



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios de Postgrado
Maestría en Prevención y Atención
Integral de Conductas Adictivas

ECLECTICISMO PSICOLOGICO EN EL ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS Y PATOLOGIA DUAL

Lilyana Concepción Ponce Serrano

Guatemala de la Asunción, octubre de 2,019

MIEMBROS DEL CONCEJO DIRECTIVO

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
Secretaria

M.A Karla Amparo Carrera Vela
Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana
Representantes de los Profesores

Astrid Theilheimer Madariaga
Lesly Danineth García Morales
Representantes Estudiantiles

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo
Representante de Egresados

CONCEJO ACADÉMICO

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

M.A. Ronald Solís
Director de Postgrado

M.A. Mynor Esturado Lemus Urbina
Director de Escuela de Ciencias Psicológicas

Dr. PhD. Alex Melgar
M.Sc. Dr. Juan Antonio Álvarez
Titulares

CODIPs 1634-2019

Autorización para impresión proyecto de investigación.

Maestría en Prevención de Atención Integral en Conductas Adictivas con Categoría en Artes

10 de octubre de 2019

Licenciada

Lilyana Concepción Ponce Serrano

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Ponce Serrano:

Transcribo a usted el punto **TRIGÉSIMO SÉPTIMO (37)** del Acta **SESENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL DIECINUEVE (66-2019)**, de la sesión celebrada por el Consejo el 08 de octubre de 2019, que literalmente dice:

“TRIGÉSIMO SÉPTIMO: El Consejo Directivo, Considerando: Que se conoció oficio D.E.Ps 134-2019, de fecha 27 de septiembre, en el que transcribe el Punto CUARTO del ACTA No CADEP-Ps,07-2019 de fecha treinta de agosto de dos mil diecinueve, que se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: “Autorizar la impresión del trabajo final a la **Licenciada Lilyana Concepción Ponce Serrano** , carne No. **8650478** con el tema “Eclecticismo psicológico en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual.” **Acuerda: Autorizar la impresión del proyecto de investigación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas con categoría en Artes”.**

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada **Julia Alicia Ramírez Orizábal**
SECRETARIA

Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”

9ª. Avenida 9-45, zona 11. Tel. 24187530

/Verna



Universidad De San Carlos De Guatemala
 Escuela De Ciencias Psicológicas
 Departamento de Estudios De Postgrado
 Centro Universitario Metropolitano -CUM-
 9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
 Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps. 144-2019

Guatemala, 10 de octubre de 2019

**Autorización para impresión proyecto de investigación.
 Maestría en Prevención de Atención Integral en
 Conductas Adictivas con Categoría en Artes**

Licenciada

Lilyana Concepción Ponce Serrano

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Ponce Serrano:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto CUARTO del ACTA No. CADEP-Ps-07-2019 de fecha treinta de agosto del dos mil diecinueve: se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capitulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: ACUERDA: 3) Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con el título **“Eclecticismo psicológico en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual.”** 4) programar la graduación como fecha de 25 de octubre para los maestrandos que cumplan con los requisitos académicos y administrativos.-----

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Maestro Ronald Amilcar Soñs
 Director Departamento de Postgrados
 Escuela de Ciencias Psicológicas**





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

Guatemala, 26 de julio de 2019

Maestro
Ronald Solís Zea
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante **Lilyana Concepción Ponce Serrano**, previo a optar al grado de **Maestro(a) en prevención y atención integral de conductas adictivas**, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título **"Eclecticismo psicológico en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual"**.

Atentamente,

(f.)

M. Sc. Francisco José Ureta Morales
Colegiado No. 3327

“Olvidarás tus sufrimientos por completo,
y si acaso los recuerdas,
será como recordar cosas sin importancia.
Tendrás una vida muy feliz.
¡Tus pesadillas más horribles,
se convertirán en dulces sueños!
Vivirás en paz y protegido por Dios;
dormirás confiado y lleno de esperanza,
sin miedo a nada ni a nadie,
y muchos querrán ser tus amigos”.

Job 11:16-19

Autor Proyecto de Investigación

Lilyana Concepción Ponce Serrano
Licenciada en Letras
Colegiado No. 30241

Coautor

Mtro. Francisco José Ureta Morales
Maestría en Educación Especializada en Curriculum
Maestría en Medición, evaluación e investigación educativa
Colegiado No. 3327

INTRODUCCION.....	6
CAPÍTULO 1.....	9
GENERALIDADES.....	9
1.1 Línea de Investigación.....	9
1.2 Planteamiento del Problema.....	10
1.3. Justificación.....	11
1.4 Alcances y Limites.....	13
1.5 Objetivos.....	15
1.5.1 Objetivo General.....	15
1.5.2 Objetivos Específicos.....	15
1.6 Definición De Variables.....	16
CAPÍTULO II.....	18
FUNDAMENTACION TEORICA.....	18
2.1 Definición de Análisis Transaccional.....	18
Dinámica de Grupos. Identidad y Sentido de pertenencia.....	24
Instrumentos de Patrones de Conductas:.....	25
Mini argumento.....	25
Estructuración del tiempo.....	25
Bases Epistemológicas del AT.....	26
Experiencias Profesionales de Aplicación de AT.....	32
2.3 Patología Dual.....	36
2.4 Psicoterapias que integran el eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de las Conductas Adictivas y la Patología Dual.....	42
2.4.1 Terapia Cognitiva-Conductual.....	43
2.4.2 Terapia Racional Emotiva.....	45

2.4.3 Terapia Gestalt.....	47
2.4.4 Psicoterapia De Grupo En El Campo De Las Adicciones: Un Modelo Ambulatorio Para Su Abordaje En Cuba.	48
2.4.5 Terapia Espiritual.....	50
2.4.6 Logoterapia	51
2.4.7 Farmacoterapia	52
CAPÍTULO III.....	55
MARCO METODOLÓGICO.....	55
3.1 Sujetos de Investigación.....	55
3.2 Instrumentos de Investigación	56
3.3 Categorías.....	56
Árbol De Categorías Expertos.....	57
Tabla 3.3.2	58
Árbol De Categorías Pacientes	58
3.4 Procedimiento de investigación.....	58
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	60
4.1. Entrevista Semiestructurada.	60
4.2 Coincidencias y Diferencias entre los profesionales expertos en AT	60
4.3 Interpretación del discurso de Profesionales.....	66
4.4 Coincidencias y Diferencias entre los pacientes rehabilitados con AT. integrativo.....	69
4.5 Interpretación del discurso de pacientes rehabilitados con AT.....	71
4.6 Análisis Integrado de opiniones y respuestas entre profesionales psicoterapeutas y pacientes rehabilitados con AT.....	73
CAPÍTULO V	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
5.1 Conclusiones:.....	77
5.2 Recomendaciones:.....	78
CAPITULO VI	80
PROPUESTA	80

6.1. Análisis de Participantes	80
6.2 Análisis de problemas	83
6.3. Análisis Contextual y Diagnóstico.....	85
6.4 Análisis de objetivos	86
6.5 Análisis de Opciones	88
6.7 Marco Conceptual	90
6.7. Matriz de Marco Lógico	94
6.8. Presupuesto	103
6.9. Cronograma	107
6.10 Evaluación del Proyecto	108
CAPITULO VII	109
BIBLIOGRAFIA.....	109
Referencias	109
CAPITULO VIII	112
ANEXOS.....	112
Guía de Entrevista Semiestructurada para Profesionales	112
Guía de Entrevista Semiestructurada para Pacientes rehabilitados.....	114
Pacientes Rehabilitados con AT.....	122

INTRODUCCION

En la actualidad las conductas adictivas, desencadenan el (TUS) trastorno de uso de sustancias, y los trastornos de hábitos y del control de los impulsos, a la vez estos hacen complementariedad según el (CIE-10, 2000) con los trastornos mentales y del comportamiento, los trastornos de personalidad, y los desórdenes de conductas, y desarrollan aunados la llamada patología dual.

Cada uno de estos trastornos, desordenes y patologías, en conjunto, se han constituido en un importante y complejo problema social, que ha empezado a mostrar matices realmente preocupantes.

La profesionalización del psicoterapeuta experto en el tema de la prevención y tratamiento integral de conductas adictivas, se hace necesaria para que aborde de manera efectiva este complejo problema de salud que nos afecta como sociedad.

La Universidad San Carlos ha tomado su papel formador y de especialización, al diseñar la 1ª. cohorte de la Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas. en búsqueda de soluciones integrales que puedan responder a este fenómeno social.

Ante esta realidad se hace necesario, no solo la profesionalización, sino que también se requiere de un eclecticismo psicoterapéutico, que tenga un enfoque fisiológico, versátil, breve, amigable y compatible, para que se pueda abordar de manera integral las conductas adictivas y la patología dual que la acompaña.

Esto hace imprescindible que el modelo que se propone, sea un sistema de referencia, de diagnóstico y tratamiento a profundidad, para que sea efectivo y eficaz a la hora de su aplicación.

Para nuestra investigación inicial, se buscó una psicoterapia como base y el objetivo primario fue analizar las características del Análisis Transaccional (AT) porque es de fácil comprensión, es contractual, usa diagramas y esquemas simples para su entendimiento, maneja un lenguaje sencillo, es rápido, potente, eficaz, e integrativo, es compatible y amigable con las otras psicoterapias a integrar para formar el eclecticismo psicoterapéutico que se requiere para abordar las conductas adictivas y la patología dual.

Para realizar la investigación fue necesario elaborar instrumentos propios; que nos ayudaron a recopilar la experiencia de profesionales de la salud mental expertos en AT, a través de entrevistas semiestructuradas, que se realizaron a miembros de la Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional (ALAT), y Asociación Guatemalteca de AT (AGAT), socios fundadores, miembros avanzados y didactas, expertos en AT, quienes debido a su experiencia de años, aplicando este modelo de psicoterapia, coinciden que el AT es un modelo con el que se puede trabajar con total fiabilidad, porque posee un conjunto de herramientas conceptuales prácticas, destinadas a promover el cambio, una rehumanización efectiva y a largo plazo que permita el crecimiento personal y el desarrollo de una personalidad autónoma y franca, para que el paciente adicto pueda vivir con bienestar y estabilidad personal, en sobriedad, sin culpa y satisfecho de su proceso de rehabilitación y sea perfectamente capaz de reintegrarse y reinsertarse socialmente, para alcanzar su máximo potencial en todos los aspectos de la vida.

Con discreción y previa autorización de las personas rehabilitadas por estos profesionales, se realizaron entrevistas semiestructuradas para que nos dieran su opinión sobre su experiencia y la efectividad de la rehabilitación.

Las psicoterapias que integraron este eclecticismo psicoterapéutico para el abordaje de conductas adictivas y patología dual de esta investigación, fueron 8, que más

adelante se describirán cada una de sus características y cada una de ellas aportaron herramientas propias, que fueron de utilidad para la integración que se pretendió.

Se elaboró un árbol de problemas que evidencio una escasa aplicación del eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual, y al elaborar el árbol de objetivos, se toma como objetivo principal la Aplicación de este modelo de psicoterapia integrativa.

Se hizo un análisis de opciones de propuestas que dio como resultados a tres y se tomó en cuenta, la opción que integro las otras dos.

La propuesta a implementar es la creación de la Asociación Escuela Ecléctica Guatemalteca de Adictologos, cuya visión es, “ser un grupo de profesionales de salud mental expertos en el manejo del eclecticismo psicológico en el abordaje de las conductas adictivas y la patología dual”, y su misión será la unificación de criterios psicoterapéuticos, a través de consejos clínicos; formando y capacitando constantemente a los profesionales de salud mental, médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, life coach, directores o dueños de CAIPAS que se involucran en la rehabilitación de adicciones, con el objeto de brindarles modelos de referencia para que lo puedan implementar de manera eficiente en donde sea necesario”.

CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

1.1 Línea de Investigación

El trabajo que se realizó se ubicó en el área de Salud mental del contexto de la realidad guatemalteca; bajo la línea de investigación de Psicología de la salud; específicamente en el tema de adicciones, las causas, efectos, prevención y tratamiento.

Hubo muchos factores determinantes para que en Guatemala la salud mental fuera afectada, especialmente las consecuencias del conflicto armado interno, que dejó como secuela, personas desmovilizadas de sus pueblos originarios y aglomeradas en poblaciones urbanas, especialmente en la capital, esto dio como consecuencia un círculo de injusticia social que lo agravó la falta de voluntad política para buscar soluciones a este fenómeno. Paralelo a este fenómeno se da la violencia común y la violencia por estructuras organizadas, especialmente en el tema del narcotráfico.

Las circunstancias políticas, económicas, sociales y culturales que rodean al país en el momento presente, no favorecen el desarrollo de la población en ningún sentido, el ámbito de la salud tampoco se exime de ello. El Estado de Guatemala no cumple con las garantías mínimas de salud que la constitución garantiza a la población.

Ante esta evidencia se hace necesario el trabajo de asistencia en materia de salud mental.

ÁREA	LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	JUSTIFICACIÓN
Salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca	Psicología de la salud: Adicciones, causas y efectos,	En Guatemala la salud mental se ha visto afectada por las consecuencias del conflicto armado interno, además de la violencia común, organizada y la estructural que figuran como un círculo de injusticia social y

	prevención y tratamiento	falta de voluntad política para su solución. Todo esto evidencia la necesidad del trabajo asistencial en material de la salud mental
--	-----------------------------	---

1.2 Planteamiento del Problema.

Para el planteamiento del problema se inició con la pregunta de investigación. ¿Pueden las características del análisis transaccional al tomarlo como base ser amigables y compatibles con otras psicoterapias para formar el eclecticismo psicológico en el abordaje de las conductas adictivas y la patología dual?

En la actualidad la prevención y especialmente el tema del tratamiento integral de las conductas adictivas, se encuentra en un estado calamitoso, deshumanizante e inoperante. A pesar que existe, una política Nacional contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas, y la Secretaria Ejecutiva de la Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas, SECCATID, estas no cuentan con representatividad, presupuesto y menos voluntad política de parte del gobierno, y los ministerios involucrados, para hacerle frente a este problema de salud y psico-sociocultural de nuestra sociedad.

El problema se ha tornado aún más complicado, porque personas particulares, empresas privadas e instituciones, han tomado la responsabilidad, especialmente del tratamiento de las adicciones, sin tener formación académica y sin métodos o modelos profesionales y científicos de abordaje, que puedan realmente ayudar a sanar, rehabilitar y reinsertar adecuadamente y con efectividad a la población en consumo.

En las investigaciones que se hicieron a los centros de tratamiento para adicciones, mal llamadas “Casas Hogares” o CAIPAS, se evidencio que, no existen profesionales de salud mental o personal calificado en estos centros y mucho menos cuentan con un modelo de abordaje que pueda ser satisfactorio para tal efecto.

En la investigación científica empezada en 1970 (Erskine, 1980) demuestra que el tratamiento efectivo, debe abordar las múltiples necesidades del paciente adicto, en lugar de tratar solo la adicción a la sustancia, y que, la desintoxicación con medicamentos, es parte inicial del tratamiento, y hay que complementarla con la psicoterapia, porque si no, es ineficaz e incompleta como tratamiento para las conductas adictivas y la patología dual que la acompaña.

Con el propósito de contribuir a la profesionalización para tratar el tema del abordaje de las conductas adictivas y la patología dual que la acompaña, ha sido necesario investigar varios modelos de intervención terapéutica, y dentro de los enfoques que existen actualmente para la prevención y tratamiento de adicciones y patología dual, se encuentra el Modelo de Análisis Transaccional (AT), que, aunque ha sido muy poco difundido, si ha sido utilizado para este fin, y lo hacen viable y confiable para que se pueda utilizar como terapia base para integrarlo con otras psicoterapias para abordar este terrible flagelo.

El objetivo de este estudio de investigación ha sido: Analizar las características del Análisis Transaccional para tomarlo como base y verificar si es compatible y amigable con las otras psicoterapias a integrar para formar el eclecticismo psicoterapéutico que se requiere para abordar las conductas adictivas y la patología dual.

Dentro de la viabilidad de la investigación del tema, se hizo una pequeña e introductoria investigación inicial y se encontraron investigaciones hechas con anterioridad y se tomó en cuenta la disponibilidad de material de referencia que se pueda consultar, en torno al tema de modelo del Análisis Transaccional y se concluyó que, si hay fuentes de consulta para dicho tema, por lo que se hizo factible su investigación.

1.3. Justificación

Las razones que motivaron a realizar la presente investigación fue encontrar un modelo de psicoterapia que aborde de manera integral, el complejo y diversos

problemas de las conductas adictivas, que se adapte a la personalidad, el consumo, poli consumo, y el contexto social de cada usuario.

La historia del uso de sustancias psicoactivas para encontrarse con entes cósmicos, espirituales o con uno mismo; viene desde tiempos ancestrales. Desde la óptica de la Antropología Sociocultural (Arizaga, 2009), se plantea el uso de las sustancias psicoactivas como una práctica que la misma sociedad impulsa, promueve y vuelve invisible.

Se ha utilizado a veces como un mecanismo de socialización, de identidad grupal o sentido de pertenencia; y se encuentra también, como un producto que se comercializa y se convierte en una mercancía de alto consumo, para beneficio de unos pocos y la destrucción de otros muchos, o simplemente como algo que produce placer. Es decir, las drogas naturales o sintéticas, legales o ilegales, han acompañado a la humanidad desde tiempos inmemorables. El consumo de sustancias que contienen elementos químicos que alteran la “psique” del ser humano no es algo nuevo, sino más bien algo que ha corrido historia con la humanidad misma.

Hay una buena cantidad de estudios que dan testimonio del uso (no del abuso) que diferentes culturas han hecho de las drogas naturales, ya sea en el plano del ritual religioso, utilizando su poder curativo o como forma de socialización, en algunas regiones del altiplano de Guatemala, ha sido un recurso utilizado por los chamanes, sacerdotes y brujos para entrar en trance con el fin de llevar a cabo sus actividades religiosas como profetizar, adivinar, sanar enfermos e invocar a los espíritus para comunicarse con ellos. No lo usaban ni lo hacen hoy en forma repetitiva para crear estado de euforia y placer, sino como parte de su cultura, tradición y costumbre, sin que esto desembocara en un trastorno adictivo.

Otras de las razones que motivaron la elaboración de esta investigación es la poca aplicación de modelos integrativos en la rehabilitación y la escasa formación de psicoterapeutas en el tratamiento de adicciones, por esto se hace necesario el aporte que representa la construcción de un eclecticismo psicológico que pueda abordar en forma integral el tema de las conductas adictivas que cada día se vuelve más complejo y diverso, pues además, ahora hay que añadir el tema de la patología dual al

tratamiento; y es por eso, que se hace necesario hacer investigaciones sobre varios enfoques de intervención psicológicas integrativas, que presenta (Castanedo, 2008) para que lleve a los terapeutas expertos en adicciones a contar con diferentes modalidades de intervención que le ayuden a encontrar alternativas para que pueda decidir cuales es la más adecuada y funcional para cada paciente, para lograr una rehabilitación integral.

Por la complejidad del problema de las conductas adictivas y la patología dual que la acompaña, se necesita de ciertas características que debe poseer el modelo de psicoterapia para que sea efectivo.

Estas intervenciones terapéutica para las conductas adictivas y la patología dual (Nanni, 2011) deben consistir en una serie de intervenciones de ayuda para el adicto, estructuradas de tal manera que resulten útiles para promover y apoyar la recuperación y la autonomía de la persona afectada por la adicción, hacia una mejor calidad de vida.

1.4 Alcances y Limites

El alcance que se pretendió con esta investigación es la conceptualización y difusión del eclecticismo psicoterapéutico, como un modelo integrativo de abordaje en las conductas adictivas y la patología dual, para que ayude el tema tan complejo y variado de las adicciones, que ha tomado dimensiones preocupantes, y así poder disponer de un método de fácil aplicación y entendimiento tanto del cliente o paciente, como de los terapeutas.

En el manual sobre tratamiento del abuso de drogas (PNUFID, 2003), se recomienda a los institutos que trabajan sobre el abuso de drogas, que, además de la desintoxicación con medicamentos (si es el caso), trabajen al unísono la patología dual, y se complementen con terapias de comportamiento, terapias de cambios, terapias familiares, seguidas de prevención de recaídas, como también ocuparse de las enfermedades concomitante y del apoyo de recuperación de la familia y la reinserción a la comunidad, con el objetivo que el paciente adicto al despertar de su

coma emocional encuentre un contexto y ambiente adecuado que le permita seguir en su rehumanización total.

Como cada persona es un ser humano diferente con distintas situaciones de vida y distintas necesidades el tratamiento debe ser individualizado, de manera que se adecue lo mejor posible a las características contextuales de cada persona.

Se pretende que el eclecticismo psicoterapéutico pueda ser utilizado en la prevención y tratamiento con total confiabilidad por su efectividad, en los centros de rehabilitación, conocidos aquí en Guatemala como CAIPAS, centros de recuperación para enfermos alcohólicos, residencias terapéuticas, hospitales especializados en salud mental, y que cada sesión este diseñada para conocer la personalidad del individuo, conociendo los estados del yo dominantes, cómo se creó su guion de vida en la infancia, a través de los mandados parentales que le causan displacer y lo predisponen a desarrollar conductas adictivas, y lo lleven a la modificación del guion patológico, hacia un nuevo proyecto de vida que le permita un cambio de pensamiento que le permita cambiar su conducta y por consiguiente un cambio de vida, más equilibrada, con bienestar y libre de conductas adictivas.

La base de esta investigación fue la teoría fundamentada, según Hernández (Hernández, Fernández, & Batista, 2014), porque su propósito es desarrollar una teoría basada en datos empíricos y se aplica a áreas específicas. Se escogió un tipo de problema de investigación, apropiado para ser abordado por el diseño, y lo podemos utilizar cuando no disponemos de teorías o son inadecuadas para el contexto, tiempo, casos o muestra, circunstancias, etcétera. Entre las disciplinas en las cuales se cuenta con más antecedentes son las Ciencias sociales y del comportamiento humano que este es el caso nuestro, ciencias de la salud, ingenierías; y el objeto de estudio es un proceso de acción individual o de interacciones entre individuos.

La investigación tuvo una duración de 3 semestres, 18 meses aproximadamente. El campo de acción de la investigación se llevó a cabo en las clínicas privadas de los profesionales expertos en AT, como también se utilizó las redes sociales y el internet con los correos electrónicos personales de los expertos

internacionales, que dieron su aporte, efectuando las entrevistas semiestructuradas que se elaboraron para tal fin. Cada entrevista conto con un ítem de 15 preguntas orientadas al conocimiento de la formación del profesional y su experiencia en el manejo del modelo, y el tiempo estimado de entrevista es de 45 minutos.

La población que se abordó son profesionales de salud mental, médicos psiquiatras, psicólogos, Life coach transaccionalitas y psicoterapeutas con el expertise de AT.

Así mismo se requirió de la participación de un grupo limitado de pacientes anónimos rehabilitados con este modelo, y que accedieron a ser entrevistados.

Se elaboraron instrumentos propios de recolección de datos y se utilizó la entrevista semiestructura, que considero las dos variables de la investigación que fueron: los expertos y los pacientes y cada entrevista contiene 15 preguntas relacionadas a cada variable planteada.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Analizar las características del Análisis Transaccional para tomarlo como base en la aplicación del eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual

1.5.2 Objetivos Específicos

- Verificar si es compatible y amigable con las otras psicoterapias a integrar para formar el eclecticismo psicoterapéutico que se pretende.
- Describir las características del AT y de las otras psicoterapias y la complementariedad de las herramientas que se brindan entre ellas.
- Integrar los otros modelos de psicoterapia al AT para formar el eclecticismo psicológico.

- Evaluar la efectividad de la integración, con los instrumentos diseñados para tal caso.

1.6 Definición De Variables

Definición Conceptual:

Formación profesional: se entiende todos aquellos estudios y aprendizajes encaminados a la inserción, reinserción y actualización laboral, cuyo objetivo principal es aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades de los actuales y futuros trabajadores a lo largo de toda la vida. (www.wikipedia.org, 2019)

Aplicación: es el conjunto de procedimientos, reglas, normas o protocolos que tiene como objetivo obtener un resultado determinado y efectivo. (www.wikipedia.org, 2019)

Experiencia: es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la participación y de la vivencia de un suceso proveniente de las cosas que suceden en la vida, es un conocimiento que se elabora colectivamente. (www.wikipedia.org, 2019)

Consumo: El término consumo proviene del idioma latín “*cosumere*” que significa *gastar*. El consumo es la acción por la cual se utilizan/usan, determinados productos, bienes y servicios. (www.wikipedia.org, 2019)

Rehabilitación: en salud: término general para referirse a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con el objetivo de restituir a la persona su funcionalidad social, laboral e integral. (www.wikipedia.org, 2019)

Recaída: En medicina, una recaída es aquella situación en la que un paciente se ve aquejado nuevamente por la enfermedad de la que estaba convaleciente. Puede tratarse de una afección física (un tumor canceroso), de un padecimiento psicológico (depresión, trastorno bipolar), o bien de la adicción a una sustancia (alcoholismo). (www.wikipedia.org, 2019)

Logros: Un logro es la obtención o consecución de aquello que se ha venido intentando desde hace un tiempo y a lo cual también se le destinaron esfuerzos tanto psíquicos como físicos para finalmente conseguirlo y hacerlo una realidad. (www.wikipedia.org, 2019)

Dentro de las variables que se encuentran en la presente investigación, y se pueden observar dentro del árbol de categorías son:

En la categoría de Profesionales expertos, tres variables:

- Formación, donde obtuvieron su formación como expertos en AT.
- Aplicación, si han aplicado el modelo de AT como expertos en la profesión de salud mental.
- Experiencia, si han tenido la experiencia de atención de pacientes con conductas adictivas y patología dual.

En la categoría de Pacientes Rehabilitados, cuatro variables:

- Consumo: sustancia, inicio y tiempo de consumo.
- Rehabilitación: Tiempo, modalidad del tratamiento interno o ambulatorio
- Recaídas: incidencia y manejo de recaídas
- Logros: cambio conductual, proyectos de vida y reinserción.

1.7 Definición Operacional de la Variable

En la encuesta semiestructurada que se le realizó a los profesionales de la salud mental, respondieron a 15 preguntas de las cuales 3 preguntas corresponden a la variable de formación, 5 preguntas a la variable de aplicación y 7 preguntas a la variable de experiencia.

En la encuesta semiestructurada que se les realizó a los pacientes rehabilitados que accedieron a responder las 15 preguntas de la entrevista, 4 preguntas eran de la variable de consumo, 3 preguntas de la variable de rehabilitación, 2 preguntas de la variable de recaídas y 6 preguntas de la variable de logros

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 Definición de Análisis Transaccional

El Análisis Transaccional (AT) (Berne, Eric, 1978) es una nueva teoría de la conducta humana individual y social que fue fundada e iniciada por Eric Berne (1910-1970); médico psiquiatra, nacido en Canadá y nacionalizado en Estados Unidos. Se le llama Análisis por separar el comportamiento en unidades simples, fácilmente comprensibles; y transaccional, por aplicar este análisis a los intercambios de comunicación de estímulos y respuestas entre personas que denomina transacciones.

Constituye un enfoque racional de la conducta humana, y posee características propias que explican su éxito en las diversas aplicaciones que ha tenido. Es sencillo, objetivo, predictivo, preventivo, eficaz, potente e integrativo, además de ser amigable y compatible con otras teorías de la conducta humana, cuando es necesario para lograr la efectividad de su aplicación. Todas estas características lo convierten en una verdadera revolución de las ciencias psicológicas para abordar la conducta de la persona, y lo hacen aplicable en cualquier entorno de acción, ya sea clínico, familiar, organizacional, educacional etc. y en este caso como una intervención terapéutica para el tratamiento de las conductas adictivas.

Roberto Kertész (Kertész, Roberto; Atalaya, Clara I.; Kertész, Adrián, 1997) define al AT como: *“Un sistema de referencia utilizado como método de diagnóstico y tratamiento, que incorpora los tres estados del yo en su modelo: P Padre-Adulto y Niño, a la literatura psicoterapéutica”*.

Berne (Berne, Eric, 1978) elaboró el modelo del AT, a partir de sus observaciones en la psicoterapia de grupo y sus principales ideas se basan en los Estados del Padre, Adulto y Niño.

	Estructura	Funciones
P	Padre	Padre crítico Padre protector
A	Adulto	Actuación desde el aquí y el ahora Autoconocimiento
N	Niño	Niño Natural Pequeño Profesor Niños Adaptado (Sumiso y Rebelde)

Berne, propone según, Tomás Harris (Harris, 1973) que: *“Todos nacemos bien, siendo príncipes y princesas, por lo que básicamente estamos bien y todo está bien, además se tiene un potencial humano que se puede desarrollar, y que permite cambios importantes y trascendentales porque se tienen los recursos necesarios internos para hacerlo, a través de la autonomía que se esté dispuesto a dejar fluir”*.

Así mismo sigue diciendo Berne según Kertész (Kertész, Roberto; Atalaya, Clara I.; Kertész, Adrián, 1997), que es en la infancia cuando se establecen las bases de la autoestima, se asume el valor propio y la autoconfianza y el valor de los demás, y es por ello que es necesario remontarse a esa época para tomar conciencia, descubrir y revisar el guion de vida, formados a través de los argumentos y mini argumentos reforzados en los primeros años de vida.

El guion de vida, Ana Maestro (Maestro, 2014) lo describió como: *“un plan generado en la infancia bajo el peso de las influencias paternas o personas representativas que se repite en la vida entera de la persona”*.

Ese plan queda en nuestras vidas grabado, como un guion ya establecido, que lo repetimos a lo largo de nuestra vida de manera inconsciente, y aunque posteriormente en la etapa adulta pueda ser olvidado o reprimido, lo más importante y trascendente es que, siempre dirigirán el actuar de la persona y actuaran como aprendieron desde niños aun sea destructivo y patológico. En los primeros años de vida, se forman los estados del yo.

Es la niñez, una época de la vida, que puede ser, “la más feliz o la más desdichada” y ese Yo Niño se queda dentro de la persona y de vez en cuando, con o sin permiso, se manifiesta en la interacción ante los demás, dependiendo de cómo vivió y aprendió.

