

El guión de la codependencia en relaciones de pareja

Diagnóstico y tratamiento

Gloria Noriega Gayol



**El guión de la codependencia
en relaciones de pareja.
Diagnóstico y tratamiento**



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.



El guión de la codependencia en relaciones de pareja. Diagnóstico y tratamiento

Dra. Gloria Noriega Gayol

Directora del Instituto Mexicano
de Análisis Transaccional, A.C.

Editor responsable:

Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, C.P. 06100, México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

El guión de la codependencia en relaciones de pareja.

Diagnóstico y tratamiento

D.R. © 2013 por Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.

ISBN: 978-607-448-303-1

ISBN: 978-607-448-304-8 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria
Editorial Mexicana, Reg. Núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta
publicación puede ser reproducida, almacenada en
sistema alguno o transmitida por otro medio
—electrónico, mecánico, fotocopiable, etcétera—
sin permiso por escrito de la Editorial.



Manual Moderno®

es marca registrada de

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Noriega Gayol, Gloria.

El guión de la codependencia en relaciones de pareja : diagnóstico
y tratamiento / Gloria Noriega Gayol. -- 1ª edición. -- México : Edi-
torial El Manual Moderno, 2013.

viii, 120 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Incluye índice

ISBN 978-607-448-303-1

ISBN 978-607-448-304-8 (versión electrónica)

1. Relaciones hombre-mujer – Aspectos psicológicos. 2. Codependen-
cia – Diagnóstico. 3. Codependencia – Pruebas. 4. Codependencia –
Tratamiento. I. título.

158.24-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Director editorial y producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:
Lic. Vanessa Berenice Torres Rodríguez

Diseño de portada:
LDG Adriana Durán Arce

Contenido

Dedicatoria.....	
Prefacio.....	VII
Capítulo 1. Antecedentes.....	1
Origen y evolución del constructo de codependencia	1
Codependencia: Un término controversial.....	3
Perspectivas teóricas en la codependencia.....	7
La codependencia: Un problema multidimensional.....	16
Codependencia como un problema de salud pública	30
Patrón de relación por codependencia	35
Capítulo 2. La codependencia desde la perspectiva del análisis transaccional.....	41
¿Qué es el análisis transaccional?	41
El caso de María.....	44
Introyección de los guiones en los estados del yo	46
Síndrome de pasividad.....	50
Codependencia con uno mismo	56
Juegos psicológicos.....	60
Guiones de vida	64
Guión de codependencia	71
Capítulo 3. Diagnóstico del paciente	75
Diagnóstico con el Instrumento de Codependencia (ICOD)	75
Diagnóstico de los estados del yo	76
Diagnóstico por áreas de vida.....	78
Capítulo 4. Tratamiento de la codependencia.....	83
Primera entrevista	83
Metodología en el tratamiento	89
Plan de tratamiento.....	91
Dimensión espiritual.....	95
Autonomía del guión	99
Adulto integrador	100
Epílogo.....	102
Testimonio de María	102
Conclusiones	104
Apéndice 1. El ICOD de María.....	106
Apéndice 2. Instrumento de Codependencia (ICOD)	107
Apéndice 3. Perfil del terapeuta y el counsellor	108
Referencias	111
Índice.....	117

Dedicatoria

Dedicado a mis hijos Enrique y Georgina, por haber estado conmigo en todo momento y comprender lo que es el gui3n de codependencia....

Dedicado a mis mentores, Muriel James y Mary Goulding, por sus ense1anzas, amistad y confianza incondicional, han sido mi inspiraci3n y modelo para un cambio de vida...

Prefacio

Tal vez a todos nos gustaría tener un amigo, vecino, empleado, jefe o pareja codependiente porque suelen ser personas buenas, comprensivas, serviciales, responsables, organizadas, trabajadoras y con una gran capacidad para ayudar a otros a resolver sus problemas.

Sin embargo, las personas codependientes suelen posponer la atención de sus propias necesidades en favor de atender las de los demás. Por este motivo, con frecuencia sufren en silencio porque se sienten enfadados, decepcionados y agobiados dado que dan mucho más de lo que reciben. De hecho, los demás se acostumbran a su manera de ser y algunas veces se aprovechan cargándoles de trabajo, responsabilidades y obligaciones.

El colocar las necesidades de los demás antes de las suyas da lugar a que las personas codependientes se topen con dificultades para tomar decisiones y con frecuencia terminan siendo explotados o engañados por otros. Suelen sufrir en silencio porque reprimen sus emociones y además el miedo al abandono les lleva a soportar por mucho tiempo relaciones insatisfactorias y algunas veces destructivas. También es recurrente que se enfermen físicamente debido a los elevados niveles de estrés que acumulan en su vida.

Lo peor de todo esto es que la codependencia es vista por ellas mismas y por otras personas como algo normal debido a que la cultura reconoce las conductas de auto sacrificio y abnegación como una cualidad, más aún cuando se trata de las mujeres.

Mi experiencia personal en relaciones codependientes se verá reflejada en este texto, cuando uno se interesa en algún tema para estudiar es porque se encuentra relacionado con uno mismo, esto lo he visto con otros autores y lo descubrí en mí a través de la investigación que decidí hacer sobre este tema. Por lo mismo no estaré hablando fríamente desde las teorías, sino desde el corazón a través de mis experiencias personales.

Este libro se encuentra basado en un estudio epidemiológico que realicé para mi tesis doctoral (Noriega, 2002) y en mi experiencia clínica como psicoterapeuta (Noriega Gayol, 2004; Noriega Gayol, 2009). Los datos duros de esta investigación han sido publicados con anterioridad (Noriega, Ramos, Medina Mora y Villa 2008).

Mi investigación sobre el trastorno de codependencia fue llevada a cabo con un grupo de 830 mujeres en un centro de salud de la ciudad de México, debido a que la codependencia por razones culturales es más frecuente en el sexo femenino. No obstante, también puede presentarse en los hombres, más aún ahora en que los roles por género están cambiando. Por esta razón en este libro voy a enfocar el trastorno de codependencia con ejemplos en ambos sexos. Por lo mismo, utilizo pronombres femeninos y masculinos de manera indistinta.

Este libro se encuentra enfocado en la relación con la pareja, debido a que por su características afectivas y de contacto físico suele ser el campo fértil donde sin darnos cuenta, es decir de manera inconsciente, transferimos y reproducimos los asuntos no resueltos de la niñez en nuestra familia de origen, a la fantasía de creer que la pareja será quien cubra nuestras necesidades pendientes. No es fácil reconocer esta situación debido a mecanismos de defensa que desarrollamos para sobrevivir tales como la negación, proyección y múltiples racionalizaciones para justificar nuestros sentimientos, actitudes y conductas, que nos llevan a culpar a la pareja de nuestra frustración evitando así enfrentar la realidad en que vivimos.

Sin embargo, cuando logramos tomar consciencia de la realidad, se nos presenta no sólo la oportunidad de resolver los conflictos con la pareja, sino también la posibilidad de crecer emocionalmente como individuos maduros, además de resolver los viejos asuntos pendientes de nuestro pasado, para beneficio propio y de nuestra familia, rompiendo así con la posibilidad de seguir transmitiendo conflictos no resueltos a las futuras generaciones.

Aunque la relación de pareja sea el enfoque que desde su origen se le ha dado a este estudio, los lectores podrán darse cuenta que la codependencia también se presenta en otras relaciones significativas tanto en el campo laboral, como social y familiar. Además de que se encuentra presente en la relación más importante de todas que es la relación con uno mismo.

El propósito de este libro es proporcionar tanto a los académicos, como a los terapeutas, y al público en general una comprensión de lo que es el trastorno por codependencia. A los primeros con la finalidad de compartir el trabajo que he venido realizando sobre este tema desde hace varios años con la finalidad de continuar esta línea de investigación en beneficio de nuestra sociedad. A los terapeutas para proporcionar herramientas que les permitan facilitar el tratamiento de este problema, de elevada incidencia no solo en México, sino también en función de lo observado a través de mi trabajo en otros países, con individuos que han vivido o viven bajo los mismos factores de riesgo, sin darse cuenta de los efectos que pueden llegar a producir en su personalidad y en sus relaciones con los demás.

Para el público en general este libro podrá ser una guía para conocerse a sí mismos, comprender a sus familiares y encontrar posibles soluciones en las relaciones donde se presenta el trastorno por codependencia; un guión de vida auto limitante para el desarrollo del propio potencial y la autonomía de la persona.

Es mi deseo que este libro pueda también servir de apoyo para los grupos de Alanón, de Hijos Adultos de Alcohólicos y de Codependencia.

Agradezco a la Dra. Luciana Ramos, la Dra. María Elena Medina Mora y el Dr. Antonio Villa por sus enseñanzas, apoyo y confianza en momentos difíciles y alegres, para la realización de esta investigación.

Agradezco a mis pacientes y alumnos que a través de los años han compartido sus vidas conmigo y descubrir junto con ellos cómo es que la teoría y las técnicas del análisis transaccional nos han cambiado la vida. Agradezco a mis padres el haber yo misma experimentado situaciones que me permitieron descubrir el guión de codependencia.

Gloria Noriega Gayol, 2012

Antecedentes

ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL CONSTRUCTO DE CODEPENDENCIA

Este libro enfatiza la codependencia en relación a los problemas de alcoholismo, adicciones y violencia intrafamiliar. Sin embargo, los ejemplos son igualmente válidos para las personas atrapadas en relaciones de codependencia con otro tipo de pareja problemática.

El término codependencia surgió en la década de los años cincuenta, en los Estados Unidos de Norteamérica. Su origen proviene de los grupos de Alcohólicos Anónimos, cuando los parientes de los alcohólicos en proceso de rehabilitación descubrieron que ellos también sufrían de un trastorno emocional que debería ser tratado de manera independiente. Fue así como surgieron los grupos de Al-Anón, los cuales empezaron a multiplicarse rápidamente, de tal manera que en la actualidad funcionan en casi todos los países del mundo (Al-Anón, 1981).

Al mismo tiempo que surgió Al-Anón, Joan Jackson (1954), describió las etapas por las cuales atraviesa la esposa durante el desarrollo del alcoholismo de su marido, situación similar a los periodos que representan el proceso de enfermedad definido para el alcohólico por Jellinek (1960). Anteriormente al trabajo de Jackson se pensaba que la esposa era la causa de perpetuar o reforzar el alcoholismo del marido. Jackson revirtió la causa y efecto, al reconocer las dificultades de ellas como una consecuencia de la manera de beber del marido, situación polarizada que no contribuye a la resolución del problema.

En 1974 el *National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse* (NIAAA), encabezó un estudio para conocer la problemática de los hijos de alcohólicos y organizó un primer congreso que se llevó a cabo en 1979.

Estas iniciativas dieron lugar a un movimiento popular que se desencadenó a través de libros de autoayuda (Beattie, 1991), congresos y medios de comunicación, en los cuales se describía un fenómeno nunca antes mencionado. Los teóricos acadé-

micos y los clínicos de todas las disciplinas simplemente no habían considerado el impacto que un individuo alcoh3lico podía ejercer sobre otros.

Esta perspectiva produjo un cambio en la visi3n individual, que tena por objeto el tratamiento del alcoholismo al enfocarlo en un sistema interactivo m3s amplio que involucra a la familia, modificando el pensamiento profesional en el campo de las adicciones.

En la d3cada de los a3os 1980, Salvador Minuchin, Virginia Satir y otros terapeutas familiares, empezaron a emplear el t3rmino codependencia para describir a todas las personas que convivian con adictos. Al mismo tiempo, se iniciaron investigaciones para el estudio de la codependencia desde la Teoría de Sistemas de la Terapia Familiar, las cuales modificaron el enfoque del modelo de enfermedad y exploraron sistemas dinámicos de interacci3n en el desarrollo de la familia alcoh3lica (Whitfield, 1991).

Desde la perspectiva de la terapia familiar, la literatura tambi3n se remonta al estudio de los abuelos en las familias alcoh3licas (Kristberg, 1985; Cermak, 1986). Este tipo de estudios geneal3gicos se refieren a la predisposici3n de los nietos para desarrollar codependencia y/o alcoholismo cuando han sido testigos de las borracheras de alguno de sus abuelos, o cuando a3n sin haber estado presentes, conocen la historia de sus padres relativas a este problema.

Potter-Efron y Potter-Efron (1989), consideran que el modelo de la familia alcoh3lica es un paradigma desde el cual se puede reunir informaci3n para estudiar la codependencia, dado que otros ambientes familiares tambi3n pueden producir un patr3n similar, en particular cuando se trata de familias con problemas cr3nicos ocultos, como en los casos de enfermedades mentales o situaciones de incesto.

Los investigadores tambi3n se han ocupado de este problema. Gotham y Sher (1995), encontraron que la codependencia no es un conflicto exclusivo de los miembros de una familia con problemas de alcoholismo, sino que se trata de una situaci3n que en su mayoría afecta a las mujeres y que puede relacionarse con otros estresores familiares, tales como la presencia en la infancia de un padecimiento fisisco o mental en alguno de los padres (Fuller y Wagner, 2000).

En esta lnea, al comparar la relaci3n entre codependencia e historia familiar de alcoholismo, Roehling, Koelbel y Rutgers (1996) encontraron que la codependencia en las mujeres se encuentra relacionada con una historia familiar de maltrato y con rasgos culturales de femineidad.

Parece ser que tanto las caracteristicas de las mujeres que han sido maltratadas por su pareja (Ramos, 1998), como la problemática que presentan las que tienen una historia familiar de maltrato (Allen y Allen, 2000; Prest, Benson y Protinsky, 1998), son muy similares a las que informa la literatura acerca del tema de codependencia, pudiendo, de hecho, ser el resultado de cualquier tipo de abuso fisisco o emocional (Mueller, 1996).

Otros antecedentes en la familia de origen parecen favorecer el desarrollo de conductas y actitudes codependientes: las p3rdidas afectivas en la infancia, como son la muerte o abandono de uno de los progenitores y la separaci3n de 3stos (Bowlby, 1986, 1990), el descuido o abandono en la infancia y la enfermedad cr3nica discapacitante fisisca o mental de alguno de sus miembros (Fuller & Warmner, 2000). Los datos informados por Meyer y Russel (1998), afirman que las dificultades que presentan las personas en el proceso de separaci3n e individuaci3n (Mahler, Pine y Bergman, 1975), de sus padres, se manifiestan en la vida adulta por medio de conductas codependientes.

Al respecto, resultan interesantes las investigaciones existentes sobre el lugar que la mujer ocupa entre sus hermanos por el orden de nacimiento. Es frecuente que la hija primogénita de una familia alcohólica tome el papel de mamá de sus hermanos menores, o trate de compensar con actitudes de perfeccionismo la ansiedad provocada por el hecho de que alguno de sus padres se encuentre preocupado por la manera de consumir alcohol de otra persona en la familia. Esta manera de afrontar las crisis la lleva a ser más vulnerable que sus hermanos para desarrollar codependencia (Arnstein, 1983).

Sin embargo, el hecho de que la codependencia sea más frecuente en las mujeres, lleva a pensar que la influencia cultural en cuanto a los estereotipos por género, afecta en gran medida el desarrollo de conductas y actitudes de este tipo (Appel, 1991; Goldner, Penn, Sheinberg y Walker, 1990). Esto suele suceder más allá de los problemas particulares que haya vivido o tenga cada mujer, debido a que muchas de estas conductas y actitudes son consideradas como algo “normal” para las mujeres en nuestra sociedad, a pesar de los problemas de salud mental y física que pueden representar para ellas (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990).

Actualmente, la codependencia continúa siendo un constructo del dominio popular ampliamente manejado a través de diversos métodos. En México existen grupos de Al-Anón, donde los participantes (en su mayoría mujeres) se autodenominan codependientes, también existen otros grupos con un perfil similar al mencionado, así como programas de radio, televisión y libros de autoayuda enfocados en orientar a las personas para dejar la codependencia (Beattie, 1991, 1992, 2000; Woititz, 1998; Kasl, 2000).

Los antecedentes descritos permiten observar cómo a través de los años, el constructo de codependencia, originalmente ligado a los problemas derivados del consumo de alcohol de otros significativos, ha evolucionado hasta convertirse en un problema que denuncia una situación multidimensional, producto de diversos factores que perjudican e impiden el sano desarrollo de la personalidad.

CODEPENDENCIA: UN TÉRMINO CONTROVERSIAL

Debido a su complejidad y a la historia de su evolución, el constructo de codependencia ha dado lugar a múltiples discusiones, particularmente desde dos perspectivas: el enfoque feminista y campo de la clínica.

CRÍTICA FEMINISTA

La literatura feminista critica el uso indiscriminado del constructo de codependencia. Las autoras fundamentan sus opiniones diciendo que los estudios acerca de éste no toman en cuenta la realidad social y económica de las mujeres y vuelven culpables a las que en realidad son víctimas de un sistema patriarcal, tendiendo a considerar como “normas” de salud mental las características propias del sexo masculino, como el individualismo y la autonomía (Granello y Beamish, 1998, Natera, 2001).

Este tipo de reflexiones denuncian la desigual distribuci3n de poder entre los sexos y critican el enfoque tendiente a considerar la codependencia como una entidad patol3gica, debido a que no se considera el hecho de que la codependencia refleje algunas características de lo que ha sido construido socialmente como lo “femenino” tradicional dentro de una sociedad dominada por los hombres (Anderson, 1994; Babcock, 1995; Harper, Capdevila, 1990).

Las feministas cuestionan el hecho de que las mujeres sean “por naturaleza” dependientes de las acciones de los hombres, debido a que consideran esta conducta como una situaci3n impuesta, por lo que proponen reorganizar las relaciones entre los g3neros, desde un enfoque hist3rico, cultural y social (Appel, 1991; Van-Worme, 1989).

Las autoras que siguen esta l3nea de pensamiento, argumentan que el concepto de codependencia obedece a una “narrativa social”, es decir a un comentario sobre los valores de la cultura. Ellas sugieren que los roles tradicionales masculino y femenino de dominio-sumisi3n, agresor-v3ctima, requieren ser confrontados por la misma sociedad. (Epstein y Epstein, 1990, en Brown, 1996; Gemin, (1997); Rice, (1992); Scott, (1995).

Burin, Moncars y Velazques (1990) sostiene que los conceptos de salud y enfermedad mental, en su mayor3a, han sido establecidos por hombres m3s que por la concepci3n que las mujeres tienen de s3 mismas. Dichos conceptos por tanto se encuentran fundamentados en formas de poder patriarcal, proponiendo as3 incorporar la perspectiva del g3nero femenino para la compresi3n del malestar de las mujeres y de los trastornos que denominan “psicopatolog3as del g3nero femenino”.

La cr3tica feminista tambi3n rechaza la aplicaci3n del concepto de codependencia en las mujeres golpeadas. Frank y Golden (1992) consideran que esta postura implica una responsabilidad compartida en el abuso y sostienen que las mujeres no son responsables de la violencia de sus abusadores.

Ciertamente, la mujer no es responsable de la falta de control de su marido; sin embargo, es necesario tomar en cuenta que puede presentar mayores dificultades que los varones para establecer l3mites y separarse de su pareja maltratadora por los patrones de g3nero tradicionales y en algunos casos, debido a historias particulares de maltrato que le llevan a ser m3s vulnerable.

