recurso.

Los trastornos del estado de ánimo se hallan especialmente asociados tanto al juego como al alcoholismo, y estas dos condiciones emergen emparentadas, bien alter-

nándose en los antecedentes familiares, bien coincidiendo en un mismo individuo.

El antecedente de ludopatía familiar se correlaciona con la prevalencia de juego patológico en ludópatas jóvenes (LESIEUR, 1993) y adultos (BOMBIN MINGUEZ, 1992), lo mismo que existe una prevalencia familiar de alcoholismo.

La familia puede actuar como facilitadora del juego y del consumo alcohólico por modelaje y encubrimiento (codependencia).

El sexo masculino sigue estando más representado en ambas adicciones (juego patológico y alcoholismo).

Estilo cognitivo-afectivo del ludópata:

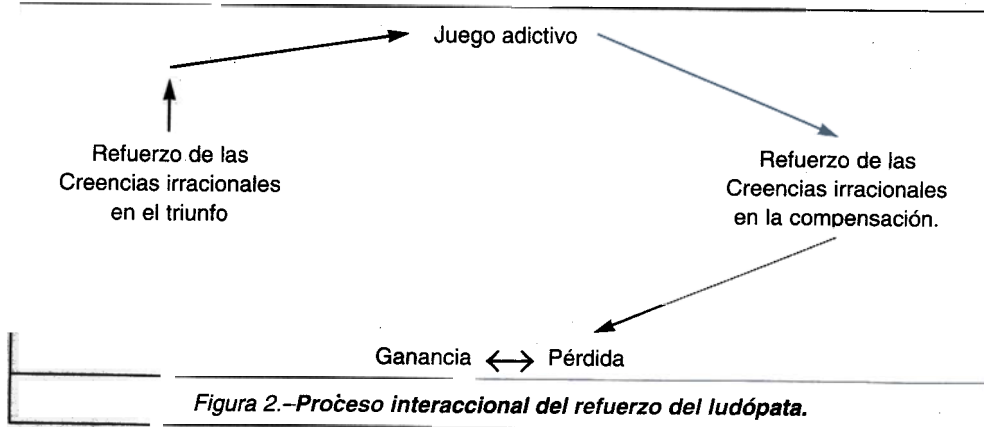
- MITOS {
 1. Negación de la realidad del consumo excesivo del juego,
 2. Subjetividad del resultado:
 - Ilusión del control sobre el resultado,
 - Negación de la realidad del resultado (dependencia),
 - Interpretación autorreferencial o atribucional.
 3. Fantasías desiderativas respecto a:
 - solución,
 - grado,
 - evolución;
- SUPERSTICIONES {
 - De bingo,
 - De máquinas tragaperras,
 - De números.

INCIDENCIA SIMULTÁNEA DEL JUEGO Y LA BEBIDA

Tanto el juego como la bebida son fenómenos humanos de evasión de la realidad cotidiana, capaces de proporcionar al usuario, además de su adicción anestésica, fuertes experiencias emocionales. Así se explica que ambos aparezcan asociados con frecuencia en los ratos de ocio de las personas, y que ambos puedan conducir a excesos agudos cuyos resultados suelen lamentarse con posterioridad.

Juego versus bebida

Muchas veces el jugador atormentado por los sentimientos de pesadumbre, nece-



sita valor para trasponer una vez más el umbral de la sala de juegos, y "el clima" propicio a la decisión se lo facilita sin duda la bebida.

Una vez embarcado en las apuestas, el jugador siente en ocasiones la necesidad de estar en posesión de ese impulso genial, de ese golpe de audacia que le libren de la moderación conformista, y la "chispa" inspiradora se la proporciona nuevamente el alcohol. Asimismo, el jugador sometido a la fuerte emoción de la espera del resultado de la jugada bebe para atemperar la angustia expectativa, para suavizar su impaciencia, para entretejer sus nervios que acompañan a la ansiedad. Luego, una vez conocida la suerte, el ganador bebe enrarecido para celebrar su triunfo, mientras el perdedor bebe deseoso de mitigar el dolor de su fracaso. Pierda o gane, el jugador es empujado por el juego a la bebida, que llega a hacerse inseparable compañera de su desgracia, de los eventuales sentimientos de culpabilidad que acompañan al jugador, que tarde o temprano ha de verse complicado con el proceso progresivo de las pérdidas.

Es así como el juego genera bebida, y como, habida cuenta de la amplia coincidencia de rasgos de personalidad y de dinámica psíquica entre el jugador y el alcohólico, la bebida conduce al alcoholismo, porque el jugador queda atrapado en el círculo vicioso de la culpabilidad.

Bebida versus juego

Casi indefectiblemente, el pretexto que sirve al bebedor de ritual para enhebrar en él sus rondas coperas es el juego. Ahora bien, si es cierto que los bebedores comienzan a jugar para entretener su hábito de bebida, no es menos cierto que más adelante juegan con la intención de ganar, luego siguen por la emoción del juego en sí, y terminan por necesitar el juego para calmar la ansiedad que les sobreviene cuando pretenden abstenerse de él.

Se estima que alrededor de un tercio de los bebedores patológicos tienen además problemas con el alcohol. Casi la mitad de los jugadores bebe, ya sea mientras juega, ya sea como conducta alternativa, y dicha

ingestión suele ser relativamente alta y superior a la población general (LESIEUR, 1987; 1993; BECOÑA IGLESIAS, 1995). El 30% de los jugadores patológicos bebía más de 45 grs. de alcohol puro en días laborables, consumiendo esa cantidad el 33,33% el fin de semana.

Como podemos ver a lo largo de estos estudios el jugador se apoya en el alcohol para ponerse en marcha, para aliviar su ansiedad en la espera del resultado y para celebrar su victoria o ahogar en alcohol su derrota.

Cuando deja de jugar el ludópata tiene más propensión a beber de forma compulsiva para aumentar su estimulación.

De 170 ludópatas en tratamiento estudiados por BOMBÍN MINGUEZ (1990), presentaba un consumo patológico de alcohol (hasta el 45% de los casos). El 31% sería una dependencia coincidente, y el 11% precedente. Los antecedentes familiares de alcoholismo se daban en el 43% de los casos, porcentaje algo superior al 31% hallado por BAEZ (1995).

EPIDEMIOLOGÍA

Siempre que se estudia un problema de salud, es de vital importancia conocer su prevalencia. Saber a cuántos sujetos afecta, así como a qué tipo de población, nos orientará para poner en marcha adecuados programas de prevención y tratamiento.

BECOÑA IGLESIAS (1995) realizó un estudio epidemiológico en población general con una muestra de 1.615 sujetos mayores de 18 años y residentes en siete ciudades de Galicia. Los resultados obtenidos fueron que un 1,73% de los sujetos eran jugadores patológicos y un 1,60% jugadores problema. LEGARDA y cols. (1992) realizan un estudio de prevalencia de juego patológico en la ciudad de Sevilla y sus resultados indican que un 1,7% de la población son probables jugadores patológicos y un 5,2% jugadores problema.

Los datos obtenidos por BECOÑA IGLESIAS (1995) muestran un perfil que se caracteriza por una mayor proporción de hom-

bres, con una edad comprendida entre los 18-30 años y con un nivel de escolarización bajo (estudios primarios). LEGARDA y cols. (1992) muestra el siguiente perfil de jugador patológico: hombre, de una edad comprendida entre 31-57 años, casado, con estudios primarios, trabajo fijo.

En España González Ibáñez (1990) también encuentra entre jugadores patológicos en programas de tratamiento, un predominio de varones (86,7%) casados (71,7%), con una edad comprendida entre los 25-40 años (50%). La mayoría de estos jugadores ha cursado estudios primarios (70%), tienen una actividad laboral cualificada (53%) y pertenece a un estatus socioeconómico medio (77%). Respecto al tipo de juego, la mayoría de ellos prefiere las máquinas recreativas con premio. Estos resultados no se diferencian de los encontrados en estudios previos (González Ibáñez, 1992).

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Al hablar del tratamiento de la ludopatía hay que referirnos más propiamente a la rehabilitación, que implica la supresión no sólo del síntoma principal (abstinencia de la conducta de juego), sino la remodelación inteligente, tutelada en su comienzo, de la personalidad del juego, para la adquisición y desarrollo de un nivel de madurez suficiente.

La rehabilitación del ludoadicto viene a ser un fenómeno de reimplantación de la persona en la realidad desde el mundo de la fantasía en que vive sumido éste durante su dependencia. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento consistirá en conseguir un estilo de vida, con un crecimiento personal, desarrollo de la autoestima, autocontrol y autorrealización del individuo.

El programa de tratamiento pretenderá cubrir y resolver las áreas más afectadas de la vida del jugador patológico, por lo que necesitaremos la máxima colaboración del paciente y de su entorno.

Condiciones o características que deberá reunir el tratamiento:

- **Voluntariedad:** es imprescindible que el jugador no se vea condicionado en su demanda terapéutica;

- **Implicación del entorno familiar:** siempre que no existan impedimentos mayores es necesaria la participación de la familia en el tratamiento del ludópata;

- **Duración suficiente:** porque como todas las patologías adictivas precisa de un seguimiento controlado de los cambios comportamentales establecidos durante el tratamiento.

El programa de tratamiento debe verificar la consolidación de las nuevas pautas de vida y el autocontrol del jugador en un periodo de tiempo prolongado, así como prestar atención a las posibles recaídas y a la normalización de las circunstancias y el entorno del jugador.

Este programa deberá considerar las siguientes fases:

- Fase de acondicionamiento y orientación;
- Fase diagnóstica;
- Fase terapéutica propiamente dicha: dos niveles
 - Individual,
 - Grupal.

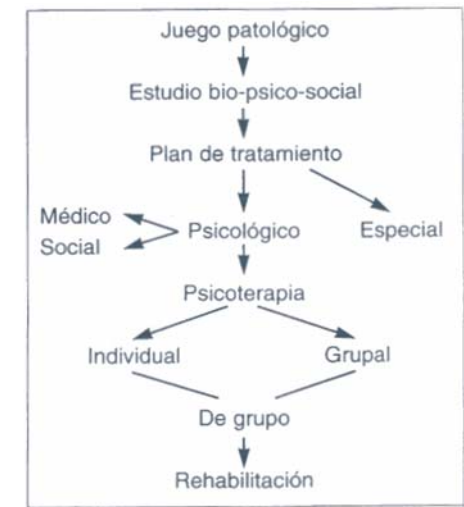
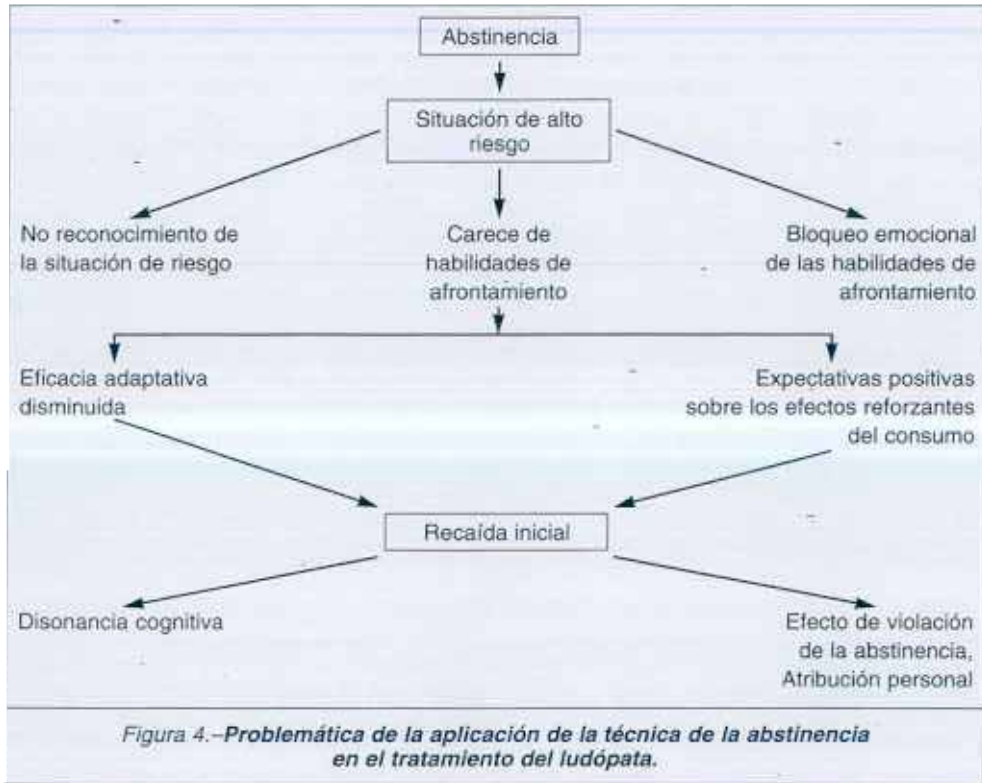


Figura 3.- Tratamiento esquemático del ludópata.