El yo Padre dependerá su formación de cuantas normas, reglas y valores internalizaron los padres, educadores, si fueron, protectores o críticos, así será la manifestación de su conducta. Igualmente, al comprobar la realidad del entorno- y nuestra propia realidad- se asume la responsabilidad de la toma de decisiones y se da el comportamiento racional llamado como Adulto.

Ese Padre, ese Adulto y ese Niño son los que forman los tres ESTADOS DEL YO, los cuales son un sistema de emociones y pensamientos, acompañados de un conjunto afín de conductas, que componen la personalidad.

Esos estados a su vez tienen diferentes funciones según expone Martorell, (Martorell, 2001) Padre estado de ego – Un conjunto de pensamientos, sentimientos y conductas aprendidas de nuestros padres y otras personas importantes. Esta parte de nuestra personalidad puede ser de apoyo o crítica.

- Adulto estado de ego – Se refiere a dirigir las respuestas en el “aquí y ahora” que no están influenciados por nuestro pasado. Esto tiende a ser la parte más racional de nuestra personalidad.
- Niño estado de ego – Un conjunto de pensamientos, sentimientos y conductas aprendidas de nuestra infancia. Estos pueden ser libre y natural o muy adaptada a las influencias de los padres.
- Es muy importante saber que no hay estados del yo buenos ni malos, sino que los tres son necesarios para que haya un equilibrio personal y los tres pueden

ser adecuados en un momento u otro. Más adelante, veremos en qué estado del yo está una persona que ha introducido en una su vida el comportamiento autodestructivo del consumo de drogas.

Por otro lado, el ser humano no vive aislado nos dice Berne (Berne E. , 1974) y nos indica que “Precisa de contacto y comunicación con los demás, de hecho, somos seres vivos que habitamos grandes comunidades interrelacionadas”. Esta comunicación se establece a través de transacciones. Cada transacción está compuesta de un estímulo y una respuesta, verbal o no verbal, y las transacciones pueden proceder desde el Padre, Adulto o Niño de una persona, hacia el Padre, Adulto o Niño de la otra persona.

Ante esta propuesta se debe preguntar en relación a personas consumidoras: ¿Qué pasa con los mensajes que sus padres les dijeron en la infancia?, ¿Son más importantes los mensajes verbales?, ¿Qué pasa cuando esos niños no sabían hablar, entonces no escucharon ningún mensaje o más bien “escucharon” el comportamiento de sus padres?

En el modelo de abordaje del AT, se utilizan contratos transaccionales de cambio y un diagrama de áreas de conducta que se pretendan cambiar.

El trabajo entre un coaching transaccional clínico inicia con el establecimiento de un “contrato o convenio de cambio” donde el cliente se compromete a efectuar, con la ayuda del coaching, acompañante o psicoterapeuta como se le quiera llamar, un cambio de conducta positivo, medible y observable. Se fija de una manera general los comportamientos a que se refieren los contratos. Si bien el ser humano es variado y complejo, y no existen dos personas iguales, es posible abstraer elementos esenciales, comunes a todos, y representarlos de un modo sencillo en el diagrama de conductas que abarcan tres áreas: Mental (pensamientos, emociones etc.), físico (sensaciones, síntomas, etc. del cuerpo) e Interpersonal (los roles o papeles con que se interactúa). En todo momento cualquier cosa que se haga involucra las tres áreas simultáneamente, aunque por razones de estudio y aplicación se considera una por vez.

En la intervención Terapéutica, los terapeutas de AT utilizan las transacciones para el diagnóstico de los argumentos de los guiones. Erskine nos dice de los guiones (Erskine, 1980) *“estos serán analizados mediante el modelo de estado del ego, y su identificación es crucial para ayudar a los clientes a que se dan cuenta de cómo ciertos permisos y prohibiciones que recibieron cuando eran niños están impactando sus vidas y cómo se comunican”*. Estos escritos inconscientes a menudo existen patrones repetitivos como de comportamiento, pensamientos y sentimientos, características que sugieren que el estado de ego niño es agobiante y contamina otras partes de la personalidad de una persona, y provoca que bajo esa influencia patológica se busquen alternativas equivocadas para resolver sus conflictos de personalidad buscando como aliadas las conductas adictivas.

Una de las características del AT es ser amigable, flexible y compatible con otras terapias y una de ellas es la terapia de re decisión (Cuadra, 2018): Esta se refiere a la capacidad de un individuo para decidir de nuevo y realizar cambios en ciertas decisiones que se tomaron cuando era un niño, de las que se derivan sus guiones inconscientes. La de re decisión refleja el supuesto de la terapia de AT que los individuos tienen el potencial de conducir sus vidas como lo deseen. Esta energía se libera después de una de re decisión, y se hace cuando el cliente se encuentra en su estado del yo-niño.

En última instancia, los terapeutas usan estos conceptos en la Terapia de Análisis Transaccional para promover la reorganización estructural y de confusión del estado de ego niño de un cliente. Ellos al animar a los clientes a cuestionar sus creencias actuales y la forma en que él o ella utiliza su guion de vida, les ayudará a comprender mejor la dirección y los patrones de la vida por sí mismos, y este conocimiento puede ayudar a tomar la decisión de cambiar su comportamiento.

El análisis transaccional se vale de diez instrumentos, para hacerlos viables al diagnóstico y tratamiento y se desglosan en cuatro instrumentos Intrapsíquicos, que se utilizan en la terapia individual clínica, cuatro instrumentos de relación, que se sirven para la interrelación personal y los dos instrumentos de patrones de conductas.

Instrumentos Intrapsíquicos

Esquema de la Personalidad, Análisis Estructural y Funcional: Padre, Adulto Niño Ayuda a entender en qué estado del yo tiene la disfunción y permite tratar la estructura de la personalidad del paciente.

El Argumento parental: Que forman el guion de vida en la infancia, y permite conocer la programación inconsciente y readecuarlos a través de la re parentalización y llegar a la autonomía en las decisiones y formar nuevas metas de vida.

Emociones auténticas y sustitutivas (rebusques)

- Dos de sobrevivencia: Rabia y Temor.
- Tres de relación: Afecto Alegría y Tristeza.

El componente emocional de la conducta de un adicto por lo general se encuentra desbordada e inmanejable y se hace necesario darles las herramientas para el manejo de sus emociones de una manera más equilibrada.

Las posiciones existenciales.

Como me veo o percibo yo, y como veo o percibo a los demás.

Este instrumento me permite conocer la perspectiva y pensamiento distorsionado que tiene el adicto de sí mismo, de su entorno y el entorno de los demás. La terapia consistirá en ubicarlo en una adecuada percepción.

Instrumentos de Relación:

El análisis de las Transacciones.

Son intercambios sociales o modelos de relación. Sirve para conocer como transmiten los pensamientos y la disfunción de la comunicación, porque unos de los argumentos que utilizan con frecuencia es que nadie los entiende. Ayudará a enseñarle a comunicar de manera clara y precisa lo que siente y piensa. Se trabaja para cambiar sus modelos de relación complicados, por sencillos y funcionales.

Caricias o los refuerzos sociales.

Ayuda a conocer la medida y la profundidad de la relación del adicto consigo mismo y con los demás, y a trabajar sobre la importancia del reconocimiento, contacto físico, verbal y de otros tipos, porque nadie puede vivir sin afecto. Claude Steiner (Steiner, 2011)r, desarrollo toda una “teoría de caricias”

Juegos Psicológicos.

Ayuda a hacer el dx. de la patología de las relaciones y a identificar las secuencias de transacciones inadecuadas, que disfuncional la interacción con los demás. Al enseñarle a relacionarse asertivamente con los demás, mejora su autoconfianza y sus relaciones. El triángulo dramático de: Víctima-perseguidor – salvador.

Dinámica de Grupos. Identidad y Sentido de pertenencia

Permite conocer la fluidez y la estructura de las relaciones del paciente, y ayuda a desarrollar la identidad y sentido de pertenencia sana que ha perdido en su conducta adictiva.

Instrumentos de Patrones de Conductas:

Mini argumento.

Permite conocer la secuencia repetitiva de los 5 impulsores que se reflejan en conductas individuales, a partir de ideas erróneas, socialmente aceptables que se aprendieron en la niñez. Al entender lo inadecuado y patológico de estos mini argumentos se puede trabajar para cambiar la forma de conducta inadecuada por una más funcional.

Estructuración del tiempo.

Ayuda a conocer las 6 formas del manejo del tiempo del adicto y al acompañarlo a descubrir otras formas de manejo, el crece y establece nuevas rutinas. Que son tan necesarias en su nueva forma de conducirse.

La idea de llamarlos instrumentos se origina por la asociación con el instrumental quirúrgico utilizado en las cirugías, y cada instrumento tiene una función definida en este tipo de intervención (bisturí-cortar, pinzas tomar, agujas-coser, jeringas -inyectar, etc.)

Cada instrumento del AT tiene una función específica muy parecida, pero con diferencias muy importantes; pero todos los instrumentos nos dicen: Kertész (Kertész, Roberto; Atalaya, Clara I.; Kertész, Adrián, 1997) *“describen la conducta del individuo o el grupo, en un momento dado, desde puntos de vista o niveles diferentes”*. En la intervención terapéutica que se realiza en el tratamiento de las conductas adictivas, los instrumentos del AT serán las herramientas que necesitemos para cortar, agregar, cambiar, transformar, restituir, complementar, etc. Y al hacer la modificación interna psicológica necesaria, con los instrumentos del AT, se producen modificaciones importantes en todos los sistemas restantes, porque forman un sistema de elementos interrelacionados, como los sistemas biológicos de nuestro cuerpo y se produce el cambio y crecimiento personal que se necesita en la prevención y tratamiento del paciente adicto; que es el caso en el que utilizaremos el AT en esta ocasión.

Bases Epistemológicas del AT

En el artículo publicado sobre Berne y las Bases Filosóficas del Análisis Transaccional, la revista Análisis Transaccional y Psicología Humanista (Camino, Coca, Gorés, Saéz, & Vilardell, 2002), se dan los adelantos de los primeros resultados obtenidos en una investigación acerca de las bases epistemológicas del Análisis Transaccional. Dicha investigación, realizada por expertos pertenecientes a la Asociación Catalana de Análisis Transaccional (ACAT), tiene como último fin demostrar que el Análisis Transaccional como método de trabajo no debe sus fundamentos a divagaciones teóricas del que fue su fundador, Eric Berne, sino que parte de una sólida y coherente base filosófica desde la Fenomenología y el Existencialismo. A través de la lectura de las primeras obras de Berne y con el uso del análisis de contenido como metodología, pretenden probar que esta afirmación es cierta y que, por tanto, el Análisis Transaccional arranca de un pasado epistemológico propio que le otorga validez y credibilidad científica.

Ellos inician su investigación epistemológica con las preguntas ¿Cuál es la teoría del conocimiento que orienta la práctica del Análisis Transaccional A.T.? ¿Qué filosofía fundamenta la línea psicológica del A.T. para su correcta interpretación? Desde su origen, el A.T. siempre ha conllevado una cierta confusión paradigmática. Por un lado, está claro que la relación ambivalente que Berne (Berne, Eric, 1978) mantuvo con el psicoanálisis ha alimentado tales dudas; por otro lado, el A.T. se ha visto emparentado a lo largo de su historia con diferentes aproximaciones teóricas como la humanista, la sistémica, la constructivista o incluso la conductista. Reflexionar sobre las bases epistemológicas del A.T. constituye una tarea imprescindible para aquellos que utilizan este método de trabajo ya que permite asentar con más exactitud las diferencias entre las diversas prácticas profesionales, avanzar en el desarrollo de los postulados propios del A.T. y, de paso, paliar la imagen pobre e inexacta que sobre el A.T. se ha creado en algunos ambientes, tanto en el profesional como en el académico.

Haciendo una lectura de los primeros documentos de este autor, se puede deducir el amplio conocimiento cultural de Berne por las numerosas citas de filósofos, psicólogos y literatos como Balzac, Bateson, Kierkegaard, Sartre, Stendhal, Heidegger, y es evidente la influencia que las filosofías Fenomenológica y Existencial ejercieron sobre el pensamiento de Berne (Berne, Eric, 1978). Él mismo así lo deja intuir en su libro “El análisis transaccional en la psicoterapia”, *“Fenomenológicamente, un estado del ego se puede describir como un sistema coherente de sentimientos relacionados con un sujeto dado”*. Por otra parte, la Temporalidad se recoge desde el prisma de la preocupación del propio autor por el tema del tiempo en relación a los Guiones. Este punto constituye uno de los ejes fundamentales en la teoría del A.T. berniano, que además se ve reforzada por sus estudios sobre la estructuración del tiempo.

El artículo (Camino, Coca, Gorés, Saéz, & Vilardell, 2002) tiene como objetivo demostrar que las bases epistemológicas del A.T. se encuentran en la Fenomenología y, derivando de ésta, en el Existencialismo y avanzar en la teoría y métodos del A.T. de forma que sirvan de base para estudios y/o investigaciones posteriores que le impulsen a potenciar su desarrollo e imagen. Hay que tomar en cuenta que una de las principales herramientas del AT es la comunicación y su primer instrumento interpersonal que da origen a toda la intervención son las transacciones. A diferencia de otras aproximaciones metodológicas, sigue diciendo el artículo (Camino, Coca, Gorés, Saéz, & Vilardell, 2002) “la hermenéutica adopta una visión del lenguaje desde la semántica, es decir, desde el sentido más que desde la palabra como signo lingüístico. La finalidad última es interpretar, o lo que es lo mismo, entender situaciones, no leyes. Es decir, interpretar lugares, actores, actividades, la interacción de todos éstos y el significado de las acciones o textos realizados consecuentemente. De este modo, la “verdad” consiste en la cosmovisión de la realidad (Vattimo, 1995), en la aprehensión del conocimiento desde las dimensiones lugar y tiempo, es decir, desde la historia y la cultura que le dieron luz. Se entiende, pues, que en el estudio de la herencia ideológica de un pensador (Eric Berne en la investigación que nos ocupa), es del todo imprescindible atender y entender los “patterns” culturales (tradiciones,

creencias, etc.) y sociales (contexto social envolvente) que condicionaron al sujeto y sus procesos sociales e intelectivos sin olvidar los de carácter emotivo”.

Algunos	libros	de	Berne:
Análisis Transaccional	En	Psicoterapia	“Fenomenología” 1961
Juegos	En	Los Que Participamos.	“Existencialismo” 1962
Introducción Al Tratamiento De Grupo.		“Temporalidad”	1965

Por otro lado Berne (Berne E. , 1986) hace mención, por primera vez, de su conocimiento de la Filosofía Existencialista de forma muy breve refiriéndose directamente a uno de los máximos representantes de este pensamiento “... Kierkegaard parece tener presente... “(p. 92). el autor hace uso de los términos “temporalidad” y “existencialismo” en todas sus formas, pero siempre de modo que ambos conceptos queden relacionados, expresando, así, la interdependencia que el autor descubrió entre el tiempo vital y la existencia: “El eterno problema del ser humano es el de programar su tiempo. En este sentido existencial, la función de la vida social es la de prestar ayuda mutua para este proyecto” (p. 18). Sin embargo, es en el tercer libro “Introducción al tratamiento de grupo”, (Berne E. , 1983), donde el término “existencialismo” y todas sus formas recobra más protagonismo: “En cuanto se refiere a la existencia real en el mundo, el análisis transaccional comparte con el análisis existencial una elevada estima y un intenso interés por las cualidades personales de sinceridad, integridad, autonomía y autenticidad, lo mismo que por sus manifestaciones sociales más conmovedoras en el encuentro y la intimidad” (p. 323).

A partir de lo investigado, en el artículo de la revista de AT (Camino, Coca, Gorés, Saéz, & Vilardell, 2002) concluye que: *“podemos adelantar que el supuesto que en un principio se expuso sobre las bases Fenomenológicas y Existenciales del A.T. se están confirmando. A continuación, exponemos una definición de los conceptos que constituyen la epistemología del A.T.*

“La Fenomenología desde el punto de vista filosófico es una corriente contemporánea que pretende el análisis de la intencionalidad de la conciencia.” Quiere

decir entonces que la fenomenología ayudara a entender como percibimos las cosas sensibles, nos ayuda a pensar, recordar, simbolizar a odiar o amar, a darle sentido y valor a todas nuestras experiencias, y a ponernos en contacto con nuestro entorno y con las personas formando nuestro propio mundo y nuestro propio sentir. La Fenomenología va más allá de las experiencias reales y sensibles, se ciñe a los elementos ideales y esenciales de estas mismas experiencias. *“Está fundada en la afirmación y reconocimiento del yo, como sujeto unificador de intenciones y primera verdad que experimento, sin necesidad de demostraciones. El yo es persona, porque la esencia de la persona es su subjetividad”* *” Postulado de la percepción afectiva o intuición emocional. O sea, que las emociones captan la realidad intencionalmente y son una forma de inteligencia no discursiva, pero sí intelectiva”* *“El Existencialismo es la corriente filosófica preocupada por el estudio del modo de ser del hombre en el mundo”*. Aunque la filosofía existencial proviene de la Fenomenología, sin embargo, hace mucha más insistencia en la relación con el mundo, en sus posibilidades intelectivas, emotivas y prácticas” La relación hombre-mundo es el tema primordial de toda la filosofía existencial.

Evidentemente, este mundo no está únicamente en la subjetividad del hombre o en su conciencia, sino que es algo que le trasciende y se manifiesta en las estructuras – estados para Berne – que constituyen al hombre, lo que dará pie al concepto de escenario en el ámbito de la psicología humanística, en especial de la berniana. Por otra parte, estas estructuras (estados del Yo) son, en realidad, los modos posibles con los que el ser humano se refiere al mundo o reacciona frente al mismo. Ciertamente, los humanos tenemos la posibilidad de variar nuestras maneras de reaccionar ante los acontecimientos del mundo. De aquí el punto de vista optimista de la psicología del AT y su confianza en la posibilidad del cambio de guion de vida y de su posición existencial (PE) ante la vida. *“La temporalidad como forma de vivir mi propia existencia, de “llenar mi tiempo”, es uno de los temas preferidos por los existencialistas como Heidegger, Jaspers y Sartre entre otros”*. El propio Albert Camus (1985) recoge esta inquietud, proponiendo a Sísifo

como símbolo de lo absurdo de una existencia humana desequilibrada entre infinitas aspiraciones y la limitación de sus posibilidades, que culmina en el fracaso de sus intentos por conseguir determinados objetivos, sin lograrlos. Este mismo mito le sirve a Berne para explicar el tiempo del guion (Heidegger, 2003), refiriéndose a los guiones de “una y otra vez”. Según esta filosofía que estamos comentando, el análisis del mundo, como formas de vida y manera de realizar nuestra existencia, implica al mismo tiempo una decisión. De esta decisión, tomada desde el sujeto (el Yo berniano), se realizará una forma de estar en el mundo, el Dasein en Heidegger (Vattimo, 1986), como existencia auténtica o inauténtica. La temporalidad también se relaciona con la libertad en la filosofía existencial de Sartre. Se trata de una elección libre desde el yo consciente, del aquí y ahora, para que el ser humano se interrogue sobre su proyecto de vida y pueda Re decidir – en Berne, cambio de guion de vida -. Esta capacidad de decisión del ser humano y la angustia que provoca la concienciación de la propia libertad, así como la toma de decisiones responsable, para una existencia auténtica, es la fuente de la angustia existencial, de que tanto nos hablan Kierkegaard y el mismo Sartre, a la que no podemos ni queremos renunciar. Pensamos que Berne llegaría a la Fenomenología a través de la filosofía del Existencialismo (Prini, 1992), en especial por el conocimiento de Kierkegaard y Sartre (Thody, 1966) – dos grandes representantes de esta línea filosófica – a quienes cita en sus obras”.
Perspectiva-Fisiológica.

Según la Organización Mundial de la Salud se considera adicción: al hábito de consumo de sustancias lícitas e ilícitas o conductas adictivas peligrosas, y de las que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia fisiológica y psicológica. Es por eso que a la adicción se le define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, porque el consumo de sustancias o repetición de los hábitos, modifican este órgano, su estructura y su funcionamiento se ven afectados.

La etiopatogenia de las adicciones es multifactorial, entre los que podemos mencionar factores biológicos, genéticos, psicológicos y socioculturales.

Uno de los factores psicológicos y socioculturales, bajo la teoría de Berne, los planteo Erskine (Erskine & Moursund, 2014) que, para una cura total del guion, el cambio debe ocurrir también a nivel Intrapsíquicos, es decir, cambios en los niveles cognitivos y afectivos de la existencia. Se ha visto, que, en cada decisión tomada por el estado del Yo Niño, se ha creado una correspondiente reacción fisiológica, las cuales inhiben la espontaneidad, limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, el mantenimiento de un estado saludable y las maneras de relacionarse con otras personas que puede desarrollar el estado del yo Adulto. ¿Qué tiene que ver esto con el guion de vida? Mario Salvador (Salvador, 2009) explica:

El guion se desarrolla por el niño como medio de afrontar los fallos relacionales con las personas significativas de las que depende y que fracasan repetidamente en dar satisfacción a las necesidades... Antes de tener lenguaje, el ser humano tiene ya una vasta experiencia de “estar en relación” y de cómo manifestarse para ser respondido, o al no ser respondido (p.1).

Ese “esquema de relaciones” son los protocolos del guion de vida que sirven al estado del yo Niño para organizar la experiencia y hacer su vida predecible. Y como ya sabemos ese “piloto automático” elaborado por el estado del yo Niño nos ha ayudado a sobrevivir. La cuestión es ¿Cómo se forma ese piloto automático en nuestro Sistema Nervioso Central (SNC)?

El SNC es el sistema de la información, recogida, procesada y de respuesta. Por eso es importantísimo que sepamos cómo funciona porque sabemos que las adicciones actúan directamente en el sistema límbico del cerebro.

Toda la información se recoge en los nervios aferentes y va por la medula espinal hacia el bulbo raquídeo. Luego esa información llega al tálamo, que es el centro intermodal del transporte. A él llega toda la mercancía o información y desde allí se distribuye por diversos núcleos del cerebro. Esos núcleos son la amígdala, que es el procesador de las emociones básicas. Ahí el miedo, la rabia, la tristeza, etc., se procesan y “se pegan” junto a algunas de las informaciones que nos llegan. Estas

emociones unidas a experiencias solo son eficaces si se guardan, pues sin esa memoria estaríamos expuestos a los peligros continuamente porque no recordaríamos lo que nos es peligroso. Por ejemplo, el hipocampo es el encargado de esa función de almacenamiento, este funciona como un casillero de correos donde se distribuye la información recibida junto a una emoción adherida. En nuestro día, vamos colocando esas vivencias significativas en cada casillero según el cliché (placa) que hemos colocados en la parte superior del casillero. Así vamos guardando las experiencias y solo si nos encontramos un casillero que corresponda con esa vivencia, la guardaríamos, sino la rechazaríamos sin registrar.

La adaptación es la mejor posibilidad. Si no hay una adaptación adecuada al medio, lo más probable es que no hay sobrevivencia. Las especies que ese adaptan mal, desaparecen. Por eso, es que gracias al guion que adoptamos en nuestra infancia, hoy estamos vivos. Pero entonces eso quiere decir que ¿tendremos que cargar toda nuestra vida con esa decisión tomada por el sistema límbico?, ¿seremos dependientes de las decisiones tomadas en la infancia?

Por fortuna esto no es así. En el análisis del guion lo que vamos a hacer es conocer esos clichés que han sido significativos en la vida de cada persona y ver de qué están compuestos (recuerdos, emociones, pensamientos, conductas, estados fisiológicos, etc.) para así hacerlos conscientes aquí y ahora y “re decidir” desde nuestro estado del yo Niño.

Entre las experiencias de aplicación del AT; encontramos la de Maestro, quien relata su investigación de trabajo con algunos pacientes

Experiencias Profesionales de Aplicación de AT

Entre las experiencias de aplicación del AT; encontramos la de Maestro (Maestro, 2014) quien relata su investigación de trabajo con algunos pacientes.

“Desde hace 5 años trabajo en una entidad dedicada al tratamiento y rehabilitación de personas que consumen drogas. Cuando me decidí a escribir esta tesina quería conocer cómo era el guion de vida de una persona que hubiera caído en las redes de estas sustancias.

Para entender el proceso de rehabilitación, en su investigación (Maestro, 2014) necesita hacerse varias interrogantes, que la lleven a descubrir el porqué de la conducta adictiva de ciertos individuos.

“Mi hipótesis partía de las siguientes cuestiones: ¿Existe un guion común para todas las personas consumidoras?; ¿Hay algún estado del Yo predominante?; ¿Cómo es posible que una persona que lleva un año sin consumir y que ha trabajado en grupos de terapia su historia pasada, vuelva a consumir y no sepa por qué? Y yo me pregunto en relación a personas consumidoras: ¿Qué pasa con los mensajes que sus padres les dijeron en la infancia?, ¿Son más importantes los mensajes verbales?, ¿Qué pasa cuando esos niños no sabían hablar, entonces no escucharon ningún mensaje o más bien “escucharon” el comportamiento de sus padres?

Como respuesta a su interrogante ella descubre que:

“El hombre no solo precisa comunicarse. Necesita ser reconocido. Berne decía que el hombre tiene “hambre de reconocimiento” y este ser tenido en cuenta, lo obtiene a través de las caricias que recibe y de las caricias que da. También está en su derecho de pedir las que precise y rechazar las que no quiera. En este perfil de personas, ¿piden las caricias que necesitan? ¿Dan las que le piden?

Sigue en su análisis del proceso de rehabilitación del paciente y va descubriendo que: *“Igualmente, las personas manifestamos y sentimos una serie de emociones. Dada las relaciones que establecen los consumidores, su sistema de comunicación y su estado del yo ¿Estas son auténticas? ¿Las sienten y las expresan, o solo las sienten? Si nos las expresan, ¿coleccionan “cupones” de rabia, de miedo...? ¿Y si los acumulan luego los canjean por una pelea, un accidente, una borrachera? Mi hipótesis también es que, si una persona encuentra las respuestas a estos interrogantes, ¿puede “darse cuenta” de si en su día a día actúa según su autonomía personal o lo hace en función de las expectativas de los otros, como si siguiera un guion o argumento de vida, panificado con mucha anterioridad?”.*

Para entender un poco más cómo se desarrollan las conductas adictivas, y como se puede alcanzar la recuperación a través del modelo de AT, en la revista

REHAB in México (Alvarado, 2016) se publicó el artículo sobre, "La adicción y el poder del niño" donde se plantea que: el estado del yo Niño es la "primera posición", con la que se actúa en la vida. Esto significa que en el estado del yo Niño es donde se ubicada la red de deseos, las necesidades, los sentimientos, que llevan las emociones y las emociones a las actuaciones con la que nos desenvolveremos en nuestra vida.

Los Estados del niño libre; son por naturaleza impulsivos, aventureros, curiosos y creativos ... y ellos quieren lo que quieren cuando lo quieren, y es allí donde entre el estado del padre para indicar lo que debe o no debe hacer.

Cuando no hay un Estado del Padre sano y entra en conflicto con el niño libre, se desarrolla lo que se denomina el NIÑO ADAPTADO que puede ser rebelde o sumiso, y es esa la parte que se vuelve adicta a diversos objetos, sustancias y actividades.

Cuando el estado Yo Niño Adaptado, se activa, o "toma el poder ejecutivo", se actúa, se experimenta y se conduce a través de ese estado y causa en nuestra vida, mucho conflicto, desorden y anarquía. Porque el orden natural indica que los niños no deben estar a cargo de la vida de un adulto. Imaginémonos a un Niño a cargo de su dieta.

¿Qué plan de comidas diarias elegiría si fuera por ellos?

Dulces, refrescos, helados, pizza y pastel o Carne, patatas, verduras, leche y pastel de postre

Ahora imagine a su Niño Interior haciendo la compra ¿de qué se llenaría sus armarios y la nevera?

Los niños tienen poco o ningún control de los impulsos ... por eso se necesita del Estado del Yo Padre, pero ese estado debe estar sano para que no entre en conflicto con el Estado del yo Niño Libre, y lo estaría induciendo a un estado del Niño Adaptado Rebelde o Sumiso.

Es el estado del yo Padre el que nos mantiene fuera de los problemas que el Niño al mando podría ocasionarnos. ¿Puede usted imaginar en qué Estado del Yo residen los malos hábitos y adicciones? Efectivamente es en el Estado del NIÑO ADAPTADO, es por eso que cuando el Niño se hace cargo de "conducir el autobús" de nuestra vida nos dirige hacia un crash.

Y si nuestro Padre y el estado yo Adulto se limitan a estar en la parte trasera del autobús, es mejor que nos agarremos fuerte.

En su ensayo Ego y Rendición (Tiebout, 1954), utiliza el término "Su Majestad el Bebé" para describir un rasgo distintivo en la personalidad de alguien que sufre de alcoholismo.

Tom Cunningham más tarde acuñó el término "Baby King" en la telenovela Hollyoaks, para describir esta característica que se encuentra en personas que sufren de adicciones de otros tipos también. Es el rey o la reina bebé - niño mimado conocido - juega juegos de adicción. Su lema es: "Yo quiero lo que quiero cuando lo quiero ... y lo quiero ahora!"

De acuerdo con el Análisis Transaccional, hay tres hambres primarias, también conocidos como "necesidades", que impulsan nuestro comportamiento ...

- El hambre Estructura - La necesidad de estructurar nuestro tiempo de una manera que nos ayuda a cumplir las siguientes dos hambres.
- El hambre de estímulo - Caricias / Emoción.
- El hambre de posición - validación o confirmación de nuestra posición existencial (no Ok. - Ok)

Estas tres hambres son fáciles de observar en el niño pequeño cuando no se adhieren a su horario, se aburren, o no reciben suficiente atención positiva o aprobación. Los niños que no cubren estas necesidades sufren el dolor original de abandono algo que ocurre frecuentemente en familias disfuncionales.

El hambre de estructura debe ser regulada por el Estado del Yo Adulto, en consulta con el estado del yo Padre como el experto en nutrición, crecimiento y protección. La estructura de un estilo de vida adictivo es reconocido solo por aquellos que están viviendo de acuerdo con un nuevo estilo de vida saludable a menudo referido como de recuperación.

Un primer paso importante en la superación de cualquier hábito y de la adicción es cambiar de "Lugar, compañeros, y entorno" que están asociados al hábito. Esto no significa renunciar a los amigos, sino a los amigos, que lo asocian a los hábitos de adicción.