Durante las 3ltimas d3cadas, se ha incrementado el reconocimiento de los efectos destructivos que producen las inequidades de g3nero y las tensiones que afectan a las mujeres como consecuencia de la desigualdad prevalente en su estatus social y econ3mico. Dennerstein, Atsbury y Morse (1993) argumentan que dicha situaci3n, aceptada como “normal” por la sociedad, frecuentemente lleva a las mujeres a padecer problemas de salud mental.

A pesar de los cambios logrados en los 3ltimos a3os, a3n en nuestros d3as estos lineamientos se encuentran infiltrados dentro de la cultura y la sociedad moderna, como se observa en los casos d3nde se vanagloria a las mujeres por sus sacrificios y actitudes de abnegaci3n, as3 como por adoptar posiciones que las sujetan a normas de regulaci3n moral de su conducta, a pesar de los costos que pagan en cuanto a su propia salud f3sica o mental.

Para comprender este problema es importante tomar en cuenta que para la mayor3a de las mujeres, su sentido de identidad se encuentra desarrollado psicol3gicamente alre-

dedor de su habilidad para mantener relaciones (Granello y Beamish, 1998), debido a que su personalidad se encuentra fundamentada en el valor que ellas le otorgan al contacto en sus relaciones interpersonales (Gilligan, 1982), situación muy distinta a la manera como se construye el sentido de identidad en el sexo masculino.

Resulta necesario tomar en cuenta que la problemática de la codependencia en las mujeres se ve afectada por los estereotipos propios de su sexo y la cultura a la que pertenecen, por lo tanto se requiere analizar y comprender la vulnerabilidad de ellas para establecer dinámicas de relación marcadas por el sufrimiento, el abuso y la explotación.

Sin embargo, la codependencia no siempre se presenta de manera patológica, aunque la mayor parte de la literatura evita reconocer las características positivas, además de las posibilidades de desarrollo que frecuentemente se presentan en conjunto con ésta (Granello y Beamish, 1998). La tendencia de las mujeres para valorar el contacto con otras personas, al tiempo que las apoyan en situaciones difíciles, así como su fortaleza para afrontar problemas, son características normales, además de predecibles para las mujeres, a la vez que pueden interferir en su vulnerabilidad e impedir un sano desarrollo como personas.

Por todo lo anterior, se considera necesario el poder determinar la diferencia entre lo que es un rasgo de codependencia normal, como una característica propia del género femenino, de lo que puede llegar a ser un caso de codependencia, donde se encuentran presentes trastornos cognitivos y emocionales severos, que interfieren en la posibilidad de la mujer para establecer límites sanos en la relación con la pareja, sobre todo cuando éstos se encuentran rebasados por situaciones de abuso, maltrato o explotación.

POLÉMICA DESDE EL CAMPO CLÍNICO

La literatura clínica acerca de la codependencia a su vez ha generado un debate a favor y en contra de la validez del constructo. Esto se debe a la falta de consenso entre los autores para coincidir con una definición, dado que algunos conceptualizan al problema como una psicopatología individual (Cermak, 1986), otros como una adicción (Schaefer, 1986), hay quienes la ven como una serie de características de personalidad que presentan los hijos adultos de alcohólicos (Woititz, 1983/1998) y algunos más como un patrón disfuncional en las relaciones interpersonales (Wright y Wright, 1991; 1999).

Algunos autores (Beattie, 1987/1991; 1989/1992; 1990/1996; Woititz 1983/1998) han publicado una serie de libros de autoayuda, donde presentan su propia definición basada en la experiencia clínica y enlistan una serie de síntomas o rasgos de personalidad que han observado en sus pacientes. Aunque en su esencia éstos suelen ser similares, reflejan la experiencia particular de los autores, sin contar con los fundamentos cuantitativos necesarios que permitan evaluar las hipótesis propuestas por su observación clínica.

Otro problema que se ha presentado es el de cruzar los horizontes clínicos, al generalizar la presencia de una serie de síntomas que determinan una psicopatología individual de codependencia para todos los hijos adultos de alcohólicos (Woititz, 1983/ 1998). Esto ha sucedido porque sin un fundamento empírico que determine la etiología del problema y sin una teoría del desarrollo de la personalidad que explique esta situación, se “diagnostica” como codependientes a todas las personas con dichos antecedentes familiares,

sin tomar en cuenta que existen adultos que a pesar de haber sufrido por problemas de alcoholismo en su infancia, logran establecer relaciones de pareja funcionales.

Para Stephanie Brown (1996), el principal problema que ha desencadenado la evoluci3n del t3rmino de codependencia es la sobregeneralizaci3n y la sobresimplificaci3n del constructo, sin clarificar distinciones o entidades de diagn3stico.

Para Brown, el error consiste en haber utilizado indistintamente los t3rminos Codependencia e Hijos Adultos de Alcoh3licos (conocidos como ACOAs, por sus siglas en ingl3s), para referirse a las mismas situaciones, como si fueran sin3nimos, por la manera en que llegan a compartir actitudes reactivas en relaci3n con el alcoh3lico. Greenleaf (1981), sugiere que se haga una distinc3n entre co-alcoh3lico y para-alcoh3lico para comprender los diferentes or3genes y funciones de dichas instancias reactivas.

Brown (1996), seala que los t3rminos codependiente y ACOA, no son intercambiables. La codependencia se refiere a un estado de la edad adulta, se trata de una reacci3n hostil manejada a trav3s de un s3ndrome de tipo pasivo-agresivo, por medio de una actitud sumisa con la pareja; mientras que el t3rmino ACOA, se refiere al impacto sufrido en la infancia y las consecuencias de haber crecido en un ambiente de alcoholismo familiar. Aunque exista una alta probabilidad de que los ACOAs establezcan en su vida adulta una relaci3n de pareja con un alcoh3lico, o se conviertan ellos en alcoh3licos, no es posible generalizar esta situaci3n como un pron3stico de causa-efecto, porque existen otros factores que tambi3n pueden contribuir al desarrollo de la codependencia.

La literatura popular tambi3n ha dado lugar al desarrollo de diversos grupos de ayuda donde, siguiendo los principios de los doce pasos de Alcoh3licos y An3nimos y de Alan3n, se autodenominan como “codependientes”, por el simple hecho de ser hijos de alcoh3licos, o de tener una pareja con problemas por su consumo de alcohol. Esta “etiqueta” ha sido muy criticada por diversos autores porque determina que todas las personas marcadas por dichos antecedentes familiares tienen que presentar rasgos de personalidad similares (Miller, 1994). En dichos grupos se parte de un principio te3rico: la codependencia como una adicci3n (Schaefer, 1986). De esta manera sostienen que as3 como el alcoh3lico depende del alcohol, la persona codependiente depende del alcoh3lico y contribuye a perpetuar el problema de alcoholismo familiar.

Una postura m3s que ha contribuido a la sobregeneralizaci3n del diagn3stico, es el haber definido a la codependencia como “cualquier sufrimiento o disfunci3n que se encuentra asociado con encontrarse enfocado en las necesidades y conducta de otras personas”, sugiriendo que se trata de una caracter3stica de personalidad de todos los individuos que provienen de familias disfuncionales (Whitfield, 1991). A trav3s de la literatura popular, 3sta situaci3n ha dado lugar a que una gran mayor3a de mujeres se sientan identificadas con un problema de identidad, como caracter3stica principal de este enfoque, sin tomar en cuenta que en muchos casos sus actitudes de compasi3n e inter3s por conservar sus relaciones son caracter3sticas positivas propias de las mismas mujeres.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN LA CODEPENDENCIA

En la literatura sobre codependencia se han distinguido tres posturas teóricas, mismas que para efectos de diagnóstico en algunos casos pueden encontrarse relacionadas: a) La codependencia estudiada como una psicopatología individual, b) La estudiada como las características de personalidad que presentan los hijos adultos de alcohólicos; y c) La estudiada como un patrón en las relaciones interpersonales.

CODEPENDENCIA ESTUDIADA COMO UNA PSICOPATOLOGÍA INDIVIDUAL

Timmen L. Cermak (1986, 1991), describió a la codependencia como una enfermedad compuesta por una serie de síntomas que propuso incluir en el DSM III, bajo el rubro de Trastornos de la Personalidad, con el nombre de Trastorno Codependiente de la Personalidad (cuadro 1-1). También comparó al Trastorno Codependiente de la Personalidad con otras entidades de diagnóstico clínico, tales como el Trastorno Narcisista de la Personalidad y el Desorden de Estrés Posttraumático. Señala que aunque estos trastornos pueden parecer similares, en realidad presentan marcadas diferencias, aunque con frecuencia se presentan en comorbilidad.



Cuadro 1-1. Criterios de diagnóstico para el trastorno codependiente de la personalidad. (Traducido de Cermak, 1986, p. 11).

- | | |
|-----------|--|
| A. | Continúa inversión de la autoestima en tratar de controlarse a uno mismo y a los demás ante serias consecuencias adversas |
| B. | Sentirse responsable de satisfacer las necesidades de otros, excluyendo el conocimiento de las propias |
| C. | Ansiedad y distorsión de las fronteras entre la intimidad y la separación |
| D. | Involucramiento en relaciones con individuos que padecen: trastornos de la personalidad, dependencias químicas, codependencia, y/o trastornos impulsivos. |
| E. | Tres o más de los siguientes síntomas: |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Negación 2. Represión de emociones (con o sin explosiones emocionales) 3. Depresión 4. Hipervigilancia 5. Compulsiones 6. Ansiedad 7. Abuso de sustancias 8. Ha estado (o está) siendo víctima de abuso físico o sexual recurrente 9. Enfermedades relacionadas con el estrés |

Se ha mantenido en una relación primaria con un abusador de sustancias activo por lo menos por dos años sin buscar ayuda de afuera

El hecho de considerar la codependencia como una psicopatología individual, es una propuesta que ha dado lugar a una serie de estudios para investigar la validez del constructo. Por ejemplo Morgan (1991), despu3s de realizar una amplia revisi3n de la literatura existente, apoy3 el uso del criterio de diagn3stico operacional de Cermak (1986) y propuso a su vez que la codependencia fuese agregada en el DSM III-R, bajo el Eje II.

Años despu3s Cieply (1995) tir3 por la borda dichas propuestas al utilizar los criterios de Cermak en una investigaci3n que tena por objetivo probar la validez del supuesto Trastorno Codependiente de la Personalidad, al no encontrar diferencias significativas entre las codependientes y las no codependientes en un grupo de 211 mujeres.

Miller (1994) tambi3n cuestion3 la validez del constructo y la utilidad que puede tener para las esposas de los alcoh3licos el modelo de enfermedad, dado que aunque muchas mujeres se sienten identificadas con los sntomas de codependencia, a3n as3 no se consideran enfermas. El autor sostiene que la codependencia se refiere a patrones de afrontamiento ante las situaciones de estr3s generadas en la convivencia con un enfermo alcoh3lico, a la vez afirma que el constructo es 3til porque permite identificar este problema y facilitar su tratamiento. Sin embargo, menciona que el modelo de enfermedad se encuentra limitado al enfocarse 3nicamente a una problem3tica individual, por lo que propone tomar en cuenta otras visiones alternativas que incluyan los factores ambientales, familiares y sociales que tambi3n influyen de una manera psicodin3mica en el desarrollo de este problema.

En Suecia, Zetterling (1999) utiliz3 el criterio de Cermak con algunas modificaciones, para investigar la presencia de las siguientes variables: sentimientos de aflicci3n, conductas de afrontamiento y bienestar psiqui3trico, en un grupo de 289 hombres y mujeres, familiares de alcoh3licos. Los resultados que obtuvo demuestran que 3nicamente 44% de los sujetos coincid3an con el criterio de codependencia propuesto por Cermak (83% mujeres y 17% hombres). Los sujetos codependientes tambi3n mostraron sentimientos de aflicci3n y conductas de aislamiento, a la vez que correlacionaron de manera positiva con depresi3n, sntomas obsesivos compulsivos y hostilidad.

Posteriormente para el mismo estudio Zetterling dividi3 a la poblaci3n en tres grupos, para estudiar la eficacia de diferentes tipos de intervenci3n: 1) Informaci3n (una sesi3n). 2) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento (4 sesiones). 3) Apoyo grupal (12 sesiones). Despu3s de un seguimiento de doce meses se observaron cambios significativos en los dos grupos de tratamiento m3s prolongado, los cuales mostraron una reducci3n significativa de sntomas psiqui3tricos ($p = 0.1$), aunque no hubo diferencias en los estilos de afrontamiento y en los sentimientos de aflicci3n, por lo que los resultados cuestionan el diagn3stico propuesto.

Codependencia estudiada como las caracter3sticas de personalidad que presentan los hijos adultos de alcoh3licos (ACOA)

El t3rmino ACOA (del ingl3s, *Adult Children of Alcoholics*), empez3 a ser utilizado en los EUA a finales de la d3cada de los setenta, en los escenarios cl3nicos de la terapia familiar desde un enfoque sist3mico (Brown, S. 1996). Desde esta perspectiva te3rica se propuso que la codependencia, al igual que el alcoholismo, ocurre en las familias como un problema que se transmite de una generaci3n a otra, donde uno de los padres es el alcoh3lico y el otro el codependiente.

Kristberg (1985) y Wegscheider Cruse (1989), consideraban que se trata de un problema que va permeando poco a poco la personalidad; los hijos en las familias alcoh3licas

se “acostumbran” - por decirlo de alguna manera - a vivir en medio del caos y el conflicto, de tal modo que aumentan las probabilidades de que cuando crezcan y sean adultos (hijo adulto de alcohólico), repliquen la historia familiar, ya sea convirtiéndose en alcohólicos o estableciendo una relación de pareja con una persona alcohólica, algunas veces hasta por varios matrimonios consecutivos.

Este concepto fue planteado desde hace varios años por la literatura popular (Black, 1981; Kritsberg, 1985) y ha sido objeto de diversos estudios, algunos apoyan la hipótesis de la transmisión generacional de la codependencia (Lyon, Greenberg, 1991; Prest, Benson, Protinsky, 1998; Schuckit, Tipp, y Kelner, 1994) y otros más la rechazan (Belliveau, Stoppard, 1995).

En la década de 1980, el movimiento popular realizó una corriente inapropiada, trasladando las historias de una infancia en común, a un diagnóstico individual para adultos, basado en una clasificación de rasgos de personalidad compartida (Woititz, 1983/1998). Aunque dichas características fueron muy bien recibidas por el público en general, reflejan la sobre-simplificación y sobre-generalización que caracteriza al campo popular.

Según Woititz, los ACOAs suelen compartir un tipo similar de historia familiar, caracterizada por temas tales como: inversión de roles en la familia, experiencias traumáticas, caos familiar, ambiente de inseguridad, experiencias de abandono emocional, situaciones de abuso físico, emocional o sexual, hipervigilancia, negación y vergüenza (Black 1981; Gravitz, Bowden, 1985; Kritsberg, 1988; Brown, 1996.)

En un estudio realizado por Havey, Boswell y Romans (1995), las siguientes 13 características de personalidad propuestas por Woititz (1983/1998) para los hijos adultos de alcohólicos (cuadro 1-2), no mostraron diferencias significativas con los No ACOAs.



**Cuadro 1-2. Características de los hijos adultos de alcohólicos.
Janet G. Woititz (1983/1998)**

1. Los hijos adultos de alcohólicos tienen que adivinar cual es la conducta normal
2. A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo llevar un proyecto a término
3. Los hijos adultos de alcohólicos mienten cuando sería igual de fácil decir la verdad
4. Los hijos adultos de alcohólicos se juzgan sin piedad
5. A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo divertirse
6. Los hijos adultos de alcohólicos se toman muy en serio a sí mismos
7. A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo mantener relaciones íntimas
8. Los hijos adultos de alcohólicos reaccionan de modo exagerado a los cambios sobre los cuales no tienen dominio
9. Los hijos adultos de alcohólicos constantemente tratan de obtener aprobación y afirmación
10. Los hijos de alcohólicos generalmente se sienten diferentes de otras personas
11. Los hijos adultos de alcohólicos son super-responsables o super-irresponsable.
12. Los hijos adultos de alcohólicos son extremadamente leales, incluso ante pruebas de que tal lealtad no es merecida
13. Los hijos adultos de alcohólicos son impulsivos. Tienden a involucrarse en un curso de acción sin pensar seriamente en otras conductas o en las posibles consecuencias. Esta impulsividad los conduce a la confusión, a la aversión a sí mismos y a la pérdida del dominio sobre su entorno. En consecuencia destinan mucho tiempo para arreglar los estropicios

Claudia Black (1981/1989), llev3 a cabo otro estudio con ni1os peque1os viviendo con un padre alcoh3lico y observ3 su evoluci3n hasta la vida adulta. De esta manera logr3 definir tres reglas de rigidez caracter3sticas de los hogares alcoh3licos: no hables, no confies y no sientas. Wegscheider (1981) se bas3 en Black, para abordar el mismo problema de rigidez desde el enfoque de la teor3a de sistemas familiares, describiendo las siguientes funciones que los ni1os asumen para mantener la homeostasis dentro del ambiente familiar donde conviven con un padre alcoh3lico: facilitador, h3roe, chivo expiatorio, ni1o perdido y mascota.

Otros autores han identificado rasgos en com3n entre los ACOAs tales como: insatisfacci3n con su vida (Hall, Bolen, Webster, 1994), propensi3n a la depresi3n y a los sentimientos de verg3enza (Jones, y Zalewski, 1994), vulnerabilidad para un escaso desempe1o acad3mico en los adolescentes (Mc. Grath, Watson y Chassin, 1999), dificultades de individuaci3n (Transeau, Eliot, 1990), neuroticismo y alto riesgo para desarrollar alcoholismo (Martin, Sher, 1994).

Ullman y Orenstein (1994), despu3s de realizar una revisi3n de la literatura existente, encontraron apoyo para sostener como hip3tesis la relaci3n entre un padre alcoh3lico y poderoso con la posibilidad de que el hijo se convierta en alcoh3lico. Los autores sostienen que los ni1os y adolescentes tienen mayor probabilidad de emular a su padre identific3ndose con el padre poderoso, con la finalidad de aprender a trav3s de este proceso que ellos tambi3n pueden serlo. Los autores explican este fen3meno como un proceso inconsciente en que el hijo, para evitar sentirse vulnerable ante las actitudes agresivas de su padre, busca tomarlo como ejemplo y actuar como 3l a pesar de no estar de acuerdo con su conducta, con la finalidad de defenderse y superar sus sentimientos de desesperaci3n.

Para investigar la posible relaci3n entre haber tenido padres alcoh3licos y un esposo(a) con un diagn3stico similar, Schuckit, Tipp y Kelner (1994), realizaron un estudio con 708 hombres y 708 mujeres, encontrando que las hijas de padres o madres con problemas de alcoholismo eran dos veces m3s propensas a casarse con un alcoh3lico que las hijas cuyos padres no presentaban este problema. En la misma muestra se encontr3 que las hijas de alcoh3licos no mostraron inclinaciones por tener un esposo con otro s3ndrome psiqui3trico. A su vez, los hijos varones, al ser comparados con los hijos de no alcoh3licos, no mostraron tendencias significativas para casarse con una mujer alcoh3lica.