En el tratamiento individual de los ludópatas tratamos de reimplantar a la persona a la realidad desde el mundo de la fantasía en el que vive sumido durante su dependencia. Para ello, el objetivo consistirá en conseguir un estilo de vida, con crecimiento personal, desarrollo de la autoestima, autocontrol y autorrealización del individuo, que le permita el mantenimiento de la abstinencia.

En el tratamiento de grupo nos planteamos los siguientes objetivos:

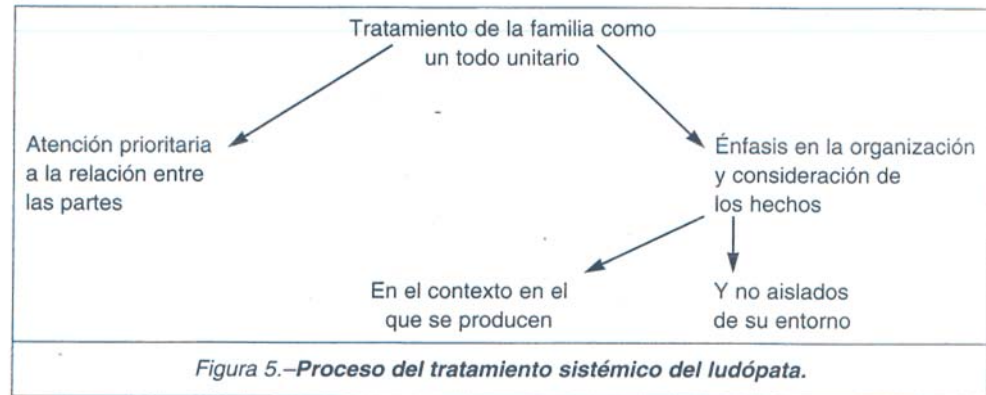
- 1) Abstinencia definitiva de todo tipo de juego que implique apuesta de dinero;
- 2) Reducción de la urgencia/deseo de la necesidad de jugar;
- 3) Adquisición del autocontrol para conseguir la abstinencia definitiva;
- 4) Cambio de estilo de vida, proponiéndose actividades alternativas;

- 5) Detección de situaciones de riesgo y propuesta de estrategias efectivas de afrontamiento;
- 6) Reestructuración el funcionamiento familiar y social.

TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON LAS FAMILIAS

Desde el **enfoque sistémico** pretendemos llevar a cabo:

- Tratamiento psicológico de la familia como un todo unitario.
- Con atención prioritaria en la relación con los pares.
- Con énfasis en la organización y consideración de los hechos:
 - en el contexto en el que se producen,
 - no aislados de su entorno.



FUNDAMENTO:

Principio de la circularidad:

- El estado y funcionamiento de cada unidad;
- La interacción entre las partes prevalece sobre la acción de cada una;
- El conjunto familiar es por ello, más que la suma de las partes.

Propiedades:

- Permite este enfoque sistémico trabajar con toda la familia;
 - Evita la radicalización maniquea de las posturas (análisis de las alianzas y juegos psicológicos).
- Confiere a la familia un papel de protagonismo terapéutico.

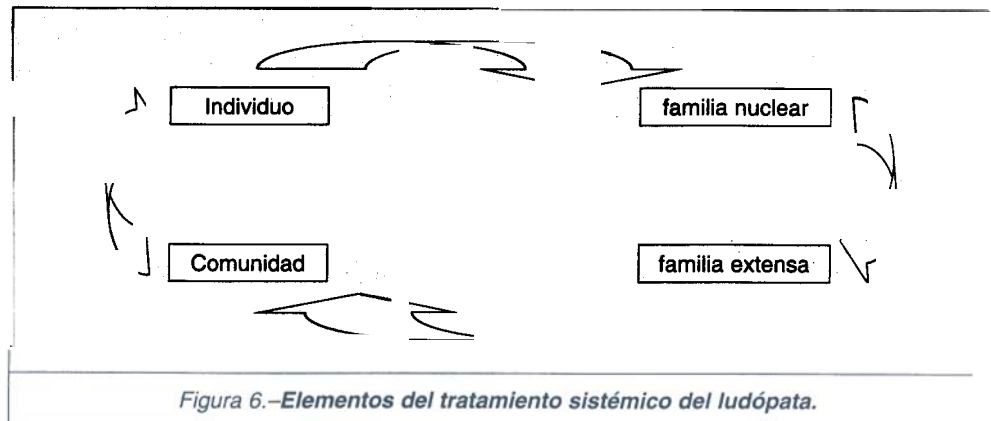
ESQUEMA: Figura 5.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

PRINCIPIO INDUCTORIO:

- Cualquier adicción psico-social conlleva:
- Un impacto singular para el portador,
 - El escenario familiar de desarrollo.

Teniendo en cuenta tanto la revisión teórica como las experiencias prácticas cabe deducir que el tratamiento psicoterapéutico será más eficaz a medida que se identifiquen subtipos de jugadores patológicos así



como factores de predisposición, ya que ello nos permitirá utilizar las técnicas más adecuadas para cada paciente determinado.

Por otro lado las similitudes expuestas entre ludopatía y dependencia alcohólica justifican un enfoque terapéutico también análogo por lo que respecta a la vertiente psicoconductual, por lo que debemos integrar un trabajo individual, familiar y ambiental que dé cabida a un abordaje motivacional.

Es decir, abordaremos el tratamiento psicoterapéutico de la ludopatía con terapias multimodales, dado que esta adicción se suele asociar con otros problemas coexistentes de depresión, abuso de alcohol, problemas familiares, legales o laborales sin tener en cuenta los factores asociados.

En conclusión, diseñaremos programas de tratamiento individualmente para cada paciente según sus necesidades con objetivos específicos en función de las características de cada uno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1980) **Diagnostic and Statistical. Manual of Mental disorders** (DSM-III). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1987). **Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders** (DSM-III-R). Washington, D.C.
- Becoña Iglesias, E. (1995) **El juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega**. Betarzos, Ed. Xunta de Galicia.
- Bombín Mínguez, B. (1990) El juego de azar como fenómeno adictivo y su relación con las drogodependencias. Comunicación, XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. **Libro de Actos**. Barcelona.
- Dijk W.K. Van (1971) Complexity of the dependence problem. En H.M. Van Praag **Biochemichal and pharmacological aspects of dependence**. Haarlem, Enven F. Bonn.
- González Ibáñez, A. (1994) **Características psicológicas de los jugadores patológicos en máquinas recreativas con premio**. Tesis Doctoral. Barcelona, Universidad.
- González Ibáñez, A. (1991) Clinical and Behavioral Evaluation of Phatological Gambling in Barcelona. Spain. **Journal of Gambling Studies**. Vol. 8, 3, 299-310.
- Legarda, J.J. (1992) Prevalence Stimite of phatological gambling in Seville. **British of Journal of Addiction**, 87, 767-770.
- Lesieur, H.R. (1987) The South OKS Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the identification of the Pathological Gamblers. **American Journal of Psychiatry**, 144, 9, 1184-1987.
- Lesieur, H.R. (1993) Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores en los Estados Unidos. **Psicología conductual**, 1, 3389-4000.
- Morán, E. (1979) An Assesment of the report of Royal Comission of Gambling. **British Journal of the Adictions**, 74, 1, 3-9.
- Milt, H. (1981) **Compulsive Gambling**. New York. The public Affairs Pamphlet.
- Rodríguez Martos, A. (1990) El alcohólico que juega y el jugador que bebe: dos caras de una misma moneda. **Ponencia, XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol**, Barcelona.

LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOTERAPIA (5ª PARTE)

JUAN GARCÍA MORENO*

Universidad Complutense de Madrid
Miembro de AESPAT

Se presenta en esta 5.ª parte de la Integración algunas formas de la Integración Complementaria basada en lo "diferente", citando autores representativos que han tratado de las mismas y poniendo ejemplos clarificadores.

4. La integración "complementaria" de la psicoterapia basada en "lo diferente"

Según el Diccionario de la Lengua Española de la R.A.E. de la L., el término "**complementario**" (de complemento) significa: Que sirve para completar o perfeccionar alguna cosa. "**Complemento**" (del latín "complementum"): Cosa, cualidad o circunstancia que se añade a otra cosa, para hacerla íntegra o perfecta; integridad, plenitud a que llega una cosa.

Dos ideas habría que resaltar en esta conceptualización de "complementario": 1) el perfeccionar una cosa; y 2) mediante otra cosa diferente que se añade. No se trata, aquí, respecto de la integración de la psicoterapia, de aspectos comunes, como en el apartado anterior de la "integración basada en lo común" que busca la similitud o la igualdad que existe entre dos o más cosas para resaltar la identidad o semejanza entre ellas, sino de aspectos diferentes que se unen para formar un conjunto completo, íntegro, o perfecto. Dos cosas diferentes pueden completarse o complementarse aunque

sólo sea por contrastación. Integrando aspectos, características, teorías, estrategias y técnicas diferentes, conseguiríamos formar un conjunto más completo, más "perfecto". Yates (1983), recogiendo la opinión de varios autores, que él mismo no comparte pero que testimonia, manifiesta que:

"La utilización clínica conjunta de la terapia conductual y de la psicoterapia dinámica parece ofrecer resultados superiores a la utilización independiente de cada una. Esto representa una comprobación de la hipótesis segunda: la **posición complementaria**. A la luz de esta experiencia clínica, parece posible una reconciliación e integración entre ambos enfoques diferentes" (p. 111).

Para Alford & Norcross (1991) la integración "complementaria" de aspectos diferentes constituye un enriquecimiento de la psicoterapia:

"La postura complementaria adopta el punto de vista de que cada uno de los sistemas de psicoterapia puede integrar

* Camino de las Huertas, 2-3, 2ª A. Teléfono 91 715 86 36. 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid.

aportaciones valiosas para la práctica clínica.-Varias orientaciones se complementan, más que se contradicen, enriqueciéndose cada una en la práctica clínica" (p. 182).

Según **Elkin** (1991):

"Elementos únicos descubiertos en los diferentes sistemas, pero relacionados con un resultado exitoso, sugerirían intervenciones complementarias, que podrían ser incorporadas dentro de un enfoque integrador" (p. 29).

Pero también aquí, dentro de la "integración complementaria", nos encontramos con una **gran variedad de formas distintas** de juntar aspectos o cosas diferentes. Voy a procurar una clasificación de estas formas diferentes de formar conjuntos complementarios dentro de la psicoterapia. Son especificaciones que se vienen dando, en los diversos autores, y que es necesario resaltarlas para tomar conciencia de ellas a fin de poder comprender la complejidad de la "integración complementaria".