Un buen amigo apoyará su recuperación sin importar si esto le va a suponer un problema para si mismo ... un falso amigo va a tratar de impedirlo porque la miseria ama la compañía. Es muy importante cambiar todo lo que en su vida que está directamente vinculado a la adicción - ya sea la nicotina, la comida, el juego, trabajo, etc. - Por lo menos hasta que su cerebro haya tenido tiempo para adaptarse a un nuevo estilo de vida. Si no le da tiempo a su cerebro para protegerse y separarse de la asociación que ha hecho en los últimos años para apoyar a sus hábitos y adicciones entonces el cambio no es probable que continúe.

2.3 Patología Dual

Siempre ha existido el dilema de la PD y el TUS En cuanto al abordaje de este complejo problema de salud; siempre ha existido una histórica separación entre el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y las conductas adictivas, esto ha llevado a que se tengan dos modelos diferentes de atención; por un lado, el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (TUS) y por otro lado el tratamiento de trastornos psiquiátricos.

El resultado de esta división ha llevado irremediablemente a diferentes formas de abordar el problema, y como consecuencia, a la ineficacia dentro de los sistemas de tratamiento, en especial cuando se ha dado la confluencia de uno o varios trastornos mentales y el uso de sustancias psicoactivas.

La neurociencia actualmente considera que la adicción al consumo de sustancias lícitas e ilícitas, las conductas o comportamientos adictivos y los trastornos psiquiátricos, comparten las mismas bases neurobiológica, por lo que, en la actualidad, los estudios han demostrado que los cambios neurológicos involucrados llevan al desarrollo de lo hoy conocemos como patología dual.

Las drogodependencias han sido, y son, trastornos que han despertado escaso interés entre los profesionales de la salud y de la medicina. La consideración de las

conductas adictivas como un “vicio”, como una “falta de voluntad” marcaron hasta no hace mucho no sólo la “idea popular” sino los recursos socio-sanitarios y terapéuticos para tratar a esta población.

Sin embargo, el descubrimiento, por los años 70, del sistema opioide (receptores, ligandos, endógenos, ...) y posteriormente a los 80-90 el sistema cannabinoide supuso una catarsis tanto en la investigación básica como en clínica. Los pacientes dejaron de ser “viciosos” para empezar a convertirse en enfermos (hay que recordar lo que se pensaba no hace muchos años de los enfermos mentales, como poseídos o endemoniados). El hecho de que los seres humanos tuvieran receptores para drogas exógenas no podría explicarse por la evolución Darwiniana, el uso o abuso por generaciones precedentes de drogas no podría producir mutaciones en la carga genética del ser humano para la aparición de sistemas tan complejos en las generaciones presentes. La explicación más sencilla, y en ciencia suele ser la más acertada, es que siempre habrían existido y que tendrían una razón de ser y existir. Y en ese punto nos encontramos, cuáles son las razones de ser y existir de esos sistemas y su relación con otros sistemas de neurotransmisión.

Durante años se ha estado pensando en mecanismos sociales y psicológicos que mantenían la adicción. Se desintoxicábamos a un paciente, pero este, tarde o temprano recaía, se le enviaba a una comunidad terapéutica y a la vuelta recaía. Tendría que existir algo más que explicara esa evolución crónica y recidivante. Desde hace unos años se viene hablando de los trastornos duales o de comorbilidad.

La comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias (TUS) y la depresión mayor (DM) es la patología dual más común en el campo de las adicciones a sustancias, con prevalencias que oscilan entre el 12 y el 80%, según las características de la muestra estudiada. Así, según (Torrens, 2016) diversos factores explican este amplio rango de prevalencia a considerar: la sustancia principal de consumo (tabaco, alcohol, cocaína, opiáceos, hipnosedantes...); si el estudio se ha realizado en población general o en una muestra de consumidores –y en este último caso, si se han reclutado en centros de tratamiento de adicciones, en recursos asistenciales de salud mental o en otros lugares (prisión, entre “sin techo”)–, y aspectos metodológicos tales

como los criterios diagnósticos (CIE-10, 2000) en sus distintas versiones) o los instrumentos diagnósticos (entrevistas diagnósticas, como PRISM, SCID o SCAN, o de cribado, como ECDD) utilizados.

En una revisión sistemática y analizada mediante meta análisis de los estudios epidemiológicos llevados a cabo entre 1990 y 2014 en población general, los autores confirman la elevada asociación entre depresión y TUS. Esta asociación es mayor para el consumo de drogas ilegales que para el alcohol y más elevada para trastornos con criterios de dependencia que para los trastornos por abuso, independientemente de si se basaban en la prevalencia a lo largo de toda la vida o de los últimos 12 meses. En poblaciones clínicas, la prevalencia de comorbilidad de DM y TUS en los distintos recursos asistenciales, así como en poblaciones especiales (prisión o en población “sin techo”).

Por otra parte, tanto los estudios realizados en población general como los realizados en población clínica indican que la DM comórbida con TUS no sólo es más frecuente en las mujeres que en los hombres, sino que es dos veces más frecuente que en las mujeres de población general, por lo que las mujeres con TUS constituyen un colectivo especialmente vulnerable. (Torrens, 2016)).

Según el estudio llevado a cabo por Gonzales, (Gonzales, Blanco, & Gonzales, 2013) diferentes estudios epidemiológicos, la prevalencia de enfermos psiquiátricos que presentarían un trastorno relacionado con el consumo de sustancias estaría situado entre el 25% y el 58% (para algunos autores este porcentaje se situaría entre el 60% y el 85%), mientras la prevalencia en la población general se estima entre el 15% y el 35%.

Esta disparidad de cifras a la hora de evaluar la comorbilidad psiquiátrica ligada al consumo de sustancias demuestra que estamos ante un fenómeno muy complejo, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también epidemiológico: por la dificultad que presentan la definición terminológica, la metodología de evaluación, la influencia recíproca de los trastornos y del consumo concomitante de otras sustancias, la diferente composición y formación de los equipos, la difícil verificación de los trastornos

psíquicos previos al consumo de sustancias, el establecimiento de criterios de inclusión y de exclusión en los estudios; y las muestras, con frecuencia sesgadas.

Por consiguiente, es necesario reiterar que tanto en el ámbito de las drogodependencias como en el de la salud mental se lleva años siendo testigos del aumento de personas en las que coexisten adicción y trastorno mental, dando lugar a un diagnóstico de patología dual. Este, cada vez, es más evidente que tiene entidad en si mismo y que no es la simple asociación de ambas problemáticas. Según el mismo Observatorio Europeo de Drogas, se confirma la asociación de patología psiquiátrica y adicciones. El 60 % de las urgencias psiquiátricas tienen que ver con el consumo de tóxicos y algunos trastornos de la personalidad multiplican por veinte el riesgo de desarrollar una adicción.

Bien sea esta patología resultado del consumo, bien haya estado previamente instaurada y se manifieste con dicho consumo, nos encontramos con una problemática que cada vez tiene más magnitud y que requiere de un abordaje especializado.

Se proponen tres hipótesis para explicar la elevada concurrencia de DM y TUS:

1. TUS y depresión comórbida comparten factores de riesgo comunes, como acontecimientos vitales estresantes, traumas psicológicos, vulnerabilidad genética y/o alteraciones neurobiológicas previas que conducen a la aparición de ambos trastornos, sin que exista una relación causal entre ellos.
2. El consumo continuado de algunas sustancias de abuso conlleva cambios neurobiológicos a través de mecanismos neuro adaptativos que median la DM.
3. El TUS se desarrolla para aliviar la DM (hipótesis de la automedicación). En este caso, la DM incrementa las conductas de riesgo de consumo.

Tanto en la DM como en los TUS, los factores genéticos y ambientales son cruciales en la facilitación de mecanismos neurobiológicos relacionados con su psicopatogenia. Los principales mecanismos neuronales y moleculares implicados en la neurobiología de la depresión incluyen el sistema monoaminérgico, el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, el sistema inmunológico, factores neurotróficos, el

sistema endocannabinoide, el ritmo circadiano y el sistema de control de ingesta y metabolismo.

La identificación clínica de la DM en consumidores de sustancias es compleja debido a distintos factores. Por una parte, los efectos agudos o crónicos del consumo de sustancias pueden mimetizar los síntomas depresivos, dificultando la diferenciación entre los síntomas propios de una DM independiente de los síntomas relacionados con el consumo agudo o crónico de la sustancia o de su abstinencia. Por otra parte, los diagnósticos psiquiátricos, como el de la DM, son más sindrómicos que realmente enfermedades con una fisiopatología clara y con marcadores biológicos asociados. Esta ausencia de marcadores biológicos ha obligado a los psiquiatras a desarrollar criterios diagnósticos operativos, incluyendo los del DSM y los del CIE, y a diseñar entrevistas diagnósticas clínicas para mejorar la validez y fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos.

En referencia al diagnóstico de otros trastornos psiquiátricos en consumidores de sustancias, los criterios utilizados han ido cambiando hasta llegar a los criterios del (DSM-IV , 1994) y mantenidos en él y (DSM-5, 2014) y reconociendo la necesidad de considerar tres condiciones para facilitar un diagnóstico más preciso: Primarios: trastornos mentales que no son inducidos por sustancias ni debidos a una enfermedad médica, es decir, son independientes. Efectos esperados: síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia. Inducidos por sustancias: síntomas considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación o de abstinencia por una sustancia.

Tal y como defiende la mayor parte de los expertos, la patología dual consiste, en la mayor parte de los casos, en el resultado de una serie de aspectos etiológicos, genéticos y ambientales que se retroalimentan, que generan cambios neurobiológicos cuya relación está demostrada en ambos trastornos individuales sobre los que se va creando un conjunto de cogniciones, conductas y emociones que dependiendo en ocasiones del entorno familiar, grupos de pares, disponibilidad de sustancias, etc. da

lugar a una enfermedad mental formada por al menos dos entidades nosológicas: una adicción y otro trastorno mental.

En los últimos estudios sobre la prevalencia de la patología dual, se ha encontrado que, en las redes sanitarias públicas relacionadas con la salud mental, el 53,2% del colectivo de pacientes que reciben tratamiento presenta patología dual y que en las de drogodependencias este porcentaje llega al 63%.

Navarrete (Navarrete, Szerman, Néstor, & Ruiz, Pedro, 2017) define la patología dual (PD) como la co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por uso de sustancia (TUS), con otros trastornos psiquiátricos (OTP), de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital

La Patología Dual debe considerarse dentro de las patologías mentales graves y resistentes a los tratamientos convencionales siendo fundamental para la sanidad pública y específica de salud mental.

Las personas que presentan patología dual tienen mayor riesgo de recaídas, hospitalización, frecuentación de servicios de urgencias, violencia, encarcelación, mendicidad, complicaciones médicas, ideación y conducta suicida, mortalidad y en general dificulta enormemente el proceso de inserción social de este colectivo, representando, además, una importante carga económica para los presupuestos públicos.

En general son un grupo de pacientes con una mala evolución, una peor calidad de vida, elevada morbilidad, mortalidad y un consumo elevado de recursos sanitarios y sociales.

Existen estudios epidemiológicos que sugieren que cada uno de los trastornos puede contribuir al desarrollo del otro.

En otros estudios prospectivos, solo una pequeña, comparativamente, proporción de los trastornos psiquiátricos parece atribuible al uso abusivo de sustancias, mientras una sustancial proporción de trastornos por uso de sustancias parece ser consecuencia de diferentes trastornos psicopatológicos.

2.4 Psicoterapias que integran el eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de las Conductas Adictivas y la Patología Dual

- Cognitiva – Conductual (TCC) John B. Watson
- Terapia Racional Emotiva (TRE) Albert Ellis
- Terapia Gestalt (PHG) Fritz Perls, Enfoque de Héctor Salama y Celedonio Castanedo
- Terapia De Grupo Enfoque de Lic. Mario Colli, Psicoterapia de grupo en el campo de las adicciones: Un modelo ambulatorio para su abordaje en cuba.
- Terapia Cristo-Céntrica. Rick Waren, John Baker Celebramos la Recuperación
- Logoterapia. Viktor Frankl
- Farmacoterapia: Un Enfoque de E. Sánchez Hervás

Los síntomas característicos serán evidentes en todos los pacientes adictos pues denotaran daño progresivo de la calidad de vida de la persona, negación y auto sabotaje para percibir la relación entre la conducta y el deterioro personal, uso compulsivo y una incapacidad de controlar dicha conducta, dificultad para la abstinencia inmediata o permanente, el deseo imperioso de consumo, la disminución del reconocimiento de los problemas significativos causados por la propia conducta, así como una respuesta emocional y racional disfuncional ante la problemática. Dando como resultado una disminución en la calidad de vida del afectado. Generando problemas laborales, en sus actividades académicas, en sus relaciones sociales y/o en sus relaciones familiares.

Tras el crecimiento de la población con padecimientos afectivos y/o con problemas de adicción, se ha hecho cada vez más necesaria la definición de modelos de atención a este tipo de pacientes, con el fin de lograr una rehabilitación e inserción social integral, de ahí el surgimiento del concepto de Patología Dual.

Nanni nos dice: (Nanni, 2011) “Diversos estudios, han evaluado la prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en pacientes en tratamiento por otros trastornos psiquiátricos”.

La fusión de estos dos trastornos TUS y TP, que da como resultado la Patología Dual, es un gran avance en el tema del tratamiento de conductas adictivas, pero se hace más evidente la necesidad de la profesionalización dentro de la profesión de la salud mental, como también la de incorporar al tratamiento un modelo de psicoterapia integrativa, que pueda dar respuesta a la necesidad emergente de este nuevo concepto, que pueda contener de manera sistemática y efectiva y dar un tratamiento eficaz y efectivo.

Souza (Souza y Machorro, 2007), plantea así mismo la necesidad de plantear la utilidad de la *“profesionalización de la terapéutica”* porque entre los problemas actuales de salud pública más importantes y controversiales del campo psiquiátrico se encuentran la patología adictiva y su comorbilidad (Patología Dual). Y sigue planteando que *“desde hace varias décadas operan distintos abordajes, estos aún no resuelven el fenómeno global, y solo parcialmente contribuyen a solucionar la sintomatología de los principales síndromes adictivos. Por ello, la controversia continua, la descalificación prevalece entre un modelo y otro, y la incompreensión y la confusión persisten entre el personal operativo.”*

Ante tal planteamiento, se integrará varios modelos de psicoterapia para el abordaje de patología dual en las conductas adictivas.

Se describirá brevemente las características más prominentes de cada modelo y posteriormente se utilizarán en un caso en particular.

2.4.1 Terapia Cognitiva-Conductual

Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la Terapia Cognitivo-Conductual, justamente, John B. Watson, quien, aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo. Y con respecto a esto vale la pena realizar algunas aclaraciones. El conductismo de Watson

representa actualmente más las bases metodológicas del modelo que un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuales se deriven técnicas de intervención.

La intervención terapéutica en Terapia Cognitivo-Conductual (Belloch, Sandin, & Ramos, 1995) se estructura en tres pasos. El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

Navarro nos dice: (Navarro Cueva, 1994) los cuatro pilares básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual: aprendizaje clásico, aprendizaje operante, aprendizaje social y aprendizaje cognitivo. De ellos se han desprendido múltiples líneas de investigación. En efecto, a fin de explicar la complejidad del comportamiento humano es preciso poner en conjunción no sólo los principios derivados de los paradigmas mencionados, sino considerar otros desarrollos de la investigación contemporánea que no se oponen ni excluyen a los aspectos aquí tratados.

Particularmente, en lo que se refiere a la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual, las técnicas utilizadas combinan en diversos grados principios provenientes de múltiples líneas de investigación. En suma, dado el carácter científico de la Terapia Cognitivo-Conductual, ella se nutre, sencillamente, de la investigación psicológica contemporánea. En este sentido, no es una teoría ni una escuela psicológica, sino que se caracteriza mejor como un marco metodológico. No importa tanto el origen de las hipótesis sino el que ellas hayan pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos.

En suma, el modelo cognitivo-conductual constituye un movimiento contemporáneo de integración mucho más amplio que un paquete de técnicas. Posee

lineamientos éticos y bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento.

2.4.2 Terapia Racional Emotiva

Albert Ellis consideraba que los problemas conductuales y emocionales podían tener su génesis a partir de sus tres fuentes: la del pensamiento, la emocional y la conductual. Enfatizó en cómo los pensamientos inciden en las alteraciones psicológicas.

Ellis, afirmó que las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados, que son generados tanto consciente o inconscientemente. Por ende, esas mismas personas disponen de todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados duraderos y estables.

El vínculo entre el pensamiento y la emoción. Según Ellis (Ellis, 2003), esto demuestra cómo se relacionan el pensamiento y la emoción. Ellis afirmaba que lo que causa la alteración o dificultad emocional no es lo que sucede en el punto A, sino que las personas crean una estructura de creencias en el punto B y refuerzan estas creencias en una forma negativa y muchas veces perjudicial, lo cual se manifiesta en las reacciones conductuales o emocionales: el punto C.

Este cuerpo teórico y la terapia que surgió del mismo motivó muchas críticas por parte de algunos profesionales del campo de la psiquiatría y de la misma psicología, al afirmar que pecaba de un exceso de "racionalismo" lo que causaba que la teoría se percibiera como no muy viable y poco científica. No obstante, el tiempo dio lugar a numerosos estudios e investigaciones sobre casos en donde se ha aplicado la TRE, obteniendo una alta confiabilidad y excelentes resultados. Es por eso que la TRE, desde que fue creada por Albert Ellis hasta la actualidad se encuentra en la vanguardia de las psicoterapias. Caballo (Caballo, 2010), propone 5 Fases del proceso de intervención TRE.

- 1) evaluación psicológica,
- 2) evaluación racional-emotiva,

- 3) insight racional emotivo,
- 4) aprendizaje de una base de conocimiento racional y
- 5) aprendizaje de una nueva filosofía de vida.

Evaluación psicopatológica. Es el primer para realizar una exploración psicopatológica completa. En el caso de poblaciones clínicas se comienza con la evaluación racional emotiva, propia y específica de la TRE. En los clientes que no sufren ningún trastorno psicopatológico especial se comienza directamente con la evaluación racional emotiva

Evaluación racional-emotiva. Se comienza realizando una lista con los problemas que presenta el cliente, clasificándolos en:

internos (reacciones emocionales intensas o disfuncionales)

externos (dependen del ambiente),

y primarios o secundarios.

El objetivo es detectar creencias que encierren exigencias absolutistas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración o auto-descalificación general.

En general es conveniente comenzar trabajando los problemas secundarios puesto que pueden estar incrementando los síntomas primarios. El orden es: a) los problemas secundarios, b) los problemas primarios, y c) los problemas externos.

Se establece una primera aproximación a las relaciones entre acontecimiento activadores

A creencias irracionales B consecuencias emocionales C continuación se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TRE. Insight racional-emotivo:

A continuación, se explican los principios teóricos que sustentan la TRE, así como los tres insight que se deben alcanzar. El deseo de cambio de creencias irracionales no es suficiente, es necesario trabajar duramente y de forma constante.

Aprender una base de conocimiento racional

En esta fase se lleva a cabo la TRE ya que se enseña y entrena una base de conocimiento racional que permita refutar creencias irracionales.

Aprender una nueva filosofía de vida

Se pretende alcanzar dos objetivos: 1) instaurar creencias racionales, 2) fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales como las exigencias absolutistas, catastróficas, etc...

2.4.3 Terapia Gestalt

La terapia Gestalt, nos dice Castanedo (Castanedo Secadas, 2008) como tal no es parte de un modelo específico de intervención., es de resaltar que la terapia Gestalt en el tratamiento de las adicciones es una propuesta que ofrece múltiples posibilidades y que acompaña a otros modelos, los cuales son modelos de intervención ambulatorios o de internamiento. Estos modelos implican aportes desde lo cognitivo, conductual, afectivo, vivencial, autoayuda (narcóticos anónimos o alcohólicos anónimos), artístico..., entre otros.

La terapia Gestalt se centra más en el proceso (lo que está ocurriendo) que en el contenido (lo que se está discutiendo). El énfasis está en lo que se está haciendo, pensando, y sintiendo en el momento, más que en lo que fue, puede ser o debe ser.

Área psicoemocional, resentimientos y conducta acusatoria, miedos, fantasías y fijaciones.

El fin de la terapia con el drogodependiente se busca o se pretende lograr:

Recuperación del contacto con su experiencia y organismo, hacer contacto con la realidad y tomar conciencia de la enfermedad, asumir la responsabilidad del sufrimiento, buscar la integración de la persona, sensibilizarse con su propio cuerpo, con sus emociones, sus pensamientos y con los demás, aprender a tolerar y elaborar el sufrimiento y el placer que eso le genere. Desarrollar el centro de auto-apoyo en sí misma.

Es importante trabajar con cada uno de los bloqueos del ciclo Gestalt como los introyectos donde le pediría a la persona que se quede con los que le sirvan y que los otros los deje a un lado, la confluencia donde haría ver a la persona que es distinta a

la droga y no son uno mismo se utilizaría la técnica de la silla vacía, trabajaría fijación donde la persona salga y no se quede en lo mismo, por último, la retroflexión al hacer que la persona se dé cuenta el daño que se está haciendo.

Proceso general de recuperación del usuario

- Deseo de dejar la adicción.
- Reconocer la condición de adicto.
- Compromiso para detener la adicción.
- Asumir las medidas de emergencia para detener la adicción.
- Atención inmediata y permanente de los problemas intra psíquicos, personales, familiares y ecológicos que atentan contra su sobriedad.
- Examinar las reservas personales que persistan para detener la adicción.
- Atención a las actitudes, ideas y rasgos de personalidad contrarios a la sobriedad.
- Vigilar íntegramente el proceso anterior.
- Proponer el mejoramiento personal del adicto en las distintas áreas de su vida.

2.4.4 Psicoterapia De Grupo En El Campo De Las Adicciones: Un Modelo Ambulatorio Para Su Abordaje En Cuba.

Colli propone: (Colli & Zaldívar, 2002) un manejo de la psicoterapia grupal, utilizando una estrategia de psicoterapia con enfoque integrativo para el abordaje del paciente con problemas de poli-consumo, y para ello se integra diferentes corrientes contemporáneas de psicoterapia de grupo como lo son (cognitivo-conductual, humanista, neo psicoanalítico, transaccional, e interactivo).

Trata también de dar una pincelada de la intervención familiar como factor de apoyo en la rehabilitación del paciente adicto, aunque muestra cierta reserva hacia ella por la considera como parte, o la productora de la de la patología del paciente, por eso debe decirseles que son parte de la terapia por ello, y que deben estar en terapia, ya que se benefician al unísono del paciente.

Presenta a la red social del paciente:

Zona Personal: familia nuclear y amigos muy íntimos.

Zona Intima: buenos amigos.

Zona Efectiva: amigos menos valorados, reemplazan a los de la zona personal cuando desaparecen.

Zona Nominal: conocidos estratégicamente situados en la sociedad (médicos, abogados, etc.)

Zona Extensa: oferta de servicios que una comunidad se da a sí misma.

También hace mención de la red de Apoyo Social, y toma en cuenta que, sin esta red es imposible la rehabilitación de poli adictos, porque esta es la información o consejo verbal y/o no verbal, ayudas tangibles o acciones que son realizadas por personas íntimas o por su presencia y que tienen un efecto emocional o conductual benéfico en quien lo recibe. Los Sistemas de Apoyo que son el conjunto de personas que prestan el apoyo como una alternativa para una rehabilitación larga y eficaz en los pacientes.

Hace una división por grupos del mono consumidores y poli consumidores y la frecuencia del consumo para un mejor abordaje.

El esquema que propone me parece muy funcional en los aspectos que presenta, aceptación de la enfermedad, comprensión de la abstinencia, aceptación de sí mismo, des aprendizaje del hábito, resistencia a la sobriedad, depresión y desesperanza y el apoyo, conducta agresiva verbal y física, y los juegos patológicos de los adultos porque abarca toda la problemática que tienen que resolver los pacientes. El terapeuta va haciendo la integración de las diferentes escuelas en el marco teórico e indica las técnicas a utilizar.

En las etapas de mantenimiento y cambio propone también objetivos muy precisos que se irán alcanzando con el acompañamiento del terapeuta y los aspectos a conseguir son de fácil comprensión para el adicto por lo que no se sentirá frustrado por lo inalcanzable de ellos, pues se vale del Análisis Transaccional para fortalecer su yo adulto, dejando atrás el niño adaptado sumiso y rebelde, comprender los roles de

los juegos patológicos, y llega a comprender como se comunica al utilizar las transacciones inadecuadas, y aprende a comunicarse de una manera más asertiva.

Por la dinámica de grupo que se propone, los pacientes, encontraran un ambiente de confianza y libertad y empezaran surgir confesiones. Estas confesiones que por supuesto servirán para su desahogo y liberación.

Los Factores curativos, que propone: El altruismo, Aprendizaje interpersonal, comprensión de sí mismo, identificación, revalidación de la familia, y cohesión grupal, tienen objetivos muy claros en cuanto a aplicación y tiempo establecido, porque se propone objetivos de corto, mediano y largo plazo, además de una fácil comprensión y aplicación tanto para el paciente como para el terapeuta. Además, como son grupos ambulatorios no sienten la presión del encierro y les da la libertad de la decisión de continuar o parar. Los temas que se proponen tienen una dirección muy definida para la rehabilitación que los lleva indudablemente al crecimiento personal, que sin este no hay rehabilitación verdadera.

2.4.5 Terapia Espiritual

Waren dice: (Warren & Baker, 2003). *“Es un programa de Estudio para la recuperación que es Distintivamente cristiano, Intransigentemente bíblico, Designado especialmente para las iglesias. _Alcoholismo _Divorcio _Abuso Sexual _Codependencia _Adicción a las Drogas _Violencia Doméstica _Adicción Sexual Estas palabras se refieren a más que meros «asuntos». Se refieren a personas cercanas a nosotros —o incluso a nosotros mismos. Las personas luchan con problemas que los sermones o la Biblia estudian, pero no resuelven. Celebremos la Recuperación. Llena una necesidad constante de la iglesia en su rol como agente sanador de Cristo. Todo lo que necesita está aquí: _Una Guía del Líder _Cuatro Guías del Participante _Material de promoción reproducible Todo en un programa acreditado e innovador, desarrollado con cuidado y oración para ayudar a las personas a desarrollar una nueva dignidad, fortaleza, gozo y crecimiento en la semejanza a Cristo.*

2.4.6 Logoterapia

La logoterapia fue fundada y desarrollada por el psiquiatra vienés Viktor Frankl (1905-1997).

Es una psicoterapia que propone que la voluntad de sentido es la motivación primaria del ser humano, una dimensión psicológica inexplorada por paradigmas psicoterapéuticos anteriores, y que la atención clínica a ella es esencial para la recuperación integral del paciente.

Habla de los valores y el sentido de la vida. Lo que hace Frankl es entender la diferencia de la motivación respecto a la terapia como expresión de su actitud ante la vida y separarlo de su trastorno principal, de su neurosis. Es una teoría que, consecuentemente, podría denominarse análisis existencial?¹ Es claro que la concepción de éste autor se ve marcada y reforzada por su estadía personal durante varios años en los campos de concentración nazis de exterminio a judíos.

Se basa en tres supuestos filosóficos que son fundamentales para su desarrollo:

1. La *libertad de voluntad* (antropología): que explica que todo hombre es capaz de tomar sus propias decisiones, por lo que es libre de escoger su propio destino y no convertirse en una marioneta a merced del mismo, o del inconsciente colectivo (pan determinismo)
2. La *voluntad de sentido* (psicoterapia): expresa la preocupación de Frankl ante los métodos psicológicos enfocados en la percepción del “componente exterior”, desvirtuando la idea del animalismo presente en el ser humano que lo hace único ante el reino vegetal y animal (psicologismo)
3. El *sentido de vida* (filosofía): que para la Logoterapia es un factor incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia, pero puede escaparse de la comprensión humana. La Logoterapia es una percepción positiva del mundo (reduccionismo).

4. En relación a la teoría y práctica desarrollada por Viktor Frankl se puede aludir a que la Logoterapia presentaría un abordaje terapéutico cercano a las terapias cognitivas, meta cognitivas y constructivistas.
5. Finalmente se puede especificar que la Logoterapia es una perspectiva teórica con influencias humanistas-existenciales, de aproximación cognitiva y epistemológicamente posicionada en lo fenomenológico/constructivista.

La metodología logoterapéutica de Frankl se basa en tratar las enfermedades psíquicas tanto desde un abordaje netamente médico (por ejemplo, a ciertas personas que le consultaban por depresión, tras estudiarlas, les recetaba un tratamiento hormonal), aunque principalmente la cuestión es dialogar con la persona y notar en ella qué es lo que da sentido a su vida.

2.4.7 Farmacoterapia

Se reconoce en este contexto un abordaje de tipo biopsicosocial en el que tiene cabida la utilización de terapias psicológicas y farmacológicas, como tratamientos combinados, formando parte de un abordaje global de la problemática del individuo relacionada con conductas adictivas y patología dual. Al margen de que las vías de acción sean aún en buena medida desconocidas, la aproximación entre terapias psicológicas y psicofarmacológicas se pueden utilizar en tres niveles: a) las estrategias psicológicas para aumentar la observancia de un tratamiento con fármacos; b) la administración de psicofármacos para facilitar el tratamiento psicológico (o viceversa), y c) la evaluación comparativa de ambos tipos de intervenciones.

El tratamiento combinado (Sanchez, 2016) está basado, en el fundamento de que los tratamientos conductuales y farmacológicos operan con mecanismos diferentes pero complementarios, y tienen potencial para producir efectos acumulativos. La más sólida justificación de los tratamientos combinados se encuentra en las recomendaciones contenidas en las distintas guías clínicas que han aparecido en los últimos años sobre la eficacia de los diferentes tratamientos.

Los tratamientos combinados se han documentado escasamente en la investigación clínica y sus mecanismos y efectividad siguen siendo motivo de controversia. En parte, esta situación ha estado perpetuada por los sesgos profesionales. Los psicólogos y los investigadores no médicos pueden haber tenido un interés especial en demostrar la superioridad de las técnicas no farmacológicas. Por el contrario, los investigadores psiquiatras, particularmente aquellos con una orientación biológica, pueden tender a primar las estrategias farmacoterapéuticas. Estas conceptualizaciones dicotómicas de las intervenciones conducen a dificultades en los diseños de investigación y producen una fuente de sesgo investigador que podría influir considerablemente en los resultados.