Sin embargo, Brown (1996) se1ala que la situaci3n de los ACOAs no debe ser vista desde una perspectiva de causa-efecto, aclarando que algunas de estas personas, lejos de desarrollar actitudes patol3gicas, desarrollan habilidades para enfrentar la vida de manera saludable, considerando que ser3a un error diagnosticar como patol3gicas las conductas de seres humanos sensibles y generosos, que adem3s presentan una gran habilidad de supervivencia.

CODEPENDENCIA ESTUDIADA COMO UN PATR3N EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Wright y Wright (1990, 1991, 1995, 1999), han desarrollado una teor3a alternativa para el diagn3stico de codependencia, enfocada en las caracter3sticas de las relaciones de esta

índole que pueden presentarse como un patrón de asociación, más que en las características de la persona codependiente.

Los autores, iniciaron un programa de investigación enfocado en identificar y medir las características esenciales de las relaciones codependientes tomando como base dos instrumentos diseñados para medir codependencia como un síndrome de personalidad: el *Codependency Assessment Inventory* (Friel, 1985) y el "*Spann-Fischer Codependency Scale*" (Fischer, Spann y Crawford, 1991), además de investigar a fondo la literatura clínica sobre codependencia y realizar entrevistas con terapeutas especializados en adicciones. El objetivo de estos investigadores ha sido el poder arribar a un consenso que permita definir las características observadas en las relaciones codependientes.

Con fundamento en sus propias investigaciones, Wright y Wright (1990) agregaron un instrumento construido y estandarizado por ellos mismos, denominado *Acquaintance Description Form* (ADF-C2).

Para probar su validez, el ADF-C2 fue aplicado junto con otro instrumento desarrollado por Friel (1985) a una muestra de 49 mujeres y 19 hombres, que tenían una relación de pareja de más de dos años con una persona adicta al alcohol o a sustancias y que estaban por iniciar un tratamiento para la codependencia. El grupo control fue conformado por 39 mujeres y 30 hombres con una relación de pareja por más de dos años donde no se presentaban este tipo de problemas.

Las variables de ambos instrumentos fueron comparadas en los dos grupos por medio del método Bonferroni; los resultados obtenidos para las escalas del ADF-C2 marcaron diferencias significativas ($p < .05$) entre el grupo experimental y el grupo control en las escalas de ambos instrumentos. El análisis factorial del ADF-C2 arrojó escalas con coeficientes alpha aceptables ($> .60$).

Los resultados apoyaron la hipótesis de que los codependientes mantienen fuertes compromisos con sus parejas, a pesar del estrés, sufrimiento y falta de compensación en estas relaciones. Manifestaron que sus relaciones eran difíciles de mantener, carentes de seguridad y en general las evaluaron de manera desfavorable; a pesar de esto no mostraron un menor compromiso en la relación que las parejas del grupo control. Las mujeres expresaron una mayor identificación con el patrón de codependencia clínicamente identificado a través de las siguientes características: excesiva dependencia de la pareja en relación a su sentido de autovaloración, tendencia a tratar de controlar a la pareja y un exagerado sentido de responsabilidad, con la convicción de tener que rescatarlo y ser una influencia predominante en su cambio.

Las mujeres codependientes mostraron las cinco características esperadas: control, exagerada responsabilidad, dependencia de la pareja para su sentido de autovaloración, orientación rescatadora y querer cambiar al otro. Los hombres codependientes mostraron dos: control y exagerada responsabilidad.

La teoría desarrollada por estos autores identificó cuatro factores con un conjunto de características propias de los patrones de relación codependiente, típicamente expresadas en las relaciones de pareja disfuncionales (cuadro 1-3).

Para Wright y Wright (1991), el concepto de codependencia, a pesar de las controversias que ha suscitado, y precisamente por eso, constituye un área de la psicología clínica cuya investigación resulta ser de inminente interés. Los autores afirman que la codepen-



Cuadro 1-3. Características y conductas expresadas en las relaciones con parejas disfuncionales (Wright y Wright, 1991).

1. Emoci3n y reto:

- Considerar a los problemas con la pareja como una fuente de estimulaci3n y reto personal

2. Absorci3n del propio ser en la relaci3n:

- Autovaloraci3n dependiente de las actitudes de la pareja
- Miedo al abandono de la pareja
- Celos y resentimiento cuando la pareja se encuentra contento con otras personas

3. Control y responsabilidad:

- Intentar controlar a la pareja
- Exagerado sentido de la responsabilidad
- Orientaci3n rescatadora hacia los dem3s
- Inter3s por cambiar a la pareja

4. Negaci3n:

- Externalizaci3n de la culpa, atribuyendo todos los problemas de la relaci3n a la pareja
- Minimizar las dificultades y problemas con la pareja
- Expectativas positivas no realistas sobre la relaci3n

dencia se presenta como un s3ndrome de personalidad similar al amor adictivo (Norwood, 1985), situaci3n que no siempre permite establecer con claridad un diagn3stico de psicopatolog3a individual. Es as3 como presentan un punto de vista alternativo enfocado en las caracter3sticas de las relaciones codependientes, en lugar de abordar el problema desde un enfoque individual. Tomando como base los datos obtenidos por sus investigaciones, as3 como sus observaciones cl3nicas, Wright y Wright (1995), arribaron a la siguiente definici3n: “Un codependiente es la persona involucrada en una relaci3n con una pareja explotadora, irresponsable o destructiva, a qui3n 3l o ella responden con sobreprotecci3n y cuidados defensivos” (p. 126).

Los resultados de las 3ltimas investigaciones realizadas por Wright y Wright (1999), contin3an apoyando las observaciones cl3nicas de que efectivamente existe un patr3n de relaci3n disfuncional que justifica el constructo de codependencia. Los autores se3alan que en algunos casos, m3s no en todos, puede tambi3n existir un s3ndrome de personalidad codependiente, por lo cual consideran la existencia de dos tipos de codependencia: la end3gena y la ex3gena, cuyas diferencias ser3n explicadas en el apartado que se refiere al patr3n de relaci3n codependiente.

Wright y Wright, (1995) consideraban que el estudio de la codependencia representa un desaf3o por dos razones:

1. Porque es altamente controversial, dado que en un extremo se encuentran m3ltiples te3ricos que promueven el concepto, no 3nicamente como una categor3a de diagn3stico, sino tambi3n como “un nuevo paradigma emergente en las ciencias de la

salud y en el bienestar de la humanidad” (Whitfield, 1991, p. 199). En el otro extremo, diversos críticos discuten que el concepto de codependencia no tiene ningún valor y algunos hasta llegan a considerarlo devaluante y destructivo.

2. El concepto de codependencia como se había venido definiendo y aplicando conceptualmente resultaba ser un blanco para las críticas, no siendo así el fenómeno de relación codependiente al que se refiere este estudio. Sin embargo todavía requería de clarificar una serie de factores con las cuales se encuentra traslapado en las relaciones interpersonales.

Existen algunos otros estudios sobre relaciones codependientes. Williams, Bissell y Sullivan (1991), con una muestra de médicos y enfermeras auto-identificados como codependientes, por la manera como se involucraban con sus pacientes adictos, reportaron que sus actitudes de codependencia por momentos llegaban a interferir seriamente en el tratamiento de los pacientes, y recomendaron que el entrenamiento para profesionales en salud mental incluyera el concepto de codependencia y no únicamente el tratamiento de las adicciones.

En otro estudio, Lyon y Greenberg (1991) encontraron que las hijas de padres alcohólicos, en contraste con los controles cuyos padres no tenían este problema, se comportaban de manera “codependiente” al aceptar donar mayores cantidades de su tiempo en ayudar a investigadores hombres a los que después reportaron haber percibido como abusivos y explotadores, que en ayudar a los que percibieron como “buenas personas”.

Spann y Fischer (1990) por su parte, definieron a la codependencia como “una condición psicosocial que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de relación con otras personas”. Con base en esta definición, construyeron un instrumento denominado “*Spann Fisher Codependency Scale (SFCS)*”, el cual a pesar de su definición siguió siendo utilizado para evaluar la codependencia como un problema de psicopatología individual. Sin embargo se tiene conocimiento de que Fisher y Crawford (1992), utilizaron el SFCS en un estudio sobre estilos de parentalización, encontrando que los estudiantes de universidad –tanto hombres como mujeres– que percibían a sus padres como autoritarios, mostraban una tendencia a calificar más alto en codependencia.

A pesar de que algunas de las críticas en contra del constructo de codependencia sugirieron abandonar el concepto, Wright y Wright (1999) decidieron retomarlo con la finalidad de investigar algunos de los argumentos controversiales a través de una investigación sistematizada. A pesar de la polémica que ha despertado, la codependencia permanece en el interés de un número apreciable de investigadores y académicos (Carson y Baker, 1994; Hinkin y Kahn, 1995; Loughhead, Spurlock y Ting, 1998; Springer, Britt y Schlenker, 1998).

DETECCIÓN DE CODEPENDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS: UNA PERSPECTIVA DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

El presente estudio (Noriega 2002; 2004; Noriega *et al.* 2008), sigue la línea de investigación propuesta por Wright y Wright, debido a que éste modelo, sin atravesar horizontes teóricos, resulta ser incluyente e integrativo desde el punto de vista clínico, más que excluyente como los otros dos modelos teóricos que se discutieron con anterioridad.

Aunque la codependencia puede desarrollarse en ambos sexos, el estudio en el cual se encuentra enfocado este trabajo fue exclusivamente para investigar la manera como la codependencia se presenta en el género femenino, dado que para ellas es mayor la vulnerabilidad, por el papel que representan en nuestra sociedad por su condición de género.

El estudio de la codependencia desde el enfoque de un patrón de relación disfuncional, permite analizar este problema en las relaciones de pareja de dos maneras: como una reacción natural al hecho de convivir con una persona problemática, tal es el caso del abuso en el consumo de alcohol por parte de la pareja, o con una pareja maltratadora; y como una predisposición a la codependencia que algunas mujeres pueden llegar a presentar por los antecedentes de su historia familiar, dónde además pudo haber ocurrido una alteración en el desarrollo normal de su personalidad.

La codependencia fue presentada en este estudio como un trastorno en el área de las relaciones interpersonales, es decir, se encuentra latente en la personalidad y se manifiesta conductualmente cuando la persona establece relaciones significativas.

En su origen, este constructo se refería exclusivamente a un problema psicológico que se reproduce de manera repetitiva en las personas que conviven con un alcohólico; sin embargo, tanto los estudios recientes, así como esta investigación, describen a la codependencia como un problema multidimensional que va más allá de la problemática de alcohol en la familia. La codependencia involucra también a otros factores tales como la violencia familiar, las pérdidas afectivas tempranas, la alteración en el desarrollo natural de la simbiosis, individuación, como consecuencia de la inversión de roles dentro de la familia, y los efectos de una enseñanza de tradición cultural para las mujeres, que favorece un comportamiento de sumisión con la pareja; por lo que resulta ser uno más de los problemas relacionados con los estudios de género que afectan la salud mental de las mujeres, como consecuencia de una desigualdad en el manejo del poder en las relaciones interpersonales con el sexo opuesto, en este caso particular en la relación con la pareja.

La teoría del análisis transaccional fue utilizada en este estudio para explicar la introyección del Guión de Codependencia en los estados del yo, así como la alteración en el proceso de resolución natural de la simbiosis temprana con los progenitores que puede dar lugar a este fenómeno psicológico. Esta situación impide el pleno desarrollo de la personalidad y deja a la mujer vulnerable para involucrarse en sus relaciones afectivas de manera codependiente. Así como sucede con otros guiones de vida, el Guión de Codependencia es susceptible de ser transmitido a las generaciones subsecuentes, por medio de juegos psicológicos que se manifiestan a través de transacciones ulteriores (con un mensaje oculto).

Este estudio fue dividido en dos fases: 1) Construcción y validación del Instrumento de Codependencia (ICOD) para mujeres mexicanas (Noriega y Ramos, 2000) y 2) Estudio de prevalencia y factores asociados a la codependencia en una muestra de mujeres mexicanas (Noriega, 2002; Noriega *et al.*, 2008).

En la primera fase se explica el proceso por medio del cual se realizaron las pruebas de validación y confiabilidad del ICOD, una prueba de tamizaje para detectar probables casos de codependencia. El ICOD fue elaborado de manera ad hoc para este estudio y ha seguido siendo utilizado en otras investigaciones. Se consideró necesario el construir este instrumento en lugar de validar alguno de los mencionados porque los anteriores fueron contruidos en otro contexto cultural, además de que no existía un instrumento confiable

y validado en español que pudiera ser de utilidad tanto en México como en las culturas hispano-parlantes.

Actualmente el ICOD (Noriega, 2011), está siendo aplicado por profesionales de la salud mental para detectar probables casos de codependencia y como herramienta de diagnóstico en la psicoterapia y en *counselling*.

DEFINICIÓN DE CODEPENDENCIA

Como parte de la primera fase del estudio, la **codependencia** fue definida de la siguiente manera: Un problema de relación dependiente de la pareja que se caracteriza por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer se encuentra enfocada en atender las necesidades de su pareja y de otras personas, sin tomar en cuenta las propias. Se encuentra asociada con un mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora hacia los demás.

La segunda fase del estudio fue llevada a cabo con una muestra de 830 mujeres que acudieron a consulta de primer nivel en un Centro de Salud de la Ciudad de México. Por medio de un estudio epidemiológico de tipo transversal se obtuvo una prevalencia del 25%, es decir una de cada cuatro mujeres resultaron ser probables casos de codependencia.

Procedimiento

Para esta fase del estudio se realizó una encuesta en donde además de aplicar el ICOD, se construyó un amplio cuestionario fundamentado en una amplia revisión de la literatura sobre el tema y en la experiencia clínica de la autora:

El estudio de campo fue llevado a cabo a través de los siguientes pasos: 1. Entrenamiento de un equipo de 14 entrevistadores, nueve mujeres y cinco hombres, todos psicólogos y seleccionados por su experiencia previa en otras investigaciones; 2. Realización de un estudio piloto; 3. Levantamiento de la encuesta; 4. Captura de datos.

Resultados

Utilizando la razón de momios (OR) como medida de asociación se obtuvieron resultados significativos en los siguientes factores en relación con la codependencia: probable dependencia al alcohol de la pareja (OR = 4.7), es decir 4.7 veces mayor a las mujeres que no tenían una pareja con este problema, padre adicción al alcohol (OR = 1.9); maltrato físico de la pareja (OR = 3.6); maltrato sexual de la pareja (OR = 4.2); historia de maltrato emocional (OR = 2.3); guiones de sumisión (OR = 7.6); pérdidas afectivas tempranas (OR = 2.6) y mujer analfabeta (OR = 3.7). Las mujeres con un nivel de escolaridad igual o superior a secundaria completa presentaron un factor protector (OR = .544). También se encontró una elevada correlación entre la variable "guiones de sumisión" y las otras variables del estudio.

Cabe mencionar que el factor hija primog3nita, no result3 ser significativo en este estudio, dado que la codependencia tambi3n se present3 en mujeres que ocupaban otro lugar en el orden de nacimiento en la familia; sin embargo, analizando las entrevistas realizadas por los encuestadores con cada una de las mujeres nos dimos cuenta que a la encuesta le faltaron preguntas para detectar si habían vivido una inversi3n de roles, es decir si habían tenido que precipitar su desarrollo para asumir una posici3n de responsabilidad precoz en su familia de origen que interrumpiera su proceso natural de desarrollo, en cuyo caso probablemente esta variable hubiera resultado significativa, dado que dichos testimonios coincidían con la experiencia clínica de la autora.

La autora recomienda a la comunidad científica continuar investigando a fondo la codependencia, debido a que se trata de un problema de salud mental, que a pesar del daño que produce, ha llegado a ser considerado como algo “normal” por la familia y la sociedad, así como entre las mismas mujeres.

Entre los estudios empíricos a nivel internacional que se habían llevado a cabo utilizando el constructo de codependencia, no aparecen antecedentes de estudios realizados con una metodología epidemiológica, mucho menos a nivel nacional. Por esta raz3n se consider3 necesario el detectar la prevalencia de codependencia en las mujeres mexicanas, así como identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de este problema.

El conocimiento científico de la codependencia ha despertado el interés internacional por su utilidad para comprender y esclarecer un problema previamente denunciado por la literatura popular, los clínicos y los especialistas en adicciones.

LA CODEPENDENCIA: UN PROBLEMA MULTIDIMENSIONAL

Los factores asociados con la codependencia han ocupado una serie de debates entre los autores especializados en el tema, debido a su multidimensionalidad (Granello y Beamish, 1998).

Para este estudio, las dimensiones que pueden asociarse conceptualmente con la codependencia han sido agrupadas en los siguientes factores: a) los relacionados con la problemática derivada del consumo de alcohol de otros significativos en el pasado o en el presente, es decir, la historia familiar de alcoholismo o el tener una pareja que abusa del consumo de alcohol; b) los relacionados con la problemática de maltrato por parte de otros significativos en el pasado o en el presente, tales como la historia familiar de maltrato y el tener una pareja maltratadora; c) los afectivos, tales como las pérdidas en la infancia; d) los relacionados con la estructura familiar, como el orden de nacimiento entre los hermanos, y e) los culturales, en particular los relacionados con el género, tales como las principales características del machismo y la sumisi3n (cuadro 1-6).

Para entender el interjuego de estos factores es preciso reiterar que el constructo de codependencia surgi3 de los grupos de esposas de alcoh3licos, con el fin de nombrar la problemática emocional que vivían en relaci3n a la conducta adictiva de su familiar. A la postre surgieron los grupos de hijos adultos de alcoh3licos, igualmente relacionados con la problemática por el consumo de alcohol de un otro significativo.

A. PROBLEMÁTICA DE MALTRATO POR OTROS SIGNIFICATIVOS

Potter-Efron y Potter-Efron (1989), consideran que el modelo de la familia alcohólica es un paradigma desde el cual se puede reunir información para estudiar la codependencia, aunque otros ambientes familiares pueden también producir un patrón similar, en particular cuando se trata de familias con problemas crónicos ocultos tales como enfermedades mentales o situaciones de incesto.

La codependencia, vale insistir, no es problema exclusivo de familiares de alcohólicos, también lo llegan a presentar los hijos o parejas de personas adictas a otro tipo de sustancias (Potter-Efron y Potter-Efron, 1989). Los autores argumentan que las estrategias de control utilizadas por los familiares codependientes no son de utilidad para que el adicto deje de consumir drogas y por el contrario, muchas veces facilitan y fortalecen la posibilidad de continuar con dichas conductas (Le Poire, 1992; Harkness, 2001).

En los últimos años, los investigadores en el área han encontrado una mayor prevalencia de codependencia en mujeres, relacionada con otros estresores familiares que funcionan como predictores del problema (Gotham y Sher, 1995; Fuller y Warner, 2000). Al respecto, Timothy Mueller (1996) señala que la codependencia puede estar reflejando una conducta neurótica, no necesariamente específica de los hijos y familiares de bebedores problemáticos, sino que también puede ser el resultado de cualquier tipo de abuso físico o emocional.

La violencia intrafamiliar con frecuencia se encuentra presente en los hogares afectados por el abuso de alcohol, por lo que el maltrato físico, emocional y sexual también puede jugar un papel importante en el desarrollo de relaciones codependientes. La literatura señala que tanto las experiencias de abuso infantil, como el maltrato por parte de la pareja, pueden dar lugar al desarrollo de este problema (Roheling, Koebel y Rutgers, 1996; Ramos, 1998).