1) "Sincretismo" o "amalgamación" en psicoterapia

El sincretismo (del griego "sinkretismós": coalición o conciliación de doctrinas diferentes) en psicoterapia, consiste en una yuxtaposición de ideas o técnicas que realiza una **unión superficial**, sin marco conceptual unificador (Murray, 1966). Para **Villegas** (1990) el sincretismo en psicoterapia: se caracteriza por su oportunismo pragmático (London, 1987), ajeno a cualquier conceptualización teórica (el "eclecticismo ateorico" de Norcross); es una mezcla o yuxtaposición de elementos teóricos o técnicos heterogéneos; se preocupa sólo de coleccionar una serie de conceptos o técnicas de orígenes diversos o incluso contradictorios, con el único criterio de la utilidad terapéutica; tales colecciones se convierten en recetarios de técnicas simplemente yuxtapuestas; el sincretismo psicoterapéutico se parece al "sincretismo religioso" de, p.e., el que se da

en Brasil con yuxtaposición de animismo, cristianismo, etc.; en la práctica muchos terapeutas desarrollan un eclecticismo de este tipo, tanto a nivel teórico como técnico (Gardfield & Kurtz, 1977); este eclecticismo, idiosincrásico, montado por cada terapeuta, a su manera, parece ser la regla y no la excepción en la práctica de la psicoterapia. Algunos proponen que se le denomine "eclecticismo de fin de semana", estimulado por Cursos de las más variadas escuelas.

Alford & Norcross (1991) hablan de "amalgamación" (Weiner, 1983) como de "distintas formulaciones teóricas asociadas con escuelas dispares de pensamiento y que son poco más que un 'escaparate'" (p. 182).

2) Integración asimilativa

Es la integración de crecimiento y de subsistencia. Consiste en la incorporación, fruto de la observación e investigación, de elementos extraños pero compatibles con el propio sistema, de otros enfoques, quedando reconfigurados y transformados por la terapia de acogida. Para **Sollod** (1988):

"En este sentido limitado, todas las psicoterapias son producto de una integración histórica inevitable: un proceso oscilante de asimilación y acomodación" (p. 186).

Todos los enfoques subsisten y crecen gracias a este mecanismo de asimilación. Por ejemplo, el psicoanálisis primitivo incorporó elementos de la "relación" o interacción social, del existencialismo, de la teoría del aprendizaje, y así, de forma parecida, todos los demás enfoques psicoterapéuticos.

Wachtel (1977) defiende que: los deseos y fantasías inconscientes del psicoanálisis deben ser considerados no sólo como causas (variables independientes) del comportamiento transferencial, sino también como efectos (variables dependientes) de los acontecimientos externos actuales en la relación terapéutica situacional; por tanto, la situación terapéutica debe ser considerada, sobre todo, como interpersonal, en donde terapeuta y paciente son participantes acti-

vos, como ocurre en la terapia de conducta. Ésta es una integración asimilativa muy interesante para el psicoanálisis, gracias al cual éste sale de lo puramente instintivo y de la pura fijación traumática infantil y, por tanto, de la pura "relación" transferencial a la dinámica de la relación interactiva.

Bieber (1973) recalca que el psicoanálisis se ve probablemente alterado significativamente por las técnicas de la terapia conductual, y rechaza las acusaciones de que los psicoanalistas intentan sólo producir "insight" y no cambios conductuales por la manipulación directa, y da ejemplos de la utilización de técnicas de condicionamiento operante en la terapia psicoanalítica.

El **Análisis Transaccional**, integró elementos psicoanalíticos, humanistas, conductistas, cognitivos, etc. La **Terapia Multimodal** de Lazarus (1971, 1976, 1977...) es fruto de una serie de integraciones asimilativas técnicas para responder adecuadamente a las necesidades de una clínica responsable.

Dentro de la **Terapia de Conducta**, existe una multitud de formas de integración asimilativa, a todo lo largo de su historia. Pensemos, p.e., en la integración de lo emocional, cognitivo, y social.

Y lo mismo podríamos decir de cualquier otro sistema de psicoterapia. Sin tales integraciones asimilativas no subsistiría ningún sistema. Por tanto, ciertos tipos de integración, como la anterior, son practicadas necesariamente por aquellos mismos que rechazan de un modo absoluto "cualquier forma de integración".

3) La integración "reinterpretradora"

Consiste en clarificar ciertos aspectos de un enfoque a la luz de otra teoría. Por ejemplo, **Dollar y Miller** (1950-1977) tratan de reinterpretar ciertos conceptos psicoanalíticos (p.e. regresión, ansiedad, represión, desplazamiento, transferencia, etc.) en términos de la teoría del aprendizaje. Es otra forma más de integración que se ha venido practicando a lo largo de la historia por parte de la mayor parte de los sistemas de psicoterapia.

4) La integración "transformadora"

Mientras la integración asimilativa incorpora elementos extraños transformándolos, la integración transformadora produce un impacto transformador en el sistema de acogida por virtud de su potencialidad circunstancial superior. Lo integrado transforma radicalmente a lo integrante. *Ejemplo* de esta forma de integración sería la incorporación, en la Terapia Centrada en el Cliente de C. Rogers, de la **dimensión existencialista**. El existencialismo incorporado transforma de tal manera la terapia de Rogers que ésta queda radicalmente reconfigurada. La reformulación del psicoanálisis por la integración del "estructuralismo lingüístico" de J. Lacan, y la transformación de la Terapia de Conducta por el cognitismo mediacional, serían otros claros ejemplos de este tipo de integración transformadora. Son integraciones que transforman radicalmente el sistema de acogida.

5) Integración "fusional"

El concepto de "fusión" para referirse al hecho de reducir a una sola dos o más cosas diferentes. Se produciría cuando de dos o más enfoques diferentes, o aspectos de los mismos, se forma una realidad emergente nueva. Parece estar "in mente" en muchos autores cuando piensan y hablan de la integración. Consistiría en fundir los diversos sistemas y vaciarlo todo en un molde integrador. Parece que este concepto de integración provoca fuertes críticas por lo que parece tener de utópico y por lo que supone de eliminación práctica de los enfoques actuales que reflejan en su variedad las diferencias en la percepción de la realidad terapéutica. **Geiwitz** (1977) se refiere a este tipo de integración cuando afirma que:

"El eclecticismo intenta evaluar las diferentes teorías y **refundirlas** en una unidad nueva (Murphy, 1947), dando por supuesto que esta unidad nueva (o punto de vista) está destinada a ser refundida por el siguiente gran eclecticismo en una especie de continuidad hegeliana" (p. 38).

Como *ejemplos* podemos citar:

- El intento de **Jan Ehrenwald** (1969) de formar un modelo integrado a base de la fusión del modelo primitivo mítico, el modelo didáctico y el modelo psicodinámico;
- El "método de la activación del Yo", de **Weiner** (1975, 1983) que constituye una terapia cognitiva "in vivo" integradora de los enfoques conductual y psicodinámico: "Durante los últimos siete años, hemos intentado **fusionar** lo mejor de los enfoques conductual y psicodinámico para ayudar a los pacientes a afrontar activamente las dificultades de la vida" (1983, p. 11);
- Parece que **Patterson** (1989a) se refiere a esta forma de integración cuando afirma que "la integración pretende elaborar un único modelo de terapia, que aborde los principios filosóficos, teóricos, estratégicos y técnicos" (p. 15).

- **Birk & Brinkley y Birk** (1986) hacen una auténtica integración fusional a través de su **Modelo Integrado** del psicoanálisis y la terapia de conducta. El esquema integrador queda plasmado en la figura 1.

Según los autores de este gráfico:

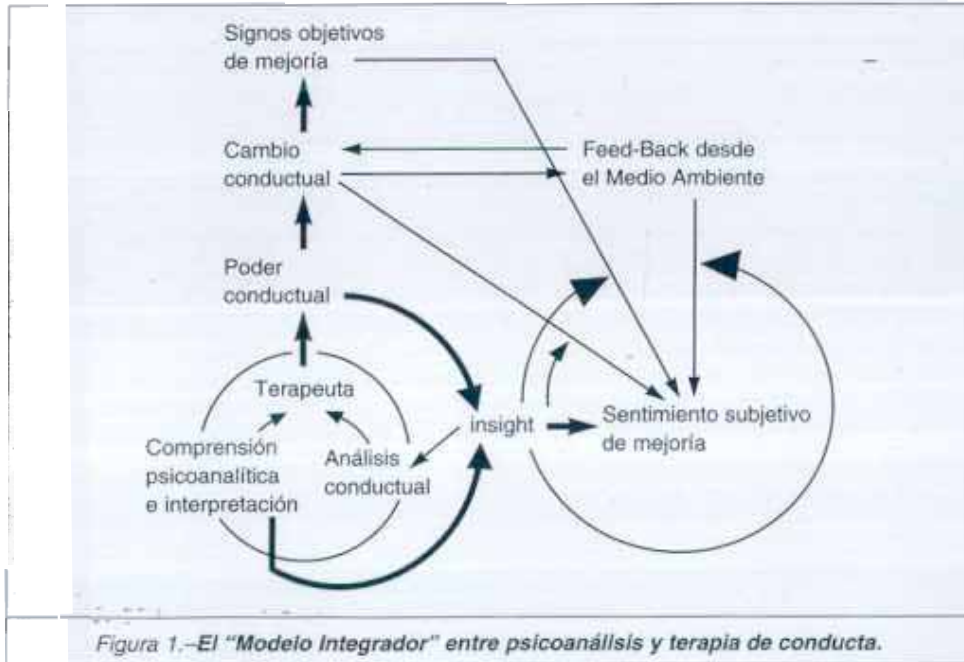
"Mediante el 'análisis psicoanalítico', que aporta significación introspectiva al problema, y el 'análisis funcional' de la terapia de conducta que, facilita la comprensión estimular y contingencial del problema, se propicia un 'insight' tanto en el cliente como en el terapeuta, y que lleva a éste a aplicar tanto recursos psicodinámicos (cognitivos, emocionales, actitudinales, motivacionales, etc.) como conductuales que aseguran el 'cambio conductual', que

es reconocido y reforzado por el medio ambiente a través del 'feedback', produciéndose unos 'signos objetivos de mejoría'. Todo ello es percibido por el cliente que experimenta un 'sentimiento subjetivo de mejoría' basado en informaciones que le llegan desde dentro y desde fuera, que acrecientan su bienestar. Según los autores 'el insight', aquí, no es una pieza representativa de todo el puzzle psicológico, sino más bien una indicación de los orígenes evolutivos de una respuesta particular cognitiva, emocional y conductual, que está en la vida presente del sujeto sintomáticamente supergeneralizada desde las experiencias del aprendizaje pasado. Si llega a ser claro para el paciente, por el insight, cuales fueron los detalles de la situación original, y por qué esa respuesta puede haber sido adaptativa en esa situación, viene a ser fácil para él aprender a discriminar entre nuevas experiencias que no piden la misma respuesta (idea, sentimiento), y otras experiencias que se parecen tanto a las pasadas, que pueden ser estímulo apropiado para respuestas previamente habituales. El insight funciona como un medio para la reeducación de unas habilidades discriminativas (Dollard y Miller, 1950),

es un aprendizaje discriminativo evaluado subjetivamente, consiste en experimentar los traumas y conflictos tan perfectamente como sea posible hasta llegar a estar convencido de la especificidad de las experiencias del aprendizaje infantil, y ayuda a no generalizar transferencialmente las respuestas y a responder adaptativamente a situaciones específicas, algo que es esencial al objeto psicoanalítico y conductual" (p. 288).

Los autores propugnan el desarrollo de las respuestas apropiadas por la combinación de ambos enfoques. Con pura "psicoterapia" un sujeto puede llegar a ver la necesidad de cambiar su conducta sin ser capaz de hacerlo; con pura terapia conductual, puede cambiar su conducta sin haber aprendido a ver la necesidad de adaptarse a nuevas situaciones. Una respuesta adaptativa depende tanto de la percepción aguda de la situación como de la atención al natural feedback social consecuente a la respuesta. Así aspectos "fusionados" de ambos enfoques son naturalmente complementarios, e interactuantes.

Nota.—Las REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS del presente artículo se publicarán al finalizar esta serie de artículos centrados en la "Efectividad de la Psicoterapia".