En las conductas adictivas y la patología dual que ambas son del campo de la salud mental, los clínicos suelen interpretar, en ocasiones, que las diferencias de opinión entre terapeutas y clientes se enraízan en la psicopatología (por ejemplo, resistencia), en lugar de considerarlas como una alternativa que el mismo cliente pueda escoger. Se trata de crear un sistema en el que los datos y no el sesgo determinen las recomendaciones de abordaje. De esta forma, el clínico sería capaz de ofrecer al paciente las recomendaciones expertas sobre la forma de intervención que mejor se adapte al problema que presenta. Mediante la educación atenta y carente de sesgos pueden modificarse las actitudes del paciente, de forma que puedan ser guiadas hacia cualquier forma de intervención cuya efectividad haya sido demostrada.

Los modelos integrados ofrecen una gran potencialidad terapéutica. Los psicofármacos, al actuar rápidamente pueden inducir un efecto placebo favorable, y además afectar positivamente a las habilidades verbales, aumentar la motivación, mejorar las funciones cognitivas (memoria y atención), facilitar el recuerdo, reducir distracciones y asegurar la concentración. Desde este punto de vista pueden capacitar al paciente para las terapias psicológicas, de actuación más lenta, facilitando así un aumento de la autoeficacia. A su vez, la terapia psicológica puede favorecer el tratamiento farmacológico facilitando el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, posibilitando la reducción de la dosis del fármaco y contribuyendo al acortamiento del tratamiento.

Desde un enfoque psicológico es importante la prescripción conductual del fármaco al menos en dos sentidos: a) desde la perspectiva del clínico la prescripción del fármaco debe ser un acto terapéutico en el marco más amplio de la mejoría global del paciente. El fármaco no es un tratamiento fundamental, al menos en muchos casos, ni puede considerarse tampoco la terapia psicológica como una mera intervención secundaria o paliativa para síntomas residuales; b) desde la perspectiva del paciente, la prescripción del fármaco es un procedimiento de choque al servicio de un cambio global que va a requerir otras medidas (exposición, cambios cognitivos, relajación, reorganización del tiempo libre, reajuste de las relaciones familiares, etc.).

La integración de la farmacoterapia con la psicoterapia al inicio del curso del tratamiento teóricamente reducirá de modo suficiente los síntomas más relevantes del trastorno hasta el punto de que el paciente sea capaz de implicarse con efectividad en la relación psicoterapéutica. Si se acuerda este curso, los pacientes no sólo deben conocer los riesgos y beneficios asociados con la farmacoterapia y con la psicoterapia, sino también que el objetivo último puede ser la eliminación del agente farmacológico antes de la conclusión de la terapia.

No se pueden soslayar, sin embargo, los posibles efectos negativos de la farmacoterapia sobre las terapias psicológicas, y es por eso que los tratamientos combinados no tienen un uso tan extendido como pudiera creerse. A pesar de las pruebas que demuestran que los enfoques farmacológico-conductuales combinados constituyen en muchos casos la estrategia óptima para los trastornos por uso de sustancias, en la práctica clínica no son abundantes los enfoques combinados efectivos que se observan. Esto refleja, en parte, las abundantes dificultades prácticas asociadas tanto con la naturaleza multidimensional de los problemas de las personas con conductas adictivas (por ejemplo, la necesidad de evaluación y tratamiento de múltiples problemas concurrentes médicos, legales, familiares, psicológicos, laborales y otros), así como las complejidades con la provisión de tratamiento combinado para trastornos por abuso de sustancias en contextos de atención externa.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO.

3.1 Sujetos de Investigación

Para llevar a cabo la muestra de investigación se encuestó a dos grupos de personas; el primer grupo que se abordó en forma individual fueron 15 Profesionales en el ámbito de la Salud Mental; Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos y Life Coach Clínicos expertos en el Modelo de Análisis Transaccional.

Médicos psiquiatras: Cuatro; Tres de sexo masculino y una de sexo femenino, oscilando entre los 38 y 70 años, de diferente nacionalidad. Dos de origen guatemaltecos, un de origen brasileño y uno de origen peruano. Todos los hombres son miembros clínicos avanzados, certificados Internacionalmente como miembros didactas por la Asociación Latinoamericana de Análisis transaccional ALAT.

Entre ellos el Dr. Rolando Paredes, guatemalteco, de 70 años de edad, egresado de la Universidad San Carlos de Guatemala, lleva aplicando el Modelo de AT, unos 20 años, recibió la formación de AT cursando el doctorado en Psicología Clínica en la Universidad Francisco Marroquín, quienes tuvieron a bien traer a Guatemala a los Dr. Roberto Kertész, de Argentina y al Dr. Juan José Tapia de México, quienes iniciaron la formación de expertos en este Modelo en el país, El Dr. Paredes es fundador de ALAT y AGAT (Asociación Guatemalteca de Análisis Transaccional) en el país.

Psicólogos Clínicos: Siete, 3 de sexo masculino y 4 de sexo femenino, de entre 35 a 65 años, de diferente nacionalidad, entre la que se encuentra tres, guatemaltecos, una Psicóloga clínica brasileña, una peruana, una nicaragüense y un Psicólogo clínico cubano, todos ellos también certificados como miembros avanzados y miembros Didactas de AGAT Y ALAT

Pacientes Rehabilitados: Este segundo grupo que se entrevistó fueron 5 pacientes, de sexo masculino, de entre 32 a 64 años de edad, con poli consumo de

sustancias, en abstinencia y sobriedad por el momento y que se les abordó con el modelo de AT.

El estudio se llevó a cabo con una muestra mínima de personas 20 en su totalidad, porque es un modelo que ha sido poco trabajado, pero que ha sido efectiva.

3.2 Instrumentos de Investigación

Se diseñaron instrumentos de elaboración propia, consistentes en una entrevista semiestructurada que se utilizó para la obtención de datos, en el trabajo de campo con el grupo de profesionales de la salud mental expertos en el modelo de análisis transaccional, esta se usó como una guía de entrevista, que incluyó un cuestionario con 15 preguntas que fueron elaboradas de acuerdo a los indicadores que responden a las subcategorías de formación, aplicación y experiencias que se encuentran en el árbol de categorías del tema a investigar, lo que le otorgó la confiabilidad y validez que fue necesario para la recopilación de datos.

Se hizo el pilotaje inicial de exploración, para determinar si las preguntas que se utilizaran en la entrevista son las necesarias y adecuadas para obtener el muestreo indicado que permitió hacer la interpretación correspondiente de la información recopilada.

Nota:

Los modelos de instrumentos para profesionales expertos se colocaron en el anexo

3.3 Categorías

Las categorías son los diferentes valores y alternativas, es la forma de clasificar conceptual o codificar un término o expresión de forma clara que no se preste para confusiones a los fines de determinada investigación. En dichas alternativas serán ubicados, clasificados, cada uno de los elementos sujetos a estudio (las unidades de análisis).

Según Straus (Straus & Corbin, 2002) “La categorización consiste en la asignación de conceptos a un nivel más abstracto, las categorías tienen un poder conceptual puesto que tienen la capacidad de reunir grupos de conceptos o subcategorías. En el momento en el que el investigador empieza a agrupar los conceptos, también inicia el proceso de establecer posibles relaciones entre conceptos sobre el mismo fenómeno”. Este mismo autor argumentan que: “Las categorías son conceptos derivados de los datos que representan fenómenos...Los fenómenos son ideas analíticas pertinentes que emergen de nuestros datos”.

Si se plantea el fenómeno como hecho observable en un contexto específico del que se extrae una serie de información, es válido establecer un entramado de datos importantes que se registran, a su vez esta información se convierte en campos definidos de análisis los que por sus características similares se organizan en categorías.

En el presente trabajo definidos dos categorías para hacer el análisis del muestreo del presente trabajo. Expertos en análisis transaccional y Pacientes Rehabilitados con este modelo.

Tabla 3.3.1

Árbol De Categorías Expertos

Categorías	Subcategorías	Indicadores
Expertos en Análisis Transaccional:	Formación:	Profesión y especialidad
	Aplicación	-Tiempo de expertise en el modelo AT -Número de pacientes atendidos aproximados en los dos últimos dos años
	Experiencia	-Principales logros obtenidos -Resultados satisfactorios con este modelo -Lugar de atención, clínica, hospital, casa hogar -Tipo de conducta que más responde con este modelo.

Tabla 3.3.2
Árbol De Categorías Pacientes

Categorías	Subcategorías	Indicadores
Pacientes con conductas adictivas tratados con AT	Consumo	Edad de inicio de consumo Origen del consumo Tiempo de consumo
	Rehabilitación	Profesional en AT que le atendió. Modelo de Intervención con el que fue abordado. Tiempo que duro el abordaje Lugar del Abordaje
	Recaídas	Tiempo que duro la recaída
	Logros	Cambios de conducta logrados Nuevo proyecto de vida

3.4 Procedimiento de investigación

Para iniciar con el procedimiento de la investigación, se han efectuado una serie de actividades que a continuación se describen.

- Buscar el tema de investigación
- Investigación del estado del arte
- Determinar el tipo de investigación “Cualitativa en mi caso”
- Describir los objetivos de la investigación
- Establecer las categorías
- Determinar las subcategorías
- Crear los indicadores
- Elaboración del árbol de categorías

- Elaboración del instrumento de recopilación de muestras
- Elaboración de la Entrevista semiestructurada de acuerdo a los indicadores
- Verificar la confiabilidad y validez de la prueba
- Efectuar el pilotaje de la prueba
- Efectuar el trabajo de campo, pasando las entrevistas con los sujetos ya descritos
- Efectuar las matrices para su tabulación
- Analizar el contenido de las matrices tabuladas para establecer las coincidencias y diferencias
- Interpretación del contenido de las matrices.

3.5 Diseño Metodológico y análisis de la información:

La base de esta investigación fue la teoría fundamentada, según Hernández (Hernández, Fernández, & Batista, 2014), porque su propósito es desarrollar una teoría basada en datos recopilados y que se aplica a áreas específicas. Se escogió un tipo narrativo comparativo al asociar tres variables en los profesionales expertos en AT, y cuatro variables en los pacientes rehabilitados con este modelo.

Se evaluó la investigación bajo el diseño cualitativo utilizando para ello la aplicación de dos encuestas semiestructuradas a una muestra de 15 profesionales y 5 pacientes rehabilitados con este modelo.

Los resultados de la investigación permitieron comparar las respuestas de los profesionales con los pacientes rehabilitados para determinar sus coincidencias y diferencias y determinar si el modelo de Análisis Transaccional nos sirve de base para el modelo ecléctico psicológico que se pretendió integrar.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.

4.1. Entrevista Semiestructurada.

El instrumento de elaboración propia que se utilizó para la obtención de datos, en el trabajo de campo con el grupo de pacientes abordados con el Modelo de Análisis Transaccional, fue una entrevista Semiestructurada y se usó una guía de entrevista, que incluyó un cuestionario con preguntas que fueron elaboradas de acuerdo a los Indicadores que responden a las subcategorías del árbol de categorías de cada uno de los sujetos de investigación. En el caso de los Profesionales de Salud mental expertos en AT, se realizaron 15 entrevistas, y los resultados derivados de este árbol se categorizaron en tres subcategorías: Formación, Aplicación y Experiencia, en el abordaje de las conductas adictivas.

En el caso de los pacientes rehabilitados con el Modelos de AT integrativo, se realizaron 5 entrevistas, y los resultados derivados del árbol de categorías pertinentes a ello se categorizaron en cuatro subcategorías: consumo, rehabilitación, recaídas y logros.

4.2 Coincidencias y Diferencias entre los profesionales expertos en AT

A continuación, se presentan los grupos de preguntas de las entrevistas para relacionar las respuestas entre ellos y así poder determinar las coincidencias y diferencias.

¿En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional?

Las principales coincidencias que se pudieron encontrar fue la formación que recibieron a través de socios fundadores didactas y todos son miembros de ALAT

Las diferencias entre los profesionales entrevistados es las diferentes nacionalidades de cada uno de ellos y por lo tanto pertenecen a sus asociaciones de cada país. Algunos son miembros de las asociaciones de su país de origen ej. Aquí en Guatemala AGAT

¿Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas?

El AT es Aplicable a todas las patologías, permite introspección, cambios del guion, excelentes resultados, por experiencia que oscila entre 8 a 38 años, capacidad diagnostica, marco teórico fundamentado, análisis por los instrumentos. La experiencia varía entre los 8 a 38 años.

¿Cuál es el rol del profesional en este modelo?

Rol activo, sirve de catalizador, acompaña y apoya al paciente, el psicoterapeuta, establece una relación e interacción adulto-adulto. Interviene al darle vida a la relación terapeuta-paciente, Invita al cambio a la persona y a sus familiares, mediante reflexiones sobre el tipo de relaciones que generan las conductas adictivas, Ayudar al consultante a conocerse.

Algunos juegos doble rol psiquiátrico y psicoterapeuta

¿Cuáles son las características más significativas del A.T.?

Es base del modelo integrativo, de fácil comprensión, compatible, busca alcanzar la autonomía, da empoderamiento, capacidad de autoconocimiento y dirección, contractual, simple, usa diagramas y esquemas para entendimiento, lenguaje sencillo, rápido, eficaz, integrativo, potente.

¿Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo?

Entiende cómo funciona y como está actuando sin juicio, es importante el autoconocimiento de los estados del yo, brindan herramientas para entenderse y entender como relacionarse con los demás empoderamiento y re direcciona sus estado del yo más productivo, toma conciencia de funcionamiento de sus estados para proceso de descontaminación y autonomía, comprende su sistema de pensamiento, sentimiento y conducta y pasa a entender su mundo intrapersonal e interpersonal Al conocer sus estados del yo le facilita la comprensión de su modo de pensar, hablar, sentir, actuar y desarrollar cambios mediante la reflexión. Ayuda al despertar de la conciencia del paciente. Al entender sus estados del yo puede cambiarlos mediante la reflexión.

¿Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo?

Cuando entiende sus emociones cambia su manera de actuar, se concede permisos de sentir y expresar sus emociones de forma más auténtica, tiene comprensión poder y gestión de su mundo emocional, relaciona su yo adulto, con la sustancia y con los demás, añade habilidad emocional a otras habilidades personales y facilita su éxito personal y profesional, logra un control, entrenamiento y competencia de su sistema emocional. Al descubrir que tenemos el permiso de vivir todas las emociones de manera natural, se consigue una fluidez en la energía emocional. Al reconocer las emociones genuinas dirige su conducta hacia el bienestar. Aprenderá a buscar caricias adecuadas sin tener que recurrir a las conductas que lo llevan a la dependencia emocional.

Algunos lo miden por porcentajes

¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?

Todos aplican el modelo de AT, y han atendido pacientes en los dos últimos años.

La diferencia en tiempo de aplicación del modelo está entre 5 a 39 años de aplicación, 8 a 200 pacientes.

20 años y unos 10 pacientes, 8 años formación, 6 años 8 pacientes, 37 años, 6 pacientes, 5 años, 16 pacientes, 30 años y 200 pacientes en los 2 últimos años, 8 años y 72 pacientes, 19 años 15, 9 años 90 pacientes, 39 años de práctica, Me dedico a terapia de parejas, donde la dependencia emocional es muy frecuente.

¿Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto?

Todos, porque son necesarios para llegar a la patología del paciente.

Algunos además de utilizar todos los instrumentos, han desarrolla técnicas y herramientas propias.

¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?

Al cambiar los argumentos, logra autonomía, espontaneidad y capacidad de estabilidad personal, y es que el sujeto trata por todos los medios de cumplirlo, y al hacer consiente los mandatos se es capaz de re decidir cambiarlos y permitir mayor desarrollo y bienestar, El yo adulto se torna empoderado y emancipado, con relaciones sanas y un nuevo guion, que se provee de caricias nutritivas fuera del guion. Alcanza su autonomía, máxima conciencia, intimidad y espontaneidad, y la eficaz liberación de su guion, Por la autonomía que desarrolla, además de la espontaneidad, intimidad y creatividad, le permite alcanzar su auto sostenibilidad, y es que vivimos como pensamos. si cambiamos nuestra forma de pensar cambiamos nuestra forma de vivir, su re-decisión puede cambiar las manifestaciones de su conducta con el uso de interacciones saludables y autónomas, Los mandatos del guion impiden el pleno desarrollo, y no permiten ser autónomos

Algunos opinan que son los argumentos, otros que el guion, al final, los argumentos son los que forman el guion.

¿Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas?

Visión, Esperanza, Autonomía, Espontaneidad, Los determina el sujeto, acompañado del terapeuta esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida. Construcción de relaciones sanas, cuidado de sí mismo de y los demás, Plan de vida y expresión de emociones auténticas, Nuevas decisiones autonómicas, adopción de conductas saludables formulación de aquí y ahora con un yo adulto integrado, mejor estructuración del tiempo y disfrute de calidad de vida. Ampliación de límites, nuevos permisos para nuevos horizontes, manejos de los vacíos que se llenaban con drogas, encuentro consigo mismo, Autoprotección, valoración, organización y planificación disfrute del bienestar, QUE – COMO—CUANDO—PORQUE—PARA QUE

Algunos opinan que lo hace solo el sujeto, otros que debe ser acompañado por el terapeuta.

¿Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo?

Es frecuente si no se logra el equilibrio entre los procesos disfuncionales, depende del grado de compromiso y la gravedad de la patología, dependiendo de la influencia del guion. Hay un dolor viejo que la sustancia tapa y la terapia consiste en llegar a él para resolverlo.

Algunos lo ven como porcentaje, otros no pueden precisarlo, otros lo ven como poco conocimiento del terapeuta y otros más por la influencia de las comorbilidades psiquiátricas.

¿Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado?

La mayoría se inclina por las dos modalidades ambulatorio e internos. Algunos se inclinan por el ambulatorio, otros, dependiendo de la severidad del problema, internamiento y luego continuarse en ambulatorio.

¿Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo?

Todas, porque son las personas que responden a este modelo, esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida entre mejor se trabaje este vacío mejores serán los resultados. Aquellas en las cuales no hay un trastorno disocial de personalidad como componente fundamental del trastorno. Alcoholismo, tipos de neurosis, comida mariguana, tabaco, alcohol, drogas menos pesadas. La adicción emocional que al final se identifica con cualquiera de las demás

¿Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.?

La tendencia es de 40 a 50 horas a seis meses mínimo. De 40 a 50 sesiones es decir de 6 meses a un año, En 10 sesiones ya deben presentarse cambios, 1 año terapia semanal, 45 horas, 20-50 sesiones, es lo más temprano posible y siempre que él desea verdaderamente tratarse, Seis meses a un año, Periodos de mediano y largo plazo. de 1 a 5 años, El tiempo es relativo y dependiente de cada caso en particular. Algunos no pueden precisarlo, otros opinan que desde 10 sesiones tienen que manifestarse ya cambios, y otros que puede durar hasta cinco años.

¿Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral?

Sí, porque el objetivo es la autonomía, el bienestar personal y familiar y su estabilidad personal. Esa es la meta propuesta, pueden hacer una vida fluida y productiva si la persona aprende a reconocer cuando entra en circuitos negativos, es posible dentro de los límites de la normalidad. La psicoterapia es un proceso que permite un reencuentro con el bienestar el cambio terapéutico asumido por la persona representa la mejor opción de vida funcional personal, familiar, social y laboral. Si aprenden a vivir el presente, teniendo claro su pasado, y se empoderan para tomar nuevas decisiones basadas en su capacidad de creer en sí mismo

Algunos opinan que esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida. Siempre y cuando, se encajen a un grupo terapéutico mixto o específico para aquel tipo de adicción.

4.3 Interpretación del discurso de Profesionales

Después de haber tabulado, analizado y establecido las coincidencias y diferencias todas y cada una de las entrevistas se da la siguiente interpretación. Todos los participantes, son profesionales de salud mental, médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, expertos en AT, son miembros avanzados y certificados por ALAT Y AGAT.

Tienen diferente nacionalidad, entre las que se encuentran guatemaltecos, brasileños, peruanos, nicaragüenses, y cubanos.

Coinciden que este modelo es Aplicable a todas las patologías, y las conductas adictivas porque permite introspección, cambios del guion, excelentes da resultados, tiene capacidad diagnostica, y posee un marco teórico fundamentado.

Hay una vasta experiencia en la aplicación de este modelo que va desde los 8 a los 39 años, El psicoterapeuta lleva un rol activo y algunos lo combinan como psiquiatras y psicoterapeutas, sirve de catalizador, acompaña y apoya al paciente, establece una relación e interacción adulto-adulto. Interviene al darle vida a la relación terapeuta-paciente, Invita al cambio a la persona y a sus familiares, mediante

reflexiones sobre el tipo de relaciones que generan las conductas adictivas, Ayudar al consultante a conocerse.

Opinan que el AT es la base del modelo integrativo, de fácil comprensión, compatible, busca alcanzar la autonomía, da empoderamiento, capacidad de autoconocimiento y dirección, contractual, simple, usa diagramas y esquemas para entendimiento, lenguaje sencillo, rápido, eficaz, integrativo, potente.

Reconocen que es importante el autoconocimiento de los estados del yo porque entienden cómo funciona y como están actuando sin juicio, brindan herramientas para entenderse y entender como relacionarse con los demás empoderamiento y re direccionar sus estado del yo más productivo, toman conciencia del funcionamiento de sus estados para proceso de descontaminación y autonomía, comprende su sistema de pensamiento, sentimiento y conducta y pasa a entender su mundo intrapersonal e interpersonal Al conocer sus estados del yo le facilita la comprensión de su modo de pensar, hablar, sentir, actuar y desarrollar cambios mediante la reflexión. Ayuda al despertar de la conciencia del paciente. Al entender sus estados del yo puede cambiarlos mediante la reflexión.

Cuando entienden sus emociones cambian su manera de actuar, se concede permisos de sentir y expresar sus emociones de forma más auténtica, tiene comprensión poder y gestión de su mundo emocional, relaciona su yo adulto, con la sustancia y con los demás, añade habilidad emocional a otras habilidades personales y facilita su éxito personal y profesional, logra un control, entrenamiento y competencia de su sistema emocional. Al descubrir que tenemos el permiso de vivir todas las emociones de manera natural, se consigue una fluidez en la energía emocional. Al reconocer las emociones genuinas dirige su conducta hacia el bienestar. Aprenderá a buscar caricias adecuadas sin tener que recurrir a las conductas que lo llevan a la dependencia emocional.

Aplican todos los instrumentos, porque son necesarios para llegar a la patología del paciente.

Y saben que, al cambiarlos los argumentos, logran autonomía, espontaneidad y capacidad de estabilidad personal, y es que el sujeto trata por todos los medios de cumplirlo, y al hacer consiente los mandatos se es capaz de re decidir cambiarlos y permitir mayor desarrollo y bienestar. El yo adulto se torna empoderado y emancipado, con relaciones sanas y un nuevo guion, que se provee de caricias nutritivas fuera del guion. Alcanza su autonomía, máxima conciencia, intimidad y espontaneidad, y la eficaz liberación de su guion, Por la autonomía que desarrolla, además de la espontaneidad, intimidad y creatividad, le permite alcanzar su auto sostenibilidad, y es que vivimos como pensamos, si cambiamos nuestra forma de pensar cambiamos nuestra forma de vivir, su re decisión puede cambiar las manifestaciones de su conducta con el uso de interacciones saludables y autónomas, Los mandatos del guion impiden el pleno desarrollo, y no permiten ser autónomos.

Esperan que el nuevo proyecto de vida del paciente recuperado tenga Visión, Esperanza, Autonomía, Espontaneidad, Construya relaciones sanas, tenga cuidado de sí mismo de y los demás, desarrolle un Plan de vida y expresión de emociones auténticas, tenga nuevas decisiones autonómicas, adopción de conductas saludables formulación de aquí y ahora con un yo adulto integrado, mejor estructuración del tiempo y disfrute de calidad de vida. Amplié sus límites, tenga nuevos permisos para nuevos horizontes, maneje los vacíos que se llenaban con drogas, tenga un encuentro consigo mismo, y llegue a una autoprotección, valoración, organización y planificación para que disfrute del bienestar, y que pueda responder a: que – como—cuando—porque—para qué.

Dan la opinión que las dos modalidades ambulatorio e internos, son aplicables.

Sobre el tema de las recaídas dicen que es frecuente si no se logra el equilibrio entre los procesos disfuncionales, depende del grado de compromiso y la gravedad de la patología, dependiendo de la influencia del guion. Hay un dolor viejo que la sustancia tapa y la terapia consiste en llegar a él para resolverlo.

Todas las conductas adictivas responden a este modelo, porque son las personas que responden a este modelo, esta funcionalidad también varía pues

dependerá mucho del compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida entre mejor se trabaje este vacío mejores serán los resultados. Aquellas en las cuales no hay un trastorno disocial de personalidad como componente fundamental del trastorno.

Por la experiencia en psicoterapia nos opinan que la tendencia es de 40 a 50 horas, seis meses mínimos.

Llegaron a la conclusión que la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral, porque el objetivo es la autonomía, el bienestar personal y familiar y su estabilidad personal. Esa es la meta propuesta, pueden hacer una vida fluida y productiva si la persona aprende a reconocer cuando entra en circuitos negativos, es posible dentro de los límites de la normalidad. La psicoterapia es un proceso que permite un reencuentro con el bienestar el cambio terapéutico asumido por la persona representa la mejor opción de vida funcional personal, familiar, social y laboral. Si aprenden a vivir el presente, teniendo claro su pasado, y se empoderan para tomar nuevas decisiones basadas en su capacidad de creer en sí mismo.

4.4 Coincidencias y Diferencias entre los pacientes rehabilitados con AT. integrativo

A continuación, se presentan los grupos de preguntas de las entrevistas para relacionar las respuestas entre ellos y así poder determinar las coincidencias y diferencias.

¿A qué edad aproximada inicia su conducta adictiva?

Las edades oscilan entre 15 a 28 de edad en inicio del consumo.

¿Cuáles son las sustancias que ha consumido, y cuál ha sido la preferida?

Los 5 entrevistados han consumido alcohol, cocaína, crack, tabaco, mariguana, y solo unos han consumido pastillas, gasolina, LSD, anfetaminas, sosegón, captagón, hongos, pegamento

¿Algunos de sus padres o familiares tienen adicciones o algún tipo de consumo?

El padre consume alcohol y tabaco, y la madre de uno de ellos consumió alcohol
¿Su entorno familiar y su relación con sus padres ha sido agradable antes del consumo, o cree que pudo haber sido un motivo para que se iniciara en las adicciones?

Ambiente totalmente desagradable, muerte prematura de la madre e infancia con maltrato y opresión.

¿Consume actualmente, ocasionalmente o está en sobriedad y abstinencia?

Todos están en sobriedad y abstinencia, aunque han tenido algunas recaídas

¿Cree usted que tiene un mejor manejo de sus emociones?

Si hay un mejor manejo y control de las emociones. Uno de ellos todavía es sumiso, cascarrabias, y dificultad para lograrlo.

¿Se siente usted bien y en capacidad de tomar decisiones sobre su vida y su bienestar?

Sí, hay capacidad y seguridad para tomar decisiones, aunque para uno de ellos tiene dificultad para tomar decisiones todavía es influenciado.

¿Cuánto tiempo duro su tratamiento y fue suficiente o necesita más tiempo?

Creen que necesitan siempre de un apoyo más. Las diferencias del tiempo de tratamiento varían desde un mes, hasta dos años

Uno de los entrevistados asiste a un grupo de apoyo AA

¿Se puede comunicar con los demás con más facilidad y con más entendimiento?

Si, se pueden comunicar y entender de mejor manera. A veces se tiene dificultad para darse a entender y que lo entiendan.

¿Ha tenido recaídas, y como han sido esas recaídas?

Si por emociones encontradas y falta de aceptación, con menos intensidad de consumo y tiempo y son periódicas, una vez nada más. Solo una persona de las entrevistadas no ha tenido recaídas.

¿Puede identificar bajo qué estado del yo, es cuando usted tiene esas recaídas, y que estado del yo le ayuda a levantarse nuevamente?

Con el Yo niño rebelde y sumiso entran en recaídas, y con el yo adulto y el yo padre protector se levantan.

¿Cree usted que, al cambiar su guion de vida, tuvo cambios de conducta?

Sí, hay cambios de conducta, decisiones propias, decir no, aceptación de críticas, ser mejor cada día, creer en un poder superior, tranquilidad y paz.

¿Qué cambios de conducta ha logrado con la rehabilitación?

Tolerancia, amor propio, aceptación paciencia, ya no me pierdo, no me escondo para tomar, voz suave, ya no violento, más comunicación, más cariñoso, el mal carácter y la ansiedad.

Me puede mencionar por lo menos unos cinco aspectos de su nuevo proyecto de vida.

Todos han tenido nuevos aspectos en su proyecto de vida. Cada uno ha tenido sus diferentes aspectos en su nuevo proyecto de vida, mejor relación con mi familia, perdón crecimiento personal y profesional, la responsabilidad de mis decisiones, acercamiento a Dios, seguridad y dedicación en mis proyectos, apoyo, ayuda a mi familia, tener negocio propio, estudiar, viajar, comprar una casa

¿Se considera usted que ya ha logrado la reinserción familiar, social y económica?

Si lo han logrado y van avanzando. A uno de ellos le ha costado más que a los otros.

4.5 Interpretación del discurso de pacientes rehabilitados con AT

Después de haber tabulado, analizado y establecido las coincidencias y diferencias todas y cada una de las entrevistas se da la siguiente interpretación.

El segundo grupo que se entrevistó son 5 pacientes, de sexo masculino, de entre 32 a 64 años de edad, con poli consumo de sustancias, en abstinencia y sobriedad por el momento. Inician su consumo en edades que oscilan entre 15 a 28 de edad. Entre las sustancias que consumieron se puede encontrar: alcohol, cocaína, crack, tabaco, marihuana, pastillas, gasolina, LSD, anfetaminas, sosegón, captagón, hongos y pegamento.

Los cinco entrevistados, son hijos de padres consumidores de alcohol, tabaco y dos de ellos con padres consumidores de sustancias psicoactivas.