En la última década, los investigadores en Neurobiología (Teicher, 2002) han descubierto que el maltrato infantil ocasiona que se detenga el desarrollo psicosocial y aparezcan mecanismos psíquicos de defensa en los adultos. Nuevos estudios con imágenes cerebrales y otros experimentos han demostrado que el abuso infantil puede provocar daño permanente a la estructura y funcionamiento del cerebro en desarrollo.

James Gilligan (1996) señala al respecto: "El término violencia se refiere al acto de infligir daño a un ser humano por otro ser humano, ya sea hacia la persona misma, o cuando se es testigo del daño hacia otro(s), especialmente cuando el daño es letal, pero también cuando amenaza la vida, mutila o invalida; éste puede ser causado de manera deliberada con una intención consciente, o por medio del descuido o falta de atención e interés por la seguridad de uno mismo o de otros" (p. 19).

Un individuo puede presentar manifestaciones de conducta violenta, habiendo o no ingerido alcohol, ocasionando de igual manera efectos destructivos en los miembros de su familia y con su pareja. Sin embargo, el abuso en el consumo de alcohol puede funcionar como un disparador. "El alcohol es una droga que incrementa la conducta violenta y por lo tanto su consumo contribuye a exacerbarla en las personas predisuestas por problemas de violencia no resueltos a través de su vida" (J. Gilligan, comunicación personal, Agosto 11, 2000).

Con otro enfoque autores como Celani (1995) -desde la teorí de relaciones objetales- argumentan que muchas mujeres y algunos hombres, inconscientemente se inclinan a relacionarse con parejas violentas, debido a desórdenes de personalidad provocados por abuso, o negligencia infantil.

Las características propias de las mujeres maltratadas por su pareja (Ramos, 1998), así como la problemática presente en las que tienen una historia familiar de maltrato (Allen y Allen, 2000; Prest, Benson y Protinsky, 1998), son muy similares a las reportadas por la literatura sobre codependencia. Asimismo, se han observado conductas codependientes en las esposas de hombres que cometen incesto, sobre todo en aquellas que experimentaron abuso físico, emocional y/o sexual durante su infancia (Crawford, Hueppelsheuser y Darren, 1998).

En un estudio realizado tanto con mujeres como con hombres, se observó que en las primeras la codependencia reflejaba conductas consideradas como "típicamente femeninas", además de haber reportado antecedentes de alcoholismo y abuso por parte de sus padres; mientras que en los varones, los trastornos de personalidad reflejaron un estereotipo masculino de adaptación hacia el mismo tipo de conductas abusivas por parte de los progenitores (Roehling, Koebel y Rutgers, 1996).

Otra investigación, realizada con 48 mujeres con el fin de probar los rasgos de codependencia descritos en la literatura sobre el tema, reportó que las mujeres que eran hijas de alcohólicos, en comparación con el grupo control, trataban de ayudar mayormente a un investigador que se les presentaba actuando como un hombre explotador, lo que no ocurría cuando otro investigador actuaba de manera afectuosa (Lyon, Greenberg, 1991).

Carson y Baker (1994), analizaron varios correlatos de manera potencial asociados con la codependencia, en una muestra de 171 mujeres, para determinar los factores asociados con el constructo. Los autores encontraron relaciones significativas entre codependencia y los siguientes factores: relaciones objetales y distorsión en las pruebas de realidad ($p = .01$), intensidad de depresión ($p < .01$), depresión introyectada ($p < .001$), e historia de abuso ($p < .001$). Concluyen señalando que la codependencia es un constructo útil que involucra una serie de dificultades en las relaciones interpersonales, prueba de realidad y depresión introyectada, así como una fuerte asociación entre codependencia, alcoholismo parental e historia de abuso infantil, o ambos.

EL SÍNDROME DE ESTOCOLMO

Entre los principales modelos teóricos, utilizados para explicar el apego emocional paradójico hacia el agresor, que llegan a experimentar los sujetos víctimas de violencia, se encuentra el Síndrome de Estocolmo (Graham, 1994). Las conductas desarrolladas por estas personas son similares a las observadas en los casos de codependencia.

El nombre del síndrome deriva del siguiente suceso. En 1973, tres mujeres y un hombre, empleados del *Severgies Kredit Bank* en Estocolmo, fueron tomados como rehenes por dos ex convictos. Cuando los rehenes finalmente fueron liberados por la policía, éstos se mostraron renuentes a dar testimonio en contra de sus secuestradores. Durante los seis días que duró el secuestro, este grupo de personas desarrolló un conjunto de reacciones paradójicas, observadas también posteriormente en otras ocasiones similares, aunque cabe aclarar que dichas reacciones no siempre se presentan en todas las personas que atraviesan por estas situaciones.

Graham plantea una explicación al respecto. Bajo los efectos del miedo o terror, los rehenes, lejos de defenderse y buscar su libertad, se someten a sus secuestradores experimentando sentimientos de lealtad y un supuesto amor hacia ellos. El síndrome consiste en un conjunto de distorsiones cognitivas, a través de las cuales los rehenes empiezan a percibir como enemigos a los policías que pretenden negociar su libertad, y se colocan del lado de sus secuestradores, al grado de identificarse –al igual que los últimos– como víctimas de quienes pretenden liberarlos.

Una serie de relatos de rehenes bajo estas mismas condiciones, han permitido a los investigadores observar como este fenómeno suele desarrollarse cuando el secuestrador trata a su víctima con una mezcla de violencia y amabilidad. Al parecer se trata de una reacción de sobrevivencia bajo el efecto de sentirse atrapado, así el más mínimo gesto de interés humano por parte de los secuestradores, es experimentado por los rehenes como un gesto de nobleza, negando la posibilidad de que los secuestradores puedan hacerles daño. Esta distorsión cognitiva aparece después de una serie de racionalizaciones que realiza la víctima, las cuales pueden variar en grados de intensidad, desde justificar al agresor para evitar sentir el enojo –el cual puede amenazar su seguridad–, hasta experimentar resistencia en el momento de tener que separarse de él una vez que fue lograda la liberación.

Otras distorsiones cognitivas, observadas en las víctimas de secuestro afectadas por este síndrome, son los sentimientos de compasión hacia los secuestradores, justificándolos al imaginar las supuestas dificultades y sufrimientos por las que pudieron haber pasado a través de su vida como preludio para haber llegado a cometer un acto de ésta naturaleza, así como sentimientos de gratitud por haberles permitido vivir.

El síndrome de Estocolmo, es considerado como una teoría universal de abuso crónico e interpersonal, que puede ser generalizada a otras situaciones. De hecho la condición de los rehenes en un caso de secuestro, ha sido comparada por Graham con la situación que viven los miembros de otros grupos que son víctimas de algún abuso. Este puede ser el caso de los hijos y las esposas de alcohólicos, quienes también pueden llegar a establecer vínculos afectivos paradójicos de amor y odio por el familiar alcohólico.

De manera similar a la codependencia, el Síndrome de Estocolmo se presenta en conjunto con determinadas psicodinámicas en la relación establecida entre la víctima y su agresor, las cuales inducen la dependencia de la primera hacia el segundo: regresión de la víctima a un estado infantil de comportamiento, internalización de las creencias del secuestrador/abusador, pensar que se merece el castigo y experimentar sentimientos de culpa. porque supuestamente ha hecho algo malo, evitar el contacto con personas que difieran del punto de vista del secuestrador/abusador, negar situaciones reales de peligro y mantener la percepción errónea de que separarse del abusador sería una falta de lealtad hacia él.

Para abordar el tema de la violencia en el ámbito de la pareja, se retomó la conceptualización de Ramos (2001) respecto a la violencia o maltrato que sufren las mujeres adultas por parte del compañero íntimo: “un patrón de control coercitivo, donde el hombre realiza una serie de conductas de tipo físico, psicológico y/o sexual, que tienen la finalidad de herir, intimidar, aislar, controlar, o humillar a la pareja mujer y que suelen tener secuelas en su salud física y mental, y en su desarrollo en general” (p. 5).

Para la autora, las tres modalidades m3s importantes de esta violencia son la emocional, la f3sica y la sexual, defini3ndolas de la siguiente manera:

“La violencia f3sica incluye acciones que por lo general se conforman en una escalada que puede comenzar con un pellizco, y continuar con empujones, bofetadas, pu3etazos, patadas y torceduras, pudiendo llegar hasta el homicidio” (p. 5).

“La violencia emocional comprende una serie de conductas verbales tales como: insultos, gritos, cr3ticas permanentes, desvalorizaci3n y amenazas, as3 como conductas no verbales como la indiferencia, el rechazo y la intimidaci3n f3sica” (p. 5).

“La violencia sexual consiste en la imposici3n de actos de orden sexual mediante el uso de la fuerza y/o en contra de la voluntad de una persona. Incluye la violaci3n marital” (p. 5).

Graham (1994) afirma, que aunque la gente piense en la violencia f3sica como una agresi3n m3s severa a la violencia psicol3gica, tanto las mujeres golpeadas, como los prisioneros de guerra han reportado la amenaza de violencia f3sica de forma m3s debilitante que de hecho el acto de maltrato f3sico. El abuso emocional, es percibido como una amenaza a la sobrevivencia f3sica.

Valerie Chang (1996), considera que aunque el maltrato psicol3gico o emocional se encuentra impl3cito en el maltrato f3sico, es importante tomar en cuenta las diferencias entre ambos, refiri3ndose a la manera como es experimentado en la relaci3n con la pareja (cuadro 1-4).



Cuadro 1-4. Diferencias entre el maltrato f3sico y el maltrato emocional en las relaciones de pareja (Chang, 1986, p. 135)

Maltrato f3sico	Maltrato emocional
Evidencia visible del maltrato	No hay evidencia visible del maltrato
El maltrato es evidente para otros	El maltrato se mantiene en secreto
El hombre aparece como culpable	El hombre aparece como inocente
La sociedad condena el maltrato	La sociedad acepta el maltrato
El hombre expresa culpa y remordimiento	El hombre considera que su conducta se encuentra justificada
La gente critica su comportamiento	La gente no toma en cuenta su comportamiento
El hombre hace intentos por cambiar	El hombre no hace intentos por cambiar.
El abuso es epis3dico	El abuso es continuo
La mujer se separa f3sicamente pero se mantiene emocionalmente apegada	La mujer se separa emocionalmente antes de separarse f3sicamente
Pueden existir intentos de reconciliaci3n	La mujer ya no quiere reconciliarse una vez que la relaci3n termin3
La mujer se muestra optimista acerca de otras posibles futuras relaciones	La mujer evita comprometerse en otra relaci3n

Una diferencia obvia, es que en las relaciones de maltrato emocional no hay evidencias visibles de daño. La autora sostiene, que debido a esta situación, es más fácil negar el daño por parte de ambos miembros de la pareja. Cuando existe maltrato físico, la culpa del hombre es más difícil de esconder, en cambio cuando existe maltrato emocional, él puede aparecer como inocente, no únicamente para sí mismo, sino también para la familia y la sociedad. Generalmente pasan varios años antes de que la esposa, o los profesionales de la salud mental, puedan reconocer que la depresión de la mujer, su ansiedad y/o sus trastornos psicósomáticos, se encuentran relacionados con un patrón continuo de maltrato emocional.

El abuso sexual, es considerado también como una forma de abuso físico y emocional (Chang, 1996). La autora considera que el dominio y el control son los temas centrales en todos estas formas de abuso, donde el marido toma una posición de poder, y espera que la esposa se comporte de manera obediente o sumisa aceptando sus demandas y expectativas.

Ramos (1998) menciona otros dos modelos teóricos que pretenden explicar más específicamente la psicodinámica de maltrato en las mujeres y sus efectos psicológicos: 1) El ciclo de violencia y la inhabilidad aprendida, y 2) La intermitencia del abuso y el apego traumático.

CICLO DE VIOLENCIA Y LA INHABILIDAD APRENDIDA

Leonore Walker (1979), citada por Ramos (1998), realizó una propuesta sobre el Ciclo de violencia y su relación con el desarrollo de lo que Martín Seligman (1975) denominó Inhabilidad Aprendida (*Learned Helplessness*).

Seligman, realizó experimentos con perros en jaulas a los que se les administraban choques eléctricos al azar y en tiempos variables. Los perros aprendieron que no podrían hacer nada para controlar los choques y dejaron de tratar de escapar. Walker (1984), aplicó esta teoría a las mujeres maltratadas destacando dos factores en este maltrato: a) su carácter cíclico y b) su intensidad creciente (escalamiento), como las características de lo que denominó el “ciclo de violencia”, el cual incluye: una fase de tensión, el episodio violento, el perdón, la reconciliación o “luna de miel” y el reinicio del ciclo.

Para Walker, existen una serie de características propias de los efectos psicológicos en las relaciones de abuso que denomina Síndrome de la Mujer Maltratada. La autora considera que se trata de una respuesta normal de un ser humano aterrorizado ante una situación anormal. Cuando la mujer experimenta este ciclo y percibe el maltrato como incontrolable, llega a creer que nada de lo que haga ella (u otras personas), alterará sus circunstancias. Ante esta dinámica el costo para su salud mental es muy alto.

INTERMITENCIA DEL ABUSO Y EL APEGO TRAUMÁTICO

Dutton y Painter (1980), (citados por Ramos, 1998), proponen que los rasgos centrales de las relaciones de maltrato de larga duración, dónde al parecer se incrementa el apego hacia

el otro abusivo, son el desequilibrio en el poder y la intermitencia del abuso. El desequilibrio de poder propicia una dinámca en la que tanto el subordinado como el dominante se vuelven cada vez más dependientes uno del otro. En el maltrato a la mujer, el abuso físico y emocional sirve para crear y mantener ese equilibrio. La intermitencia del abuso se refiere a que el maltrato ocurre en alternancia con un tratamiento positivo, lo que produce un vínculo emocional poderoso de la víctima hacia el abusador.

Johann (1994), (citada por Ramos, 1998), propone una razón importante para explicar el que las mujeres maltratadas no dejen a sus abusadores: la disposición para amar al hombre “a pesar de todo”. La autora considera que se trata de un amor obsesivo, en que el miedo a perderlo es más aterradorante que el abuso.

Graham (1994), explica el “amor” que existe en estas relaciones, como una excitación fisiológica causada por el miedo que puede ser interpretada como atracción, produciendo una confusión cognitiva en las emociones. Esta razón permite explicar cómo es que las relaciones violentas pueden llegar a experimentarse con frecuencia como más íntimas que las no violentas. El enfrentamiento con una amenaza prolongada y severa, produce que la víctima internalice la psicodinámica captor-rehén, descrita en el síndrome de Estocolmo y la generalice en otras relaciones.

Algunos estudios, junto con mi experiencia clínica, permiten observar una relación entre los problemas de codependencia con antecedentes de pérdidas afectivas en la infancia, lugar que ocupa la mujer por el orden de nacimiento y condicionamientos culturales por género. Por esta razón también se consideró necesario incluir en este estudio el análisis de estos factores.

B. FACTORES AFECTIVOS: LAS PÉRDIDAS AFECTIVAS EN LA INFANCIA

Un factor que aparece de manera constante en la literatura sobre codependencia, es el intenso apego emocional que la mujer experimenta hacia su pareja explotadora, al grado de no poder separarse de ella, a pesar del daño físico o emocional que dicha relación presenta para ella y para su familia.

La teoría de John Bowlby (1986, 1990), es considerada como un paradigma psicológico que sirve para explicar las conductas de apego emocional. Bowlby describe la conducta de apego de la siguiente manera: “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla, o en un intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observa un aferramiento a la figura de apego” (p. 60).

En el curso de un desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos, en un inicio entre el niño(a) y sus progenitores, y más adelante, en la vida a través de la convivencia entre los pares. De acuerdo con esta teoría, la psicopatología es una consecuencia de un desarrollo psicológico atípico, producto del rompimiento de vínculos afectivos en la infancia. Los adultos afectados por dichas pérdidas tempranas suelen presentar problemas en su manera de relacionarse con otras personas, debido a una tendencia a experimentar regresiones a etapas tempranas de su desarrollo.

Los patrones perturbados de la conducta de apego pueden surgir a una edad temprana, cuando el desarrollo ha seguido un curso desviado. Los principales determinantes de dichos patrones son las experiencias del individuo con sus figuras de apego durante sus años de inmadurez: la infancia, la niñez y la adolescencia (Bowlby, 1990, 1980).

El efecto emocional que producen los duelos en las etapas tempranas del desarrollo infantil son una parte esencial de la teoría de Bowlby. Los duelos a los que se refiere el autor como pérdidas afectivas pueden variar, desde el fallecimiento de alguno de los progenitores, hasta algún otro evento en la familia de origen que produce el distanciamiento afectivo del niño(a) con sus progenitores (Bowlby, 1990, 1986).

Algunos otros ejemplos de este tipo de situaciones son: el abandono de alguno de los progenitores, el divorcio o separación de los padres, la depresión de la madre, la negligencia o descuido de los padres, o la enfermedad crónica física o mental de algún miembro de la familia; eventos todos que llevan a las madres a apartarse emocionalmente de sus hijos. (Soukup, 1995; Amodeo y Griffin, 1997; Simons, Lin, Gordon, Conger y Lorenz, 1999).

Los niños pequeños no alcanzan a diferenciar un abandono real de uno imaginario, por lo cual muchas veces experimentan como abandono o falta de amor el fallecimiento de alguno de sus padres, así como el distanciamiento emocional producto del duelo que vive el progenitor que le sobrevive.

Ante las pérdidas afectivas, los niños desarrollan estrategias para defenderse del dolor que les ocasiona la separación. Una defensa que suele aparecer cuando existen pérdidas afectivas, es una necesidad compulsiva de cuidar a otras personas, otra más es una aparente autonomía prematura (Viorst, 1987); ambas actitudes son características de los casos de codependencia.

Este tipo de pérdidas en la infancia pueden dar lugar a que se establezcan en la edad adulta vínculos afectivos paradójicos, donde se encuentren mezclados sentimientos de enojo y abandono, junto con la necesidad compulsiva de evitar perder el vínculo afectivo. Situaciones como éstas suelen suceder en las relaciones de codependencia, donde la mujer –a pesar de sentirse devaluada y enojada– sigue sin poder romper el vínculo emocional que la une con su pareja, confundiendo el “amor” con una relación de dependencia.

Wright y Wright (1991) afirman que aunque el abuso de sustancias no se encuentre presente en una relación, algunos individuos con parejas trastornadas o disfuncionales, sostienen un compromiso de apoyo y cuidados hacia estas personas. Esta actitud la mantienen a pesar de su infelicidad, además de sufrir severas dificultades sociales y emocionales. Los autores señalan que estas personas organizan su vida alrededor de las necesidades, intereses, y buena reputación de su pareja, frecuentemente a expensas de la propia.

Para ilustrar este concepto, los autores citan a Peele y Brodsky (1975), quienes afirman que una relación de pareja puede llegar a volverse tan compulsiva como una adicción, definiéndola de la siguiente manera: “una condición donde el apego a una sensación, objeto, o persona, es de tal forma que disminuye su apreciación y habilidad para manejar otras cosas en su ambiente o consigo mismo(a), hasta convertirse cada vez más dependiente de la experiencia como su única fuente de gratificación” (p. 56). Para Wright y Wright (1991), la codependencia es muy similar al concepto que la literatura psicológica denomina como “amor adictivo”.