REPARENTALIZACIÓN PUNTUAL

RUSSELL E. OSNES, M.S.C.*

Transactional Analysis Journal, 4, 3, July, 1974

Traducción: MARIO SALVADOR FERNÁNDEZ**

La técnica de reparentalización, desarrollada y usada por los Schiffs en el tratamiento de esquizofrénicos, es un método probado de tratamiento. Es también una herramienta terapéutica usada con personas que no serían clasificadas como severamente perturbadas. Se usa para resolver problemas arcaicos y sentimientos que influyen negativamente en la conducta y los sentimientos de hoy. Usando este tipo de tratamiento, las personas repetidamente catectizan su juventud y son reparentalizadas para resolver sus problemas arcaicos. Al hacer eso se reclama a su Niño, se incorpora a un nuevo Padre y el Adulto es descontaminado. Este proceso implica la reparentalización a través de varios niveles de desarrollo del Niño.

Schiff y Levin (), y Karpman (1968) cuando tenían personas que regresaban a ser jóvenes en el proceso terapéutico, lo usaban también como medio de estudiar al Niño. En 1961 Berne escribió: "el análisis de la regresión es un intento deliberado de mover el estudio del Niño desde una base inferencial a una fenomenológica" (p. 227). La literatura está en proceso de publicación, describiendo los estados de desarrollo del Niño tal como es descubierto a través de este proceso.

REGRESIÓN Y VOLVIENDO A SER JOVEN

Se indica que Schiff y Levi, no usaban la palabra "regresión" excepto para esquizo-

frénicos que están regresivos y pueden permanecer en periodos tempranos durante largos periodos de tiempo. La elección al reparentalizar es o "volviéndose joven" o "ser pequeño", con la diferencia primaria de que no se permanezca joven más de lo que el paciente o el terapeuta elijan.

Cuando Berne (1961) habla sobre la regresión en su capítulo titulado "análisis de la regresión" en *Análisis transaccional en psicoterapia*, él se refiere a esta experiencia como "volver a ser joven". En ese capítulo él escribe sobre la necesidad de reorganizar y desconfundir al niño. Para muchos, esto se hace por análisis estructural, decisiones sobre los cambios de conducta, y a través de hablar del Niño de una manera inferen-

cial. Estos acercamientos del Adulto y respuestas a problemas se encuentran a través de la lectura de literatura, grupos de discusión informal, o unas pocas horas de reunión de grupo o privada. "El efecto terapéutico de esto es usualmente apreciable y gratificante, pero es de un orden diferente de lo que sucede si el estado de ego arcaico en sí mismo es vívidamente revivido en la mente del paciente más que ser inferido de datos externos". Muchas personas con un desarrollo distorsionado de su Niño o su Padre no tienen éxito en superar los bloqueos hablando del Niño de una manera inferencial. Volviéndose pequeños y reparentalizando se provee una situación para que estas personas resuelvan perturbaciones tempranas de la niñez.

REPARENTALIZACIÓN PUNTUAL

El proceso de reparentalización, como se informó brevemente arriba, a menudo implica un largo periodo de terapia intensiva. Resolver la multitud de problemas arcaicos puede llevar considerable tiempo. Para muchas personas en terapia y en grupos de consejo, este proceso extensivo de reparentalización no es ni deseado ni necesario. Una variación de la reparentalización ha sido utilizada con éxito en mi práctica. La llamo "reparentalización puntual" (Spot re-parenting).

El uso de Berne (1961) de, y los experimentos con, análisis de regresión indicaban que los individuos podían catectizar su juventud en un incidente específico en sus vidas anteriores. Se hizo evidente que sería posible tanto reclamar al Niño como sustituir al Padre por reparentalización mientras se volvía a ser joven en estas situaciones traumáticas. La escena terminada de una experiencia anterior podría ser reescrita con un nuevo final en terapia de grupo. Un proceso podría reconstruir una parte del Padre y desconfundir esa parte del Niño dándole una experiencia de cariño cálido para sustituir el daño traumático que se experimentó en la parentalización original. Ha sido tam-

bién mi experiencia que cuando un problema arcaico es solucionado por la reparentalización puntual, pueden desaparecer también posteriores magnificaciones del problema que se desarrollaron con reforzamientos de la parentalización negativa.

El procedimiento de Berne (1961) parece haber sido "regresar" a sus pacientes y hablar sobre una situación o experiencia. Mis clientes vuelven a una experiencia real, la reviven hasta el punto de la parentalización negativa o algún otro punto crucial en la experiencia negativa. En ese momento yo intervengo con el Padre Nutritivo, que se necesitaba en la experiencia original (como se muestra en la **Figura 1**).

TRATAMIENTO

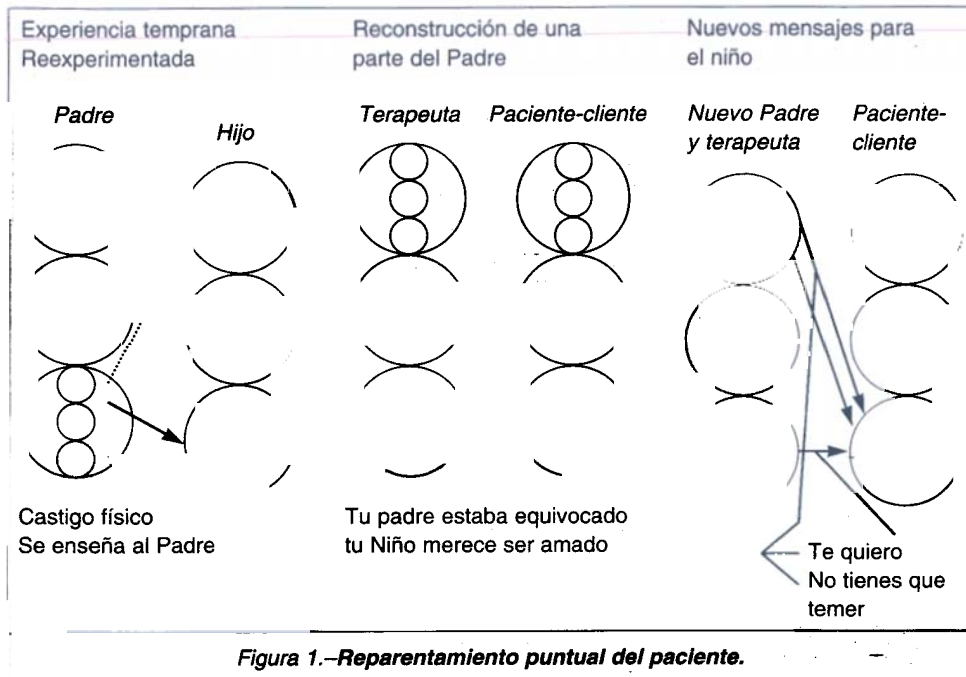
Un asunto de primer orden es un contrato. En mis grupos, enseñé el concepto de este tipo de reparentalización y establezco contratos con aquéllos que los quieren.

El procedimiento que sigo es tener a los miembros del grupo frente a frente. (Encuentro más fácil ir a una situación específica con los ojos cerrados.) Si detecto ansiedad, con un movimiento rápido del ojo u otra agitación, pregunto "¿cómo te sientes?"; si muestran miedo, les hago fantasear yendo a un lugar seguro donde no hay amenaza y se pueden sentir seguros. En unos pocos momentos, les pido que vuelvan. Si todavía están ansiosos, les pido que hagan otro viaje de fantasía a un lugar tranquilo y seguro. Normalmente, se sentirán tranquilos y relajados y así listos para empezar. En algunas situaciones, las personas no se libran ellas mismas de la ansiedad. Cuando esto sucede, digo "¿te gustaría que continuara?" La respuesta a esto siempre ha sido "sí". Entonces cojo su mano y se sienten lo suficientemente seguros para seguir con la experiencia.

"Quiero que vuelvas a una experiencia anterior de tu niñez", cuando eras una persona pequeña. Díme cuándo estás allí". Un movimiento de cabeza, una palabra, o una expresión facial anuncian su llegada.

* Russell E. Osnes es un Miembro Didáctico de ITAA en práctica privada y es Presidente del Instituto de Análisis Transaccional de Minesota, Southdale Medical Center, Suite, 623, Minneapolis, 55435.

** C/. San Roque, 70 - entlo. Teléf. 982 28 02 11. 27002 Lugo.



“¿Qué edad tienes?”

“¿Dónde estás?”

“¿Qué te está sucediendo?”

En el comienzo, algunos necesitan que se les recuerde mantener su habla en tiempo presente. Si ellos informan de una experiencia que no es traumática, les pido que vayan a otro lugar y a otro momento y procedan con el mismo tipo de cuestiones. Las personas se han movido de una situación a otra incluyendo diferentes edades, lugares, otras personas, etc., con facilidad. Las edades a las que las personas han vuelto a ser jóvenes y han sido reparentalizadas van desde los 11 años al nacimiento.

En ocasiones, les he dirigido para que vayan a situaciones específicas, como “cuando tenías miedo”, “cuando te herían”, y así. Normalmente no hacen eso sin ser dirigidos ya que la discusión que provocó mi sugerencia de reparentalizar la experiencia es sobre un daño, un miedo o ira. Mientras describen la experiencia traumática que les

está sucediendo, les interrumpo en un momento crucial, y pregunto, “¿qué necesitas ahora en vez de lo que te está sucediendo?” La respuesta es sobre alguna necesidad: ser agarrado, ser abrazado, que me digan que soy amado, que alguien se preocupa por mí, o que mi enfado está bien. En ocasiones se menciona a una persona específica, “necesito que mi padre me coja y me proteja”.

Dependiendo de la edad de la persona y de mi intuición, permito cariño voluntario por otro miembro del grupo cuando se expresa una necesidad. Cuanto más joven es la edad y más traumática la situación, más se permite el cariño voluntario. El infante no sabe cómo pedir con palabras y los muy jóvenes pueden haber dejado de pedir. Esto no es visto como malcriar al niño o usar un padre demasiado cariñoso.

Cuando alguien representa un estado más mayor que dos o tres años de edad les pregunto por el cariño que necesitan. Cuan-

do se expresa la necesidad pregunto, “¿quién en el grupo os gustaría que os abrazara?”; entonces les hago que pregunten a esa persona específicamente. Es importante que el individuo exprese su necesidad de una persona específica. El niño aprende que puede tener necesidades y que puede pedir a alguien que responda a las necesidades que tiene. Los Salvadores en el grupo pueden querer apresurarse a entrar antes de que el Niño haya aprendido que pedir le satisfará necesidades y es una manera de cuidarse a sí mismo. Esperar hasta que la persona pida también asegura al Niño que la persona parentalizadora es la querida. El Niño conseguirá más de la experiencia si elige que le dé el cariño.

Una persona que duda demasiado puede estar en diálogo interno sobre a quién debería pedir cariño: “¿qué sentimientos se herirán si no les pido?”, “¿qué pasa si me rechazan?” “¿Necesita ella la caricia de mi petición?” y así. Otros pueden sentir miedo o culpa. Éstas son todas maneras de cuidar de otros y no de uno mismo. Le digo al Niño que pregunte rápidamente, que siga sus sentimientos de necesidad, y que pregunte a una persona en la que pueda confiar. La consideración por las necesidades de otros en ese momento no se permiten. Si se implican las necesidades de otros, el impacto de la experiencia será minimizado y a veces perdido.

En una necesidad de reparentalización pre-verbal, que puede estar indicada por el miedo de un peligro desconocido, o una que puede ser verbalizada se hacen preparativos especiales. Explico que el problema es probablemente pre-verbal. Les pregunto sobre experiencias tempranas contadas por sus padres o les informo de sus primeros dos años (hospitalización temprana, alguna tragedia o casi tragedia, etc.). Hago que elijan un padre o una madre del grupo antes de que se hagan jóvenes. “Ahora, sin hablar más, arrástrate o vete hasta esa persona y vuelve a la experiencia temprana de nuevo”. Ellos irán y serán abrazados y les darán calor, amor y caricias físicas del “padre nuevo” y otros miembros del grupo. También se dan permisos del terapeuta y otros: “está bien que vivas”, “te quiero”, “ya no estás en el

hospital”, “puedes respirar bien de nuevo, ya no estás más en esa máscara de oxígeno”, “ya no tienes que tener miedo”, “ya no estás enfermo”, “nadie está intentando herirte”.