El entorno familiar en que se criaron fue disfuncional y muy desagradable. Dos de los entrevistados atribuyo el consumo, porque influyo la muerte de la madre y la figura del padre no llena ese vacío, sino que se quedan solos y sin dirección por la ausencia emocional del padre. Acceden de forma voluntaria con la participación de la familia, al proceso de rehabilitación al tocar fondo y buscar ayuda para salir de su adicción.

Coinciden que después de la rehabilitación tienen un mejor manejo de sus emociones, aunque a veces tienen dificultades para lograrlo, se sienten con más capacidad y seguridad para tomar mejores decisiones sobre su vida y su bienestar, es decir sienten más autonomía y libertad de acción, y hay mejor manejo de la culpa y la vergüenza que les provocaba su conducta adictiva y que los apartaba de su entorno familiar y social.

El tiempo de tratamiento oscilo entre un mes hasta dos años, uno de ellos va a un grupo de apoyo AA y todo coinciden que necesitan siempre de un apoyo, se pueden comunicar y entender de mejor manera, aunque algunos tienen dificultad para darse a entender y que los entiendan. Han tenido recaídas por emociones encontradas y falta de aceptación, con menos intensidad de consumo y tiempo y son periódicas,

Pueden identificar bajo qué estado del yo, es cuando tienen recaídas y es el niño sumiso y rebelde, y que estado del yo les ayuda a levantarse nuevamente, es el yo adulto y yo padre protector

Al cambiar su guion, hubo cambios de conducta, aprendieron a tomar decisiones propias, ya pueden decir no, aceptan críticas y sugerencias que les ayuda a ser mejor cada día, retomaron la espiritualidad que les ayuda a creer en un poder superior, sienten tranquilidad y paz, tolerancia, amor propio, aceptación y paciencia.

Ya no se pierden, ni se esconden para tomar, pueden comunicarse con un tono de voz suave, ya no son tan violento, tiene más comunicación, son más cariñoso, han logrado controlar el mal carácter y la ansiedad.

Cada uno elaboro un proyecto y han logrado por lo menos, unos cinco aspectos de su nuevo proyecto de vida. Han tenido diferentes aspectos en su nuevo proyecto de vida, tienen mejor relación con la familia practican el perdón y siguen con su crecimiento personal y profesional, tienen la responsabilidad de sus decisiones, tienen un acercamiento a Dios, y sienten seguridad y dedicación en sus proyectos, reciben apoyo y ayuda de la familia, ambicionan tener un negocio propio, estudiar, viajar, comprar una casa etc.

4.6 Análisis Integrado de opiniones y respuestas entre profesionales psicoterapeutas y pacientes rehabilitados con AT.

Al hacer un análisis comparativo entre las opiniones de los profesionales y los pacientes rehabilitados se coinciden que el modelo de At integrado es aplicable a todas las conductas adictivas y patologías duales que puedan tratarse con este modelo.

La formación de cada uno de los profesionales ha sido unificada, a través de una Asociación ALAT, para que pueda ser utilizada, en todos los países que tengan una representación de Análisis Transaccional en su país. La experiencia de cada profesional puede variar y esto no afectará la efectividad del método porque cuenta con un sistema que le ayuda a todos a aprender lo mismo y por supuesto cada uno lo aplica, de acuerdo a su conveniencia y aplicándole su estilo personal sin que altere los resultados.

No hay discriminación en cuanto a la aplicación del modelo por edades y tiempo de consumo, porque este permite introspección personal, que dirige cambios

estructural individuales en cambios del guion inconsciente, que da como resultados nuevos proyectos de vida que le da autonomía y poder de decisión a cada paciente con resultados satisfactorios que le permiten una rehabilitación y una reinserción asertivas, y como consecuencia proporcionan bienestar y calidad de vida al individuo.

El modelo tiene capacidad diagnóstica que le permite hacer prevención y tratamientos efectivos.

Coinciden profesionales y pacientes, que al aprender a identificar sus emociones, las pudieron desenredar del guion inconsciente y transformarlo en un funcional y coherente proyecto de vida y es por eso que después de la rehabilitación tienen un mejor manejo de las emociones, aunque a veces tienen dificultades para lograrlo, eso les permite tenerse más capacidad y seguridad para tomar mejores decisiones sobre su vida y su bienestar, es decir sienten más autonomía y libertad de acción, y hay mejor manejo de la culpa y la vergüenza que les provocaba su conducta adictiva y que los apartaba de su entorno familiar y social.

Ambos opinan que, al conocer la estructura de la personalidad a través del conocimiento de sus estados del yo, pueden identificar bajo qué estado sienten la necesidad del consumo y bajo qué estado pueden controlarla, porque ya manejan su estado adulto que les permite la toma de decisiones con responsabilidad y libertad

Las dos partes entrevistadas pueden afirmar que en el cambio de guion y la estructuración de un nuevo proyecto de vida se puede apreciar una nueva Visión, Esperanza, Autonomía, Espontaneidad.

Por supuesto que esto lo determina el sujeto, acompañado del terapeuta. Esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida.

Después de rehabilitado podrá construir relaciones sanas, tendrá el cuidado de sí mismo de y los demás, ejecutará su Plan de vida y podrá tener expresión de emociones auténticas, Nuevas decisiones autonómicas, adopción de conductas saludables, formulación de aquí y ahora con un yo adulto integrado, tendrá una mejor estructuración del tiempo y disfrute de calidad de vida.

Opinan también que podrán tener ampliación de límites, nuevos permisos para nuevos horizontes, manejos de los vacíos que se llenaban con drogas, encuentro consigo mismo, Autoprotección, valoración, organización y planificación disfrute del bienestar.

4.7 Discusión de resultados:

Después de haber establecido las coincidencias y diferencias y hecho el análisis interpretativo de toda la información recopilada se hizo la discusión de resultados en base a la fundamentación teórica de la investigación y estos resultados guardan relación con lo dicho por los profesionales expertos en AT, nacionales y extranjeros y los pacientes rehabilitados con dicho modelo y los teóricos consultados en el marco teórico.

Se concuerda con lo dicho por los profesionales de la salud mental entrevistados, medico psiquiatras, psicólogos clínicos y con lo dicho por Kertész (Kertész, Roberto; Atalaya, Clara I.; Kertész, Adrián, 1997), que el análisis transaccional es un sistema de referencia que tiene capacidad diagnóstica que le permite hacer prevención y es eficaz y potente para el tratamiento y abordaje de las conductas adictivas, por lo cual puede ser aplicado con la misma efectividad, por todos aquellos profesionales que se formen en el tema sin ninguna complicación, así mismo puede ser aplicado a distintos pacientes con diferentes conductas adictivas, y no hay discriminación en cuanto a la aplicación del modelo por edades y tiempo de consumo, lo que concuerda con los resultados de la investigación en al que los expertos y los pacientes indicaron en sus entrevistas.

De acuerdo a lo expresado por el Dr. Rolando Paredes y que coinciden con los otros profesionales y lo citado por Castanedo (Castanedo Secadas, 2008) el análisis transaccional es un modelo humanista existencialista, que es compatible e integrativo y no tiene ninguna limitante para servir como base para integrar a otros modelos psicoterapéuticos

De acuerdo a lo dicho por Maestro, (Maestro, 2014), y las dos partes entrevistadas pueden afirmar que en el cambio de guion y la estructuración de un nuevo proyecto de vida se puede apreciar una nueva Visión, Esperanza, Autonomía y Espontaneidad. Y ya el paciente rehabilitado podrá construir relaciones sanas, tendrá el cuidado de sí mismo y de los demás, ejecutará su Plan de vida y podrá tener expresión de emociones auténticas, nuevas decisiones autonómicas, adopción de conductas saludables, formulación de aquí y ahora con un yo adulto integrado, tendrá una mejor estructuración del tiempo y disfrute de calidad de vida.

Opinan también que podrán tener ampliación de límites, nuevos permisos para nuevos horizontes, manejos de los vacíos que se llenaban con drogas, encuentro consigo mismo, autoprotección, valoración, organización y planificación disfrute del bienestar.

De acuerdo a lo expresado y en lo que todos coinciden es que, esto se logra cuando conocen la estructura de la personalidad en sus estados del yo, y aprenden el manejo de la emocionalidad que le permite al paciente según los profesionales abordados, a tener una autonomía y una libertad de re decisión (Cuadra, 2018) para el cambio de vida que los lleve a una rehabilitación efectiva y duradera

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones:

En base de la evidencia de la presente investigación se concluye que se alcanzó totalmente los objetivos de investigación que eran:

1. Analizar las características del Análisis Transaccional para tomarlo como base en la aplicación del eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual
2. La evidencia de la investigación nos indica que los instrumentos y herramientas propias de cada una de las psicoterapias integradas, le dan efectividad y eficacia al tratamiento combinado
3. El eclecticismo psicoterapéutico crea sinergia en el abordaje de las conductas adictivas y la patología dual, porque potencializa las bondades y minimiza las debilidades de cada psicoterapia.
4. Las opiniones y respuesta positivas emitidas de los participantes, lo convierten en un modelo efectivo, con el que se puede contar con total fiabilidad y abordar las conductas adictivas y patología dual,
5. El eclecticismo psicoterapéutico tiene la metodología y las herramientas básicas, para promover el cambio del guion patológico y disfuncional, para reelaborar un nuevo proyecto de vida que le permitan autonomía, poder de decisión y crecimiento personal, que será fundamental para la rehabilitación integral y el bienestar que ayude a las personas a alcanzar su máximo potencial en todos los aspectos de la vida.
6. Se puede usar como un sistema de referencia, de diagnóstico y tratamiento a profundidad, porque tiene un enfoque, fisiológico, versátil, amigable, breve, comprensible por los clientes, pacientes y psicoterapeutas porque está centrado en soluciones eficaces a corto, mediano y largo plazo.

7. El Análisis Transaccional como método de trabajo no debe sus fundamentos a divagaciones teóricas del que fue su fundador, Eric Berne, sino que parte de una sólida y coherente base filosófica desde la Fenomenología y el Existencialismo, por lo que cuenta con pasado epistemológico propio que le otorga validez y credibilidad científica.
8. Este modelo ecléctico toma en cuenta que cada persona es un ser humano diferente con distintas situaciones de vida y distintas necesidades. Por esta razón cada tratamiento es individualizado de manera que se debe adecuar lo mejor posible a las características contextuales de cada persona. Aparejar la persona que va a tratarse con la intervención adecuada es un factor clave en el éxito final del tratamiento.
9. La rehabilitación no es solo del paciente adicto, sino también de la familia que se ha enfermado por lo que se hace necesario, acompañar igualmente a la familia en su recuperación para que se convierta en un factor de protección y no de riesgo a la hora de la reinserción familiar y social del paciente, y el modelo de AT, no solo trata al paciente, sino tiene los instrumentos de relación que permiten trabajar esta parte.

5.2 Recomendaciones:

En base de la evidencia de la presente investigación y para alcanzar los objetivos propuestos, se recomienda:

1. A los profesionales de salud mental que aborden conductas adictivas, que integren la patología dual al tratamiento y adopten el eclecticismo psicoterapéutico para aumentar la posibilidad de rehabilitación y disminuir la prevalencia de las recaídas.
2. A los directores, dueños, y personas particulares que atiendan centros de rehabilitación, que es necesario que se capaciten y que contraten profesionales psicoterapéuticos expertos en adicciones, para que implementen el modelo de eclecticismo psicoterapéuticos en sus centros de atención.

3. A los Centro de atención integral para pacientes adictos CAIPA, hospitales o centros de rehabilitación, que se sometan a los estatutos que dicta la DRACES para la revisión y actualización de las normas mínimas de atención al usuario.
4. A todos los psicoterapeutas que abordan las conductas adictivas que adopten el modelo que aquí se propone para, que tomen en cuenta que, la intervención, la consulta inicial, la evaluación, el diagnóstico, y el tratamiento en sí mismos son partes de un proceso que no está fracturado en etapas, sino que es integral y el manejo de la espiritualidad y las creencias del paciente adicto no deben olvidarse.
5. A los monitores o consejeros que trabajan o acompañan a personas con conductas adictivas, trabajar este modelo ecléctico integral que incluye la parte espiritual, porque es parte fundamental, para darle el soporte y asidero de fortaleza al paciente que lo necesita para salir adelante en sus momentos de vacío, y de crisis, el siempre necesitara creer en algo que lo guie hacia una recuperación que le de bienestar a su vida.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. Análisis de Participantes

Los actores participantes relevantes en la implementación de la propuesta del proyecto Eclecticismo Psicoterapéutico en el abordaje de las conductas adictivas y la patología dual son los profesionales de salud mental, médicos psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, Life coach, directores o dueños de CAIPAS (centros de atención integral a personas con problemas de adicciones) que se involucren en el tratamiento de conductas adictivas y patología dual, para brindarles un modelo de referencia y que lo puedan implementar donde sea necesario. Y a las personas con conductas adictivas y patología dual, rehabilitados y no rehabilitados, para que se les pueda aplicar un modelo de abordaje, adecuado a cada uno de ellos.

Tabla No.1 Análisis de Participantes

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
Profesionales de salud mental	<ul style="list-style-type: none">• Formación académica superior, en el tratamiento de conductas adictivas y patología dual.• Implementación de modelos integrativos de psicoterapia.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de formación en el tratamiento de conductas adictivas y patología dual.• Falta de integración de modelos de psicoterapia.	<ul style="list-style-type: none">• Política Nacional contra las Adicciones.• Implementación de Programas confiables.• Proyectos aplicables y funcionales.

	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de psicoterapia y farmacoterapia. • Manejo de dx. entre conducta adictiva y patología dual. 	<ul style="list-style-type: none"> • División entre psicoterapia y farmacoterapia. • Diagnósticos poco asertivos entre conductas adictivas y patología dual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de Postgrado para especialización.
Directores y dueños de CAIPAS	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las políticas ya establecidas • Talleres de capacitación constante, de parte de profesionales en conductas adictivas. • Asesoría permanente, de profesionales de salud mental, expertos en Adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empirismo latrogénico. • Falta de preparación profesional. • Inexistencia de procesos psicoterapéuticos. • Proliferación sin regulación y control de casas hogares "CAIPAS". 	<ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional contra adicciones. • Autorización de CAIPAS calificadas y certificadas. • Cierres y sanciones para casa hogares ilegales e irregulares.

	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación y control de las CAIPAS. • Vigilancia y control en el trato del usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta tasa de recaídas. • Deshumanización en el trato del usuario. 	
<p>Personas con conductas adictivas y patología dual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de su trastorno de conducta adictiva. • Reelaboración de su proyecto de vida. • Rehabilitación y reinserción social. • Autonomía y poder de decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Negación de su trastorno de conducta adictiva. • Guion de vida disfuncional. • Baja Autoestima. • Estigmatización social. • Aislamiento por mala comunicación. • Conflictos familiares. • Conductas agresivas. • Problemas con la ley y el orden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional contra las adicciones. • Implementación de Programas en el tratamiento de las conductas adictivas • Proyectos accesibles y adecuados.

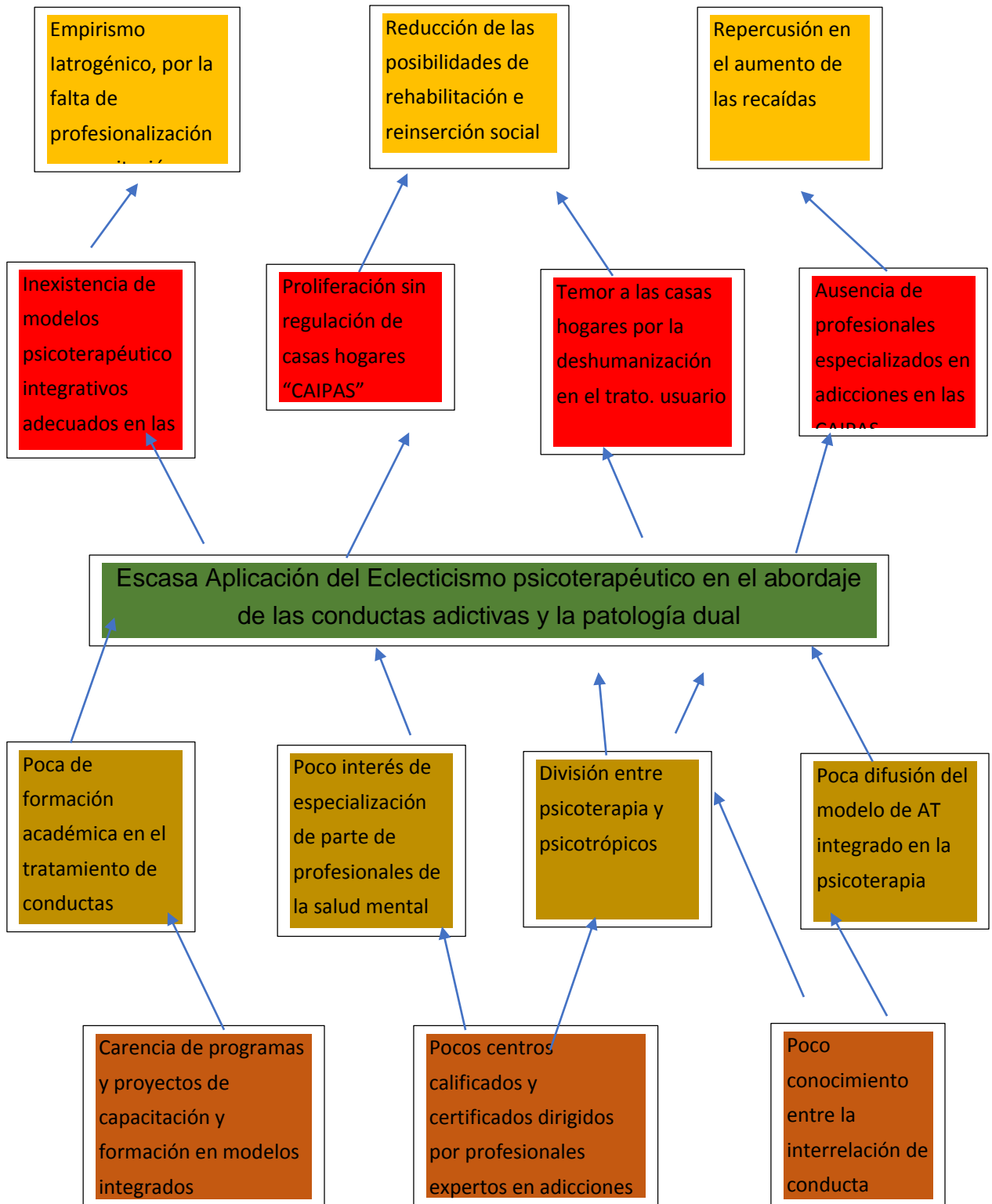
		<ul style="list-style-type: none"> • Temor a la rehabilitación por abusos en centros de recuperación. 	
--	--	--	--

Fuente. Elaboración propia con resultados de la presente investigación.

6.2 Análisis de problemas

El análisis de problemas en el presente proyecto incluye la escasa aplicación del eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de las conductas adictivas y la patología dual y el problema principal en el abordaje psicoterapéutico es la carencia de programas y proyectos de capacitación y formación en modelos integrados, pocos centros calificados y certificados dirigidos por profesionales expertos en adicciones, inexistencia de modelos psicoterapéutico integrativos adecuados, poca de formación académica en el tratamiento de conductas, empirismo latrogénico, por la falta de profesionalización que repercute en la reducción de las posibilidades de rehabilitación e inserción social.

ARBOL DE PROBLEMAS



6.3. Análisis Contextual y Diagnóstico

En la actualidad el tema del abordaje del tratamiento de conductas adictivas, se encuentra en un estado incipiente, inoperante, que no concuerda con el crecimiento acelerado del trastorno por uso de sustancia en la población.

Las circunstancias políticas, económicas, sociales y culturales que rodean al país en el momento presente, no favorecen el desarrollo de la población en ningún sentido, el ámbito de la salud tampoco se exime de ello, y mucho menos un tema que no genera agenda política ni intereses económicos como es la población cada vez más creciente, desvalida y consumida por las conductas adictivas acompañada por la patología dual.

La política Nacional contra las Adicciones y el tráfico ilícito de drogas (SECCATID, 2009) y la Secretaria Ejecutiva de la Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas, SECCATID, no cuentan con representatividad, presupuesto y menos voluntad política de parte del gobierno, y los ministerios involucrados, para hacerle frente a este problema de salud y psico-sociocultural de nuestra sociedad guatemalteca.

En la actualidad hay pocos profesionales de la salud mental, psiquiatras, psicólogos, médicos, psicoterapeutas, que han recibido alguna formación en el abordaje de las conductas adictivas, debido que no hay muchas oportunidades de profesionalización, especialización o capacitación en el tema del tratamiento de adicciones, además del precario interés de parte de ellos, por ser un tema complejo, que requiere de una formación integral constante, que permita hacer frente al poco compromiso del paciente y de la misma familia.

Debido a la ausencia de expertos en el tratamiento de adicciones, el problema se ha tornado aún más complicado, porque personas particulares, centros privados e instituciones, han tomado la iniciativa del tratamiento de las adicciones, sin tener formación académica, sin métodos o modelos profesionales y científicos de abordaje, que puedan realmente ayudar a sanar, rehabilitar y reinsertar adecuadamente y con efectividad a la población en consumo.

En los centros de tratamiento para adicciones, mal llamadas “Casas Hogares” o CAIPAS, (centros de atención integral a personas con problemas de adicciones) no existen profesionales de salud mental o personal entrenado y calificado, que cuenten con un modelo de abordaje integral que pueda ser satisfactorio para tal efecto y esto ha dado como consecuencia un abordaje empírico que raya en la iatrogenia.

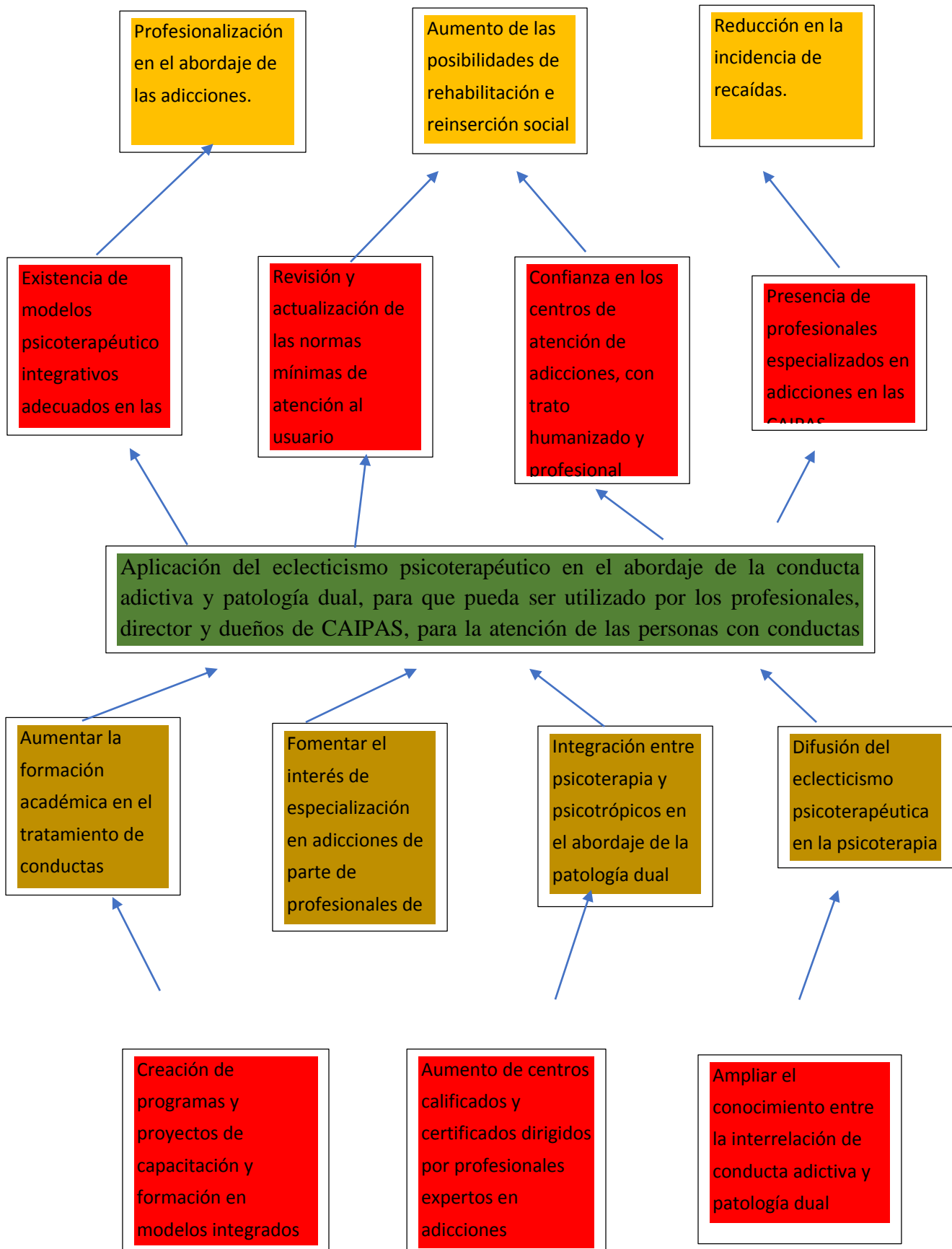
Entre las causas y efectos del problema de no contar con un modelo base ecléctico psicoterapéutico de abordaje, se evidencia la reducción de las posibilidades de los logros en la rehabilitación y reinserción social de las personas con conductas adictivas, y la alta tasa de recaídas

Con el propósito de contribuir a la profesionalización para tratar el tema del abordaje de las conductas adictivas y la patología dual que la acompaña, ha sido necesario investigar varios modelos de intervención terapéutica, y dentro de los enfoques que existen actualmente para la prevención y tratamiento de adicciones y patología dual, se encuentra el Modelo de Análisis Transaccional (AT) (Berne, Eric, 1978) , que, aunque ha sido muy poco difundido y escasamente aplicado, si ha sido utilizado por los expertos en AT, quienes verifican y certifican que es un modelo viable y confiable para que se pueda utilizar como base para formar el eclecticismo psicoterapéutico más ampliamente para abordar este terrible flagelo.

6.4 Análisis de objetivos

El análisis de objetivos en el presente proyecto se basa en la Aplicación del eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de la conducta adictiva y patología dual, para que pueda ser utilizado por los profesionales, director y dueños de CAIPAS, para la atención de las personas con conductas. Con el objetivo de mejorar la profesionalización en el abordaje de las adicciones. Aumentar de las posibilidades de rehabilitación e reinserción social, reducción en la incidencia de recaídas y aumentar la formación académica en el tratamiento de conductas

ARBOL DE OBJETIVOS



6.5 Análisis de Opciones

Derivado del árbol de objetivos, se identifican varias opciones que, si son ejecutadas, podrían contribuir a la solución de los problemas resultantes del árbol de problemas, logrando el objeto último de la propuesta, que consiste en aplicar el eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual.

Las tres opciones que se considera pueden promover el cambio de la situación actual a la situación deseada son:

Tabla No.2

Opción 1	Opción 2	Opción 3
El departamento de postgrado diseña un curso de actualización en el modelo de eclecticismo psicoterapéutico con especialización en conductas adictivas y patología dual.	La unidad académica y CITAA, implementa la aplicación del modelo de eclecticismo psicoterapéutico	Creación de una Asociación Escuela Ecléctica Guatemalteca de Adictólogos
Formulación del curso de actualización situado en el Departamento de Estudios de Postgrado, fuera de la estructura académica curricular, ubicado en la categoría de cursos	La unidad académica, a través de CITAA, implementa la aplicación del modelo ecléctico psicoterapéutico en el abordaje de las	Se diseña el proyecto de la creación de la asociación de psicoterapeutas integrales, con especialidad en el abordaje de conductas

<p>autofinanciables. Los cursos de actualización, cuentan con un mínimo de tres créditos, hasta un máximo de quince, no conducen a la obtención de grado académico, únicamente se otorga un diploma de participación. La formación conceptual está relacionada con el abordaje de las conductas adictivas y la patología dual.</p> <p>Los contenidos procedimentales están relacionados con readecuaciones curriculares: objetivos, contenidos, métodos, recursos, evaluación.</p> <p>Los contenidos actitudinales están relacionados con valorar la rehabilitación y reinserción social que promueva la autonomía, y bienestar de la persona con conducta adictiva.</p>	<p>conductas adictivas a los usuarios que atiende.</p>	<p>adictivas y patología dual.</p> <p>Dentro de la misión y visión, estará la formación, capacitación, a través de cursos, talleres, diplomados y congresos, para los profesionales y la vigilancia de las normas mínimas de atención de las CAIPAS.</p>
--	--	--

Fuente. Elaboración propia con resultados de la presente investigación.

6.7 Marco Conceptual

Durante años se consideró la conducta adictiva como una problemática social y no una enfermedad; a la víctima se le ha calificado como un problema social y no un enfermo; sin embargo, se ha tratado de encubrir lo social como elemento primordial en la causalidad y agravamiento de la enfermedad de la conducta adictiva, que es cualquier actividad, sustancia, objeto o comportamiento que se haya convertido en el foco principal de la vida de una persona excluyendo otras actividades, o que ha comenzado a dañar al propio individuo y a otros física, mental o socialmente.

Las conductas adictivas pueden llegar a esconderse bajo una aparente afición a la que se dedica mucho tiempo o en un consumo excesivo que se justifica porque “forma parte de la cultura de esta zona”. Sin embargo, en algún punto esas justificaciones dejan de ser suficientes, poniendo al descubierto la falta de control del afectado sobre su propio comportamiento y el daño que la conducta adictiva está causando en su vida.

Desde hace tiempo fue establecido a la conducta adictiva el estatus de enfermedad; definida por la Organización Mundial de la Salud como el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada. Entre las características bio- psicosociales de las conductas adictivas que las identifican nos dice (Engs, 2018), están:

1. La pérdida del control sobre la conducta, que es cuando la persona no tiene control sobre su comportamiento, no puede predecir cuándo o por cuánto tiempo va a estar desarrollando la conducta adictiva.
2. Pensamientos obsesivos alrededor del objeto de la adicción ya sea una sustancia, una actividad o un objeto, la persona está constantemente pensando en ello; en crear las oportunidades para hacerlo, en cómo conseguir los medios, en cómo ocultar su conducta.
3. Realización de la conducta de forma compulsiva, la persona sabe que su comportamiento le está causando daño, que ya no le reporta placer, sin embargo, lo

realiza una y otra vez de forma compulsiva.