Gothan y Sher (1995) por su parte, al analizar la posible relaci3n entre la codependencia con una historia familiar de alcoholismo, encontraron que los casos de codependencia se encontraban asociados con una “afectividad negativa”, t3rmino que utilizaron para referirse a situaciones en que los sujetos se habían sentido menospreciados o abandonados por sus padres en la infancia. Los autores afirman, que las características de apego exagerado, propias de los casos de codependencia, se encontraban relacionadas con una interrupci3n temprana en el proceso natural de separaci3n e individuaci3n de los sujetos.

Asimismo, como ya se mencion3, otra situaci3n que puede dar lugar a que un ni1o experimente un sentimiento de p3rdida afectiva, es la enfermedad cr3nica f3sica o mental de alg3n miembro en la familia de origen. Esta situaci3n puede dar lugar a que el ni1o(a) se sienta abandonado por sus padres, debido a que ellos tienen que desviar su atenci3n por atender al familiar enfermo, dando lugar a que su hijo se sienta afectado/a por sentimientos de dolor y desesperaci3n.

En un estudio con 257 sujetos de ambos sexos, dise1ado para evaluar estresores familiares como predictores de codependencia, se encontraron puntajes significativamente m3s elevados del problema en los sujetos que reportaron antecedentes de una historia familiar de estr3s cr3nico por haber tenido un padre alcoh3lico, o un padre mental o f3sicamente enfermo (Fuller y Warner, 2000).

Cullen y Carr (1999), tambi3n encontraron niveles significativamente m3s elevados de codependencia en adultos j3venes de ambos sexos que reportaron haber tenido mayores dificultades en su familia de origen por problemas de salud mental en alguno de sus padres. Contrario a lo esperado, en el grupo con mayores niveles de codependencia, no hubo una mayor cantidad de individuos cuyos padres tuvieran problemas por el abuso de alcohol o drogas, ni tampoco reportaron haber sufrido de niveles m3s elevados de abuso f3sico o sexual en la infancia. Sin embargo, estos sujetos reportaron pertenecer a familias donde los roles familiares se encontraban alterados y no hab3a expresiones de afecto apropiadas como calidez y apoyo.

Los autores mencionados consideran que las experiencias de falta de contacto e indiferencia, junto con el crecer al lado de padres que presentan problemas de salud mental, favorecen el desarrollo de la codependencia. La problem3tica surge porque en estos casos, los hijos por lo general se sienten impulsados para adoptar roles de cuidadores de otras personas en etapas tempranas de su vida, a la vez que desarrollan actitudes de negaci3n, rigidez, e intentos de control en las relaciones. Cullen y Carr (1999), tambi3n sostienen que la codependencia es un aspecto dentro de un amplio contexto de problemas en los sistemas familiares, que no es 3nico de las familias donde existe abuso de alcohol o drogas, o situaciones de abuso f3sico y sexual.

Desde el punto de vista biol3gico, tambi3n existe inter3s por estudiar la codependencia. En M3xico, el Dr. Jos3 Elizondo (Rodiles 2001), sostiene una postura a favor de tipificar la codependencia como un problema de salud mental en las relaciones interpersonales y se1ala que hoy en d3a algunos estudios revisados por una comisi3n de la APA (1995), hacen referencia a la relaci3n entre la Oxitocina y la codependencia, debido a que se han encontrado menores niveles de este neurotransmisor en las personas codependientes.

EFFECTOS DE LA OXITOCINA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

El estado del arte en neurobiología se inclina a estudiar la relación entre determinados procesos biológicos y las emociones en los seres humanos. Entre los estudios en el área destacan los que hacen referencia a una asociación de la hormona oxitocina con la habilidad para mantener relaciones interpersonales saludables y límites psicológicos sanos con otras personas.

La oxitocina estimula la producción de leche durante la lactancia, las contracciones del útero durante el parto, tanto los hombres como las mujeres la liberan durante el orgasmo. En un estudio, considerado como pionero en investigar las bases biológicas en el apego y los vínculos afectivos entre los seres humanos, Turner, Altemus, Enos, Cooper y McGuinness (1999), indican que la oxitocina también puede actuar como un mediador entre las experiencias emocionales del pasado y las relaciones cercanas en la actualidad.

Este estudio fue llevado a cabo con 26 mujeres, con un rango de edad entre 23 y 35 años, a quienes se les pidió recordar eventos en relaciones pasadas que les provocaran sentir una emoción positiva (amor o infatuación) y una emoción negativa (pérdida o abandono). Las participantes también recibieron una sesión de masaje de 15 minutos en el cuello y en los hombros. Muestras de sangre fueron tomadas antes, durante y después de cada uno de los tres eventos para establecer el nivel basal y los cambios de oxitocina en el torrente sanguíneo.

Los resultados en promedio fueron significativos, el masaje de relajación provocó un aumento en los niveles de esta hormona y las emociones negativas provocaron una disminución pequeña. El recuerdo de emociones positivas no presentó ningún efecto.

Con la finalidad de clarificar estos resultados preliminares, Turner *et al.*, decidieron analizar las características interpersonales de las mujeres. Los investigadores reportan haber encontrado que las mujeres con niveles elevados de oxitocina, en respuesta al masaje y los recuerdos de relaciones positivas, no reportaron dificultades para establecer límites apropiados, estar solas y dejar de complacer a otros; mientras que las mujeres con niveles bajos de esta hormona, en respuesta a recordar emociones negativas, reportaron sentimientos de ansiedad y mayores problemas en sus relaciones cercanas.

Estos resultados establecen un campo fértil para continuar investigando la función que desempeñan las hormonas en las emociones y en las relaciones afectivas. La oxitocina, al parecer, también puede llegar a jugar un papel determinante en el tratamiento de las adicciones (Sarnyai y Kovacs, 1994; Kovacs, Sarnyai y Szabo 1998). La posibilidad de encontrar una explicación biológica en las relaciones de apego destructivas, como es el caso de la codependencia, ofrece un amplio campo de posibilidades para la prevención y el tratamiento de este problema. Sin embargo, por tratarse de estudios incipientes, aún no es posible determinar si la administración de dicha hormona puede ser de ayuda para los pacientes involucrados en este tipo de relaciones.

C. FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA FAMILIAR: EL LUGAR POR EL ORDEN DE NACIMIENTO ENTRE LOS HERMANOS

Bowlby (1986, 1990), menciona otra situaci3n que bajo la circunstancia de una p3rdida afectiva en la infancia, puede llegar a originar estados patol3gicos. Se trata del proceso de identificaci3n con el padre o con la madre, que aunque en circunstancias normales forma una parte integral de un desarrollo sano, puede conducir a dificultades cuando se presenta despu3s de haber fallecido alguno de los progenitores. Esta clase de proceso es provocado por el progenitor sobreviviente: el viudo o viuda que, sin darse cuenta, cambia su actitud con respecto a su hijo al empezar a tratarlo como un compa1ero o aliado en sus momentos de soledad.

Este papel de identificaci3n con el padre ausente, con frecuencia lo juega el hijo o la hija primog3nito(a), por ser quien se encuentra m3s cerca para compartir y tratar de consolar al padre o madre que sufre una pena. Como consecuencia, el proceso de desarrollo natural de este hijo(a) se interrumpe, dado que no alcanza a vivir su propio duelo, adem3s de que al dejar de ser tratado como ni1o(a), se siente impulsado a representar prematuramente el papel de un adulto.

Este tipo de p3rdidas afectivas, tambi3n pueden suceder sin que ninguno de los progenitores haya fallecido, como en los casos en que el padre es alcoh3lico y la madre experimenta un apoyo en particular con alguno de sus hijos que la defiende y apoya.

Olson y Gariti (1993), utilizaron el t3rmino “p3rdida simb3lica”, para definir el papel que juega el estilo de parentalizaci3n en las relaciones adictivo-destructivas. Los autores afirman que la psicodin3mica presente en las familias con problemas de adicciones, afecta la manera como se construye en los hijos el sentido del s3 mismo, a la vez que influye la formaci3n del car3cter en los ni1os y el tono de conducirse en sus relaciones interpersonales a trav3s de la vida.

Laurie y Jonathan Weiss (1989), consideran que el orden de nacimiento es un factor que puede afectar la severidad de la codependencia. En psicolog3a se le ha prestado considerable atenci3n al estudio del orden cronol3gico en los nacimientos, es decir a la forma en que la jerarqu3a familiar influye sobre la personalidad, las relaciones con los hermanos y con otros integrantes del mundo exterior, incluyendo a los c3nyuges. Dicho inter3s resalta el papel que juegan los hijos(as) mayores ante situaciones de p3rdida real o simb3lica de alguno de sus progenitores.

La literatura sugiere que los primog3nitos comparten determinadas caracter3sticas en su personalidad (Arnstein, 1983), aunque todav3a no es posible hacer afirmaciones ni generalizaciones al respecto, dada la diversidad de experiencias humanas y las insuficientes pruebas emp3ricas. Sin embargo, llama la atenci3n la similitud entre las caracter3sticas identificadas para los hijos primog3nitos y las presentes en los casos de codependencia (cuadro 1-5). Alfred Adler afirm3: “Al primog3nito generalmente se le reconoce suficiente poder3o y sentido com3n, como para convertirse en auxiliar o capataz de sus padres.” (Adler, 1927, p. 154).

En la cl3nica, es frecuente observar, que en las familias disfuncionales con mayor frecuencia es el hijo o la hija primog3nita quien invierte su lugar con sus progenitores, adop-



Cuadro 1-5. Características en común de los hijos primogénitos en comparación con sus hermanos

1. Tienen una marcada necesidad de reconocimiento, atención y valoración
2. Son más dependientes de sus padres que sus otros hermanos
3. Se muestran ávidos por coincidir con los demás.
4. Tratan de aplacar a los demás cuando se presentan problemas
5. Son más ansiosos
6. Son más conformistas
7. Suelen ser más conservadores
8. Suelen ser competentes para dirigir el trabajo ajeno
9. Suelen ser confiables
10. Respetan la autoridad
11. Son propensos al estudio y a los logros académicos
12. Suelen ser serios, introvertidos
13. Son egoístas y dominantes
14. Son pacientes y protectores

tando el papel de un adulto responsable, cuando sus padres se comportan de manera inmadura.

Las características que suelen presentar los hijos primogénitos pueden asociarse con el estrecho contacto que mantienen con los adultos de la familia. Sus logros no necesariamente son el producto de una inteligencia superior innata, sino la consecuencia de una mayor estimulación mental y emocional producto de haber pasado más tiempo junto a sus padres. Además, los primogénitos pronto captan cuáles son las expectativas de sus padres y ansiosos por conservar su valoración, se esfuerzan por satisfacer las necesidades de sus progenitores, muchas veces con el alto costo de vivir bajo presión. La madre y el padre se convierten en los modelos del primogénito, es decir en las personas con las cuales se identifica. El segundo hijo y los posteriores se copian y aprenden a menudo los unos de los otros mucho más que de los padres.

Sin embargo, como se mencionó, la condición del primogénito no produce un determinado modelo de personalidad de manera inevitable y regular. Los hechos observados sólo indican que este modelo suele aparecer con mayor frecuencia en los hijos primogénitos (Arnstein, 1983).

Dadas las coincidencias observadas entre los rasgos de codependencia y los hijos primogénitos, se consideró interesante investigar si existe alguna relación entre estas dos situaciones con la finalidad de determinar si este factor representa algún riesgo para el desarrollo de codependencia.

FACTORES CULTURALES: GUIONES FEMENINOS TRADICIONALES

Otro factor influyente en el desarrollo de relaciones codependientes es el condicionamiento de la mujer a un estereotipo de g3nero, representado en el papel que juega en sus relaciones de pareja.

Como ya vimos esta situaci3n ha dado lugar a una pol3mica desde la postura feminista, la cual sostiene que el verdadero problema radica en un aprendizaje social y cultural que favorece la desigualdad de poder entre hombres y mujeres (Anderson, 1994).

Al parecer, los rasgos de femineidad tradicionales, particularmente los rasgos de sumisi3n, se encuentran traslapados con el problema de codependencia (Granello y Beamish, 1998). Es por esto que se consider3 relevante el investigar la asociaci3n entre dicho factor cultural y las relaciones codependientes.

Las feministas han criticado el constructo de codependencia sobre la base de un sesgo por g3nero. Ellas se3alan que la mujer tradicionalmente ha sido condicionada por las normas de la sociedad para ser nutritiva, cuidadosa, leal, resistente, solícita y sensible hacia las necesidades de otros; por lo que muchas de las característcas propias de la codependencia coinciden con los estereotipos impuestos por el g3nero. Estas crítcas est3n basadas en el hecho de que inicialmente el t3rmino codependencia surgi3 para denominar “la enfermedad” que supuestamente padecen las esposas de alcoh3licos y en la evidencia de que la codependencia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres (Cowan *et al.*, 1995; Harper y Capdevilla, 1990).

Efectivamente, se ha encontrado una asociaci3n positiva de la codependencia con característcas negativas de femineidad, tales como la sumisi3n, así como inversamente relacionada con característcas propias del sexo masculino, como el dominio y la agresión (Roehling, Kobel y Rutgers, 1996).

Sin embargo, en otros estudios recientes con sujetos de ambos sexos no se encontraron diferencias significativas por g3nero (Gotham y Sher, 1995; Prest, Benson y Protinsky, 1998; y Cullen y Carr, 1999). El problema con estos estudios es que, o bien han sido realizados con muestras muy peque3as (Prest, Benson y Protinsky (1998), o se llevaron a cabo en poblaciones de estudiantes j3venes, d3nde la codependencia suele aparecer de manera m3s limitada (Gotham y Sher, 1995; Cullen y Carr, 1999), por lo que la relaci3n entre g3nero y codependencia requiere de mayor investigaci3n.

Prest, Benson y Protinsky (1998), en un estudio comparativo reportaron puntajes elevados de codependencia en sujetos de ambos sexos que tenían una pareja con problemas de alcoholismo y/o provenían de familias disfuncionales. En el grupo control constituido por personas sin dichas característcas, tambi3n encontraron casos de codependencia, aunque con puntajes m3s bajos, asociados con mayor intimidad en la pareja y característcas favorables en la familia de origen. Con base en estos resultados, los autores sugieren introducir el t3rmino co-apoyo para hablar de una codependencia que podría ser positiva.

Gilligan (1982) se3ala que las mujeres tienen como objetivo en sus relaciones el contacto por encima de la individualidad. La autora argumenta que muchos de los rasgos femeninos positivos como la receptividad, la preocupaci3n por otros, las expresiones emo-

cionales y la capacidad de empatía, hacen que las mujeres miren sus relaciones desde una perspectiva diferente logrando así comprender mejor su complejidad.

Granello y Beamish (1998), sostienen que la fortaleza de las mujeres en las relaciones disfuncionales puede residir en que las niñas son educadas para expresar compasión, cooperación e interés por el bienestar de otros. Las autoras consideran que el verdadero problema planteado por la codependencia no es la dificultad de las mujeres para establecer relaciones de pareja sanas, sino la falta de habilidad y disponibilidad de su pareja alcohólica para relacionarse de una manera donde la empatía sea mutua y el poder se encuentre equilibrado entre ambos.

Gilligan (1982) argumenta que dicha falta de habilidad y disponibilidad proviene de las diferencias en la crianza de hombres y mujeres en la manera de relacionarse dentro de un contexto social. Los niños son educados inculcándoles un mayor interés en las jerarquías, el poder y la autonomía, a diferencia de las niñas a quienes se les enseña a darle prioridad a las relaciones y al apoyo mutuo entre las personas.

Otro aspecto necesario de tomar en cuenta para el estudio de la codependencia desde el punto de vista cultural, es la narrativa social que establece diferencias en valores entre la sociedad norteamericana, la mexicana o hispano parlante. El término codependencia proviene de los Estados Unidos de Norteamérica, donde la sociedad estimula y otorga un alto valor a la individualidad y capacidad de los sujetos para separarse de su familia de origen. Esta situación es diferente en nuestra cultura, en dónde las relaciones familiares ocupan un lugar más importante y los valores promueven la lealtad entre sus miembros, así como la cooperación más que la competencia.

Inclan y Hernández (1992), sugieren revisar y adecuar el constructo de codependencia antes de aplicarlo a las sociedades latinoamericanas, porque para ellos, las conductas descritas en el modelo de codependencia en alcoholismo, corresponden a las respuestas normales ante todo tipo de problemas dadas por las familias de los hispanos pobres en los EUA.

Al respecto, Lara Cantú (1993) argumenta que en México es difícil hablar de una cultura única, debido a la heterogeneidad en los diferentes niveles de urbanización, los grupos étnicos y la variedad en los niveles de ingreso y educación. La autora hace notar que en comparación con otros países más desarrollados, la cultura mexicana se encuentra mayormente afectada por los papeles y estereotipos sexuales tradicionales, es decir, por el machismo y la sumisión, o el “síndrome de la mujer sufrida”. Ella sostiene que en México el machismo se encuentra más arraigado en comparación con otras culturas latinoamericanas y afirma que la situación de sumisión de la mujer es ampliamente aceptada por la familia y la sociedad.

De acuerdo con Stevens (1973) (citada por Lara Cantú, 1993), tanto el machismo como la sumisión representan papeles complementarios en las relaciones entre hombres y mujeres, donde se comparten determinadas características principales (cuadro 1-6).

Para Lara Cantú (1993), tanto el poder masculino absoluto, como la pasividad y “santidad” femeninas son mitos que ocultan estilos diferentes en el manejo del poder, impidiendo así que el hombre asuma su verdadera dimensión como un ser humano sensible y justo, mientras la mujer mantiene el control sin perder su imagen de buena y abnegada.

Los papeles y estereotipos sexuales, que representamos los hombres y las mujeres en la sociedad, en teoría corresponden a los guiones culturales descritos por el análisis transac-


Cuadro 1-6. Principales características en el machismo y la sumisión, Lara Cantú (1993)

Papel de macho	Papel de mujer sufrida
<p>Culto a la virilidad a través de:</p> <p>Exagerada agresividad e intransigencia entre varones</p> <p>Actitud de arrogancia y agresión sexual hacia las mujeres</p> <p>Necesidad de “salirse con la suya”</p> <p>Presionar para que otros acepten sus puntos de vista</p> <p>Ganar cada discusión en que se participa, considerando las opiniones distintas como declaraciones de enemistad</p> <p>Manejo exagerado de la “dignidad” que lleva a interpretar casi cualquier comentario como un insulto.</p> <p>Conducta intransigente, terca e inflexible</p> <p>Demostración de potencia sexual y capacidad para engendrar, sometiendo a “su mujer”, impidiendo que tenga contacto con otros hombres, fecundándola, teniendo un hijo varón y teniendo constantes relaciones extramaritales</p>	<p>Culto a lo femenino a través de:</p> <p>Enseñar que las mujeres son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres</p> <p>Gran dependencia y conformismo</p> <p>Falta de imaginación y timidez en la relación con el varón</p> <p>En lugar de evitar su sufrimiento, hace que se conozca mostrando actitudes de abnegación</p> <p>El centro de atención es el hombre, el cual debe de ser atendido por la madre y las hermanas</p> <p>Veneración de su sufrimiento y abnegación en el papel de madre</p> <p>Mantener una posición económica y social más baja</p> <p>Devaluar la importancia de su trabajo en el hogar</p> <p>Mantener su bajo nivel de escolaridad</p> <p>Falta de apoyo social cuando trabaja fuera del hogar</p>

cional. Esta teoría permite explicar la formación de los guiones aprendidos en la familia, sociedad y cultura, así como el guión individual adoptado por uno mismo como reacción a la interpretación de los eventos ocurridos en etapas tempranas de la vida. La descripción de estos guiones permitirá comprender la manera como se desarrolla un “guión de codependencia”, como un patrón rígido de comportamiento que se manifiesta en las relaciones interpersonales.