ILUSTRACIONES

A continuación siguen dos experiencias de Reparentalización puntual:

Nancy quería trabajar en un problema sobre tener miedo de la autoridad de la gente, particularmente, de su padre. Le pregunté que si deseaba volver a ser joven de nuevo y ver qué respuestas podrían darse a su miedo. Estuvo de acuerdo. Nuestro procedimiento siguió de esta manera:

—“Cierra tus ojos, Nancy... ¿qué sientes?”

—“miedo”,

—“de acuerdo, ¿te gustaría entrar en tu fantasía en un lugar tranquilo sola donde estás totalmente segura y no tienes nada que temer? No tendrás miedo aquí”.

Después de un poco de tiempo le pedí que volviera de nuevo. Pude ver todavía tensión y miedo en los movimientos rápidos del ojo detrás de sus párpados cerrados. le pedí que fuera a otro lugar, como antes. Tampoco se tranquilizó por esta experiencia. Le pregunté entonces si quería que continuara. Ella dijo, “sí” (una cita retrospectiva: “me sentía segura porque no estaba yendo sola, no me quedaría allí, y tenía tu protección contra ser maltratada”), cogí su mano y rápidamente recuperó su niñez.

—“¿Cuántos años tienes?”

—“cinco”,

—“¿dónde estás?”

—“arriba en mi habitación con mis hermanas”.

—“¿Qué está sucediendo?”

—“están intentando meterme prisa para que me vista, porque mi padre nos ha dado sólo unos pocos minutos para bajar. Estoy fantaseando que soy una princesa en un baile “representando” para mis hermanas”. (Merecía un azote por ser yo, una princesa, durante unos minutos.)

—“¿después qué sucede?”

—“me dejan y bajo”

—“ahora ¿qué está sucediendo?”

—“padre está al fondo de las escaleras exigiendo que baje inmediatamente”

—“¿lo haces?”

—“Sí, bajo las escaleras asustada y tratando de ponerme el pijama mientras estoy bajando”.

—“De acuerdo, estás en el fondo de las escaleras ahora, ¿qué sucede?”

—“Padre me está pegando. Tengo miedo, y lloro...”

—“Nancy, ¿qué necesitas ahora en vez de lo que tu padre te está haciendo?”

—“silencio. (“No me atrevía a responder, si hablo me pegará de nuevo”)

—“Nancy, ¿qué necesitas ahora mismo en vez de lo que tu padre te está haciendo ahora?”

—“necesito ser querida en vez de ser pegada”

—“¿hay alguien que querrías que te abrazara ahora mismo?”

—“sí, George (su marido). ¿Me abrazarás?”

Se sentó en el regazo de George, y fue acariciada y apoyada por otros. “George me acunó, no tengo otro recuerdo de ser acunada, me siento bien”.

Mientras George le acunaba, le dijo “te quiero” y “eres una buena persona”. Le di a ella algunos Permisos: “No tienes que tener miedo más; Nancy, tu padre no te va a hacer daño más”. “Está bien identificar tus necesidades, y ser amada”.

“Tengo necesidades, ¡está bien tener necesidades! Esto es lo que más queda, y yo incorporo eso como una nueva grabación de esa experiencia. Otras consciencias incluyen una consideración de que el miedo que vi en la cara de mi padre no era de ningún modo mi culpa. Ya no sentía miedo por su ira. Me sentía viva y fuerte inmediatamente a continuación de la experiencia. Recibí otros permisos, y lo que ha permanecido en mí es que “merezco vivir” y “puedo pedir lo que quiero”. Ambas cosas antes no estaban bien para mí. Julio de 1973.)

Otra experiencia de reparentalización puntual escrita por **Jean** tal como recuerda su experiencia:

“Había visto una película “El Exorcista” que reestimuló algunos miedos de la infan-

cia. Como resultado me había vuelto agudamente consciente de ruidos nocturnos, fantaseaba “¿qué pasaría si hay algo amenazador?” y entonces me convencía de que esos sonidos eran causados por algo temible (algo que estuviera en mi casa). El miedo no era de ser dañada, sino de algo terrorífico y desconocido, lo cual llevaba al insomnio.

En grupo se me preguntó si me gustaría la reparentalización sobre ese miedo. Russ me explicó la reparentalización puntual y estuve de acuerdo en ello. La primera vez tuve miedo y lo encontré difícil.

“Russ: cierra los ojos. ¿Qué sientes?”

Jean: Miedo.

Russ: ¿irás a un lugar tranquilo, donde estés segura y nada pueda dañarte, y pases un tiempo allí?

(Pausa). Vuelve ahora, manteniendo los ojos cerrados. ¿Qué sientes ahora?

Jean: no tengo tanto miedo.

Russ: de acuerdo. Vuelve a ser una niña pequeña de nuevo, en un lugar específico, y dime cuándo llegas allí.

Jean: moveré mi cabeza cuando haya llegado allí.

Russ: ¿qué edad tienes?

Jean: cinco años.

Russ: ¿dónde estás?

Jean: en un coche con mamá.

Russ: ¿qué está sucediendo?

Jean: ella está conduciendo y está enfadada y riñéndome por algo.

Russ: después ¿qué sucede?

Jean: ella para el coche y me empuja, dejándome fuera. Fue en este momento cuando fui consciente del grupo y ya no era joven y no quería ser joven y no quería volver a esa experiencia de nuevo.

Russ entonces me preguntó si iría a otro lugar y a otro momento. Decidí correr el riesgo y ser pequeña de nuevo.

Russ: vuelve a ser pequeña de nuevo, a un momento que era terrorífico. Dime cuando llegas allí.

Jean: asentí, indicando que estaba de vuelta allí.

Russ: ¿qué edad tienes?

Jean: cinco.

Russ: ¿dónde estás?

Jean: estoy conduciendo con mi madre, vamos a algún sitio. No sé a dónde. Salimos

del coche y comenzamos a caminar hacia la casa. Algo está sucediendo a mi madre, comienza a perder el control. Estoy ayudándola y entramos en la casa. Alguien más está allí, están llamando a mi padre por teléfono.

Russ: ¿qué está sucediendo ahora?

Jean: mi padre está allí, ayudándola... él va a llevarla al hospital de nuevo. (En ese momento, cuando mi padre apareció y comenzó a ayudarla, comencé a sentir un vacío. Un sentimiento de ausencia diferente a estar solo. Ésta era una sensación que me era muy familiar en mi juventud, pero no había experimentado durante años.)

Russ: ¿qué estás haciendo ahora?

Jean: estoy en la esquina, esperando.

Russ: ¿qué sientes?

Jean: soledad, culpa y miedo, miedo de perder el control.

Russ: ¿qué necesitas ahora?

Jean: alguien que me diga que está bien, que no es mi culpa que ella sea de esa manera, y que tiene que ir al hospital otra vez.

Russ: ¿de quién necesitas eso?

Jean: de mi madre. (Esto fue difícil de responder. Mi Niño quería demasiado negar el necesitar algo de mi madre y quería pedir reforzamiento de mi padre, ya que él era un padre seguro y digno de confianza.)

Russ: ¿hay alguien aquí que podría ser tu madre ahora mismo?

Jean: (pausa). Sí, Dottie. (Le pedí a Dottie, la co-terapeuta, y ella vino hacia mí y me cogió en su regazo, abrazándome con fuerza.)

Dottie: está bien, no es tu culpa.

Jean: pero ella no estaba enferma antes de que yo naciera.

Dottie: ¿te dijo eso ella?

Jean: sí, y está enferma.

Dottie: nadie puede causar a otra persona una enfermedad, ella elige estar enferma, está bien que estés enfadada con ella por culparte.

Dottie: ¿por qué está tu madre poniéndose enferma?

Jean: para apartar a padre de mí y tenerle para ella misma. Cuando papá y yo estábamos cerca, ella se enfermó y él la cuidó. Él no podía estar en casa conmigo cuando estaba en el hospital viéndola.

Russ: Jean, no tienes que sentirte culpable por la enfermedad de mamá. No fue tu culpa. Está bien que no tengas miedo de tu madre o de ser como tu madre.

Mientras Jean se sentaba cerca de Dottie, se cogieron las manos. Jean dijo, después de unos minutos, “¿sabes que ésta es la primera vez que he sido capaz de tocar a otra mujer sin tener miedo?”

“Lo realmente excitante sobre esta experiencia”, continúa describiendo, “es que tres de nosotros no descubríamos nada de lo que yo no hubiera trabajado antes y presumiblemente resuelto. Pensé que posiblemente, esos procesos eran ‘mentales’ solamente, y a pesar de la comprensión de mis sentimientos y de las necesidades de mi madre, no había sido capaz aparentemente de incorporar ese conocimiento y usarlo en un nivel visceral. Mi niña pequeña todavía no sabía que ya no tenía que tener miedo de la locura de mi madre, ni los miedos que acompañan al tener que estar demasiado sola”.

Dejé el sentir del grupo, “esa fue una buena experiencia, pero no ayudará a mi sueño”. Pero esa noche fui a la cama y fui a dormir sin problemas. Al día siguiente pensé, “bien, supongo que esta noche será una vuelta al insomnio”. Pero no tuve problema para dormir. Llevo más de un mes desde que escribí esto sin problemas de sueño, incluso aunque trabajo con personas en un hospital psiquiátrico” (Febrero 1974).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berne, E. (1961) *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York, Grove Press.
- Hawley, Mc. Tiene en imprenta **Growing**.
- Karpman, S.B. (1968) Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Trans. An. Bull.*, 7, 26, 40.
- Schiff, J. (1969) Reparenting in Schizophrenia. *Trans. An. Bull.*, 8, 31.
- Schiff, J. (1970) *All My Children*. New York, M. Evans.
- Schiff, J. y Levin, P. Tienen un trabajo en preparación.

NUEVAS DIRECCIONES REARENTALIZANDO AL PADRE COMO APOYO DE LAS REDECISIONES

KEN MÉLLOR
GRAHAM ANDREWARTHA

Transactional Analysis Journal, 10, 3, July, 1980

Traducción: MARIO SALVADOR FERNÁNDEZ*

Las técnicas de rearentalización son empleadas durante las entrevistas al Padre (J. McNeel, 1976) para rearentalizar al estado del ego Padre para aportar apoyo a las redecisiones hechas por el Niño. Los sentimientos y necesidades del padre son identificados y experimentados para asegurar que se les pondrá apropiada atención durante el proceso de rearentalización. Se aporta un ejemplo de rearentalización del padre. Se incluyen especificaciones concretas y ejemplos de circunstancias apropiadas para el uso de la rearentalización del padre.

INTRODUCCIÓN

Separadamente descubrimos el valor frecuente de usar una orientación de rearentalización cuando conducimos entrevistas al Padre (McNeel, 1976) desde temprano en adelante en nuestro uso de esa técnica. También decidimos separadamente escribir sobre nuestras experiencias, "accidentalmente" de nuestros planes, y decidimos juntar los recursos aquí en este artículo.

EL OBJETIVO

Nuestra meta al rearentalizar al padre es ayudar a la gente a hacer cambios en sus estados del ego Padre que apoyen las redecisiones que necesitan hacer, o que ya han hecho, en relación con sus propios sentimientos, necesidades y deseos. Para hacer esto trabajamos para conseguir "personalidades paternas" relevantes (padre, madre, hermano, profesor, etc.), para incorporar nuevos mensajes, recabar información relevante y después tomar decisiones consistentes con los nuevos mensajes e información. El objetivo es alcanzado cuando las decisiones y redecisiones necesarias han sido tomadas y consolidadas con acuerdos entre las "personalidades del Padre" relevantes y el estado de ego Niño.