4. Negación y ocultamiento de su situación a quienes le rodean, sobre todo en las primeras fases de la adicción, el sujeto se justifica ante sí mismo y los demás su comportamiento, pasando a ocultarlo ante quienes le rodean.

5. Desarrollo de alta comorbilidad con otros trastornos psicológicos, muchas personas con conductas adictivas padecen trastornos psicológicos como depresión y/o ansiedad, que es lo que ahora se le llama patología dual y es común que cuando aparecen síntomas de esos trastornos, la persona despliegue su comportamiento adictivo en un intento por controlarlos. 6.

Síntomas de abstinencia cuando cesa la conducta, no solo al dejar de consumir una sustancia a la que se es adicto aparecen los síntomas de abstinencia, lo mismo sucede con las conductas; cuando se dejan de realizar por determinado tiempo, aparecen síntomas como irritabilidad, depresión, ansiedad, inquietud o ira.

El afrontamiento de las conductas adictivas o adicciones se divide en dos partes: Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda. Reducción de la Oferta: Todo lo que tiene que ver con la conducta adictiva (droga fundamentalmente, o actividad), en cuanto a la droga incluye el proceso de producción e incautaciones (transportación, distribución), mercados y consumo. Reducción de la Demanda: Todo lo que tiene que ver con el usuario: prevención, rehabilitación, reinserción social e investigaciones.

Dentro de la reducción de la demanda está el abordaje de la rehabilitación de las conductas adictivas y la patología dual, y el objeto de nuestra investigación ha sido investigar un modelo que nos pueda ser de base para el tratamiento efectivo.

El eclecticismo psicoterapéutico cumple con las características que se requieren para el abordaje de las conductas adictivas y patología dual porque promueve el desarrollo de vida independiente, o sea la autonomía del paciente adicto, que le lleva a una rehabilitación y reinserción social integral, y mejorara su entorno que es el medio sociocultural donde el individuo se desenvuelve.

El principal problema que plantea la propuesta es que este modelo tiene una escasa aplicación dentro de las psicoterapias usadas por los profesionales de la salud mental, médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, life coach. Dentro de las causas para su escasa aplicación y se debe a:

Poca difusión como método integrativo, carencia de programas y proyectos de profesionalización, especialización y capacitación en métodos integrativos, escasa oportunidades de formación en abordajes de conductas adictivas y patología dual, poco manejo de la interrelación de las conductas adictivas y la patología dual, separación entre psicoterapia y psicotrópicos para el abordaje de las conductas adictivas, CAIPAS que no cuentan con profesionales especializados en adicciones.

Para hacer efectiva la inclusión del modelo ecléctico psicoterapéutico, se deben comprender las características, necesidades y funcionamiento que se asocia a cada proceso terapéutico de recuperación en la persona y en el profesional que la dirige, para posteriormente identificar los posibles obstáculos con los que el psicoterapeuta se encontrará en el abordaje del modelo. En ese momento será posible generar los programas de capacitación, las adecuaciones para la especialización y derribar las barreras que se puedan encontrar y asegurar la plena participación del profesional como asociado

En la actualidad existe la Asociación Guatemalteca de Análisis Transaccional, perteneciente a la Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional, que se dedica a la formación de profesionales en el manejo del AT, forjándolos como Transaccionalista Clínicos, Life Coach Transaccionalista Clínicos. Existen otras asociaciones de los demás modelos a integrar, que serían de gran ayuda en la formación y capacitación de cada uno de los modelos integrados.

Desde la Asociación Escuela Ecléctica Guatemalteca de Adictólogos, se puede trabajar la formación y especialización profesional, y la aplicación a las personas con conductas y patología dual que se atiendan con los estudiantes practicantes en el Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones CITAA (Valdez, 2016), dicho departamento funciona en la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de

San Carlos de Guatemala y así dinamizar esta dependencia y aprovechar su creación como un centro de prácticas de atención al usuario; y el departamento de postgrado apoyaría con la especialización de los profesionales diseñando los cursos de actualización, diplomados autofinanciables con créditos académicos, por lo tanto en esta opción se incluirían las tres alternativas en una sola opción.

El aporte que dicho proyecto representa consiste en unificar a un grupo de profesionales vanguardistas, dispuestos mediante la valoración de la diversidad a integrar varios modelos de psicoterapia que implemente estrategias para el efectivo abordaje de las conductas adictivas y la patología dual que lleven a aumentar la posibilidad de rehabilitación y reducción de recaídas.

La Asociación estará íntimamente ligada a la Escuela de Ciencias Psicológicas, y esta podrá formular acciones que permitan cumplir con las políticas de normas mínimas de atención a la persona con conductas adictivas, incluyendo a población estudiantil y personal docente que así lo amerite. Con este proyecto la Universidad de San Carlos, representa estar a la vanguardia, pues desde su interioridad da oportunidad de rehabilitación de conductas adictivas a toda la población de la Universidad, que para nadie es un secreto el problema de conductas adictivas.

Los insumos que se requieren para la implementación de la oficina de la Asociación son mobiliarios de oficina, compra de equipo, tecnología para el diseño universal de aprendizaje, salario de persona encargada, entre otros. Las implicaciones de compra de recursos son económicas, requieren gestión e inversión, dentro y fuera del país.

Los primeros actores del proyecto serán los participantes de la primera cohorte de la maestría en prevención y tratamiento de conductas adictivas y profesionales que se quieran asociar, para especializarse en abordaje integrativo de adicciones.

La propuesta plantea la posibilidad de incluir el programa de CITAA (Valdez, 2016) y esta se adapta a las condiciones económicas, ambientales y sociales con las que cuenta la Escuela de Ciencias Psicológicas, de hecho, la figura del servicio de

atención estudiantil esta creada, lo que falta es fortalecer institucionalmente su funcionamiento y ampliar sus servicios.

Las actividades que la asociación realice dentro del programa de CITAA (Valdez, 2016), ofrecerán un servicio que considere a la persona con alguna conducta adictiva, como sujeto de derechos, favoreciendo su participación sin ninguna discriminación e involucrándolo en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de rehabilitación, se prioriza la elección de la población estudiantil universitaria debido a intereses académicos relacionados con el estudio de la Maestría prevención y tratamiento de conductas adictivas, pero dado el caso se intenta equiparar oportunidades y no excluir a nadie.

Toda la comunidad educativa se beneficia con este proyecto, ya que les informa sobre el tema de conductas adictivas, los sensibiliza, los invita a participar e involucrarse en la atención hacia las personas con adicciones.

El proyecto debe realizarse en coordinación con el Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas, SAEPs, el Departamento de Carreras Técnicas, el Departamento de Postgrado, los estudiantes practicantes, personal docente, estudiantes y usuarios en general que deseen participar, luego de un diagnóstico y análisis de la situación de cada participante.

6.7. Matriz de Marco Lógico

Tabla No.4

Resumen Narrativo	Indicadores verificables objetivamente (IVO)	Medios de verificación	Supuestos
<p>FIN</p> <p>Una sociedad sin TUS (trastornos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Número de psico terapeutas formados en el modelo ecléctico integrativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Listados de asistencia Diplomas extendidos 	<ul style="list-style-type: none"> Abandono del curso Falta de interés en la

<p>por uso de sustancias) y modelos ecléctico psicoterapéuticos, que garanticen el 100% de la rehabilitación, y con menor índice de recaídos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de la asociación guatemalteca de psicoterapeutas integrales AGUPI 	<ul style="list-style-type: none"> • Personería jurídica 	<p>integración a la asociación</p>
<p>PROPOSITO</p> <p>Aplicación del eclecticismo psicoterapéutico en el abordaje de la conducta adictiva y patología dual</p>	<p>Profesionales y psicoterapeutas aplicando el modelo ecléctico integrativo.</p>	<p>Ficha de seguimiento a psicoterapeutas que aplican el modelo ecléctico</p>	<p>Falta de interés de los profesionales psicoterapeutas en aplicar el referido modelo</p>
<p>OBJETIVO</p> <p>Brindar un eclecticismo psicológico en el abordaje de la conducta adictiva y patología dual a los psicoterapeutas, a los directores y dueños de CAIPAS, para que lo puedan aplicar de forma eficaz para lograr resultados positivos en la rehabilitación de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del eclecticismo psicoterapéutico o en las clínicas de los psicoterapeutas, En el Departamento de Cita A, de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC • En los Centros de Atención Integral para personas con Adicciones CAIPAS 	<p>Ficha de seguimiento a psicoterapeutas capacitados aplicando el eclecticismo psicoterapéutico</p>	<p>Resistencia a llenar la ficha</p>

conductas adictivas			
1. Componente Crear la Asociación	Convocatoria de profesionales para conformar asociación	Trámites administrativos y creación de los estatutos de la Asociación	Altos costos y falta de recursos para la creación de la asociación
2. Componente Promocionar la Asociación	Promoción de la asociación con anuncios en diferentes redes sociales y medios de comunicación	Publicación de anuncios en Trifoliales, revistas, redes sociales y medios de comunicación	No tener suficiente promoción por la poca apertura de los medios de comunicación.
3. Componente Asociar a los psicoterapeutas	Registrar un buen número de psicoterapeutas asociados	Libro de asociados	Resistencia a asociarse
4. Componente Formar a los psicoterapeutas	Planificar cursos y talleres de actualizaciones, capacitaciones y diplomados	Diplomas de participación de los eventos de formación; actualizaciones, capacitaciones y diplomados	Poca participación en los eventos de formación
Actividades Componente 1 Creación De La Asociación			
1.1 Invitar a una reunión inicial a profesionales interesados en la creación de la asociación	Listado de profesionales de salud mental	Llamadas telefónicas.	Que los profesionales no respondan a las llamadas telefónicas.
1.2 Reunión con profesionales interesados en la	Mesa de trabajo con profesionales interesados en la	Listados de asistencia de los profesionales.	Poca asistencia a las mesa de trabajo.

creación de la asociación	creación de la asociación		
1.3 Elegir junta directiva provisional de la asociación	Mesa de trabajo para elección	Designación de cargos directivos de la asociación	Resistencia a ocupar los cargos
1.4 Buscar referencias de abogados para la asesoría para la formación de la asociación	3 entrevistas con profesionales	Llamadas telefónicas	Dificultad para encontrar el profesional adecuado por los costos de la asesoría
1.5 Contratar al abogado seleccionado	Entrevista personal	Contrato de servicios profesionales del abogado	No concretar el contrato
1.6 Establecer la visión de la asociación	mesa de trabajo	Visión completada	no establecer la visión
1.7 Establecer la misión de la asociación	Mesa de trabajo	Misión establecida	No establecer la misión
1.8 Establecer los estatutos.	2 Referencias de estatutos	Documento de estatutos en referencias bibliográficas	Que los estatutos no se adapten a las necesidades de la asociación.
1.9 Elaboración de la 1ª. versión de los estatutos	Conformación de mesa de trabajo	Lista de estatutos aprobados	No concretar la 1ª. versión
1.10 Buscar nombre de la asociación	Propuestas de nombres para la asociación	Listado de nombres posibles para la asociación.	No concretar el nombre
1.11 Enumerar fines y actividades.	Mesa de trabajo	Lista de fines y actividades	no ponerse de acuerdo con los

			fines y actividades
1.12 Convocar para la asamblea general.	Confirmación de cargos y nombramientos de junta directiva	Nombramientos y cargos directivos establecidos	Poca asistencia a la asamblea
1.13 Constituir la Asociación.	Asamblea general con la Junta Directiva electa.	Primera acta en el libro.	Poca asistencia a la asamblea
1.14 Inscripción de la sociedad	Copias del Acta de Constitución de la asociación con firmas originales de los socios fundadores	<ul style="list-style-type: none"> • Copias de actas de constitución, de nombramientos y cargos con firmas originales. • Copia DPI de Socios fundadores. • Libros de actas. • Libros de socios • Libros de cuentas. 	Dificultad con trámites administrativos
1.15 Sellar los libros.	Libros autorizados	Sellos en los libros	Que no sellen los libros
1.16 Solicitud del NIT	Llevar solicitud	Número de Nit	No tener número de Nit
1.17 Apertura de cuenta en el Banco	Depósito monetario	Talonario de cheques	No apertura de la cuenta
1.18 Apertura de la sede	Ubicación e instalación en la dirección de la sede	Amueblamiento y equipamiento de la sede	No encontrar una buena ubicación

1.19	Contratar secretaria-recepcionista	Entrevista personal	Contrato de trabajo	Dificultad en la selección
1.20	Contratar personal de mantenimiento	Entrevista personal	Contrato de trabajo	Dificultad en la selección
Actividades Componente 2 Promoción de la Asociación				
2.1	Buscar y contratar un experto en publicidad	Llamadas para pedir referencias de publicistas	Contrato de servicios del publicista	Dificultad para encontrar al publicistas
2.2	Divulgación de la asociación	Diseño de anuncios de publicidad por el experto	Revistas de Salud Mental	Desinterés de las revistas para la divulgar la asociación
2.3	Anunciar en Revistas la asociación	Anuncios en revistas de salud	Revistas de Salud Mental	No encontrar revistas disponibles
2.4	Convocatoria por radio universidad a profesionales	Grabación del anuncio para la radio por el experto	Publicación de la convocatoria	No tener suficiente audiencia
2.5	Convocatoria en las redes sociales a profesionales	Diseño de página Web por el experto	Publicación de la convocatoria	No tener suficientes respuestas
2.6	Diseñar trifoliales de información de la asociación	Revisar el diseño del trifoliar elaborado por el experto	1ª. revisión del trifoliar	No estar satisfechos con el diseño
2.7	Diseñar tarjetas de presentación.	Revisar el diseño elaborado por el experto	Prueba de tarjeta de presentación	No estar satisfechos con el diseño
Actividades Componente 3 Afiliación de Terapeutas				

3.1 Convocar a una asamblea de información	Listados de profesionales interesados	Llamadas telefónicas, anuncio en radio, publicación en la página de internet	Poca asistencia
3.2 Presentar la visión y misión de asociación	Asamblea con profesionales	Asistencia de profesionales	Poca asistencia
3.3 Afiliación de los profesionales interesados	Asamblea con profesionales invitados	Libro para afiliación	Poco interés en la afiliación
3.4 Elaboración de carnet de identificación	Carnet impresos	Carnet llenos con los datos de los afiliados	No contar con los carnets

Actividades Componente 4
Formación de los profesionales afiliados

Actividades	Indicadores verificables objetivamente	Medios de verificación	Supuestos
4.1 Curso de actualización dirigido a los estudiantes practicantes de CITAA, duración un día.	Contratación del Profesional facilitador	Participación de estudiantes – practicantes invitados	Poca asistencia de los estudiantes
4.2 Alquiler de las instalaciones para la actualización	Ubicación de las instalaciones adecuadas para la actualización	Recibo de pago de las instalaciones rentadas	No encontrar lugar adecuado
4.3 Contratación de coffe break	Escoger el menú	Servicio de coffe break	No usarlo en su tiempo
4.4 Contratación del almuerzo de la actividad	Escoger el menú	Servicio de almuerzo	No usarlo en su tiempo

4.5 Preparación de material didáctico	Presentaciones en power point	Computadora, Proyector y equipo de sonido, papelógrafo	Falta de recursos didácticos
4.5 Elaboración de material de confirmación de participación	Mesa de trabajo	Carpeta y Diploma de participación	Material no completado
4.6 entrega de constancia de asistencia	Estudiantes - practicantes de CITAA	Diploma de participación	Poca participación
4.6 Taller de Capacitación dirigido a los dueños y directores de CAIPAS. Duración una semana.	Contratación del Profesional facilitador	Confirmación de su participación	Poca asistencia de los dueños y directores de CAIPAS
4.7 Alquiler de las instalaciones para la actualización	Ubicación de las instalaciones adecuadas para la actualización	Recibo de pago de las instalaciones rentadas	No encontrar lugar adecuado
4.8 Preparación de material didáctico	Presentaciones en power point	Computadora, Proyector y equipo de sonido, papelógrafo	Falta de recursos didácticos
4.9 Elaboración de material de confirmación de participación	Mesa de trabajo	Carpeta y Diploma de participación	Material no completado
4.10 entrega de constancia de asistencia	Directores y dueños de CAIPAS	Diploma de participación	Poca participación

4.11 Diplomados en el modelo ecléctico psicoterapéuticos integrados, en el abordaje de conductas adictivas y patología dual	Contratación del Profesional facilitador	Confirmación de su participación	Poca asistencia de los profesionales terapeutas invitados
4.12 Alquiler de las instalaciones para la actualización	Ubicación de las instalaciones adecuadas para la actualización	Recibo de pago de las instalaciones rentadas	No encontrar lugar adecuado
4.13 Preparación de material didáctico	Presentaciones en power point	Computadora, Proyector y equipo de sonido, papelógrafo	Falta de recursos didácticos
4.14 Elaboración de material de confirmación de participación	Mesa de trabajo	Carpeta y Diploma de participación	Material no completado
4.15 entrega de constancia de asistencia	Profesionales terapeutas	Diploma de participación	Poca participación

6.8. Presupuesto

Para la ejecución del proyecto se requiere de una inversión, para ejecutar el proyecto relacionado, a la aplicación del modelo ecléctico psicológicos en el abordaje de las conductas adictivas y patología dual.

COMPONENTES	ACTIVIDAD	COSTO	COSTO TOTAL POR 18 MESES
Creación de la Asociación	Reuniones iniciales con profesionales interesados en la creación de la asociación	3 reuniones iniciales Q800.00 c/u	Q 2,400.00
	Contrato de servicios profesionales del abogado	Q 8,000.00	Q 8,000.00
	Asambleas generales	3 asambleas generales Q 1500.00 c/u	Q 4.500.00
	Mesas de trabajo	6 mesas de trabajo Q 800.00 c/u	Q 4,800.00
	Alquilar sede de la asociación.	Q3,000. Mensual	Q 54,000.00
	Gastos fijos de operación, luz agua, teléfono,	Q 2,000.00	Q 36,000.00
	Amueblamiento de la sede.		Q 47,000.00

	Contratación de la secretaria de la asociación.	Q3,500.00 mensual	Q 63,000.00
	Contratación de la persona de mantenimiento de la asociación.	Q3000,00 mensual	Q 54,000.00
	Gastos de trámite para la constitución de la asociación	Q 20,000.00	Q 20,000.00
	Apertura de cuenta en el Banco		Q 5,000.00
Total de gastos de las actividades del componente 1			Q 298.700
Promoción de la Asociación	Contrato de un experto en publicidad	Q 5,000.00	Q 5,000.00
	2.3 Anunciar en Revistas la asociación	Q 3,000.00	Q 3,000.00
	2.4 Convocatoria por radio universidad a profesionales	Q 5.000.00	Q 5.000.00
	2.5Convocatoria en las redes sociales a profesionales	Q 2.000.00	Q 2.000.00

	2.6 Diseñar trifoliales de información de la asociación	Q 5.000.00	Q 5,000.00
	2.7 Diseñar tarjetas de presentación.	Q 2.000.00	Q 2,000.00
Total de gastos de las actividades del componente 2			Q 22,000.00
Afiliación de Terapeutas	Asambleas generales	3 asambleas generales Q 2500.00 c/u	Q 7.500.00
	Elaboración de carnet de identificación	Q 2.000.00	Q 2,000.00
Total, de gastos de las actividades del componente 3			Q 9,500.00
Formación de los profesionales afiliados	Contratación de los facilitadores para el Cursos y talleres de actualización, capacitación y diplomados	Q 2.000.00 Q 7,000.00 Q 7,000.00	Q 16,000.00
	Alquiler de las instalaciones para los eventos de formación		Q 12,000.00

	Preparación de material didáctico audiovisual para los eventos	Q 500.00 c/u	Q 2,500.00
	Contratación de coffe break de los eventos		Q5,000.00
	Contratación de los almuerzos de los eventos		Q 12,000.00
	4.4 Elaboración de material de participación, carpetas		Q 2,500.00
	entrega de constancia de asistencia, diplomas de participación		Q 2,500.00
Total de gastos de las actividades del componente 4			Q 52,500.00
Total, del presupuesto			Q 382,700.00

6.9. Cronograma

Actividades	Meses																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Elaboración de Marco Lógico	■	■	■															
2. Creación de la Asociación.				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
3. Evaluación de resultados																■		
4. Promoción de la Asociación							■	■	■	■	■	■	■	■	■			
5. Evaluación de resultados																■		
4. Afiliación de los psicoterapeutas.												■	■	■	■	■	■	■
5. Evaluación de resultados																		■
6. Formación de los psicoterapeutas													■	■	■	■	■	■
7. Evaluación de resultados																		■

6.10 Evaluación del Proyecto

Evaluación	Primer Semestre	Segundo semestre	Tercer semestre	Ciclo Académico
Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de los servicios del abogado. • Ubicación de la sede 	Equipamiento de la sede	<ul style="list-style-type: none"> • Reclutamiento y selección de personal 	2020
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de la junta directiva • Elaboración de Estatutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cotización de equipo • Compra de equipo 	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar en revista la Asociación • Promocionar y elaborar panfletos • Afiliación de los primeros asociados 	2020 2021
Final	Asociación inscrita en el registro.	<ul style="list-style-type: none"> • Sede instalada y funcionando 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificando • Cursos • Talleres • Capacitaciones • Diplomados 	2021

CAPITULO VII

BIBLIOGRAFIA

Referencias

- Alvarado, S. (14 de Julio de 2016). *REHABinMÉXICO*. Obtenido de www.Adicción.org.
- Arizaga, C. (2009). El consumo de drogas como consumo cultural. *SEDRONAR*.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología I*. Madrid: McGrawHill.
- Berne, E. (1974). *¿Que dice usted después de decir hola?* Barcelona: Random House Mondadori, S,L.
- Berne, E. (1983). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Berne, E. (1986). *Los juegos en que participamos*. México: Diana.
- Berne, Eric. (1978). *El análisis transaccional en la psicoterapia* (4a. edición ed.). Mexico, D.F., México: EDITORIAL V SIGLOS, S.A. Miguel Angel de Quevedo 1020.
- Caballo, V. (2010). *Manual de Tecnicas de Terapias y Modificación de Conducta*. Colombia: Siglo veintiuno, S.A.
- Camino, J. L., Coca, A., Gorés, M., Saéz, M., & Vilardell, M. (2002). Berne y las bases Filosóficas del Análisis Transaccional. *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 46, 79-84.
- Camino, J., Arantxa, C., Garés, M., Saez, M., & Vilardell, M. (2002). Berne y las bases filosoficas del analisis transacciional. *Analisis Transaccional y Psicología Humanista*, 46, 79-84.
- Castanedo Secadas, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapéuticos* (2a. edición ed.). D. F., México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Castanedo, C. (2008). *Seis Enfoques Psicoterapéuticos* (2a. edición ed.). D. F., México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- CIE-10*. (2000). España: Editorial Medica Panamericana.
- Colli, M., & Zaldívar, D. (2002). Factores Curativos en Psicoterapia de Grupo: su evaluación y analisis en un grupo de alcohólicos rehabilitados. *En Adicciones, Sección Latinoamericana*, 14, no.3, 291-391.
- Cuadra, J. (2018). La importancia de la redecisión en el proceso terapéutico. *Bonding*, 196, 19-20.
- DSM-5* (5a. edición ed.). (2014). España: Medica Panamericana.
- DSM-IV* . (1994). España: Medica Panamericana.

- Ellis, A. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee.
- Engs, R. (2 de octubre de 2018). Obtenido de <https://www.universidadviu.com/conducta-adictiva-definicion-y-caracteristicas/>
- Erskine, R. (1980). La Cura del Guión: Conductual, Intrapsíquica y Fisiológica. *Transactional Analysis Journal*, 102-106.
- Erskine, R., & Moursund, J. (2014). La psicoterapia integrativa en acción. España: Desclee de Brouwer.
- Gonzales, A., Blanco, M., & Gonzales, L. (2013). *Modelo I Introducción a la Patología Dual*. México: Editorial Fundación Acorde.
- Harris, D. T. (1973). *Yo estoy bien, tú estás bien*. Barcelona, España: Ediciones Grijalvo, S.A.
- Heidegger, M. (2003). *Ser y Tiempo*. Madrid: Trotta.
- Hernández, R., Fernández, J. C., & Batista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a. edición ed.). D.F, México: Mac GrawHill.
- Kertész, Roberto; Atalaya, Clara I.; Kertész, Adrián. (1997). *Análisis Transaccional Integrado*. Buenos Aires, Argentina.
- Maestro, A. (1 de 11 de 2014). El Guión de vida en las personas que consumen drogas. *Bonding*, XV(146), 7-10. Recuperado el 11 de abril de 2018, de bonding.es
- Martorell, J. (2001). La terapia del guion de vida en el tratamiento de las drogodependencias. *Proyecto Hombre*, 39, 9-19.
- Nanni, R. I. (2011). *Tratado de Patología Dual* (Segunda Edición ed.). México: Difusión & Tecnología S.A. de C.V.
- Navarrete, M., Szerman, Néstor, & Ruiz, Pedro. (2017). *Monografía sobre Patología Dual*. México.
- Navarro Cueva, R. (1994). Del condicionamiento clásico a la Terapia Conductual Cognitiva: hacia un modelo de integración. *Aprendizaje y Comportamiento*, 10.
- PNUFID, O. C. (2003). Abuso de Drogas: Tratamiento y Rehabilitación. Guía práctica de Planificación y Aplicación. *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas*, 30-32.
- Prini, P. (1992). Historia del Existencialismo: de Kierkegaard a hoy. Barcelona: Herder.
- Salvador, M. (2009). El guion de vida en el cuerpo, las decisiones somáticas y abordaje terapéutico para su intervención. *Bonding*, 50-52.
- Sanchez, H. (enero de 2016). *Revista Trastornos Adictivos-articulo-tratamientos-combinados*. Obtenido de <https://www.elsevier.es>

- SECCATID. (2009). *Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas*. Guatemala: Tipografía Nacional.
- Souza y Machorro, M. (2007). *Adicciones. Clínica y terapéutica*. México, D.F.: Alfíl, S.A. de C. V.
- Steiner, C. (2011). *Los guiones que vivimos*. Buenos Aires: Kairos.
- Straus, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Thody, P. (1966). Jean Paul Sartre. Barcelona: Seix Barral.
- Tiebout, H. (1954). "The Ego Factory in Surrendered in Alcoholism". Quinta Reunión internacional de doctores en Alcohólicos Anónimos, Akron, Ohio.
- Torrens, M. (2016). *Protocolos de Intervención Dual*. Barcelona: EdikaMed, S.L.
- Valdez, E. &. (2016). *Consideraciones Psicosociales para la prevención de la drogadicción*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala: Centro de investigaciones de Psicología CIEPs-.
- Vattimo, G. (1986). Introducción a Heidegger. Barcelona: Gedisa.
- Warren, R., & Baker, J. (2003). *Celebremos la Recuperación*. Vida Publishers.
- www.wikipedia.org. (3 de Agosto de 2019). Obtenido de www.wikipedia.org: www.wikipedia.org

CAPITULO VIII

ANEXOS

Guía de Entrevista Semiestructurada para Profesionales



Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario Metropolitano – CUM

Escuela de Ciencias Psicológicas



Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar de la entrevista: _____

Género: F M

Profesión y Especialidad: _____

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar el siguiente cuestionario, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. 1. ¿En dónde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional?
2. ¿Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas??
3. ¿Cuál es el rol del profesional en este modelo?
4. ¿Cuáles son las características más significativas del A.T.?
5. ¿Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo?
6. ¿Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo?
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?
8. ¿Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto?
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?
10. ¿Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas?
11. ¿Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo?
12. ¿Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado?
13. ¿Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo?
14. ¿Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.?
15. ¿Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral?

Guía de Entrevista Semiestructurada para Pacientes rehabilitados



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas

Departamento de posgrado

Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

DATOS GENERALES:

Iniciales: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Lugar de Residencia: _____

Religión Profesante: _____

Estado Civil: _____

Profesión u Oficio: _____

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se le plantean tiene como fin establecer si el Modelo de Análisis Transaccional con el que fue abordado, ha sido efectivo y si es aplicable al tratamiento de conductas adictivas y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar el siguiente cuestionario, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. ¿A qué edad aproximada inicia su conducta adictiva?
2. ¿Cuáles son las sustancias que ha consumido, y cuál ha sido la preferida?
3. ¿Alguno de sus padres o familiares tienen adicciones o algún tipo de consumo?
4. ¿Su entorno familiar y su relación con sus padres ha sido agradable antes del consumo, o cree que pudo haber sido un motivo para que se iniciara en las adicciones?
5. ¿Consume actualmente, ocasionalmente o está en sobriedad y abstinencia?
6. ¿Cree usted que tiene un mejor manejo de sus emociones?
7. ¿Se siente usted bien y en capacidad de tomar decisiones sobre su vida y su bienestar?
8. ¿Cuánto tiempo duro su tratamiento y fue suficiente o necesita más tiempo?
9. ¿Se puede comunicar con los demás con más facilidad y con más entendimiento?
10. ¿Ha tenido recaídas, y como han sido esas recaídas?
11. ¿Puede identificar bajo qué estado del yo, es cuando usted tiene esas recaídas, y que estado del yo le ayuda a levantarse nuevamente?
12. ¿Cree usted que, al cambiar su guion de vida, tuvo cambios de conducta?
13. ¿Qué cambios de conducta ha logrado con la rehabilitación?
14. ¿Me puede mencionar por lo menos unos cinco aspectos de su nuevo proyecto de vida?
15. ¿Se considera usted que ya ha logrado la reinserción familiar, social y económica?