El análisis transaccional también será utilizado para explicar el desarrollo de la personalidad, a través de procesos intrapsíquicos e interpersonales determinados por las psicodinámicas de relación que ocurren en la infancia con figuras afectivamente significativas.

CODEPENDENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La salud mental no debe de comprenderse exclusivamente como una serie de características individuales, debido a que la vida mental implica “una experiencia interna relacionada con la experiencia interpersonal grupal” (WHO, 1981) e integra tanto aspectos cognitivos (percepciones y procesos de pensamiento) como afectivos (emociones, estados de ánimo, sentimientos) y relacionales (la forma en que las personas interactúan con otras y el medio-ambiente) (Dennerstein, Atsburry y Morse, 1993). De esta forma, se ha reconocido

la importancia que tienen factores externos como los sociales y económicos, así como las relaciones y los espacios físicos y organizacionales, en lo que denominamos *salud mental*.

La salud mental implica el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las habilidades mentales, y el logro de metas congruentes con la justicia y la igualdad, por tanto, es necesario reconocer que “la distribución del poder entre los individuos, grupos y medios ambientes son determinantes cruciales de la salud mental” (Dennerstein *et al.*, 1993, pág. 2).

Aunque las relaciones entre las fuerzas sociales y la salud mental son muy complejas, sabemos que ésta se relaciona con aspectos tales como el bienestar económico de la familia o la comunidad, el contexto cotidiano en donde vive la persona, y el tipo de recursos disponibles. “Para pensar acerca de la salud mental, entonces, se deben de considerar una serie de fuerzas interrelacionadas que, a primera vista, pueden no aparecer como problemas ‘psiquiátricos’” (Desjarlais *et al.*, 1995, pág. 33).

Es en este contexto, donde se hace relevante considerar al género como una categoría básica para comprender a los denominados trastornos mentales y otros problemas relacionados con la salud mental como la codependencia. El género afecta a la salud a través de las circunstancias económicas, responsabilidades familiares y de trabajo, elecciones en el estilo de vida, interacción social con miembros de la familia y otras personas significativas, y las interacciones con profesionales de la salud (Lorber, 1997)

VULNERABILIDAD FEMENINA

El género nos identifica como mujeres y como hombres dentro de nuestra vida social con base en diferentes actitudes, formas de comportamiento, roles, responsabilidades, oportunidades, espacios y actividades. Estas diferencias culturalmente construidas se encuentran asociadas de manera simbólica con las diferencias sexuales biológicas que determinan la reproducción de las especies. Todas las culturas a través de sus instituciones, gobiernos, escuelas, iglesias y familias son campos pedagógicos para la construcción de género. Es por eso que en todas las sociedades, hombres y mujeres crecen con filosofías de vida marcadas por este concepto. (De Barbieri, 2000).

Los papeles sexuales, supuestamente originados en una división del trabajo basada en la diferencia biológica, es decir la maternidad para las mujeres, marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, e incluyen actitudes, valores y expectativas que la sociedad conceptualiza como femeninos o masculinos (Lamas, 1996).

El género “es la manera como cada sociedad simboliza la diferencia sexual y fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres” (DIF, 1997, pág. 54). Por lo general, se atribuyen características distintas a cada sexo, es decir, desde su nacimiento los varones y las mujeres son objeto de un trato diferencial que favorece ciertos rasgos y conductas.

Los roles o papeles de género, implican las normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento masculino y femenino, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto los cuidan. Así lo femenino es lo maternal, lo doméstico. En contraposición, lo masculino es lo público, lo violento” (DIF, 1997, pág. 52).

Esta dicotomía lleva a establecer estereotipos muy rígidossobre lo que se puede o no se puede hacer como var3n y como mujer. Los papeles de g3nero tradicionales son sumamente restrictivos y han generado consecuencias negativas, comportamientos dañinos e interacciones poco saludables para muchos individuos en la sociedad. Lo que es considerado “masculino” o “femenino” en una sociedad, afecta en forma muy importante la identidad de g3nero que asume cada hombre y cada mujer, siendo esta identidad genérica un elemento esencial que nos constituye como individuos concretos a nivel psíquico.

Gayle Rubin (1975) denomina al sistema sexo/g3nero como un conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos culturales de la actividad humana. Cada sociedad arma un sistema sexo/g3nero, o sea, un conjunto de normas a partir de las cuales la materia cruda del sexo humano y de la procreación es moldeada por la intervenci3n social, y satisfecha de una manera convencional. La autora afirma que la subordinaci3n de las mujeres es producto de las relaciones que organizan y producen la sexualidad y el g3nero (en Lamas, 1996).

Al respecto, Luis Bonino (1998) plantea que existen una serie de ideales o ideas-base que se expresan a trav3s de creencias sobre lo que es y debe ser una mujer o un hombre, las cuales generan una serie de mandatos sobre el *deber ser* y el *no deber ser* que necesitan cumplirse para reconocerse con una identidad (femenina o masculina) valiosa para sí. Estos ideales suelen estar marcados por la dicotomía y la desigualdad que ubica como inferior a lo femenino y a las mujeres, por lo que organizan la producci3n/reproducci3n de esas identidades para que las masculinas sean dominantes e “independientes” y las femeninas frágiles, dependientes y sin diversidad posible.

Respecto al campo de la salud, es importante señalar que los hombres suelen enfermar y morir por ciertas causas que no siempre son compartidas por las mujeres; asimismo se enfrentan más frecuentemente a ciertas problemáticas psicosociales como la violencia y el consumo de drogas y alcohol. Las mujeres se enferman más, pero los hombres se mueren más rápido, tanto en países industrializados como no industrializados. Sin embargo, esto no significa que la calidad de vida de las primeras sea mejor, pues enferman más y utilizan más los servicios de salud que los hombres (Ravelo, 1995)

Lorber (1997) señaala que las variaciones en la morbilidad y la mortalidad pueden explicarse por diversas causas, algunas genéticas y fisiológicas, pero otras de claro origen social. En su revisi3n de la literatura internacional, reporta que las mujeres tienden a presentar más enfermedades que no amenazan la vida debido a las tensiones que sufren por el cuidado infantil, de ancianos, la doble jornada y los trabajos rutinarios; por su parte, los varones suelen presentar más enfermedades crónicas y que amenazan la vida, como los infartos, por su estilo de vida, y en menor medida por sus ocupaciones. También presentan mayor riesgo de sufrir accidentes y homicidios dado que tienden a involucrarse en situaciones peligrosas. Las mujeres muestran mayor probabilidad de intentar suicidarse, pero los hombres se suicidan con mayor frecuencia por el tipo de métodos que utilizan.

En México sucede una situaci3n muy similar a lo reportado internacionalmente. Lozano (1997), reporta que los hombres tuvieron un riesgo 1.5 veces mayor que las mujeres de morir prematuramente o vivir con alguna discapacidad. De hecho, el riesgo de homicidio es 11 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Lozano atribuye esta diferencia a que los hombres jóvenes están más expuestos a morir por un homicidio en

la vía pública, mientras que las mujeres están más expuestas a sufrir una agresión o morir por un asesinato cometido por un familiar o por la pareja.

En cuanto a la salud mental, Russo y Green (1993) reportan una revisión internacional de estudios epidemiológicos llevados a cabo en diversas comunidades. Las autoras encontraron, en quince grupos de diagnóstico estudiados, diferencias substanciales por género en las tasas de prevalencia. Las mujeres predominaron en depresión, agorafobia y fobias simples; mientras que los hombres predominaron en personalidad antisocial y abuso/dependencia de alcohol. Las mujeres habían recibido mayores diagnósticos de distimia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por somatización y trastorno de pánico. Otro dato interesante es que los hombres solteros y los separados/divorciados presentaron tasas más elevadas en los servicios de admisión a las entidades de la salud mental, que las mujeres con la misma categoría de estatus marital.

En nuestro país también se han reportado algunas diferencias en cuanto a los problemas de salud mental de mujeres y hombres. Por ejemplo, varios estudios han mostrado (Medina-Mora (1988); Medina-Mora *et al.*, 1993; Natera, 1994) una marcada diferencia en las prácticas de consumo de drogas, con cifras de consumo más bajas entre las mujeres que entre los hombres en las drogas ilegales (Galván-Reyes *et al.*, 1997). El inicio entre los varones es en general temprano, en promedio antes de los 15 años, con iniciación más tardía entre las mujeres.

El alcohol también se ha encontrado como una sustancia más utilizada por los varones que por las mujeres. En la ciudad de México se reportó como población bebedora a 71.7% varones y 20.4% mujeres (Caraveo *et al.*, 1999), aunque ha ido aumentando la tendencia de mayor consumo en las mujeres en las generaciones más jóvenes.

Estos datos muestran la necesidad de comprender las complejas relaciones entre el género y la salud, incluyendo el papel que juegan los guiones y normas culturales en el desarrollo de problemáticas de salud mental.

La codependencia parece ser uno de los tantos problemas de salud mental que afectan más a las mujeres que a los hombres. Sin embargo, debido a su complejidad y a los debates que han ocurrido alrededor del constructo, no se le había llegado a considerar objeto de estudio “legítimo” dentro del campo de la salud mental. A esto se agrega el hecho de que por sus características, relacionadas con normas y patrones de género culturalmente aceptados, este problema permanecía invisible, siendo negado por la sociedad y por las propias mujeres en la medida en que es “normalizado”. Es importante enfatizar que aunque resulte paradójico, una de las características más importantes de la codependencia es su minimización y negación como problema.

Aunque la codependencia tiende a surgir como una consecuencia de convivir con una persona que abusa del consumo de alcohol, o que es adicta a otras sustancias, también puede presentarse en otras relaciones donde no existen este tipo de problemas. Al respecto, podemos presumir de una posible codependencia, cuando la mujer que convive con una pareja abusiva y explotadora, continúa manteniendo un fuerte compromiso en la relación, a expensas de su propia salud física y emocional. Por esto, el conocimiento de los factores asociados con la codependencia, ha resultado ser uno de los primeros avances en la comprensión de un problema que impide el desarrollo integral de las mujeres, como puede ser entendido desde la definición mencionada de salud mental.

Dado que los casos de codependencia con frecuencia se encuentran relacionados con hechos de maltrato f3sico, emocional y sexual hacia las mujeres (Mueller, 1996), es importante no dejar de lado, que si bien es fundamental generar cambios a nivel individual, tambi3n es esencial el realizar cambios a niveles m3s amplios en la sociedad, con el fin de posibilitar relaciones entre los g3neros m3s igualitarias.

Ramos (1998, 1999), ha enfatizado la importancia del g3nero y la violencia, como categor3as leg3timas para incluir en la teor3a y pr3ctica de las disciplinas de salud mental. La violencia de g3nero, es decir el maltrato de la mujer en la pareja, es un factor extremadamente importante en el desarrollo de problem3ticas tales como la sintomatolog3a depresiva, ideaci3n e intento suicida y uso de alcohol o drogas. Por este motivo, se sostiene que la violencia es un problema grave de salud p3blica, que requiere de ser prevenido y en su caso detectado tempranamente, para poder implementar programas de sensibilizaci3n y capacitaci3n para los proveedores de salud.

ESTUDIO DE LA CODEPENDENCIA EN M3XICO

En M3xico, Natera *et al.* (1988, 2001), han estudiado a las mujeres en relaci3n al consumo de alcohol de la pareja, sus antecedentes de historia familiar de alcoholismo y su manera de afrontar este problema.

Natera (2001), ha realizado una cr3tica respecto al uso y abuso del concepto de codependencia, tomando como referencia a uno de los primeros enfoques te3ricos que consideraba a las mujeres codependientes como adictas al alcoh3lico. Es decir, la autora cuestiona que se aplique la “etiqueta” de codependiente a cualquier mujer que se encuentra relacionada con una persona que tiene problemas con su manera de beber. Efectivamente, este tipo de supuestos mec3nicos llevan a sostener la creencia de que una situaci3n conlleva a la otra en forma autom3tica.

Sin embargo, el hecho de tener como pareja a una persona que abusa del consumo de alcohol, no siempre produce conductas codependientes. Por eso, en este estudio el t3rmino codependencia se utiliza para identificar un patr3n de relaci3n disfuncional, que puede tambi3n presentarse en asociaci3n con otros problemas no necesariamente originados por el consumo de alcohol (Fuller y Warner, 2000).

Desde esta perspectiva, el constructo de codependencia es 3til, porque lejos de patologizar la conducta de las mujeres –como si ser codependiente fuera una caracter3stica intr3nseca a la propia personalidad– permite nombrar a una serie de conductas y actitudes derivadas de una relaci3n significativa, que puede llegar a afectarles profundamente (Carson y Baker, 1994), dado que la codependencia representa para ellas una alteraci3n en la estructura de su personalidad, caracterizada por frecuentes estados de insatisfacci3n y sufrimiento personal que impiden su desarrollo.

El estudio de la codependencia es particularmente importante de investigar en las mujeres mexicanas, dado que tradicionalmente nuestra cultura ha sido vista como una cultura machista que tiende a enaltecer las conductas de sacrificio y de desigualdad en las mujeres. M3s all3 de que se haya cuestionado si esta creencia es parte de una construcci3n creada por los propios intelectuales e investigadores sociales (Flores-Ort3z, 1993), cierta-

mente existe un imaginario en el que prevalecen mandatos culturales rígidos que afectan las vidas particulares de los hombres y las mujeres. En este sentido, la socialización a las que las niñas están sujetas, puede contribuir al desarrollo de actitudes y conductas “codependientes” que son consideradas como culturalmente “sanas”, sin tomar en cuenta que en su vida adulta pueden generar malestar y más aún, convertirse en un problema de salud mental.

PATRÓN DE RELACIÓN POR CODEPENDENCIA

El estudio de la codependencia, desde el enfoque de un patrón de relación disfuncional, permite analizar este problema en las relaciones de pareja de dos maneras: como una reacción natural al hecho de convivir con una persona problemática, tal es el caso del abuso en el consumo de alcohol por parte de la pareja; y como una predisposición a la codependencia que algunas mujeres pueden presentar por los antecedentes de su historia familiar, dónde además pudo haber ocurrido una alteración en el desarrollo normal de su personalidad.

Wright y Wright (1999) señalan que algunos individuos involucrados en relaciones cercanas con parejas problemáticas o disfuncionales, llegan a permanecer comprometidos con ellos al extremo de organizar sus vidas alrededor de las supuestas necesidades, intereses, bienestar y buena reputación de la pareja, a expensas de no lograr estos beneficios para ellos mismos.

Estos autores consideran que en algunos casos la codependencia surge como un conjunto de características de personalidad internalizadas a través de la convivencia en una familia disfuncional. Mientras que en otros, la relación codependiente representa un esfuerzo en esencia “normal” del individuo para ajustarse a una pareja extremadamente difícil y a situaciones de vida complicadas.

Desafortunadamente, algunos individuos con un fuerte sentido de lealtad y compromiso en sus relaciones, pueden llegar a verse involucrados en una relación codependiente, en donde tienden a expresar sentimientos de compasión, actitudes de cooperación y demuestran un sentido de preocupación y responsabilidad por el bienestar de las otras personas. Esto puede llegar a suceder cuando se tiene como pareja a un enfermo alcohólico, o a otro tipo de persona que manipula a la pareja con problemas similares.

Dicha situación con frecuencia es el caso de muchas mujeres y de algunos miembros de grupos étnicos, como los hispanos o asiáticos, cuya cultura promueve dichos valores. Otros sujetos vulnerables, son los individuos con antecedentes de una familia disfuncional, que mantienen una visión distorsionada de lo que puede y debe ser una relación cercana, aunada a una auto-percepción devaluada de sí mismos.

Esta teoría sostiene que así como la codependencia se presenta a través de la relación con una pareja problemática y disfuncional, al mismo tiempo sirve para definir una identidad personal, es decir un rol que la mujer codependiente adquiere a través de asumir una relación complementaria con la pareja.

Este proceso de adquirir una identidad personal por medio de la relación con la pareja se explica a través de dos conceptos: la autopresentación y la alternancia con la pareja. La autopresentación se refiere a la valoración que la familia y sociedad le otorga a las mujeres

por tener una relaci3n de este tipo. La alternancia se refiere al hecho de que ella adopte una actitud rescatadora del compa1ero, misma que conlleva un sufrimiento personal que le da sentido a su vida.

Este problema es frecuentemente abordado en la literatura sobre codependencia. Es as3 como el Consejo Nacional de Codependencia (citado por Whitfield, 1991) presenta la siguiente definici3n: "Una conducta aprendida, expresada por dependencia hacia las personas y cosas fuera de uno mismo, que incluye descuido y menosprecio de la propia identidad. El falso ser que emerge es frecuentemente expresado a trav3s de h3bitos compulsivos, adicciones y otros trastornos que adicionalmente incrementan una alineaci3n de la propia identidad, fomentando un sentimiento de vergüenza" (p. 10).

La dificultad para definir la propia identidad, ha sido estudiada como la psicopatología que surge de las dinámicas familiares que experimentaron en su infancia los hijos adultos de alcoh3licos (Transeau, Eliot, (1990). Gordon y Barret (citados por Gotham y Sher, 1995), sostienen que el hecho de vivir involucrado en los problemas de otras personas, produce un impedimento en el proceso natural de separaci3n e individuaci3n (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Esta situaci3n es cada vez m3s frecuente en los tiempos actuales, debido a las dificultades que experimentan los ni1os al no poder disolver la simbiosis con sus padres de una manera progresiva y oportuna, dado que se ven forzados a crecer y comportarse como adultos, cuando a1n no han logrado completar sus etapas de desarrollo infantil.

Cowan, Bommersbach y Curtis (1995), desde el punto de vista feminista, estudiaron la dificultad de percibir la propia identidad, en relaci3n con la desigual distribuci3n de poder en las relaciones. En un estudio con 122 estudiantes de ambos sexos, encontraron una correlaci3n altamente significativa entre los puntajes elevados de codependencia y el percibirse a s3 mismos con falta de poder en sus relaciones. Estos sujetos tambi3n reportaron una dificultad para tomar decisiones, expresar directamente sus deseos y necesidades con la pareja, as3 como una sensaci3n de p3rdida de su propio ser.

Wright y Wright (1991, 1999) afirman que las personas involucradas en una relaci3n con una persona h3bil para manipular y explotar una alternancia de roles, en los papeles de control/sumisi3n, como suele suceder cuando la pareja se comporta de manera abusiva bajo los efectos del alcohol y alternativamente pide perd3n, tienen una alta posibilidad de convertirse en codependientes. Sin embargo, puntualizan que hay algunas personas que presentan mayor predisposici3n o vulnerabilidad personal por su historia familiar para relacionarse de esta manera.