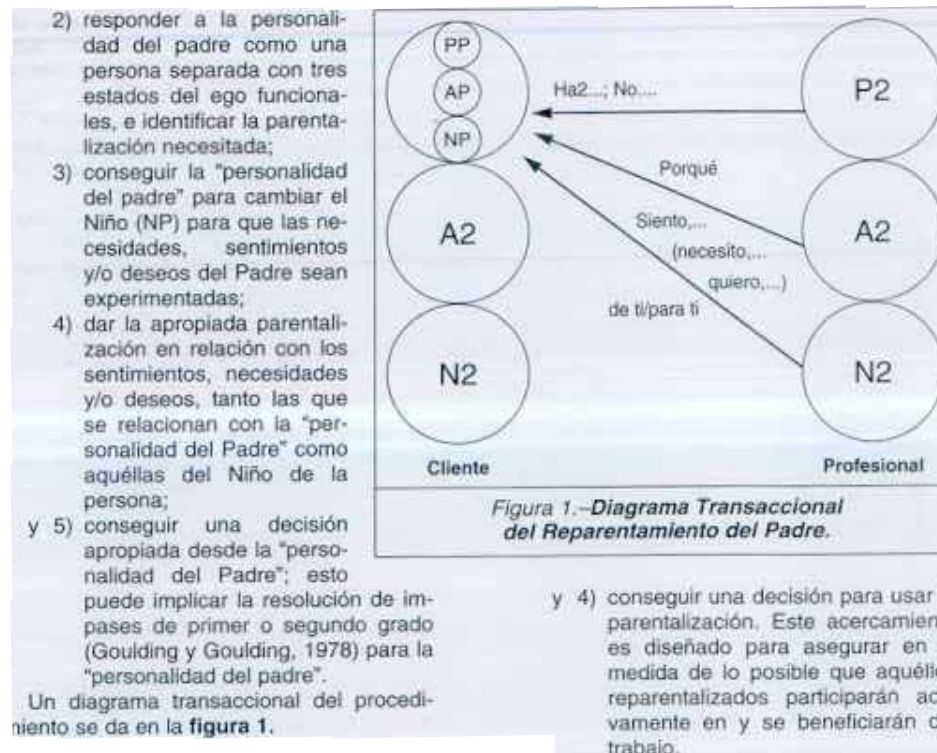
relevantes (padre, madre, hermano, profesor, etc.), para incorporar nuevos mensajes, recabar información relevante y después tomar decisiones consistentes con los nuevos mensajes e información. El objetivo es alcanzado cuando las decisiones y redecisiones necesarias han sido tomadas y consolidadas con acuerdos entre las "personalidades del Padre" relevantes y el estado de ego Niño.

EL PROCEDIMIENTO

El procedimiento para rearentalizar es similar al procedimiento de **Rearentalización Puntual** (Osnes, 1974) excepto que es hecho con el Padre. Hay **cinco pasos**:

- 1) conseguir el acuerdo de la persona para trabajar en su Padre (McNeel, 1976);

* C/. San Roque, 70 - entlo. Teléf. 982 28 02 11. 27002 Lugo.



LA PARENTALIZACIÓN

Varias directrices son relevantes cuando hacemos la rearentalización (Schiff, 1975); se aplican tanto a este tipo de rearentalización como a cualquier rearentalización o parentalización. Es importante para la persona que hace la parentalización:

- 1) relacionarse con todos sus estados del ego y usarlos cuando es apropiado;
- 2) dar claros mensajes verbales, tanto directivas qué hacer, como Prohibiciones qué no hacer;
- 3) dar razones para cada mensaje que es experimentado por la persona rearentalizada como relevantes a su propio sentimiento, necesidades y/o deseos;

EL PROCESO DE CONJUNTO

Los pasos de la rearentalización pueden seguir a redecisiones ya tomadas por la persona, o ser un preludio para redecisiones necesarias. Cualquiera que sea el orden, hemos encontrado ventajoso seguir la rearentalización del Padre y el proceso de redecisión con diálogos de silla en los cuales las "personalidades del padre" parentalizan al Niño desde la nueva posición. Es útil entrenar al Padre de acuerdo con las guías de parentalización si es necesario. Los contratos sobre cómo las partes de la persona reaccionarán una a otra en el futuro sobre los temas implicados ayudarán a consolidar los cambios confirmando la naturaleza general de futuros diálogos internos. Conti-

nuando esto con acariciamiento del Niño, y comprobando que tiene los temas resueltos, se asegurará que la persona no termine el trabajo pensando que la "personalidad del padre" obtuvo toda la atención y "Yo perdí otra vez".

Por tanto, situamos el procedimiento de reparentalización en el contexto de otros pasos:

- Paso 1: Reparentalizar al Padre (o rededecidir);
 - Paso 2: Diálogo Padre-Niño;
 - Paso 3: Rededecidir (o reparentalizar al padre);
 - Paso 4: Contratos y Caricias.
- El resultado final del proceso se muestra en la **figura 2**.

Ejemplo de conjunto

Mary es una tranquila mujer de 30 años que contrata en su grupo a aprender a tratar su ira diferentemente en situaciones diferentes y dejar de herir a la gente.

En una sesión de dos sillas ella describe el momento cuando tenía diez años y estaba jugando al cricket con su primo. Ella se enfada y golpea a su primo con el bate. Su padre la castiga y ella decide no mostrar sus sentimientos desde ese momento. Su

padre (**Geoff**) parece tener poca idea de cómo responder a las necesidades de Mary.

Geoff: "No deberías dejarme en evidencia pegando a David".

Lider: "¿Cómo te evidencia eso, Geoff?"

Geoff: "Muestra que no la he criado bien, no mostrando respeto; tengo un buen motivo para castigarte".

Lider: "Hmmm. Pensé que estabas intentando enseñarle a no pegar a la gente".

Geoff: "Bien, lo estoy" (enfadado/defensivo).

Lider: "Creo que estás en el mal camino, entonces. ¿Sabes qué hacer para enseñar a los niños a no pegar a otros?"

(La última respuesta de Geoff es desde el Padre y la pregunta del líder es dirigida a conseguir una respuesta Adulta como preludio a un movimiento posterior en su Niño y dar algo de entrenamiento en cómo reparentalizar.)

Geoff: "Adviértelo y castígales si no lo hacen".

Lider: "¿Es eso lo que fue hecho contigo?"

Geoff: "Seguro, lo fue. Y también funcionó" (enfadado).

Lider: "Funcionó tan bien que estás pensando en pegar a tu hija. (Pausa-para dejar que la contradicción se asiente.) "¿Cómo era que te pegaran por pegar y que te dijeran que no deberías pegar? ¿Cómo te sentías?"

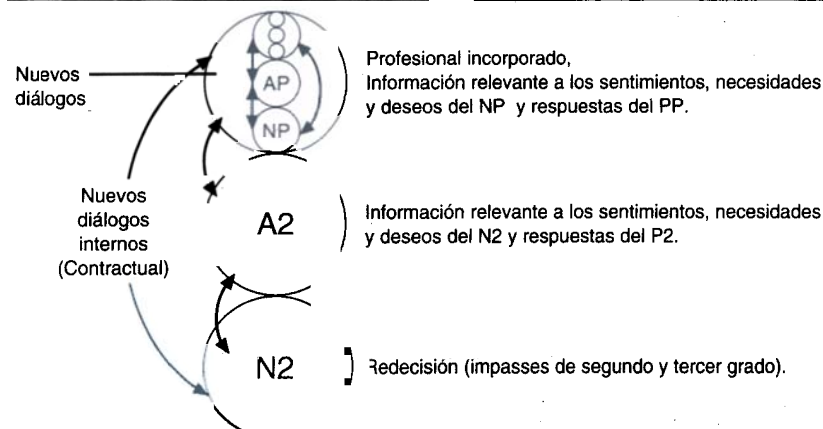


Figura 2.—Resultado del proceso global.

Geoff: "Sí. Quiero decir, no he hecho eso" (a Mary) "siento haber tratado de detener tu expresión de sentimientos. Está bien que estés enfadada. A veces me enfado cuando las cosas no van bien conmigo. Pero cuando te enfadas no tienes que pegar a la gente. No está bien pegar a la gente".

Mary: "Pero qué más puedo hacer, y además quiero pegarles".

Geoff: (al líder, mirando desesperado) "No sé qué hacer".

Lider: "¿Qué haces cuando estás enfado y no pegas a alguien?"

Geoff: "Les grito. Sí, Mary, puedes gritar por ello. Diles por qué estás enfadada y si es necesario, grítalos para que te escuchen. Pero no les pegues".

Lider: "Sugiero que también le digas que ella puede querer hacer cosas, como pegar y no hacerlo. Algunos niños necesitan oír eso".

(Aquí se da más entrenamiento en reparentalización, y con la próxima respuesta del líder.)

Geoff: "De acuerdo, Mary, puedes querer hacer cosas, y no hacerlas, como pegar. Ayer yo me sentía realmente enfadado con mi jefe y estaba seguro que quería pegarle, pero no lo hice".

Mary: "De acuerdo".

Geoff: "Bien".

Lider: "Geoff, creo que es una buena idea conseguir que los niños digan sus decisiones claramente. 'De acuerdo' puede significar cualquier cosa. Podrías también pensar en hacer acuerdos entre vosotros sobre lo que haréis cuando Mary esté enfadada contigo".

(Esto es allanar el camino para una clara decisión de Mary, **paso 3**; y hacer contratos, **paso 4**).

Geoff: "Buena idea" (a Mary) "¿qué harás cuando estés enfadada?"

Mary: "Lo expresaré y gritaré si lo decido, y no pegaré a la gente".

Geoff: "¿Y qué pasa conmigo?"

(Mary, como Geoff, se mueve hacia el contrato, **paso 4**).

Mary: "No estoy segura. Todavía pienso que podrías pegarme si me enfado contigo".

Geoff: "Bueno, en el pasado podría. Pero ahora ya no. No te pegaré si tú gritas. Po-

dría gritarte, pero no te pegaré, gritar no hace daño”.

Mary: “De acuerdo, te gritaré cuando esté enfadada”. (Entonces es el líder quien asiente y sonríe con acuerdo) “puedo decirle mis sentimientos”. (Volviendo a su “padre”) “cuando lo decida, te diré lo que sea que estoy sintiendo. No esconderé mis sentimientos sobre ti en adelante. Cuando lo decida, te lo diré y lo mostraré”.

Geoff: “Me gusta eso”.

Mary: “A mí también”.

Lider: “¿Cómo te sientes?”

Mary: “¡Estupendamente! Siento que un gran peso se ha ido de mis hombros. De algún modo también me siento más en armonía, como si ya no estuviera luchando con una parte de mí”.

Lider: “¿Necesitas hacer algo más?”

Mary: “No, me siento realmente bien”.

Lider: “De acuerdo. Pienso que eres estu-penda”.

INDICACIONES

Hemos encontrado este procedimiento de reparentalización de especial valor bajo una serie de circunstancias especiales.

Primero, la reparentalización es útil cuando alguien identifica la necesidad de una opción, pero no la tiene dentro de su marco de referencia.