Profesionales Expertos en AT

Preguntas	Edgar Ramírez, Guatemala	Fabio Vega, Perú
1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional	ALAT GUATEMALA, Didacta Dr. Rolando Paredes	Consultores Peruanos en Análisis Transaccional (COPERAT)
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.	Por su capacidad diagnostica en procesos mentales, no interviene a la deriva porque se conoce cada etapa del proceso	Modelo de terapia de grupo que representa un marco teórico práctico fundamentado para el abordaje de las A
3.Cuál es el rol del profesional en este modelo	Activo. Interviene al darle vida a la relación terapeuta-paciente	Invitar al cambio a la persona y a sus familiares, mediante reflexiones sobre el tipo de relaciones que generan las conductas adictivas,
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.	Es humanista, cree en el desarrollo humano, objetivo. Tiene una alta capacidad de propuesta.	Es practico y sencillo, influye en el desarrollo de la personalidad, le da importancia a las emociones
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo	Ayuda al despertar de la conciencia del paciente.	Al entender sus estados del yo puede cambiarlos mediante la reflexión
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo	Al descubrir que tenemos el permiso de vivir todas las emociones de manera natural, se consigue una fluidez en la energía emocional	Al reconocer las emociones genuinas dirige su conducta hacia el bienestar
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?	19 años 15	9 años 90 pacientes
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto	Todos, transacciones y caricias	Todos, juegos psicológicos, argumentos, caricias, emociones, estructuración del tiempo
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?	Vivimos como pensamos. Si cambiamos nuestra forma de pensar cambiamos nuestra forma de vivir	su re decisión puede cambiar las manifestaciones de su conducta con el uso de interacciones saludables y autónomas
10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.	Ampliación de límites, nuevos permisos para nuevos horizontes, manejos de los vacíos que se llenaban con drogas, encuentro consigo mismo	Autoprotección, valoración, autonomía, organización y planificación disfrute del bienestar
11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo	Las recaídas no están ligadas directamente a ningún modelo.	no tengo idea
12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado	Ambos casos	Ambos
13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo	Entre mejor se trabaje este vació mejores serán los resultados.	Aquellas en las cuales no hay un trastorno disocial de personalidad como componente fundamental del trastorno
14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.	Periodos de mediano y largo plazo.	de 1 a 5 años
15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.	La psicoterapia es un proceso que permite un reencuentro con el bienestar	el cambio terapéutico asumido por la persona representa la mejor opción de vida funcional personal, familiar, social y laboral

Preguntas	Dr. Rolando Paredes Guatemala	Lic. Edgar Valle Guatemala
1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional	Doctorado psi clínica en la UFAMA ,Dr. Kertész, certificado por ALAT	En Asociación Guatemalteca de Análisis Transaccional AGAT
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.	Capacitación que me permitió la introspección	Modelo aplicable a cualquier situación o problema
3. Cuál es el rol del profesional en este modelo	Rol activo	Servir de catalizador
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.	Que el AT puede ser la base del modelo integrativo	Fácil comprensión y compatibilidad con otras corrientes
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo	Porque entiende cómo funciona y como está actuando sin juicio	Si es importante
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo	Cuando entiende sus emociones cambia su manera de actuar	hasta en un 80%
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?	10 años y unos 10 pacientes	8 años de formación en AT
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto	Todos son necesarios para llegar a la Pat. Del paciente	De ser posibles todos, la posición existencial
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?	Al cambiarlos los argumentos, logra autonomía, espontaneidad y capacidad de estabilidad personal	porque el sujeto trata por todos los medios de cumplirlo
10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.	Visión, Esperanza, Autonomía, Espontaneidad,	Los determina el sujeto, acompañado del terapeuta
11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo	Es frecuente si no se logra el equilibrio entre los procesos disfuncionales	Que el terapeuta tenga poco conocimiento, es muy poco
12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado	Ambo, pero básicamente en el ambulatorio	Depende de la severidad del problema
13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo	Todas, porque son las personas que responden a este modelo	Alcoholismo
14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.	De 40 a 50 sesiones es decir de 6 meses a un año	En 10 sesiones ya deben presentarse cambios
15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.	Sí, porque el objetivo es la autonomía, el bienestar personal y familiar y su estabilidad personal.	Esa es la meta propuesta

Preguntas	Ángela Melgar Perú	María Gándara Guatemala
1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional	Perú, Brasil, Argentina	Asociación latinoamericana de AT (ALAT)
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.	Excelentes resultados	si
3.Cuál es el rol del profesional en este modelo	psicoterapeuta	rol de relación e interacción adulto-adulto
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.	Empoderamiento, y capacidad autoconocimiento y dirección	Contractual simple, sencillo usa diagramas y esquemas para entendimiento
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo	Empoderamiento y redirección de su estado del yo más productivo	Conciencia de funcionamiento de sus estados para proceso de descontaminación y autonomía
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo	Comprensión poder y gestión de su mundo emocional	Relaciones con su yo adulto, en la sustancia y con los demás
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?	37 años, 6 pacientes	5 años, 16 pacientes
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto	Todos, estados del yo y argumentos, por el cambio del guion	Todos, estados del yo y argumento
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?	Por un adulto empoderado y emancipado, con relaciones sanas y un nuevo guion	Que se provea de caricias nutritivas fuera del guion
10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.	Construcción de relaciones sanas, cuidado de sí mismo de y los demás	Plan de vida y expresión de emociones auténticas
11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo	50%	muchas veces hay comorbilidades psiquiátricas.
12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado	en los dos casos	internamiento y luego continuarse en ambulatorio.
13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo	diferentes tipos de neurosis	Comida, marihuana, tabaco.
14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.	1 año terapia semanal, 45 horas	20-50 sesiones
15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.	pueden hacer una vida fluida y productiva	si la persona aprende a reconocer cuando entra en circuitos negativos

Preguntas	Ángela Melgar, Perú	María Gándara, Guatemala
1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional.	Perú, Brasil, Argentina	Asociación latinoamericana de AT (ALAT)
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.	Excelentes resultados	si
3. Cuál es el rol del profesional en este modelo	psicoterapeuta	rol de relación e interacción adulto-adulto
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.	Empoderamiento, y capacidad autoconocimiento y dirección	Contractual simple, sencillo usa diagramas y esquemas para entendimiento
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo	Empoderamiento y redirección de su estado del yo más productivo	Conciencia de funcionamiento de sus estados para proceso de descontaminación y autonomía
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo	Comprensión poder y gestión de su mundo emocional	Relaciones con su yo adulto, en la sustancia y con los demás
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?	37 años, 6 pacientes	5 años, 16 pacientes
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto	Todos, estados del yo y argumentos, por el cambio del guion	Todos, estados del yo y argumento
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?	Por un adulto empoderado y emancipado, con relaciones sanas y un nuevo guion	Que se provea de caricias nutritivas fuera del guion
10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.	Construcción de relaciones sanas, cuidado de sí mismo de y los demás	Plan de vida y expresión de emociones auténticas
11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo	50%	muchas veces hay comorbilidades psiquiátricas.
12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado	en los dos casos	internamiento y luego continuarse en ambulatorio.
13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo	diferentes tipos de neurosis	Comida, marihuana, tabaco.
14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.	1 año terapia semanal, 45 horas	20-50 sesiones
15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.	pueden hacer una vida fluida y productiva	si la persona aprende a reconocer cuando entra en circuitos negativos

Preguntas	Antonio Predeira Brasil	Sonia Fraga Brasil
1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional	Brasil UNAT-BR, ALAT, Didactas Dr. Jessé Accioly, Dr. Henrique Austregésilo Millet, Dr. Octavio Rivas Solís, Dr. Roberto Shyniashiky y Dr. Vilma Cortez	- En Brasil. Por el UNAT-Brasil, hizo el AT-101 y, después del AT-202 dictado por el Didacta Doctor Antonio Pedreira
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.	Por la experiencia clínica de 38 años, con más de diez mil pacientes	Por la actuación profesional en psicoterapia AT individual y grupal
3. Cuál es el rol del profesional en este modelo	En mí caso, mi rol es doble: psiquiátrico y psicoterápico	Rol profesional de psicoterapeuta
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.	Eficaz y eficiente a corto y medio plazo, comprensible, contractual, potente, 10 instrumentos aplicables y diagramarles	Las creencias que todos somos ok, es potente, rápido, contractual y simple.
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo	comprende su sistema de pensamiento, sentimiento y conducta y pasa a entender su mundo intrapersonal e interpersonal	Al conocer sus estados del yo le facilita la comprensión de su modo de pensar, hablar, sentir y actuar y desarrollo cambios.
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo	Añade habilidad emocional a otras habilidades personales y facilita su éxito personal y profesional	Logra un control, entrenamiento y competencia de su sistema emocional
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos atendido aproximadamente en los últimos dos años?	30 años y 200 pacientes en los 2 últimos años	8 años y 72 pacientes
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto	Todos, los 10 instrumentos y algunas técnicas propias que he desarrollado y publicado.	Los que se adecuan al caso, empezando por los estados del yo, y una técnica pionera propia llamada el juego de Arena
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?	Alcanza su Autonomía, máxima conciencia, intimidad y espontaneidad, y alcanza la eficaz liberación de su guion	Por la autonomía que desarrolla, además de la espontaneidad, intimidad y creatividad, que le permite alcanzar su auto sostenibilidad.
10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.	Nuevas decisiones autónomas, adopción de conductas saludables formulación de aquí y ahora con un yo adulto integrado.	Decisiones autónomas, actitudes saludables, mejor estructuración del tiempo y disfrute de calidad de vida.
11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo	25 % y depende del grado de compromiso y la gravedad de la patología	20 a 30 % dependiendo de la influencia del guion y su patología.
12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado	Ambas las modalidades pueden ser exitosas	En los dos tipos
13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo	Las mejores respuestas están conectadas a las conductas adictivas a sustancias o drogas menos "pesadas".	Alcohol, marihuana, otros, en terapia individual o grupal
14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.	es lo más temprano posible y siempre que él desea verdaderamente tratarse	Seis meses a un año
15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.	encajarlos a un grupo terapéutico mixto o específico para aquel tipo de adicción.	Es posible dentro de los límites de la normalidad.

Preguntas	Elsa Obregón, Guatemala
1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional	ALAT y AGAT, Dr. Rolando Paredes
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.	La adicción tiene que ver con el guion de vida, puede cambiarlo a través de la re decisión
3.Cuál es el rol del profesional en este modelo	Acompañar y apoyar al paciente
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.	El AT es principalmente de decisión y busca alcanzar la autonomía
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo	El autoconocimiento de los estados del yo le brindan herramientas para entenderse y entender cómo se relaciona con los demás
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo	se concede Permisos de sentir y expresar sus emociones de forma más auténtica
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?	6 años 8 pacientes
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto	Todos
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?	Al hacer consiente los mandatos se es capaz de re decidir cambiarlos y permitir mayor desarrollo y bienestar
10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.	Esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida.
11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo	no puedo precisar
12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado	ambos escenarios
13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo	Esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida.
14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.	no puedo precisar
15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.	Esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida.

Instrumento de elaboración propia para recopilación de datos obtenidos en el campo con expertos

Pacientes Rehabilitados con AT

Pacientes Rehabilitados con AT	ARMP	ARMCH
Preguntas		
1. A qué edad aproximada inicia su conducta adictiva.	18 años	15 años
2. Cuáles son las sustancias que ha consumido, y cuál ha sido la preferida.	alcohol, cocaína, crack, pastillas, tabaco	mariguana, cocaína, gasolina, LSD, anfetaminas, sosegón, captagón, hongos, pegamento, crak, tabaco, alcohol
3. Alguno de sus padres o familiares tienen adicciones o algún tipo de consumo.	sí, mi papa	sí, mi papa
4. Su entorno familiar y su relación con sus padres ha sido agradable antes del consumo, o cree que pudo haber sido un motivo para que se iniciara en las adicciones.	fue agradable y desagradable	agradable, hasta que murió mi mama cuando tenía 15 años
5. ¿Consume actualmente, ocasionalmente o está en sobriedad y abstinencia?	sobriedad y abstinencia, de alcohol y drogas, solo consumo tabaco	en este momento estoy en sobriedad y abstinencia
6. Cree usted que tiene un mejor manejo de sus emociones.	sí, me controlo un poco mas	me cuesta un poco, soy sumiso, y muy cascarrabias
7. Se siente usted bien y en capacidad de tomar decisiones sobre su vida y su bienestar.	sí, ya puedo tomar decisiones más sanas	me siento bien, pero me cuesta tomar decisiones, soy influenciable
8. Cuanto tiempo duro su tratamiento y fue suficiente o necesita más tiempo	casi 2 años, todavía voy a un grupo de apoyo AA	9 meses, todavía creo que necesito mas
9. Se puede comunicar con los demás con más facilidad y con más entendimiento	sí, ya puedo comunicarme mejor	me cuesta entender y que me entiendan
10. Ha tenido recaídas, y como han sido esas recaídas	sí por emociones encontradas y falta de aceptación	sí he tenido recaídas con menos intensidad de consumo y tiempo y son periódicas
11. Puede identificar bajo qué estado del yo, es cuando usted tiene esas recaídas, y que estado del yo le ayuda a levantarse nuevamente.	yo niño rebelde y sumiso, el adulto	niño sumiso y miedoso, el padre protector
12. Cree usted que, al cambiar su guion de vida, tuvo cambios de conducta	si he cambiado mi conducta	sí, he tomado decisiones propias y puedo decir no a los vicios
13. ¿Qué cambios de conducta ha logrado con la rehabilitación?	tolerancia, amor propio, aceptación paciencia	ya no me pierdo, no me escondo para tomar
14. Me puede mencionar por lo menos unos cinco aspectos de su nuevo proyecto de vida.	mejor relación con mi familia, perdón crecimiento personal y profesional	la responsabilidad de mis decisiones, acercamiento a Dios,
15. Se considera usted que ya ha logrado la reinserción familiar, social y económica.	si pero estoy luchando por eso	sí, me ha costado recuperar a mi familia

Pacientes Rehabilitados con AT	ARMP	ARMCH
Preguntas		
1. A qué edad aproximada inicia su conducta adictiva.	18 años	15 años
2. Cuáles son las sustancias que ha consumido, y cuál ha sido la preferida.	alcohol, cocaína, crack, pastillas, tabaco	mariguana, cocaína, gasolina, LSD, anfetaminas, sosegón, captagón, hongos, pegamento, crack, tabaco, alcohol
3. Alguno de sus padres o familiares tienen adicciones o algún tipo de consumo.	sí, mi papa	sí, mi papa
4. Su entorno familiar y su relación con sus padres ha sido agradable antes del consumo, o cree que pudo haber sido un motivo para que se iniciara en las adicciones.	fue agradable y desagradable	agradable, hasta que murió mi mamá cuando tenía 15 años
5. ¿Consume actualmente, ocasionalmente o está en sobriedad y abstinencia?	sobriedad y abstinencia, de alcohol y drogas, solo consumo tabaco	en este momento estoy en sobriedad y abstinencia
6. Cree usted que tiene un mejor manejo de sus emociones.	sí, me controlo un poco más	me cuesta un poco, soy sumiso, y muy cascarrabias
7. Se siente usted bien y en capacidad de tomar decisiones sobre su vida y su bienestar.	sí, ya puedo tomar decisiones más sanas	me siento bien, pero me cuesta tomar decisiones, soy influenciable
8. Cuanto tiempo duro su tratamiento y fue suficiente o necesita más tiempo	casi 2 años, todavía voy a un grupo de apoyo AA	9 meses, todavía creo que necesito más
9. Se puede comunicar con los demás con más facilidad y con más entendimiento	sí, ya puedo comunicarme mejor	me cuesta entender y que me entiendan
10. Ha tenido recaídas, y como han sido esas recaídas	sí por emociones encontradas y falta de aceptación	sí he tenido recaídas con menos intensidad de consumo y tiempo y son periódicas
11. Puede identificar bajo qué estado del yo, es cuando usted tiene esas recaídas, y que estado del yo le ayuda a levantarse nuevamente.	yo niño rebelde y sumiso, el adulto	niño sumiso y miedoso, el padre protector
12. Cree usted que, al cambiar su guion de vida, tuvo cambios de conducta	sí he cambiado mi conducta	sí, he tomado decisiones propias y puedo decir no a los vicios
13. ¿Qué cambios de conducta ha logrado con la rehabilitación?	tolerancia, amor propio, aceptación paciencia	ya no me pierdo, no me escondo para tomar
14. Me puede mencionar por lo menos unos cinco aspectos de su nuevo proyecto de vida.	mejor relación con mi familia, perdón crecimiento personal y profesional	la responsabilidad de mis decisiones, acercamiento a Dios,
15. Se considera usted que ya ha logrado la reinserción familiar, social y económica.	sí pero estoy luchando por eso	sí, me ha costado recuperar a mi familia

Apéndices, croquis, mapas, vocabulario, etc.

Entrevistas llenas de Expertos en AT



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Postgrado

Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: Ángela Melgar Muñiz

Fecha: 15 octubre 2018 Hora: 15

Lugar de la entrevista: _____Lima Perú

Género: F M

Profesión y Especialidad: psicología _____psicoterapia_____

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional: Perú, Brasil, Argentina
Perú, Brasil, Argentina
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.
R. Puede tener excelentes resultados en la mayoría de casos
Excelentes resultados
3. Cuál es el rol del profesional en este modelo
R. psicoterapeuta de adultos
psicoterapeuta
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.
R. crear empoderamiento en la persona creemos que toda persona es capaz de conocerse y dirigir su vida
Empoderamiento, y capacidad autoconocimiento y dirección
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo
R. conocer sus estados del yo es fundamental
Conocer y comprender las diferentes manifestaciones de su yo favorece que la persona pueda empoderarse y redireccionar la energía al Estado del yo más productivo en el momento
Empoderamiento y redirección de su estado del yo más productivo
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo
R. Definitivamente sí Al haber una comprensión y el poder de manejo de la emoción hace que la persona pueda gestionar su mundo emocional
Comprensión poder y gestión de su mundo emocional
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?
R. Trabajó con este modelo hace 37 años, en los últimos dos años puedo haber trabajado con 5 o 6 personas con adicciones
37 años, 6 pacientes
8. ¿Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto?
R. trabajó con todos los instrumentos del análisis transaccional la comprensión de sus estados del yo es fundamental luego me enfocó en las en las conductas no productivas fenómeno de redefinición y de descalificación, es importante la gestión emociona, l el tipo de alimento que recibe de las personas y queda a las personas en lo que es afectividad que pueda comprender la dinámica de las relaciones conflictivas y como todo este panorama está mostrándonos Cuál es su guión de vida
Todos, estados del yo y argumentos, por el cambio del guion

9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?
- R. El principal objetivo es un adulto emancipado y empoderado un adulto emancipado y empoderado gestión emociones de las conductas productivas crea relaciones sanas y puede modificar el guión de vida
- Por un adulto empoderado y emancipado, con relaciones sanas y un nuevo guion
10. ¿Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas?
- R. Las personas dirigen su vida construyen relaciones productivas sanas y cuidan de si en sus necesidades y pueden cuidar a las personas que aman también sus necesidades
- Construcción de relaciones sanas, cuidado de sí mismo de y los demás
11. ¿Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo?
- R. puede ser un promedio de un 50%
- Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado
- R. Se puede usar en los dos casos con éxito
12. ¿Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo?
- R. tendríamos que pensar no en el modelo sino en el tipo de personalidad que tiene la persona con adicciones en general los diferentes tipos de neurosis responden bien al tratamiento
13. ¿Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.?
- R. Durante un año sesiones semanales 45 horas de terapia
14. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.
- R. Tendríamos que definir Qué se entiende por normal y que se entiende por funcional las personas pueden hacer una vida fluida y productiva



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Postgrado
Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: Sonia da Fraga P. N. Pedreira

Fecha: 19/10/2018 Hora: 03:21

Lugar de la entrevista: ___Salvador – Bahía - Brasil

Género: F M

Profesión: Psicóloga y Especialidad: AT _____

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional

R - En Brasil. Por el UNAT-Brasil, hizo el AT-101 y, después del AT-202 dictado por el Didacta Doctor Antonio Pedreira, tomé exámenes para mi Certificación en el área clínica; fue aprobada para Especialista en AT en 2015 y participo con varios Didactas de UNAT / ALAT en el curso avanzado AT- 303 como Didacta Provisional Clínico.

2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.

R – He constatado en mi actuación profesional que psicoterapia con AT individual o grupal posee amplias aplicaciones al abordaje de diversos tipos de trastornos, inclusive en casos de conductas adictivas.

Por la actuación profesional en psicoterapia AT individual y grupal

3. Cuál es el rol del profesional en este modelo

R – En el tratamiento multidisciplinar de las conductas adictivas, el rol del profesional psicoterapeuta es muy importante. Casos en que acudí clientes con conductas adictivas, obtuve apreciables resultados – actuando aisladamente o en equipo de trabajo con el psiquiatra – incluso en pacientes portadores de trastornos de impulsividad por compras, por comida, por drogas lícitas e ilícitas etc.

Rol profesional de psicoterapeuta

4. Cuáles son las características más significativas del A.T.

La creencia que todas las personas son OK, aunque estén con malo funcionamiento psíquico, me encanta. Además, AT es potente en su acción y suele presentar respuestas favorables más rápidamente que otras líneas de terapia que conocí en mi graduación en Psicología.

La capacidad de hacer Contrato en una posición OK / OK, donde hay responsabilidad tanto del psicoterapeuta como del cliente, así como

la capacidad de explicar de manera simple el funcionamiento de las estructuras psíquicas de las personas, son características muy significativas del AT, entre otras.

Las creencias que todos somos ok, es potente, rápido, contractual y simple.

5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como están formados sus Estados del Yo

R - Sin lugar a dudas, este modelo tripartito de los Estados del Yo es la huella da genialidad del creador del AT, el Doctor Eric Berne, pues permite al paciente conocer y entender su estructura de personalidad. Esto le facilita la comprensión del modo de pensar, hablar, sentir y actuar, suyo y de las demás personas. Un buen ejemplo se dio cuando traté un adulto que tenía conductas desreguladas en el manejo dl dinero,

incluso solo vivía endeudado. Cómo mi primera formación académica fue en Economía, desarrollé una especialidad en psico-economía, utilizando el Análisis Transaccional. Luego que le expliqué la teoría de los Estados del Yo, él hizo un importante insight a cerca de la actuación ego-distónica de su Yo Nino que excluía su Adulto cuando de compras. Los cambios de actitud con el dinero, le dio un resultado exitoso en el control de su vida monetaria.

Al conocer sus estados del yo le facilita la comprensión de su modo de pensar, hablar, sentir y actuar y desarrollo cambios.

6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo

R – Sí. Un paciente con este problema puede lograr significativos cambios en sus conductas aditivas desde que logre un más grande control de su sistema emocional.

Para tanto busco hacer un entrenamiento hacia la competencia emocional.

Logra un control, entrenamiento y competencia de su sistema emocional

7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?

R - Ya hace unos ocho años que utilizo este referencial teórico y práctico del AT para lidiar con este tipo de asunto. He atendido docenas de clientes con las más diversas conductas adictivas.

8 años y 72 pacientes

8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto

R- Por supuesto empiezo por los Estados del Yo y después elijo los instrumentos que más se adecuan al caso. Hay momentos en que la utilización del conocimiento de Caricias y de sus propias Emociones – innatas y adquiridas pueden ser suficientes para cambiar un patrón adictivo. Muchas veces el conocimiento de la teoría de los Juegos y del Triángulo Dramático puede interrumpir un Guion hamártico en estos pacientes.

Hay casos en que aplico también una técnica pionera que he introducido en AT, que es el Juego de Arena, con resultados exitosos.

Los que se adecuan al caso, empezando por los estados del yo, y una técnica pionera propia llamada el juego de Arena

9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?

R - Porque la cura solo es efectiva en el modelo de AT cuándo el paciente atinge la Autonomía que es definida por Berne como el estado en que la persona pasa a presentar: Conciencia de su proceso, Espontaneidad, Intimidad y también Creatividad. Pienso que alcanzar la mínima capacidad de auto sustentabilidad darles la posibilidad de pensar, sentir, hablar y actuar con libertad y solo su Yo Adulto descontaminado le posibilita.

Por la autonomía que desarrolla, además de la espontaneidad, intimidad y creatividad, que le permite alcanzar su auto sostenibilidad.

10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.

R - Las personas recuperadas suelen presentar decisiones autónomas, libres de las del Guion, y actitudes saludables con una mejor estructuración del tiempo social, pasando a disfrutar de mejor calidad de vida.

Decisiones autónomas, actitudes saludables, mejor estructuración del tiempo y disfrute de calidad de vida.

11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo

R - No tengo un índice efectivo para cuantificar los casos de recaída, pero considero poco frecuente entre 20 a 30%. Depende mucho de la influencia del Guion y del grado de comprometimiento causado por su patología. También observo un rol importante la influencia de la familia, cuando tiene esa persona como “caja de basura”.

20 a 30 % dependiendo de la influencia del guion y su patología.

12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado

R - Creo que es posible los dos tipos de aplicación hasta por la historia del AT, pues Berne empezó su trabajo en hospital – como esta descrito en su libro AT en psicoterapia – y solo después comenzó sus atendimientos en despacho privado. Hoy día en AT está en desarrollo de sus aplicaciones en los más distintos.

En los dos tipos

13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo

R- En mi experiencia personal la terapia de grupo, solo con pacientes portadores de conductas adictivas, suelen dar respuestas terapéuticas muy efectiva en personas adictas al alcohol, incluso al THC de la marihuana. En otras conductas adictivas a circunstancias e hábitos motivados por impulsividad, responden bien al modelo con AT individual o grupal.

Alcohol, mariguana, otros, en terapia individual o grupal

14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.

R – Dependiendo de la intensidad, duración de la adicción y se el cliente tiene una buena red de apoyo es recomendable promedio de seis meses a uno año de psicoterapia con AT.

Seis meses a un año

15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.

R- Tras alta es posible sí, que esta persona pueda llevar una vida dentro de los límites de la normalidad y volver a funcionar adecuadamente en sus roles familiar, de pareja, social, académica y laboral.

Es posible dentro de los límites de la normalidad.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas Departamento de Postgrado
Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: Elsa Virginia Obregón García de Amurrio

Fecha: 22/10/2018 Hora: 03:21

Lugar de la entrevista: Salvador – Bahía - Brasil

Género: F M

Profesión: Psicóloga y Especialidad: Psicóloga Clínica URL

- Maestría en Orientación Familiar
- Miembro clínico AT
- Biodanza

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

En Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional ALAT, a través del Instituto se AT dirigido por el Dr. Rolando Paredes.

ALAT y AGAT, Dr. Rolando Paredes

1. Entiendo la adicción como algo que ha quedado fijado en el cerebro y creo tiene mucho que ver con lo que en AT llamamos el “guion de vida”; de alguna forma la persona aprendió y funciona con esos elementos presentes en la adicción. Que sea capaz de ver eso, de descubrirlo, es un punto que considero vital. Luego vendría esa parte en donde será importante ver qué cambios serían necesarios para desactivar esa función. Esto es lo que en AT se conoce como “re decisión”.

La adicción tiene que ver con el guion de vida, puede cambiarlo a través de la redecisión

2. Como en otros modelos el rol sería de acompañar y apoyar al paciente a través de conocimientos de la teoría y técnicas que considere oportunas y del “arte” en la parte humana, esto es comprendiendo y siendo muy empático.

3. Acompañar y apoyar al paciente

4. El AT es un modelo principalmente de decisión:

- Comprendemos nuestras relaciones, lo que buscamos, las raíces ocultas que nos hacen reaccionar de formas específicas y repetitivas.
- Se toma conciencia de qué nos pasa, de cuáles son nuestras necesidades y deseos, de qué objetivos queremos alcanzar.
- Se es parte activa, tomando la iniciativa hacer efectivos los cambios en las áreas personal, de relación, laboral y otras. Nos enseña a utilizar Permisos, Protecciones y Potencia necesarios para desarrollarnos y evolucionar.
- **Se busca alcanzar la autonomía.** Esto es todo un proceso que pasa por la capacidad de ser más conscientes de la realidad y la fantasía, de la capacidad de expresar los propios pensamientos, sentimientos y necesidades y de alcanzar la capacidad de abrirse a los demás, con cercanía y autenticidad; en otras palabras, la capacidad de lograr intimidad.

El AT es principalmente de decisión y busca alcanzar la autonomía

5. Porque este autoconocimiento sobre la estructura y funcionalidad de los estados PAN le brindan herramientas para entender sus propios diálogos internos y la forma en que se relaciona (transaccional) con los demás.
6. El autoconocimiento de los estados del yo le brindan herramientas para entenderse y entender cómo se relaciona con los demás
7. Considero que sí, sobre todo porque la persona se concede Permisos de sentir y expresar sus emociones de forma más auténtica y tiene que ver con que se le apoye en conocer, entender y valorar la funcionalidad de cada emoción.

8. Aproximadamente utilizo el modelo desde el año 2013. En los últimos dos años pensaría que he atendido a unos 8 pacientes con ciertas conductas adictivas ya que no es este campo específico al que me dedico, sin embargo, las conductas adictivas están presentes en otros motivos de consulta, aunque no se planteen en un inicio y el modelo de AT siempre me resulta muy efectivo.

9. 6 años 8 pacientes

10. 8. En negrilla los de más impacto:

- Análisis Estructural y Funcional
- Juegos Psicológicos
- Transacciones
- Argumento de Vida
- Mini argumento
- Caricias
- Emociones
- Posición Existencial
- Estructuración del tiempo
- todos

11. Porque al trabajar del guion o argumento de vida se conocen esas formas repetitivas de funcionar que la persona ha utilizado toda su vida y que son muy significativas porque están compuestas de recuerdos, emociones, pensamientos, conductas, estados fisiológicos; en otras palabras, los “mandatos” con los que ha funcionado hasta ahora. Al hacerlos conscientes en el presente se puede ser capaz de “re decidir” cambiarlos, desde el estado del yo Niño, por otros que le permitan un mayor desarrollo y bienestar.

Al hacer consiente los mandatos se es capaz de re decidir cambiarlos y permitir mayor desarrollo y bienestar

12. Como elemento básico considero que el obtener la autonomía de vida es lo más importante para una persona recuperada, ya que en la mayoría de casos la dependencia de otros es el elemento más común y que les hace difícil salir de la situación de adicción. Llegar a ser el protagonista y arquitecto de su propia vida es acá lo vital de un proyecto de vida adecuado.

13. Por lo mismo, cada proyecto de vida será único como únicas son todas las personas, sin embargo, creo que debe contener elementos que lleven a un estilo de vida saludable tomando en cuenta la parte física, psíquica y espiritual de la persona; un proyecto de vida integral entendiendo a la persona como un ser holístico.

Esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida.

Como el campo de la adicción no es el específico en el que trabajo, no me es posible responder este porcentaje con exactitud.