CODEPENDENCIA END3GENA Y CODEPENDENCIA EX3GENA

La teor3a de Wright y Wright (1995) propone la existencia de dos diferentes tipos de relaciones codependientes: end3gena y ex3gena, las cuales dan lugar a patrones similares, m3s no id3nticos de relaciones codependientes.

La codependencia end3gena, se refiere a la predisposici3n para desarrollar codependencia que puede existir en los sujetos con antecedentes de una historia familiar de alcoholismo, y a la posibilidad de que se involucren con una pareja que abusa del consumo de alcohol.

La codependencia exógena, corresponde a la reacción de un sujeto ante la problemática de convivir con una pareja que abusa del consumo de alcohol, independientemente de que haya tenido o no antecedentes de alcoholismo en su familiar de origen.

Este enfoque teórico permite estudiar a la codependencia en alcoholismo desde las dos perspectivas teóricas que describe la literatura sobre el tema: el problema de los hijos adultos de alcohólicos y el problema de tener una pareja que abusa del consumo de alcohol.

Esta definición puede hacerse extensiva a los casos de codependencia relacionados con otros factores en la familia de origen, tales como: la adicción a otras sustancias, la violencia doméstica y las pérdidas tempranas.

ANTECEDENTES DE DIAGNÓSTICO

En el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM-IV (1995), no se encuentra una descripción de la codependencia. Martín (1992), explicó esta situación diciendo que no se ha podido encontrar un trastorno de personalidad consistentemente identificado, dado que al parecer la codependencia se refiere a patrones de conducta que pueden ser indicativos de mecanismos de respuesta adaptativos en relaciones interpersonales y a individuos con conductas disfuncionales, pero que no representan un síndrome clínico; sin embargo, el mismo manual, contiene un nuevo apartado denominado Problemas de Relación, donde se encuentran enunciadas las siguientes categorías de diagnóstico, que en algunos casos pueden encontrarse relacionadas con un problema de codependencia: Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (V61.9), Z63.8 Problemas paternos-filiales (V61-20), Z63.0 Problemas conyugales (V61.1), F93.3 Problema de relación entre hermanos (V61.8) y Z63.9 Problemas de relación no especificado (V62.81).

En una entrevista realizada por Janine Rodiles (2001), el Dr. José Antonio Elizondo le informó que la Asociación Psiquiátrica Americana formó una comisión para recabar información que permitiera clasificar a la codependencia como un trastorno mental; afirmando que la codependencia se presenta en sujetos con diferentes trastornos de la personalidad y se manifiesta a través de una constante interacción entre dos personas, por lo que no se trata de una enfermedad individual, sino de un trastorno de relación, que afecta mayormente a las mujeres, donde intervienen factores socioculturales debido a que vivimos en una sociedad patriarcal.

El Dr. Elizondo, como miembro de esta comisión, consideraba la necesidad de incluir la codependencia en el DSM-5. Afirma que éste suele ser el proceso natural de la historia de las enfermedades, donde por lo general la sociedad civil denuncia un problema de salud adelantándose a la medicina, como ocurrió con el alcoholismo y otras enfermedades que posteriormente deben de estudiarse para ser aceptadas por la ciencia.

Diagnóstico diferencial

Cermak (1986), ha sostenido que en la codependencia se confunde la cercanía con la sumisión y la intimidad con la fusión. Conforme se va involucrando en una relación, la persona codependiente tiende a tomar como propios los valores, deseos, sueños, característi-

cas, y hasta los sistemas de negaci3n del otro. Es as3 como el codependiente se convierte en un espejo, que experimenta como propio el dolor de la otra persona, en lugar de sentir empat3a por el dolor del otro; dado que presenta una dificultad para establecer l3mites entre s3 mismo y el mundo que le rodea, caracter3stica en que coincide con el Trastorno L3mite de la Personalidad. Este autor considera que en algunos casos la diferenciaci3n cl3nica entre 3ste trastorno y la codependencia puede ser dif3cil. Sin embargo, la diferencia radica en que al paciente con un Trastorno L3mite le falta la fuerza yoica suficiente para mantener sus l3mites estables sin el apoyo de recursos externos. Por el contrario, la persona codependiente si posee la fuerza del yo necesaria para establecer l3mites, pero se descalifica a si misma con tal de mantener su conexi3n con el otro.

La codependencia, tambi3n fue comparada por Cermak (1986) con el trastorno por estr3s postraum3tico (PTSD), debido a que la hipervigilancia es un rasgo que ambos diagn3sticos comparten. Efectivamente, muchos de los ni3os y adultos que viven en hogares donde existen problemas de adicciones y despu3s de un episodio de violencia familiar, pueden llegar a presentar este trastorno. Sin embargo no se trata de lo mismo, sino de dos problemas que se pueden presentar de manera simult3nea.

Para Cermak (1986), la codependencia se presenta en muchas ocasiones como una patolog3a complementaria a la personalidad narcisista. 3l sostiene que el sujeto con un trastorno narcisista, aparte de considerarse superior a otros, presenta dificultades para establecer relaciones de apego y de contacto humano, a excepci3n de cuando ve sus propios rasgos de personalidad reflejados en otro. El autor defendi3 la postura de incluir a la codependencia en el DSM III R, diciendo que los rasgos de personalidad que se presentan en la codependencia son complementarios del narcisismo y capaces de producir suficiente intensidad y rigidez como para crear una disfunci3n objetiva.

Para ilustrar este concepto, Cermak compara a la mujer codependiente con Eco, la ninfa enamorada de Narciso, en la mitolog3a griega; relato que se encuentra en la metamorfosis de Ovidio. En esta historia, Eco repet3a todo lo que Narciso dec3a mientras admiraba su figura en un estanque. Al escuchar esto, Narciso tuvo miedo de perder su poder al ceder en sus sentimientos de amor hacia Eco, que no eran m3s que un espejo de lo que 3l se dec3a a s3 mismo. Para evitar sentirse vulnerable rechaz3 a Eco, quien a pesar del desprecio de Narciso, sigui3 repitiendo sus palabras vagando entre las monta3as.

Algunos estudios m3s se han llevado a cabo para comparar el trastorno de codependencia con otras entidades nosol3gicas.

Whitfield (1991), hace notar que tanto el trastorno de la personalidad por dependencia (301.60), como el trastorno por evitaci3n (301.82), pueden llegar con frecuencia a confundirse con la codependencia; sin embargo, el trastorno de la personalidad por dependencia es diferente a la codependencia, porque en el primero los comportamientos de sumisi3n y adhesi3n, as3 como los temores de separaci3n, se encuentran motivados por una necesidad exagerada de que otras personas se ocupen de ellos; mientras que la persona codependiente es ella misma quien se ocupa de los dem3s, muchas veces sin tomar en cuenta que los otros no se ocupan de 3l o de ella.

Por otro lado, el trastorno por evitaci3n, coincide con la codependencia en que ambos se caracterizan por presentarse como un patr3n general de inhibici3n social, sentimientos

de inferioridad, e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Sin embargo, difieren en que en el primero el sujeto evita realizar trabajos o actividades por miedo a las críticas, la desaprobarción o el rechazo, mientras que la persona codependiente por lo general se mantiene activa y resulta ser muy capaz, muchas veces haciendo más de lo que le corresponde, pues suele hacerse responsable de las tareas de otras personas.

Charder (1994) evaluó el constructo de codependencia aplicando dos escalas de diagnóstico –el *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* y el *Spann-Fischer Codependency Scale*– a individuos en terapia de grupo que se auto-identificaban como codependientes, encontrando similitudes con el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y con el trastorno de personalidad por evitación.

Bird (1996), comparó a la codependencia con el trastorno límite de la personalidad (*borderline*) y sostiene que al parecer existe un área, que se refiere a la labilidad emocional, por miedo al abandono de la pareja, en que ambos diagnósticos se encuentra traslapados. Sin embargo, la validez externa del estudio queda en duda, debido a que el autor informa que los clínicos a cargo de realizar la evaluación de los pacientes, a menudo mostraron una falta de claridad y confusión al identificar ambos diagnósticos.

Mueller (1996) puso en duda la validez del constructo, sosteniendo que los rasgos de codependencia, pueden ser en realidad una forma de neurosis no especificada de los hijos y familiares de bebedores problema, la cual también se puede presentar en otras situaciones, como una manera de respuesta del individuo a las reglas opresivas de su ambiente.

En un estudio realizado por Roehling y Gaumont (1996), se examinó la validez de convergencia y discriminación de la codependencia, comparando en una muestra de 42 pacientes de psicoterapia, los puntajes obtenidos por el “*Codependent Questionnaire*” (CdQ) con el puntaje que obtuvieron en el “*Millon Clinical Multiaxial Inventory*” (MCMI). El CdQ correlacionó positivamente con trastornos clínicos que comparten algunas de las características de codependencia (*borderline*, distimia, ansiedad y trastorno pasivo agresivo) y mostró una correlación negativa con trastornos que reflejan características incompatibles con las conductas codependientes (antisocial, narcisista).

COMORBILIDAD

La codependencia puede presentarse en comorbilidad con algunos de los trastornos mentales anteriormente mencionados, o con otros más. En la literatura sobre codependencia e hijos adultos de alcohólicos, algunos estudios informan una asociación entre la codependencia, la depresión y los trastornos somatomorfos (O’Brien y Gaborit, 1992; Carson y Baker, 1994; Jones y Zalewski, 1994; Belliveau y Stoppard, 1995; Hinkin y Kahn, 1995), así como con problemas de autoestima (Fisher, Spann y Crawford, 1991; Jackson, 1994), y con trastornos de la conducta alimentaria (Meyer, 1997; Meyer y Russell, 1998.).

Walfish *et al.* (1992), examinaron los rasgos del Inventario Multifacético de la Personalidad, en 73 mujeres que habían acudido para tratamiento de codependencia como resultado de sus problemas con parejas adictas. Los resultados del Minnesota arrojaron que el 48% de estas mujeres mostraban una elevación en los perfiles clínicos de depresión e hipocondría.

Una característica con la cual la mayoría de los autores están de acuerdo, es que la codependencia presenta un problema de falta de individuación (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Este problema se presenta como una consecuencia de situaciones en que un trauma infantil interrumpió el desarrollo natural del niño y obstaculizó la resolución de la simbiosis con sus progenitores. Whitfield (1991), coincide con este punto de vista al considerar a la codependencia como un trastorno de pérdida de sí mismo, en que la persona se enfoca en atender las necesidades de los demás, a la vez que pierde el contacto consigo misma.

Gibson y Donigian (1993), tomando como base la teoría de Bowen, sostienen que la ansiedad que presentan los sujetos codependientes, es producto de una falta de diferenciación. Ellos proponen llevar a cabo un tratamiento enfocado en que el paciente logre establecer una separación emocional adecuada de la simbiosis con su madre.

En seguida, para facilitar la comprensión de este patrón lo veremos a la manera en que se manifiesta como un guión de codependencia desde la perspectiva del análisis transaccional.

Después de una breve introducción a esta teoría, presentaré el caso clínico de una paciente con antecedentes de alcoholismo y violencia familiar, así como la psicodinámica de dichos factores involucrados en su relación con la pareja; con la finalidad de poder ilustrar la teoría, el diagnóstico y el tratamiento. El objetivo será explicar un modelo aproximativo, sin pretender generalizar, porque como en todo caso clínico habrá que tomar en cuenta las características particulares de cada paciente, tanto por sus antecedentes de historia familiar y desarrollo, como en la propia construcción que hace de su personalidad.

Codependencia desde la perspectiva del análisis transaccional

¿QUÉ ES EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL?

La International Transactional Analysis Association (ITAA), define al análisis transaccional como una teoría de la personalidad y un sistema de psicoterapia para el crecimiento y cambio personal. Sin embargo, el AT, como comúnmente se le conoce, es mucho más que esto. Se encuentra fundamentado en una filosofía del ser humano dentro del marco de la psicología humanista, contiene conceptos teóricos que permiten comprender de una manera sencilla y clara los complejos procesos psicológicos, facilitando la cooperación del paciente en el tratamiento, a la vez que facilita el trabajo del psicoterapeuta y la integración con otras teorías psicológicas.

El análisis transaccional es una teoría bastante completa dado que explica la estructura de la personalidad a través de estados del yo, permite comprender la actividad intrapsíquica, y su funcionamiento conductual en las relaciones interpersonales. Plantea una teoría de la comunicación, una teoría del desarrollo y una teoría de la motivación humana. Además permite comprender la creación de patrones de vida defensivos (guiones) y la manera como se mantienen vigentes a través de los juegos psicológicos.

Sus principales áreas de aplicación son: psicoterapia, counselling (consultor psicológico), educación y organizaciones. En este texto nos enfocaremos en las áreas de psicoterapia y counselling para explicar el desarrollo y manifestación fenomenológica de la codependencia, así como las técnicas que se utilizan en el tratamiento.

La codependencia también puede afectar las relaciones laborales y la forma de educar a los niños en las familias y en las escuelas, una detección oportuna puede ser de gran utilidad para prevenir el desarrollo del problema.

Su creador fue el psiquiatra canadiense Eric Berne, quién ubicó a su teoría dentro del contexto de la psiquiatría social, enfatizando la importancia de las relaciones interpersonales y de los procesos de comunicación que ocurren entre dos o más personas, a los cuales denominó transacciones.

Como teoría de la personalidad, el análisis transaccional integra las dinámicas intrapsíquicas con el comportamiento interpersonal de una manera innovadora para su época. Berne consideraba a su teoría como una extensión del psicoanálisis, al mismo tiempo que realizó una genuina contribución, frecuentemente desconocida en México y en la psicología del siglo veintiuno.

Las técnicas del análisis transaccional pueden ser aplicadas tanto en una psicoterapia breve, como en un tratamiento más profundo a largo plazo. Aunque en esencia su aplicación se remonta a la psicoterapia de grupo, dado que Berne fue uno de los pioneros en esta modalidad terapéutica (Berne, 1966). Es aplicable también a la psicoterapia individual, de pareja y familiar para trabajar con todo tipo de trastornos psicológicos, desde los problemas de la vida cotidiana hasta las psicosis. A diferencia de otras técnicas, el paciente participa de una manera activa en su tratamiento utilizando los conceptos teóricos junto con el terapeuta.

En una encuesta llevada a cabo por el personal de reportes al consumidor (Consumer Reports) en los Estados Unidos de Norteamérica, bajo la dirección del Dr. Martín Seligman (1995), se probó la efectividad de la psicoterapia realizada por un grupo de analistas transaccionales, en comparación con la psicoterapia aplicada por otros grupos de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros matrimoniales con otras especialidades.

Las respuestas por correo a los cuestionarios de 2900 personas, que habían estado en tratamiento de psicoterapia durante los últimos cinco años, determinó que la efectividad de los analistas transaccionales fue mayor ($p < 0.01$) que la de los otros grupos (Novey, 1999). Posteriormente el Dr. Theodore Novey se dio a la tarea de replicar este estudio con una población internacional obteniendo resultados similares (Novey, 2002).

Para este estudio decidí utilizar el análisis transaccional debido a su efectividad en la psicoterapia y las posibilidades que ofrece para explicar con profunda claridad las complejas estructuras mentales, así como los problemas que surgen de éstas en las relaciones interpersonales. Además, la teoría también se presta para ilustrar el desarrollo de la codependencia y observar la manera como se introyectan en los estados del yo las psicodinámicas de relación que se vivieron durante los primeros años de vida.

En el AT se utilizan diagramas y una terminología específica, algunas veces coloquial, para representar y denominar a los constructos teóricos, esta terminología al paso del tiempo ha pasado a ser parte del dominio popular, por lo que algunas veces es utilizada en otras teorías psicológicas.

ANTECEDENTES DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Eric Berne desarrolló su teoría en la década de los años sesenta, a través de los Seminarios de Psiquiatría Social en San Francisco, California. Durante estos años, los martes por la noche, un grupo de profesionales interesados en el campo de la salud mental acudían a estos seminarios donde Berne exponía sus ideas y todos discutían de manera activa los diferentes conceptos del análisis transaccional. Pocos años después, Berne fundó la ITAA (Asociación Internacional de Análisis Transaccional), captando la atención de los profe-

sionales a nivel internacional; en la actualidad esta asociación cuenta con miembros en la mayoría de los países del mundo.

Berne publicó un total de nueve libros y múltiples artículos, su estilo literario era creativo, utilizaba el sentido común y el sentido del humor. Los libros sobre análisis transaccional, tanto de Berne, como de sus seguidores, destacan por su originalidad y se han vendido por millones.

Al inicio de su vida profesional, Berne dedicó varios años de su vida al pensamiento y práctica del psicoanálisis. Llevó a cabo su entrenamiento en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York, su primer analista fue Paul Federn, miembro de la famosa sociedad de Freud que se reunía los miércoles por la noche en Viena. Federn fue el encargado de preservar los escritos de dichas reuniones (Numberg y Federn, 1979). Berne realizó otra parte de su análisis personal con Eric Erikson, de quien también tomó algunas ideas como base para el desarrollo de su teoría.

Berne consideraba a Fairbairn y a la teoría de relaciones objetales, como el puente heurístico entre el psicoanálisis y el análisis transaccional. Sin embargo, siempre reconoció que sus principios teóricos se aproximaban más a los puntos de vista de Federn y de su pupilo Adoardo Weiss. Federn fue el primero en afirmar que la realidad psicológica se encuentra basada en estados del yo, al encarar el problema de la estructura de la personalidad desde el punto de vista fenomenológico (Federn, 1952/1984).

En la última guerra mundial, Berne empezó a poner en práctica sus conceptos teóricos, trabajando con los soldados en psicoterapia de grupo. Esta experiencia le permitió comprobar sus estudios sobre intuición, como fundamento para su teoría de los estados del yo (Berne, 2010).

Otros investigadores de aquella época también influyeron en el pensamiento de Berne (1961). Este fue el caso de Penfield, quien demostró la existencia de estados completos y discretos del yo en sus experimentos neuroquirúrgicos, al lograr evocar recuerdos en sujetos epilépticos, por medio de la estimulación eléctrica directa de la corteza temporal desnuda de cada hemisferio cerebral (Penfield y Roberts, 1959). También reafirmó su teoría con los estudios de Chandler y Hartman, quienes encontraron una similitud en la reactividad farmacológica de los estados del yo arcaicos, al utilizar la droga LSD, con la que obtuvo Penfield por medio de la estimulación eléctrica de la corteza cerebral. Otro autor que influyó a Berne fue René Spitz (1959), con su descubrimiento de cómo los niños pequeños privados de contacto físico durante un largo periodo de tiempo, tienden a declinar irremisiblemente y están propensos a sucumbir eventualmente en una depresión, en este último autor se basó para desarrollar otra parte de su teoría que se refiere a el hambre de estímulos, como motivación en las relaciones humanas (Berne, 1961, 1974, 1975).