Ejemplo

La madre de Harold y su padre eran gente muy buena que animaba a Harold para que también fuera “bueno”. Él recibió fuertes instrucciones de “no te enfades” en su vida, las cuales interiorizó. Cuando creció, su Padre, Adulto y Niño estaban casi totalmente integrados y alineados contra la ira en favor de ser agradable, aunque su colitis ulcerosa estaba crecientemente comiéndole por dentro cuando buscaba ayuda. Trabajar con su Padre fue la manera más rápida de ayudarlo con su trabajo, ayudando tanto a su “padre” como a su “madre” a desarrollar

alguna asertividad y voluntad de expresar ira ellos mismos;

Segundo, la reparentalización puede funcionar bien cuando una o más de las personas en el Padre del cliente está desorientado, confuso y/o “loco”. (Nuestra experiencia contradice a las dos prohibiciones de McNeel (1976) contra usar las entrevistas al Padre con Padres “locos”. Hemos encontrado que, cuando un profesional está experimentado en trabajar con gente muy desequilibrada, él puede usar las entrevistas al Padre con tal gente sin tomar riesgos.) La locura en las personalidades Paternas de la gente es tan sensible a la provisión de una estructura paterna clara como cualquier “locura” en su Niño. Es decir, la “locura” ocurre cuando se identifican y consideran las necesidades, sentimientos y deseos estimulando respuestas raras y aparentemente incoherentes, cuando la “locura” se refuerza como la mejor manera de la persona de tratar con esos sentimientos, necesidades y deseos, y cuando los nuevos métodos se experimentan como efectivos, se incorporan y se ensallan.

Ejemplo

La madre de Antonia había actuado de maneras raras y desorientadas durante la mayor parte de la niñez de Antonia. Durante una temporada una voluntaria exclusión de este aspecto de su Padre allanó el camino para cambios importantes. Pero ella eventualmente se bloqueaba usando el miedo, a la reacción de su madre “loca” a cambios, para pararse a sí misma. Una entrevista al Padre rápidamente reveló una “madre” que estaba actuando de modo raro en respuesta a “su” desesperación al tener que cuidar de un Niño a quien “ella” experimentaba como excesivo. Para su “madre”, Antonia parecía mayor que ella misma y así demandaba que “ella” se quedara sin energía mucho antes de que “ella” hubiera reconocido las necesidades de Antonia. Sin embargo, su “madre” respondió rápidamente a instrucciones sobre cómo obtener ayuda al cuidar de Anto-

nia y sobre la parentalización específica para cuidar de Antonia mientras conocía “sus” propias necesidades mejor. El resultado para Antonia fue un gran sentido de alivio y rápida resolución de un gran número de temas;

Tercero, la reparentalización es de importancia cuando hay una necesidad de permiso in terno y protección para contrarrestar previos prohibiciones y mensajes paternos, especialmente cuando el padre también tiene esas prohibiciones y mensajes.

Ejemplo

Liz había aceptado instrucciones “no te diviertas” de sus padres, los cuales habían aceptado las mismas instrucciones de sus padres respectivos. La vida en casa era aburrida y deprimente, excepto cuando había crisis. Las entrevistas al Padre, tanto con padre y madre, les ayudaron a volverse conscientes de sus inhibiciones y su resistencia a divertirse. Ellos decidieron divertirse juntos, y animar a Liz a hacer lo mismo. Liz siguió su camino rápidamente;

Cuarto, puede ser útil cuando el Padre de una persona está interfiriendo activamente en la toma de nuevas decisiones de su Niño y/o en la incorporación de nuevos mensajes paternos: “tú no vas a decir a mi hijo qué hacer”.

Ejemplo

José estaba con problemas en el colegio y pedía ayuda. Durante largo tiempo, se apartó de la posibilidad de cambiar usando a su Padre para interferir en el proceso de mensajes como “no escuches”, “haz lo que te decimos”, “no nos avergüences hablando así” y “debes de pensar que somos malos padres”. Las entrevistas al Padre revelaron dos niños competitivos y asustados. Ambos estaban celosos de lo que él estaba obteniendo de la vida, y temían que él terminara odiándoles. La parentalización para vivir a través de ellos mismos, y no a través de sus hijos; del mismo modo que el entrenamiento

en cómo hablar con sus hijos, cuando se sintieran asustados, constituyeron gran cambio. José experimentó una nueva paz interior y libertad para hacer los cambios que necesitaba;

Quinto, cuando una persona ha tomado una redesión pero la experimenta como tenue o difícil de mantener porque está en conflicto con un aspecto de su Padre, a menudo es útil la reparentalización del Padre.

Ejemplo

Horst, tomó una serie de decisiones sobre divertirse, trabajar en un trabajo satisfactorio y cuidar de sí mismo. Él vivía en la excitación generada durante algunas semanas y, entonces, se detuvo a sí mismo usando a su Padre. Tanto su madre como su padre eran trabajadores duros que anteponian el deber al placer y siempre se las arreglaban para encontrar deberes. Cada uno de ellos respondió a la reparentalización y estuvo de acuerdo en apoyar a Horst en su nuevo estilo de vida. Él no experimentaba ningún conflicto aparte;

y sexto, el proceso es a menudo de valor cuando, si has estado haciendo terapia de familia con la gente real implicada en el guión de la persona, tú consideras que los padres en la familia necesitan parentalización ellos mismos.

Ejemplo

Andrew se incapacitaba frecuentemente cuando sentía miedo hasta tal punto que abandonaba mucho el trabajo personal que necesitaba hacer. Rápidamente se volvió aparente que su Padre era una carga definitiva, su “padre”, gritándole cosas como “para de tener miedo”, “sabes qué hacer” y “no seas estúpido”, mientras su “madre” se quedaba quieta en un segundo plano. El “padre” rápidamente identificó que “su” padre había hecho lo mismo y que “él” no tenía idea de qué hacer cuando tenía miedo. “Él” respondió con escepticismo inicial a la reparentalización y después con gratitud la

cual "él" expresaba a través del acuerdo con Andrew para hablar con él sobre sus miedos y si ninguno de ellos podría considerar una manera de tratar con ellos para buscar ayuda juntos.

TRATANDO CON LA RESISTENCIA

Si el Padre se resiste al cambio muy fuertemente y sostiene la resistencia, encontramos útil volver a la persona a la silla del Niño y preguntar, "¿por qué no quieres que tu madre (padre, hermano) cambie?" El niño está a cargo de la energía que el Padre usa y, como los niños que tratan de interrumpir los esfuerzos de sus padres para arreglar problemas mientras sus padres alcanzan un punto de cambio, el Niño a menudo interrumpe porque tiene fantasías de que ocurrirán negativas consecuencias del cambio Parental. Después de que se trata con estas fantasías, el trabajo con el Padre normalmente se desarrolla suavemente.

Ejemplo

María tenía miedo de que ella sería ignorada por el líder de su grupo si su madre se volvía cooperativa con él y aceptaba nueva parentalización: "he fallado por causa de ella toda mi vida y ella no va a conseguirte". Cuando se aseguró que había suficiente para los dos y que él no rechazaría a una en favor de la otra, María dejó que su "madre" procediera sin interferir.

Este método de tratar con la resistencia parece funcionar bien en entrevistas al Padre generalmente, aunque la reparentalización sea o no usada.

VALOR ESPECIAL

Reparentalizar al Padre es una manera de ayudar a la gente a utilizar eficientemente partes de ellos mismos que ya están activas. Estas partes tienen un ya establecido y especial lugar en sus vidas, un lugar que a otros podría llevar años alcanzar. Una gran cantidad de energía valiosa, por tanto, a

menudo está disponible en estas partes, si la gente aprende a modificar y utilizar las actitudes existentes y respuestas para que apoyen y no interrumpan un trato adecuado con temas de importancia. En nuestra experiencia, por causa de la cooperación resultante, a menudo es mucho más fácil "reparentalizar al padre" que intentar conseguir que la gente adopte nuevas actitudes y respuestas que son contrarias al Padre existente.

Es, también, otro método de tratar con los conflictos que salen del cambio. En el pasado, la gente a menudo ha usado la exclusión voluntaria de partes de sus Padres para alcanzar esto: "no te escucharé más" (iniciado desde el Niño) y "escúchame a mí, no a ellos" (iniciado desde el Padre). Pero este es un proceso costoso. Significa no usar una parte ya llena de energía de uno mismo, a veces una parte muy energética. Más aún, a menudo lleva el gasto activo de energía posterior para mantener la exclusión. Reparentalizar al padre ayuda a la gente a usar activamente toda su energía y, cuando esto no es posible, a las personalidades del Padre implicadas para conseguir acuerdos voluntarios con el Niño para excluirse a sí mismas y así hacer innecesario el gasto de energía de otras partes para excluirlas.

La armonía interna, sentimiento central y fuerza que la gente a menudo experimenta como resultado de usar el proceso es una base clínica clara de estas afirmaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Goulding, R. & Goulding M. (1978) *The power is in the patient: A TA/Gestalt approach to psychotherapy*. San Francisco, TA, Press.
- McNeel, J. (1976) The parent interview. *Transactional Analysis Journal*, 6, 1, 61-68.
- Osnes, R. (1974) Spot reparenting. *Transactional Analysis Journal*, 4, 3, 40-46.
- Schiff, J. (1975) *Cathexis reader, transactional analysis treatment of psychosis*. New York, Harper and Row.

CATEXIS DE AESPAT

Querido Socio:

Me pongo de nuevo en contacto contigo para informarte de nuestras actividades y proyectos.

1. Negociaciones con la EATA:

En la reunión que celebramos en Madrid al respecto (de la que se te informó en su día), a la que asistió José Luis Camino, Presidente de ACAT, se tomó entre otros; el acuerdo de nombrar dos personas por Asociación como negociadores efectivos. AESPAT designó a José Antonio Chumillas y José Álvarez Custodio. De ello se informó por carta a John Parr, Presidente de EATA, proponiéndole la designación de dos delegados de la Comisión de Certificación y/o Formación con información y poderes de decisión y la elección de fechas para el inicio de los contactos.

Recientemente hemos celebrado una nueva reunión en Alicante donde se discutió y aprobó un documento base para el inicio de las negociaciones que contempla los requisitos imprescindibles al respecto.

2. Relaciones con el Colegio Oficial de Psicólogos:

El reciente Real Decreto por el que se crea el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica contempla el A.T. como técnica reconocida en Psicoterapia por los Colegios de Psicólogos, cuyas directrices siempre ha respetado AESPAT.

Estamos pendientes de una reunión con los miembros del Colegio responsables de las certificaciones oportunas, a fin de que sean reconocidas las de los miembros de AESPAT que han acreditado su formación.

Como sabes AESPAT realizó una reforma de sus Estatutos para adaptarse a los requisitos de la FEAP. Los C.O.P. advirtieron al respecto que, en España, eran los únicos autorizados a reconocer certificaciones, lo que determinó el cese de nuestra afiliación a FEAP por cuanto la relación coste-beneficio nos resultó desfavorable.

3. Reforma de los estatutos:

Pretendemos su reforma y actualización en base a lo antedicho, de forma que engloben exigencias del C.O.P., nuestros propios intereses y requisitos de la EATA (en este orden de prioridades).

El reglamento de régimen interno debe asimismo ser "reencauzado". En el actual se contempla la membresía de Miembro Didáctico, no desarrollada, pero sí asumidas sus funciones por Miembros Clínicos y Especiales, algunos con vasta experiencia formativa que —sobre todo a efectos de las negociaciones con EATA— debe ser reconocida, estableciéndose nuevas directrices para el futuro.

Hemos designado a Lola Campos y José Gutiérrez Valiño como responsables de dichas reformas. Las propuestas se someterán a la aprobación por la Junta Ordinaria.

4. Actividades realizadas:

- Miércoles, 10 de marzo a las 19 horas: Toñi Ortega Noguera, Psicóloga-Sexóloga, ofreció una charla-coloquio sobre el tema "Pautas Generales sobre el tratamiento de disfunciones sexuales", con énfasis específico sobre Anorgasmia y Eyaculación Precoz.
- Viernes, 23 de abril a las 19 horas: Felicitas Jiménez, Periodista, nos deleitó con su charla coloquio sobre: "I Ching, el libro chino sobre la sabiduría" antes de la cena a la que luego me referiré.
- Miércoles 7 de abril a las 19 horas: Yolanda Sánchez Galán Psicóloga, nos habló sobre "Trastornos de la alimentación: Anorexia y Bulimia".