Considero que sí puede aplicarse y veo beneficio en ambos escenarios basada en lo que he expuesto anteriormente.

14. Pienso que toda conducta adictiva puede responder positivamente al modelo, por supuesto sin esperar procesos perfectos y sin recaídas ya que sabemos que en primer lugar la perfección no existe y en el caso de las adicciones las recaídas suelen suceder a menudo y se aceptan como parte del proceso de recuperación.

Para esta respuesta tampoco tengo los elementos necesarios para responderla adecuadamente.

Creo de verdad que sí. Conozco a muchas personas que lo han logrado. Esta funcionalidad también varía pues dependerá mucho del propio compromiso de la persona con su recuperación y de su deseo de trascender la experiencia vivida.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas

Departamento de Postgrado

Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: Antonio Pedreira

Fecha: 17/10/ 2018 Hora: 14

Lugar de la entrevista: Salvador – Bahia – Brasil por Internet

Género: F M

Profesión y Especialidad: Médico Psiquiatra, Psicoterapeuta, con Título de Especialista en Análisis Transaccional (Reconocido por el Ministerio de la Salud de Brasil)

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional

R - En Brasil con varios Didactas de UNAT-BR y ALAT: Dr. Jessé Accioly, Dr. Henrique Austregésilo Millet, Dr. Octavio Rivas Solis, Dr. Roberto Shyniashiki y Dra Vilma Cortez.

Brasil UNAT-BR, ALAT, Didactas Dr. Jessé Accioly, Dr. Henrique Austregésilo Millet, Dr. Octavio Rivas Solis, Dr. Roberto Shyniashiki y Dra Vilma Cortez.

2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas

R - Basado en los trabajos pioneros de Eric Berne – el creador del AT, y en mi propia experiencia clínica al largo de los 38 años de práctica con más de diez mil pacientes. Incluso mí recién publicado artículo en REBAT- 2018: “Abordaje a través del AT del Trastorno de Automutilación”.

Por la experiencia clínica de 38 años, con más de diez mil pacientes

3. Cuál es el rol del profesional en este modelo

R – En mí caso, mi rol es doble: psiquiátrico y psicoterápico

4. Cuáles son las características más significativas del A.T.

R – AT es eficaz y eficiente a corto o medio plazo, rápido, comprensible por los clientes; es contractual, potente, además de disponer de 10 Instrumentos de fácil aplicación y posible de diagramárselos.

Eficaz y eficiente a corto y medio plazo, comprensible, contractual, potente, 10 instrumentos aplicables y diagramarles

5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo

R – Porque al conocer su estructura de personalidad y entender el funcionamiento de cada uno de los Estados del Yo, él puede fácilmente comprender su propio sistema de pensamiento, de sentimiento y de conductas, así como el de las personas con las cuales

interactúan en los roles de pareja, de familia, social y profesional o académico. En otras palabras, pasa a entender mejor su mundo intrapersonal e interpersonal.

comprende su sistema de pensamiento, sentimiento y conducta y pasa a entender su mundo intrapersonal e interpersonal

6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo

R – Por supuesto que sí. Él puede añadir la habilidad emocional a sus otras habilidades personales, lo que puede, inclusive, facilitar sobremodo su éxito profesional.

Añade habilidad emocional a otras habilidades personales y facilita su éxito personal y profesional

7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos ha atendido aproximadamente en los últimos dos años?

R – Ya me llevan más de 30 años como Psicoterapeuta de la línea humanista con AT. En los últimos 2 años, he atendido unos 200 pacientes en mi despacho privado con diversas conductas adictivas.

30 años y 200 pacientes en los 2 últimos años

8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto

R – Aplico casi todos los 10 Instrumentos del AT, con especial énfasis en los Estados del Yo, Emociones auténticas y Rebusques, Caricias, Estructuración del Tiempo social, Juegos Psicológicos y el Triángulo Dramático, Guion o Script de vida y la teoría y práctica del Miniscript de Kahler, además del Sistema de Creencias de Erskine, Adaptación de Personalidades de Van Joines y Puertas de la Terapia de Paul Ware. También aplico técnicas novedosas que he desarrollado y las publicado, como, por ejemplo: “La influencia de los Juegos Psicológicos en la Dinámica Amorosa”; “Un Nuevo Aproximación de la Entrevista con el Padre”, “La importancia del Orden de los Nacimientos en la Determinación del Guion de Vida” etc.

Todos, los 10 instrumentos y algunas técnicas propias que he desarrollado y publicado.

9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?

R – Porque esto permite que el paciente pueda alcanzar su AUTONOMIA – es decir atinja su máxima consciencia, intimidad y espontaneidad usando su libre albedrío para conducir su vida, sin las amarras de un programa decidido muy tempranamente en su infancia, cuando él no tenía todavía la capacidad de toma de decisiones saludables para guiarle su vida. Con la técnica regresiva de Re decisión de Bob & Mary Goulding, y el conocimiento de Guiones Transgeneracionales – de Gloria Noriega y de la aplicación de la Técnica del Juego de Arena en AT – Sonia Nogueira Pedreira (REBAT, 2017) se puede trabajar de modo eficaz hacia la liberación del guion de una persona.

Alcanza su Autonomía, máxima consciencia, intimidad y espontaneidad, y alcanza la eficaz liberación de su guion

10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.

R – La toma de nuevas decisiones ya autonómicas, fuera del Script, los permite la adopción de conductas saludables, productivas y plena consciencia de sus capacidades de formular en el aquí y ahora un Plan de Vida con su Yo Adulto Integrado, como postuló Erskine desde el siglo pasado.

Nuevas decisiones autonómicas, adopción de conductas saludables formulación de aquí y ahora con un yo adulto integrado.

11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo

R – Ha sido variable, de caso a caso, en la dependencia del grado de comprometimiento del paciente en su proceso terapéutico y da gravedad de su patología. Podría estimar el índice de recaídas al derredor de unos 25%.

25 % y depende del grado de compromiso y la gravedad de la patología

12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado

R – Ambas las modalidades pueden ser exitosas, en función de los factores mencionados en la cuestión 11.

13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo

R – Las mejores respuestas están conectadas a las conductas adictivas a sustancias o drogas menos “pesadas”. Las automutilaciones responden bien al modelo, de donde es recomendable empezarse por la clausura de la válvula de escape de suicidio, y seguirse

lo diez pasos subsiguientes recomendados en el artículo. Adicción al alcohol y marihuana en el inicio de la adicción suelen el modelo mejor que la adicción al tabaco. Cuando ya se está instalado el círculo vicioso involucrando: marihuana, cocaína y alcohol las respuestas fueran los peores resultados.

14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.

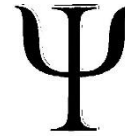
R – El tiempo recomendado para abordarlo es lo más temprano posible y siempre que él desea verdaderamente tratarse – por voluntad propia o inducido por sus entes queridos.

15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.

R – MUCHAS VECES, SÍ. Otras veces no. Pero siempre es recomendable hacerse un “follow up” por un tiempo proporcional al de la duración de la conducta adictiva. En mi experiencia práctica, después del tratamiento individual, suele producir buenos resultados encajarlos a un grupo terapéutico mixto o específico para aquel tipo de adicción.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Postgrado
Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: Favio Laureano Vega Galdós

Fecha: 21/10/2018 Hora: 13:30

Lugar de la entrevista: _Virtual

Género: F M

Profesión y Especialidad: Médico Psiquiatra Psicoterapeuta Análisis Transaccional

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional

En Consultores Peruanos en Análisis Transaccional (COPERAT), primera institución formadora en AT en el Perú (Desde 1985)

2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.

El AT fue creado por Berne como un modelo de terapia de grupo de base eminentemente social y al basarse en el estudio de las interacciones humanas, influencia de las relaciones del individuo con sus figuras significativas de infancia, el impacto de los modelos de aprendizaje y las expresión de emociones y estímulos sociales, representa un marco teórico práctico fundamentado para el abordaje de las adicciones que son el resultante de conflictos intrafamiliares, desventajas emocionales y psicosociales, marginalidad y estigma que provoca en el individuo la búsqueda de estímulos para sentirse bien a pesar de las contundentes desventajas de las consecuencias.

Modelo de terapia de grupo que representa un marco teórico práctico fundamentado para el abordaje de las c.a.

3. Cuál es el rol del profesional en este modelo

Invitar al cambio a la persona y a sus familiares, mediante reflexiones sobre el tipo de relaciones que generan las conductas adictivas, posibilitando que decidan de forma autónoma de acuerdo a la realidad y necesidad de bienestar, enfocándose en las consecuencias que tiene y planteándose alternativas de acción. El individuo necesita ser consciente de la responsabilidad de sus actos y los patrones relaciones aprendidos que lo llevaron a la adicción y optar por otros que sean funcionales (estilos de vida saludables)

4. Cuáles son las características más significativas del A.T.

Trabaja de manera práctica y sencilla de entender con el cliente:

- La influencia del desarrollo de su personalidad, sus relaciones interpersonales y los roles que asume en ellas

- Las decisiones básicas tomadas en la infancia que plantean la forma de vivir del individuo
 - La importancia de las emociones en la conducta
 - Es práctico y sencillo, influye en el desarrollo de la personalidad, le da importancia a las emociones
 - Los distintos tipos de estímulos sociales que se utilizan para reforzar los comportamientos aprendidos
 - La influencia de la percepción del rol del individuo con relación al rol de las otras personas
 - La estructuración de las actividades y el tiempo utilizados
 - Dinámica e influencia de los grupos
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo
- Le permite conocer que al ser manifestaciones aprendidas (especialmente las influenciadas socialmente), pueden cambiarse al hacerse evidentes a su reflexión
- Al entender sus estados del yo puede cambiarlos mediante la reflexión
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo
- Por supuesto, les permite reconocer sus emociones genuinas detrás de aquellas adaptaciones que aprendió a usar emocionalmente para sobrevivir en su entorno y de esta manera expresarlas y dirigir sus conductas hacia el bienestar.
- Al reconocer las emociones genuinas dirige su conducta hacia el bienestar
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?
- Desde 2011, unos 10 por año.
- 9 años 90 pacientes
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto
- Se puede usar todos, sin embargo, por mi estilo terapéutico prefiero:
- Los juegos psicológicos
 - El argumento de vida

- El estudio de las caricias (estímulos sociales)
 - Las emociones
 - La estructuración del tiempo
 - Todos, juegos psicológicos, argumentos, caricias, emociones, estructuración del tiempo
9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?
- En base a su re-decisión puede cambiar las manifestaciones de su conducta con el uso de interacciones saludables y autónomas
10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.
- Autoprotección emocional
- Valoración de sus logros y permiso para seguir adelante
- Autonomía en sus decisiones y relaciones
- Organización y Planificación de sus actividades
- Disfrutar de sus actividades y Estilo de vida saludables
- Interacciones con confianza, respeto y empatía
- Autoprotección, valoración, autonomía, organización y planificación disfrute del bienestar
11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo
- Mi intervención no es dedicada específicamente a personas con adicciones ni en entorno dedicado a dicho trastorno.
12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado
- Ambos, depende de los recursos capacitados disponibles
13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo
- Aquellas en las cuales no hay un trastorno disocial de personalidad como componente fundamental del trastorno

14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.

Una rehabilitación eficaz requiere una intervención integrada y coordinada con diversos actores más el seguimiento y acompañamiento terapéutico comunitario, ello puede tomar de 1 a 5 años

15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.

Siempre existirá el riesgo de recaída, sin embargo, el cambio terapéutico asumido por la persona representa la mejor opción de vida funcional personal, familiar, social y laboral



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Postgrado
Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: María René Gándara Ulloa

Fecha: 17 octubre de 2018 Hora: 20 horas

Lugar de la entrevista: _____

Género: F M 37 años _____

Profesión y Especialidad: Médico psiquiatra y psicoterapeuta

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional
Asociación latinoamericana de AT (ALAT)
Instituto Mexicano de AT (IMAT)
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.
Sí
3. Cuál es el rol del profesional en este modelo
Puede ser un rol en relación a modelar una interacción adulto – adulto con el paciente, que vaya descontaminado estado del yo adulto y que el paciente pueda salir de la relación simbiótica con la sustancia y con las personas que participan en la simbiosis.
Rol de relación e interacción adulto-adulto
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.
Contractual
Simple y sencillo de entender
Parte de la premisa de que todos podemos ponernos OK
Pueden hacerse diagramas y esquemas para entender la comunicación
Contractual simple, sencillo usa diagramas y esquemas para entendimiento
5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo
Porque de esa manera tendrá conocimiento y consciencia de cómo están funcionando sus estados del ego y así podrá hacer un proceso de descontaminación y crecimiento en autonomía.
Creo fundamental que el paciente logre trabajar con su ego grama con el fin de darle la posibilidad de empezar a entenderse y a hacerse cargo de sí mismo.
Conciencia de funcionamiento de sus estados para proceso de descontaminación y autonomía
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo
Hay cambios significativos, lo que he observado en la mayoría, es que las personas empiezan a manifestarse más como adultos y no como niños en su relación con ellos mismos, con la sustancia y con los demás.
Hay herramientas específicas qué hay que saber aplicar para poder hacer este proceso de autonomía:

Descontaminación

Parentalización

Trabajo de las 5 sillas de Stunz

Contratos específicos para ir teniendo mentas en cuanto al consumo

Análisis de los circuitos internos

Análisis de las transacciones

Relaciones con su yo adulto, con la sustancia y con los demás

7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?

Desde el año 2014

He atendido aproximadamente a 16 pacientes

5 años 16

8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto

Análisis estructural

Análisis funcional

Revisión de circuitos internos

Análisis de las transacciones

Establecimiento de caricias nutritivas (generar un Padre Nutritivo en el paciente)

Mini argumento

Triángulo dramático (análisis de juegos)

Análisis de guion de vida

Todos, estados del yo y argumento

9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?

Porque las conductas adictivas son la base de las experiencias vividas por el paciente en la niñez decididas en etapas tempranas de la vida que se recrean en la adultez y se manifiestan de manera concreta en el paciente, pero sin que él/ellas sean conscientes de que está pasando.

La idea sería determinar cómo el paciente puede proveerse de caricias nutritivas fuera del guion.

Que se provea de caricias nutritivas fuera del guion

10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.

Plan de vida

Revisión constante del plan de vida

Constante expresión de emociones auténticas (en mi caso utilizo la escritura)

Plan de vida y expresión de emociones auténticas

11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo

No podría decir un número específico, ya que integro otros abordajes y muchas veces hay comorbilidades psiquiátricas.

12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado

Considero que puede iniciarse en el internamiento y luego continuarse en ambulatorio.

Creo que en modalidad de grupo la técnica puede ser más efectiva.

13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo

Comida, marihuana, tabaco.

14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.

Por lo menos 20-50 sesiones, si es en grupo, puede que se necesiten menos sesiones.

15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.

Es muy probable si la persona aprende a reconocer cuando entra en circuitos negativos que le llevan a mini argumento y finalmente al guion.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas

Departamento de Postgrado

Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: Auxiliadora Marengo Gutiérrez

Fecha: 27 de octubre 2018 Hora: _____

Lugar de la entrevista: Nicaragua

Género: F M

Profesión y Especialidad: Psicóloga clínica. Miembro Didacta Alat Psicoterapeuta de adultos y parejas

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional
En Nicaragua, en los años 70 vinieron junto al Dr. Roberto Kertesz, otros como Kerman, Induni, Juan José Tapia.
2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.
Para conocer las causas que llevan a las personas a estas conductas el At cuenta con valiosos instrumentos.
Se explica muy bien en la SIMBIOSIS donde las personas se complementan entre si perdiendo su autonomía.
Son muy valiosos también el primer y segundo instrumento: Estados del yo: Análisis Estructural y Funcional.
Otro instrumento útil es el Argumento, donde los Mandatos marcan pautas a seguir siendo la dependencia, una de ellas.
La conducta adictiva también se puede analizar desde los Juegos psicológicos, las transacciones, impulsores, en fin, casi todos los instrumentos son útiles para el trabajo de esta condición.
3. Cuál es el rol del profesional en este modelo
Ayudar al consultante a conocer –se, tanto en sus propios mecanismos como los tomados del ambiente en que creció. Para luego, por diferentes técnicas como la re-decisión, el Contrato Terapéutico, o la re parentalización, elaborar un nuevo plan de vida.
4. Cuáles son las características más significativas del A.T.
 - A. Habla en un lenguaje comprensible para cualquier persona
 - B. Es rápido y eficaz en proporcionar herramientas de autoconocimiento
 - C. Incluye técnicas de otras escuelas como la Gestalt que contribuyen a ponerlas al servicio de una mejor intervención terapéutica-
 - D. Se puede explicar con dibujos accesibles que se explican por si mismos
 - E. Es potente en herramientas que en otras escuelas se vuelven muy teóricas.

F. Es útil saber que como terapeuta se puede tener POTENCIA, DAR PERMISO Y PROTECCIÓN

Lenguaje sencillo, rápido, eficaz, integrativo, diagramable, potente.

5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo
Porque al conocer cuáles son sus estados dominantes sabrá cuales son las conductas que lo caracterizan, pudiendo predecir a que se inclina. Podrá saber con claridad cuales puede reforzar pues son útiles y están en su circuito positivo. Haciendo esto, de manera simultánea se debilitan aquellas que, por negativas, le quitan calidad a la salud mental de su dueño o dueña.
6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo
Si le enseñamos al consultante a conocer las emociones auténticas y su diferencia con los rebusques, podrá diferenciar cuales aquellos que utiliza y las pseudo-ventajas que le traen. Aprenderá a buscar caricias adecuadas sin tener que recurrir a las conductas que lo llevan a la dependencia emocional.
7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos ha atendido aproximadamente en los últimos dos años?
Me dedico a terapia de parejas, donde la dependencia emocional es muy frecuente. La mayoría de las parejas tienen algún tipo de simbiosis, consciente o no. La dependencia de sustancias o de alcohol no es muy frecuente en mi agenda. Tengo 39 años de práctica y creo que perdí la cuenta de cuantas parejas atendí.
39 años de práctica, Me dedico a terapia de parejas, donde la dependencia emocional es muy frecuente.
8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto
El argumento de vida, los impulsores, los juegos psicológicos, las caricias, las emociones. Son verdaderamente valiosos en cualquier circunstancia, caso o edad. Con cualquiera de ellos se tienen verdaderos cambios y logros en la conducta de los consultantes.

9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?

Lo escrito en el guion son una serie de mandatos que te impiden tu pleno desarrollo y te llevan a repetir aquellas cosas que te hacen infeliz una y otra vez. Darse cuenta del contenido de los mismos, es el comienzo para ser autónomo y re decidir cómo hacer un plan de vida, con calidad conciencia y contenido.

Los mandatos del guion impiden el pleno desarrollo, y no permiten ser autónomos

10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.

Yo los ordenaría alrededor de los siguientes determinantes:

QUE – COMO—CUANDO—PORQUE—PARA QUE

QUE quiero conseguir

COMO lo lograré

CUANDO es el tiempo para lograrlo

POR QUE conviene y sirve que incluya este cambio en mi vida

PARA QUE servirá realizarlo, cual será mi ganancia

11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo.

No tengo experiencia en recaídas con sustancias. Pero creo firmemente que la sustancia es el efecto y no la causa que lo lleva a depender.

Hay un dolor viejo que la sustancia tapa y la terapia consiste en llegar a él para resolverlo.

12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado

Generalmente los internos están sujetos a medicación y desintoxicación que de alguna manera bloquea su capacidad emocional de asumir decisiones adultas. Me inclinaría por los ambulatorios, aunque no tengo experiencia en eso.

13. Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo

La adicción emocional que al final se identifica con cualquiera de las demás, pues todas ellas implican una parte débil que se cuelga de algo o alguien para soportar el dolor o la causa inconclusa que la provoca.

14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.

El tiempo está modificado por la capacidad emocional que la persona tenga de hacer insight, de entender de donde viene su dependencia para poder resolverla sin conflictos, ni culpas o resentimientos. El tiempo es relativo y dependiente de cada caso en particular.

Lo importante no es el tiempo en que lo logre, sino en la capacidad de entender porque le pasa lo que le pasa.

15. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral.

Los alcohólicos tienen la creencia de serlo siempre y que su esfuerzo de sobriedad dura un día a la vez. Creo que el basarse en la fuerza espiritual referida a un ser superior es un apoyo y un obstáculo a la vez. Si lo logran, es un apoyo, pero si no, es un obstáculo. El que un dependiente entienda su argumento de vida, se concilie con el dolor que hay en él y con quienes se lo provocaron es un camino más seguro y duradero. Vivir el presente, teniendo claro su pasado, lo empodera para tomar nuevas decisiones basadas en su capacidad de creer en sí mismo, cultivar su autoestima desde sus capacidades y abrirse cada día al reto de renovar su derecho a estar en la vida, con calidad.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas

Departamento de Postgrado

Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: EDGAR ANTONIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Fecha: 16/10/2018 Hora: 5:00 PM

Lugar de la entrevista: _CLÍNICA PRIVADA ANTIGUA GUATEMALA

Género: F M

Profesión y Especialidad: PSICÓLOGO ANALISTA TRANSACCIOANAL

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se plantean tiene como fin establecer si el Modelo del Análisis Transaccional es aplicable a las conductas adictivas, y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar la siguiente entrevista, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. En Donde obtuvo su formación del Modelo de Análisis Transaccional.

Desde 1999, con Alat. Asociación latinoamericana de análisis transaccional.

En Guatemala con el Dr. Rolando paredes. Y en los diferentes congresos de Latinoamérica.

ALAT GUATEMALA, Didacta Dr. Rolando Paredes

2. Porque cree usted que este modelo lo puede aplicar al abordaje de las conductas adictivas.

La principal ventaja del modelo es su capacidad diagnóstica. Permite una comprensión/diagnóstico de los procesos mentales del paciente. Y luego de esa hipótesis diagnóstica realizar las intervenciones. Le permite al terapeuta saber en qué etapa del tratamiento esta todo el tiempo, no interviene a la deriva, sino puntualmente en los procesos mentales que busca enriquecer.

Por su capacidad diagnóstica en procesos mentales, no interviene a la deriva porque se conoce cada etapa del proceso.

3. Cuál es el rol del profesional en este modelo

Activo. Interviene al darle vida a la relación terapeuta-paciente. Y desde la relación influir en la organización mental. Es decir, no está centrada en el terapeuta, ni en el cliente. Sino centra en la relación.

4. Cuáles son las características más significativas del A.T.

Es humanista, cree en el desarrollo humano, objetivo. Tiene una alta capacidad de propuesta.

5. Porque cree usted que es importante para el paciente conocer y entender como está formado sus estados del yo

Permite profundizar. Ayuda al despertar de la conciencia del paciente. Al reconocer la estructura de mi personalidad tengo la ventaja de reconocer mis propias capacidades, mi capacidad de afrontar retos e identifico las áreas donde tengo ventaja para contribuir a mi bienestar y el de las personas con quienes convivo.

6. Hay cambios y manejos significativos de la emocionalidad del paciente con este modelo

Si. En el Alat, se comprenden a las emociones como energía. Son fruto de una interpretación de la realidad. Pueden manejarse al conocer su mapa. Se les valora como naturales y se invita a vivirlas como tales. Al descubrir que tenemos el permiso de vivir todas las emociones de manera natural, se consigue una fluidez en la energía emocional que previene desproporciones, represiones o una vivencia inauténtica de las mismas.

7. ¿Cuánto tiempo lleva aplicando este modelo a sus pacientes con conductas adictivas, y a cuantos a atendido aproximadamente en los últimos dos años?

Desde 1999. No suelen ser los principales motivos de consulta en la clínica. Unos 15 aproximadamente.

19 años 15

8. Cuáles son los instrumentos del AT que usted aplica en la Intervención Terapéutica y cuáles son los de más impacto

Se utilizan los 10 instrumentos de manera diagnóstica. Todos muestran un área diferente de trabajo según se necesita. Como el AT se interviene creando una relación con el paciente, se necesita un buen manejo de los canales de comunicación (transacciones) y caricias.

Todos, transacciones y caricias

9. ¿Por qué dentro del Modelo de AT el objetivo principal es el cambio del Guion de la persona?

Vivimos como pensamos. Si cambiamos nuestra forma de pensar cambiamos nuestra forma de vivir. Es decir, estamos limitados por nuestras creencias, al ampliar los límites de nuestras creencias, cambiamos nuestra programación. De ahí la importancia de trabajar con el guión.

10. Cuáles son los principales componentes del nuevo Proyecto de Vida de las personas recuperadas.

Precisamente la ampliación de los límites. Los nuevos permisos para vivir con nuevos horizontes. Especialmente el manejo de los vacíos que antes se manejaban artificialmente

con drogas. Se descubren maneras naturales para vivir los vacíos. Haciendo un nuevo encuentro consigo mismos y con el bienestar en la vida cotidiana.

Ampliación de límites, nuevos permisos para nuevos horizontes, manejos de los vacíos que se llenaban con drogas, encuentro consigo mismo

11. Cuál ha sido el índice de recaídas con el abordaje de este modelo

Las recaídas no están ligadas directamente a ningún modelo. El manejo de las conductas adictivas está vinculado más a privilegiar el reencuentro con la vida, el compromiso con cuidar de sí mismo y priorizar los logros de mediano y largo plazo sobre el placer en el corto plazo. Así como en los cambios en la experiencia del placer. Redescubrir el placer de manera natural representa retos por los cambios en los mecanismos neuro-fisiológicos, que pueden ser alcanzados con cambios en el guion de vida.

12. Puede este modelo aplicarse en la modalidad de ambulatorio y de interno, y en cuál de los dos será el más indicado. El modelo puede aplicarse en ambos casos. Al ser un modelo diagnóstico siempre es efectivo.

13. ¿Qué tipo de conducta adictiva responde mejor al modelo? La conducta adictiva es un efecto secundario de un vacío. Así que entre mejor se trabaje este vacío mejores serán los resultados.

14. Cuál es el tiempo recomendado para abordar al paciente adicto para lograr una rehabilitación satisfactoria con el A.T.

15. Hay que considerar periodos de mediano y largo plazo. Los criterios de alta varían. Están ligados al logro de los nuevos proyectos del paciente. Puede la persona después de ser dada de alta llevar una vida normal y funcional dentro del contexto familiar, social y laboral. Si. La psicoterapia es un proceso que permite un reencuentro con el bienestar. La posibilidad de recibir apoyo para vivir mejor no debería limitarse a los periodos de crisis. Sino ser una ventaja para disfrutar más aun de la vida.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano – CUM



Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Postgrado

Maestría en Prevención y Tratamiento Integral de Conductas Adictivas

Entrevista Semiestructurada

DATOS GENERALES:

Nombre: NFN

Fecha: 41 años Sexo: M

Lugar de Residencia: Zacualpa, El Quiché

Religión Profesante: católico

Estado Civil: casado

Profesión u Oficio: Br. en Ciencias de la Salud

Entrevista Semiestructurada

Instrucciones: Las preguntas que a continuación se le plantean tiene como fin establecer si el Modelo de Análisis Transaccional con el que fue abordado, ha sido efectivo y si es aplicable al tratamiento de conductas adictivas y servirá para el trabajo de investigación sobre el mismo tema. Por lo que solicitamos de su colaboración en contestar el siguiente cuestionario, y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos.

1. A qué edad aproximada inicia su conducta adictiva.
R/20 años
2. Cuáles son las sustancias que ha consumido, y cuál ha sido la preferida.
R/Licores, cigarrillos, cervezas
3. Algunos de sus padres o familiares tienen adicciones o algún tipo de consumo.
R/Alcohol, tabaco
4. Su entorno familiar y su relación con sus padres ha sido agradable antes del consumo, o cree que pudo haber sido un motivo para que se iniciara en las adicciones. R/
tuve una infancia muy triste, eso marcó parte de mi vida para caer en una depresión.
5. ¿Consume actualmente, ocasionalmente o está en sobriedad y abstinencia?
R/pura sobriedad
6. Cree usted que tiene un mejor manejo de sus emociones.
R/Si
7. Se siente usted bien y en capacidad de tomar decisiones sobre su vida y su bienestar.
R/Totalmente capaz
8. Cuanto tiempo duro su tratamiento y fue suficiente o necesita más tiempo
R/mi tratamiento duró un mes y para mí fue suficiente para poner en práctica lo aprendido y tener un futuro mejor.
9. Se puede comunicar con los demás con más facilidad y con más entendimiento
R/Claro que sí, ahora me comunico con toda la gente y puedo controlar mis emociones.
10. Ha tenido recaídas, y como han sido esas recaídas
R/ No he tenido recaídas, estoy convencido de lo que busco que es la felicidad, me ocupo de mi Proyecto de vida.
11. Puede identificar bajo qué estado del yo, es cuando usted tiene esas recaídas, y que estado del yo le ayuda a levantarse nuevamente.
R/ por ahora no he tenido recaídas ni lo tendré porque soy el dueño de mis decisiones y de todo lo que pasa con mi persona.
12. Cree usted que, al cambiar su guion de vida, tuvo cambios de conducta
R/Totalmente tuve cambios notables, capacidad de aceptar las críticas de las personas en un tiempo de 15 meses, cada día ser diferente, tratando de hacer las cosas mejores con la ayuda de un SER SUPERIOR.

13. ¿Qué cambios de conducta ha logrado con la rehabilitación?

R/

*Tono de voz suave

*Ya no violento

*Más comunicación con mi familia

*No palabras vulgares

*Cariñoso

*Aceptar mis errores

14. Me puede mencionar por lo menos unos cinco aspectos de su nuevo proyecto de vida.

- Seguridad en mis proyectos de vida
- Dedicación
- Buscar el apoyo de personas de buenas actitudes
- Ayudar a los demás que necesitan de mi apoyo
- Sobre todas las cosas es la invocación de DIOS que me ha dado todo.

15. Se considera usted que ya ha logrado la reinserción familiar, social y económica.

Es un proceso de corto a largo plazo, que hasta ahora he logrado la confianza de mi familia, estoy demostrando la diferencia ante la sociedad que, si se puede lograr el cambio y luchando a diario para sostener a mi familia económicamente porque el alcoholismo me había llevado a la ruina, estoy y seguiré luchando en todos los aspectos para salir adelante y ser un hombre de BIEN.

“LOGRE SALIR DE LA OSCURIDAD, AHORA VEO LA LUZ”