Todas estas actividades se desarrollaron en nuestra Sede Social (C/. Recoletos, 11-2º D. Madrid 28001. Tel. 91 576 13 27. Contestador-Fax 91 573 46 13), y que todos los miércoles de 18 a 20 horas siempre habrá alguien de la Junta Directiva en el local para atender vuestras visitas, sugerencias y aportaciones.

5. Entrega del premio Eric Berne:

Desde los primeros tiempos de AESPAT se contempla el otorgar este premio (25.000 ptas. y una Placa) a la persona seleccionada de cuantas hayan presentado artículos originales que contribuyan a la expansión y difusión del A.T. Nos proponemos "renacerlo" desde YA:

El viernes 23 de abril, después de la charla de Felicitas Jiménez, aquellos que deseamos fuimos a cenar al "Restaurante Ultreia" (C/. General Pardiñas, 26. Madrid. Precio aproximado 2.000 ptas.). A los postres se entregó el PREMIO ERIC BERNE 1999, a nuestro socio Juan García Moreno en atención a:

- Su desinteresada y eficaz Gestión en la publicación de nuestra revista.
- La calidad y continuidad de sus artículos sobre Efectividad e Integración de las Psicoterapias.

El acuerdo de la Junta Directiva sobre esta concesión ha sido unánime. El próximo premio se entregará en el siguiente Congreso a la persona que aporte el artículo de mayor originalidad e interés de aquí al 31 de marzo del año 2000. Es decir, el Premio Eric Berne se otorgará al mejor artículo aparecido en la Revista de A.T. y Psicología Humanista desde el número 40 hasta el número previo al Congreso. ¡Ánimo... a pensar y a escribir!

6. Publicidad en la Revista:

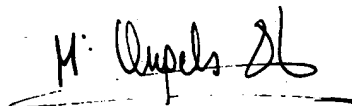
Se acuerda ofertar publicidad GRATUITA en la Revista a las personas que desde hace un año hayan hecho o hagan en el futuro aportaciones desinteresadas a AESPAT (publicaciones, charlas, contribución en reuniones...).

7. Nuevo carnet (Tamaño Credit Card):

Se enviará a los socios que nos remitan actualizados:

- Datos personales.
- Domicilio.
- Su membresía en AESPAT (para evitar errores).
- Dos fotografías (tamaño D.N.I.).

Y con esto finaliza esta extensa carta. Te envío un fuerte abrazo,



M^a Ángeles Díaz Veiga,
Presidenta de AESPAT



ASOCIACIÓN ARAGONESA DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Apartado de correos Nº 325 - 50080 ZARAGOZA

e-mail: ata@arrakis.es - http://www.arrakis.es/~ata

TALLER CON TAIBI KAHLER

En Zaragoza el 17 y 18 de septiembre de 1999

EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN (Aplicaciones Clínicas)

Para todos los conocedores del A.T. Taibi Kahler es un autor bien conocido, el creador del modelo del MINIGUIÓN (por el que ganó el Premio Eric Berne en 1977) y su posterior desarrollo *EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN*, que da origen a la Terapia de Proceso en A.T. Es Psicólogo y Analista Transaccional Docente y Supervisor Clínico (ITAA y ALAT).

Durante el Taller Taibi abordará las aplicaciones clínicas de su modelo. Además, cada participante dispondrá de su Perfil de Personalidad y de una Guía del Perfil para el Terapeuta (detrás encontrarás el **programa del taller**). A través del modelo y del Perfil cada uno puede identificar su guión limitador y conocer cuáles son los atascos en la comunicación con otros y/o con el paciente.

Precio: En función del n.º de participantes. Estimamos en torno a 35.000 pts. por participante (calculando sobre un grupo de 30 personas. Puede reducirse en caso de más participantes).

Condiciones y Reserva: ingresando 10.000 pts. en la cuenta de la ATA (Asociación Aragonesa de A.T.) 2086 0003 67 33003600117.

- Se hará una reducción de 2.000 pts. a todos los inscritos antes del 1 de junio de 1999.
- Se hará una reducción de 2.000 pts. a los participantes que sean socios de alguna Asociación de Análisis Transaccional.
- Además, ATA subvencionará con 2.000 pts. adicionales a los participantes que sean socios de ATA.

Lugar: Zaragoza. Residencia Ramón Pignatelli, Alto Carabinas, s/n.; Tfno. 976 34 80 07. Se puede reservar alojamiento en la misma residencia para todo aquel interesado a precios muy económicos.

Horario: de 9 a 17 con pausas y tiempo para comer.

Inscripción: contactando con Mario Salvador por teléfono: 982 28 02 11, 607 34 96 86. Por Fax: 982 28 09 81. Por correo electrónico: msalvador@correo.cop.es.

PROGRAMA

La Terapia del Proceso es fruto del Miniguión. Se basa en la investigación y se centra en cómo trabajarla de manera efectiva con cada cliente transacción por transacción.

A cada participante se le dará una Guía para el Terapeuta del Perfil del Guión del Análisis Transaccional (TASP) que explica terapia del proceso. El propio informe del TASP, hecho al cliente, identifica sus puntos fuertes del carácter, estados del yo, transacciones, percepciones, necesidades psicológicas, impulsores, guiones, mecanismos de fracaso y posiciones de vida. También, se proponen los problemas posibles del cliente, impases, mandatos, juegos, mecanismos de defensa y sentimientos auténticos, así como cómo contactar y tratar el tema de la fase.

DESARROLLO

DÍA 17

- I. Presentaciones.
- II. Historia del Miniguión.
 - A. Origen.
 - B. Investigación.
 - C. Miniguión positivo.
- III. Seis Tipos de Personalidad.
 - A. Análisis de datos.
 - B. Shapiro y Ware.
 - C. Correlaciones.
- IV. Experiencias.
 - A. Evaluación de las Percepciones.
 - B. Cambio de las Percepciones.
- V. Fases.
 - A. Análisis de los datos.
 - B. Validación del Cuestionario.
- VI. El Edificio de la Personalidad.
 - A. Ascensor.
- VII. Demografía.
- VIII. Estados del Yo.
- IX. Transacciones.
- X. Transacción y Percepción.
 - A. Experiencias.

DÍA 18

- XI. Necesidades Psicológicas.
- XII. Adoptar Fases.
 - A. Problemas.
- XIII. Miniguión de 1º grado.
 - A. Mecanismos de fracaso.
 - B. Papeles.
 - C. Posiciones.
 - D. Estados del Yo.
 - E. Rackets.
 - F. Juegos.
 - G. Mandatos.
 - H. Mitos.
 - I. Guiones (Proceso y Contenido).
 - J. Impases.
- XV. Miniguiones de 3º grado.
- XVI. Revisión y preguntas.

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio, en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo y otras tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.
2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material anteriormente publicado o emplear fotografías de personas identificables.
3. En los artículos publicados se indicará el nombre y apellidos del tutor, y el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.
4. Los trabajos, ateniéndose a las **normas de la American Psychological Association (A.P.A.)**, aceptadas y exigidas universalmente para cualquier publicación de cierta solvencia dentro del campo de la psicología, deberán tener en cuenta los **siguientes puntos**:
 - Deben ir precedidos de un **RESUMEN** de no más de 100 palabras de extensión.
 - En las **citas** de autores que se realicen a lo largo del texto:
 - Si éstas son "**no literales**" se mencionará el(los) apellido(s) de autor(es) y el año de su publicación entre paréntesis. **Ej.:** La psicoterapia es una actividad intensamente personal (Tyler, 1977).
 - Si las citas son "**literales**", el texto citado se enmarcará con un "entrecorillado" al principio y al final, mencionando a continuación y entre paréntesis la página del susodicho texto publicado. **Ej.:** Según Tyler (1977): "El éxito parece depender tanto de lo que es el terapeuta como de lo que dice y hace" (pág. 266).
 - Las **Referencias Bibliográficas**, relacionadas con las citas de autores del texto y que dan categoría a una publicación, serán listadas al final del artículo, ateniéndose a las siguientes normas:
 - **Si se cita un libro**, se menciona(n) el(los) **apellido(s)** y la letra inicial del **nombre** de cada autor; después, se coloca el **año** de la publicación entre paréntesis y a continuación el **título del libro** en negrilla, y los nombres de la ciudad y **editorial**. **Ej.:** Dandler, R. y Grinder, J. (1980) **La estructura de la magia**. Santiago de Chile, Cuatro Vientos.
 - **Si se cita el capítulo de un libro**, de autor(es) diferente(s) al del capítulo, se menciona el autor(es) del capítulo, como anteriormente; después del año entre paréntesis, se pone el título del capítulo poniendo a continuación: En - Inicial del nombre - apellido(s) - título del libro (**en negrilla**) - páginas del capítulo - ciudad y editorial. **Ej.:** Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1986) Trastornos asociados al stress y su tratamiento. En J.M. Buceta (Ed.) **Psicología clínica y salud: Aplicación de estrategias de intervención**, págs. 245-298. Madrid, UNED.
 - **Si se trata del artículo de una Revista**, se pone en negrilla, no el título del artículo sino el nombre de la Revista, poniendo después el tomo, número (**en negrilla**) y páginas del susodicho artículo publicado. **Ej.:** Abadi, J.E. (1987) Teorías del yo y del sujeto psíquico en psicoanálisis. **Revista de Psicoanálisis**, XLIV, 3, págs. 375-397.

5. Deberán evitarse en lo posible las notas al pie de página.
6. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien en aquellos casos en los que la originalidad o calidad del mismo no se considere suficiente, o también cuando no pueda relacionarse con los temas monográficos previstos. La aceptación de un artículo, que se comunicará al autor, no supone su publicación inmediata, la cual se hará en el momento adecuado a las necesidades de la Revista.
7. Cada autor puede solicitar cinco ejemplares del artículo **publicado** o "separatas".
8. El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción pueden no identificarse ni responsabilizarse sobre los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales.



SOLICITUD CONJUNTA DE ASOCIACIÓN A "AESPAT" Y DE SUSCRIPCIÓN A LA "REVISTA"

Deseo ser Socio de AESPAT y recibir su publicación, Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, para lo que abonaré, al ser admitido, la cuota anual de 1999 (6.000,-Ptas. para España).

Apellidos _____ Nombre _____

Domicilio particular _____ C.P. _____

Teléfono, con prefijo _____ Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Estudios: _____

Profesión o actividad a la que se dedica _____

Lugar de trabajo: Nombre, dirección y teléfono de la Empresa u Organismos (indicar ciudad, prefijo y código postal) _____

_____ a _____ de _____ de 19 _____

Firma del solicitante y D.N.I.

A CUMPLIMENTAR POR AESPAT

Presentado por: _____

Aceptado con fecha: _____ Número de socio: _____

Por: _____

BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Señores: les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará AESPAT para el pago de mi Asociación a AESPAT y de la Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista.

Nombre y Apellidos: _____

Nº c/c o libreta: _____ Agencia nº _____

Banco/Caja: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ C.P.: _____

Fecha y Firma: _____

CORTAR Y REMITIR A AESPAT, AL APARTADO 8.222. 28080 MADRID

Cortar y remitir al propio Banco o C.A.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A REVISTA DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGÍA HUMANISTA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a la Revista de Análisis Transaccional por el período de un año, renovable sucesivamente hasta nuevo aviso.

Precio de suscripción anual, 1999, para España 3.000 ptas. Cada número suelto: 1.500 ptas.

Apellidos: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Profesión: _____
Nº c/c o libreta: _____ Agencia nº _____
Banco/Caja: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ C.P.: _____

Señalar forma de pago: Domiciliación bancaria (rellenar autorización adjunta inferior) y enviar a Banco o Caja.
 Transferencia bancaria a AESPAT.
Caja de Madrid - Sucursal 2038-1914-79-60-00038542
Guadalajara, 11 - 28042 MADRID
Firma: _____

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.

BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Señores: les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará AESPAT para el pago de mi suscripción a la Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista.

Nombre y Apellidos: _____
Nº c/c o libreta: _____ Agencia nº _____
Banco/Caja: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ C.P.: _____
Fecha y Firma: _____