Entre los mayores aciertos de Berne, se encuentra el hecho de haber creado una teoría que permite explicar las complejas estructuras de la personalidad con un lenguaje accesible, sencillo y fácil de comprender y el haber descubierto a través del análisis de las transacciones una metodología para analizar a fondo las motivaciones y los guiones de vida de las personas, mientras éstas se comunican entre sí. Estos descubrimientos constituyen para sus seguidores un legado de motivación constante para la continua investigación y la expansión de estos conocimientos, dando lugar a lo que actualmente se reconoce a nivel mundial como el Análisis Transaccional Contemporáneo, que permite explicar con mayor profundidad la psicodinámica de los diversos trastornos mentales.

EL CASO DE MARÍA

El siguiente caso aborda el problema de la codependencia, desde la situaci3n en que una mujer se involucra en una relaci3n de pareja que eventualmente presenta problemas de violencia y abuso en el consumo de alcohol, as3 como el papel que ambos juegan como modelo para sus hijos. Se observa como las conductas y actitudes de sus padres, as3 como el medio en que creci3 influyen (como factores de riesgo) en el desarrollo de su personalidad, ocasionando que a la vez funcione como un agente transmisor del problema familiar a trav3s de varias generaciones (Noriega, 2002).

El caso de Mar3a ser3 retomado continuamente para ilustrar la manera en que los conceptos te3ricos del an3lisis transaccional son utilizados para realizar el diagn3stico y tratamiento. Se trata de un caso real, por lo que se cuenta con el consentimiento informado de la paciente, su nombre y algunos datos de su historia han sido modificados con su autorizaci3n para respetar la confidencialidad.

Mar3a acude a por primera vez a consulta de psicoterapia referida por su m3dico familiar, dice sentirse siempre cansada y sin 3nimo para hacer nada. Se encuentra casada con Juan desde hace doce a3os y juntos han procreado tres hijos. Es una mujer guapa de 38 a3os, que representa m3s edad de la que tiene.

Durante la entrevista queda claro que Mar3a vive en un estado de tensi3n constante. Dice que todos los fines de semana su marido se emborracha y gasta m3s de la cuenta invitando a sus amigos, o bien se queda en casa y por cualquier comentario o gesto de desaprobaci3n, 3l responde de manera violenta.

Unos d3as antes, Juan hab3a golpeado a su hija mayor de 10 a3os, porque en medio de una discusi3n entre los padres la ni3a lo enfrent3 para impedir que siguiera insultando a su madre. Dicha situaci3n provoc3 recuerdos aterradores en Mar3a. A sus once a3os de edad ella hab3a vivido una escena similar con sus padres y al parecer la historia se repet3a. Cuando Mar3a era ni3a despert3 una noche escuchando los gritos de su madre que la llamaba con desesperaci3n, porque su padre, que esa noche hab3a llegado borracho la estaba golpeando brutalmente. Ella enfrent3 a su padre logrando parar los golpes, pero al d3a siguiente 3l se fue de la casa y nunca m3s volvi3. Mar3a llor3 en la consulta al recordar que esa noche, temblando de miedo, se jur3 a s3 misma nunca casarse con un hombre que le gustara beber.

A partir de esa escena y conforme pasaron los d3as, en Mar3a fue creciendo un sentimiento de culpa cada vez que su madre lloraba por el abandono de su marido, adem3s se sent3a muy enojada por la incapacidad de su progenitora para establecer los l3mites necesarios ante la situaci3n de maltrato que afectaba a todos en su familia. A la vez trataba de controlar a su hermana de nueve a3os que se hab3a vuelto muy rebelde y ayudaba a cuidar a su hermanito de seis a3os porque su madre se sent3a mal y sin 3nimos de hacer nada.

En la adolescencia, a Mar3a le resultaba muy dif3cil relacionarse con los chicos de su edad, se sent3a nerviosa e insegura con ellos, por lo que se dedic3 a estudiar y terminar

una carrera de psicología con notas sobresalientes. Desde que estudiaba en la universidad consiguió un trabajo bien remunerado como asistente del director de una empresa y se hizo cargo del sustento económico de la familia, perdiendo la oportunidad de practicar su carrera. Sin embargo, María estaba contenta porque era reconocida por sus jefes, amigos y familiares, debido a su alto sentido de responsabilidad y dedicación.

En el trabajo, María conoció a Juan, un empresario que visitaba a su jefe con frecuencia y que solía adoptar una actitud paternalista hacia ella. Juan era doce años mayor que ella, en una ocasión la invitó a comer y en la plática compartieron historias de sus vidas, él le contó que no le gustaba beber porque en su familia también había habido problemas por el alcohol, por lo que ambos se sintieron muy identificados. A sus 26 años, María se enamoró de Juan y pensando que había encontrado al hombre de sus sueños aceptó casarse, y por petición de él dejó de trabajar para dedicarse al hogar. María pensaba que con Juan había encontrado el amor y la protección que tanto anhelaba.

No obstante, poco después de la boda, Juan tuvo que enfrentar una crisis económica en su empresa, fue así como empezó a beber con los amigos para “tranquilizarse”, alejándose de María quien comenzó a reclamarle sus llegadas tarde y ausencias frecuentes. Al paso del tiempo se estableció un patrón repetitivo de conducta entre ellos: los fines de semana Juan bebe en exceso, los dos discuten y con frecuencia él ejerce actos de violencia física o maltrato emocional hacia ella o con sus hijos; al día siguiente se arrepiente, le suplica a María que no lo deje, le dice lo mucho que la quiere y ella lo perdona.

En su niñez Juan también fue testigo de múltiples actos de violencia de su padre en contra de su madre. Esto lo sabe María y por lo mismo lo justifica, ella cree que él está pasando por una mala racha y quiere ayudarlo a cambiar. Dice que lo ama y le aterroriza pensar en la posibilidad de separarse; además ella ya no trabaja y se siente incapaz de poder solventar su situación económica. A María le avergüenza que sus hijos, familiares y amigos se den cuenta de lo que pasa (aunque de hecho todos lo saben), por lo cual realiza esfuerzos constantes e inútiles tratando de adivinar el pensamiento de Juan y evita contradecirlo para que no se enoje.

María lleva casi toda su vida de casada viviendo así, tratando de cubrir las apariencias para que nadie se percate de su problema. En la entrevista expresó “me siento atrapada, incapaz y acabada”. También manifestó sentirse confundida, al mismo tiempo que reportó un sentimiento de despersonalización, al decir “me siento como si fuera otra persona y no yo misma la que habita en mi cuerpo”. Cree que todos sus problemas terminarían si su marido dejara de beber, pero cuando siente perder las esperanzas de que él cambie, entra en desesperación y se siente culpable al recordar sus propios problemas de niña, porque cree que Juan cambió desde que ella empezó a criticarlo, es por eso que ha llegado a pensar que todos estarían mejor si ella desapareciera y en ocasiones tiene fantasías de suicidio.

Al finalizar la entrevista le pedí responder al Instrumento de Codependencia (ICOD) –una prueba tamiz de 30 reactivos para detectar probables casos de codependencia– (Noriega, 2011). La evaluación del ICOD arrojó un puntaje de 67 (véase Apéndice 1), muy por arriba del punto de corte ≤ 32 que discrimina casos y no casos de codependencia. Debido a este resultado proporcioné a María información sobre el problema de codependencia y juntas acordamos continuar con un tratamiento de psicoterapia. Ella aceptó participar en un taller sobre el tema y venir a sesiones una vez por semana.

INTROYECCIÓN DE LOS GUIONES EN LOS ESTADOS DEL YO

El caso de María muestra un típico guión de codependencia, es decir un patrón de relación dependiente de la pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento personal, donde la mujer se enfoca en atender las necesidades de su pareja y de otras personas sin tomar en cuenta las propias. Este guión la lleva a repetir en su vida adulta un drama similar al que vivió junto con sus padres cuando era niña.

Para comprender la teoría de guiones conviene primero conocer la manera como se encuentra estructurada la personalidad a través de estados del yo. El *análisis estructural de los estados del yo*¹ fue el punto de partida de Eric Berne en su evolución del psicoanálisis tradicional a los métodos de interacción psicodinámica del análisis transaccional. Como una ampliación de los conceptos freudianos del yo, la teoría del análisis transaccional propone un modelo de personalidad basado en tres órganos psicóticos: *exteropsique, neopsique y arqueopsique*. A dichos órganos o sistemas se les conoce comúnmente como: *Estado del Yo Padre, estado del yo Adulto y estado del yo Niño*.²

Eric Berne definió a los estados del yo de la siguiente manera:

“Fenomenológicamente, un estado del yo se puede describir como un sistema coherente de sentimientos relacionados a un sujeto dado, y de manera operacional como un conjunto de normas coherentes de conducta; o pragmáticamente, como un sistema de sentimientos que motiva a un conjunto relacionado de normas de conducta” (p. 15).

También se puede decir que un estado del yo es un sistema compuesto de pensamientos, sentimientos, actitudes y conductas. Todas las personas tenemos a nuestra disposición un repertorio de estados del yo que suelen ser evocados por un estímulo determinado. Para su estudio, comprensión y diferenciación se utiliza el siguiente diagrama que muestra la estructura de los estados del yo (figura 2-1).

ESTADO DEL YO PADRE

Está formado por introyectos de figuras parentales. Es una colección de estados del yo que reproducen las actitudes, pensamientos, conductas y sentimientos, que la persona ha tomado de fuentes externas y que ahora conforman una parte de su personalidad. La introyección puede suceder a pesar de la admiración y/o rechazo que se pueda tener por las conductas de los padres o adultos cercanos en la niñez, y muchas veces precisamente por eso, debido a que se trata de asuntos no resueltos que se quedan fijados en la personalidad y después se repiten en la vida adulta de manera no consciente.

¹ Los conceptos teóricos del análisis transaccional para distinguirlos serán escritos con letras itálicas conforme se vayan introduciendo en el texto.

² Se utilizarán las palabras Padre, Adulto y Niño (con mayúsculas) para referirse a los estados del yo y padre, adulto y niño para mencionar a las personas.

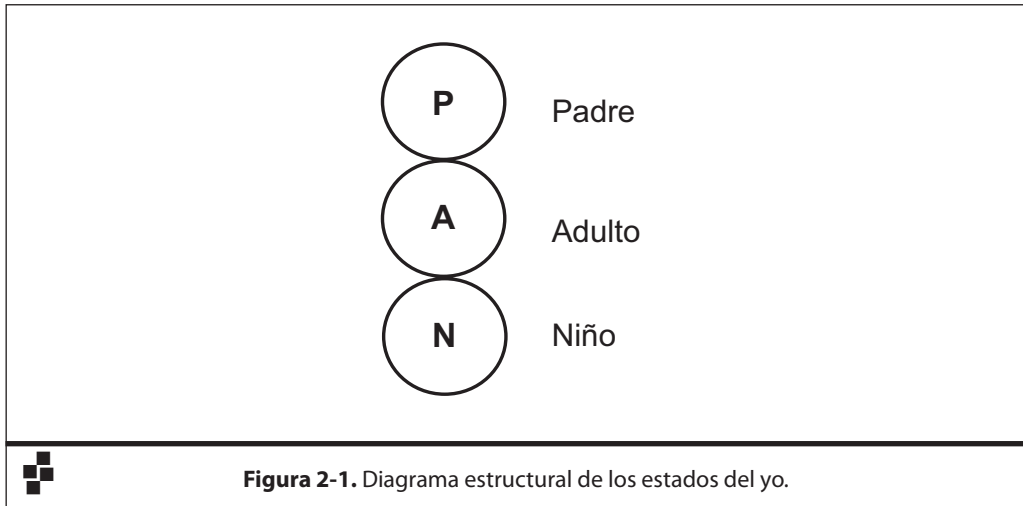


Figura 2-1. Diagrama estructural de los estados del yo.

Cada individuo ha tenido padres, abuelos, o sustitutos que lleva en su interior, a manera de estados del yo. Es así como reproduce de manera inconsciente la forma de pensar, sentir y actuar de sus ancestros. En esta parte de la personalidad se encuentran también las reglas, valores y principios aprendidos en la familia, la sociedad y la cultura. El estado del yo Padre es útil porque permite que el individuo cuente con una manera automática de resolver las diversas situaciones de su vida. Sin tener que esforzarse por pensar, cuenta con elementos que le permiten funcionar, algunas veces de manera sana, y otras no.

En el caso de María, ella tiene introyectados en sus estados del yo Padre, los modelos de sumisión de su madre y de su abuela, así como de la cultura que dicta determinadas normas de comportamiento para las mujeres. También en su estado del yo Padre, se encuentra un modelo de figura masculina tomado de su padre, como una figura distante que no toma en cuenta sus necesidades afectivas, es así como en su vida adulta eligió de manera inconsciente una pareja que pensó podría llenar el vacío que sentía, al mismo tiempo que se estaba casando con un hombre con rasgos de personalidad similares a los de su padre.

Como el estado del yo Padre es un sistema donde las personas hemos introyectado rasgos de la personalidad de otros, cuando es necesario, estos viejos modelos pueden ser modificados y actualizados como parte de un tratamiento de psicoterapia. El paciente puede crear nuevos estados del yo para sí mismo y desactivar aquellos que reproducen actitudes y conductas inapropiadas para su sano desarrollo personal.

ESTADO DEL YO NIÑO - NIÑO INTERIOR

Como reliquias de su pasado, todo individuo lleva en su interior un conjunto de estados del yo que corresponden a etapas previas de su desarrollo. Berne (1961) definió al estado del yo Niño de la siguiente manera: “reliquias de la propia infancia del indivi-

duo” (p. 77). Los estados del yo Niño son la entera personalidad del sujeto como fue en un período previo de su vida (Berne, 1961). Cuando los estados del yo Niño son estimulados en el presente, por medio de situaciones similares a las que el sujeto experimentó en el pasado, éstos se activan de tal manera que el sujeto responde volviendo a sentirse como cuando se encontraba en la niñez.

Cuando un niño(a) experimenta situaciones traumáticas con una fuerte carga emocional, en que sus necesidades de contacto afectivo quedan insatisfechas, sus sentimientos, pensamientos y actitudes de ese momento se quedan fijados en su personalidad como estados del yo Niño; es así como el sujeto se queda atrapado en su pasado, con la tendencia a repetir de manera inconsciente dichas situaciones con otras personas en su vida adulta. Es por eso que los analistas transaccionales decimos que todos llevamos a un niño o a una niña en nuestro interior. De manera paradójica, ésta parte de la personalidad puede ser tanto la más valiosa por su frescura, creatividad y autenticidad, como la más peligrosa cuando el paciente continúa buscando cubrir sus necesidades insatisfechas de la infancia, porque al intentar hacerlo inevitablemente estimula el estado del yo completo con todos sus asuntos no resueltos.

En el estado del yo Niño de María se encuentran fijados tanto sus sentimientos de falta de protección y abandono que experimentó en su infancia, así como la culpa de cuando se sintió responsable de la separación de sus padres. Para sobrevivir ante dicha situación María *decidió* desde niña reprimir sus sentimientos y compensarlos actuando de manera protectora hacia su madre y con otras personas. Ella aún no se ha dado cuenta que precisamente esos sentimientos reprimidos son los que le impiden pensar con claridad y establecer límites con su marido (igual que su madre), a la vez que propician el que ella continúe exagerando su responsabilidad hacia los demás (como lo hacía con su madre y hermanos), sin tomar en cuenta sus propias necesidades. Estas *decisiones tempranas* son el fundamento del guión de vida de María.

Por tratarse de un sistema (arqueopsique), dónde se alojan las situaciones traumáticas del pasado, también puede suceder que eventos tales como la experiencia de un asalto o secuestro, así como las vivencias de maltrato en la vida adulta, se queden fijadas y produzcan síntomas correspondientes a un Trastorno de Estrés Posttraumático (APA, 1995), además de una Inhabilidad Aprendida (Seligman, 1975), dado que propician hipersensibilidad en el paciente ante otras situaciones similares. La terapia enfocada a estos estados del yo tiene por objetivo des-confundir al Niño para resolver dichas fijaciones y liberar la energía atrapada integrando estos estados, previamente disociados, en el estado del yo Adulto.

ESTADO DEL YO ADULTO

Es una estructura de la personalidad que se activa a través de la consciencia y sirve para analizar situaciones, anticipar resultados y resolver problemas. Es la parte de nuestra personalidad que percibe la realidad presente de manera objetiva, a la vez que facilita el desarrollo de habilidades que va asimilando como un acervo de información.

El estado del yo Adulto facilita la capacidad de insight permitiendo que la persona tome consciencia de su realidad, tanto interna, en su manera de pensar y sentir; como externa, en su comportamiento y forma de interactuar con otras personas.

Es por eso que el Adulto del paciente es el principal aliado para el terapeuta porque permite que el paciente pueda funcionar de una manera consciente, sensible y razonable en el aquí y ahora, facilitando el conocimiento, la comprensión y solución de sus situaciones de vida. En el caso de María, su Adulto se encuentra contaminado por sus estados del yo Padre y Niño, produciendo una descalificación de aspectos de su realidad que propician un mecanismo de Negación, que obnubila su consciencia y la lleva a sentirse atrapada (figura 2-2).

María vivió un momento de lucidez en su Adulto cuando se dio cuenta que la historia de su niñez se estaba repitiendo en su hija. Un terapeuta, mediante las técnicas apropiadas, puede aprovechar un momento de insight como éste para estimular el desarrollo de la consciencia en el paciente.

En el caso de María, es posible observar como a través de su estado del yo Padre actúa con su hija de manera similar a como su madre lo hacía con ella cuando era una niña. María carece de una presencia protectora en su estado del yo Padre, tanto por haber tenido un padre ausente, como por haber tenido una madre que se aislaba cuando se sentía deprimida y que no sabía establecer límites ante el abuso de su marido. Por otro lado, por medio de su estado del yo Niño, María responde ante las situaciones que vive con su marido con angustia de separación, miedo y culpa (similar al miedo que experimentó cuando su padre les abandonó), al mismo tiempo que afloran otros sentimientos que experimentaba de niña tales como vergüenza y falta de autoestima, que la llevan a retraerse para evitar hablar de sus problemas familiares.

La falta de consciencia de lo que ocurre en sus estados del yo Padre y Niño, produce en María una contaminación doble de su estado del yo Adulto (figura 2-2), éste fenómeno

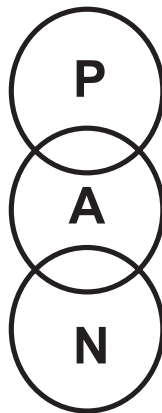


Figura 2-2. Diagrama de contaminación del estado del yo Adulto.

le provoca ambivalencia, confusión y negación de la realidad, características propias de los casos de codependencia.

SÍNDROME DE PASIVIDAD

La codependencia surge como consecuencia de una interrupción abrupta en el desarrollo natural de un ser humano, es decir cuando un niño(a) no logra completar sus etapas de desarrollo en la infancia porque los eventos que suceden a su alrededor le obligan a comportarse como un adulto de manera prematura.

Recordemos que cuando María tenía once años, tuvo que tomar el papel de un adulto para impedir que su padre siguiera maltratando a su madre. A partir de entonces, ella ya no volvió a jugar como todas las niñas, sus pensamientos y sentimientos se encontraban enfocados en apresurarse a crecer para hacerse cargo de la familia. La postura infantil y de dependencia de su madre, hacía que se sintiera obligada a cuidarla y proteger a sus hermanos. Las disfunciones familiares son una consecuencia de este tipo de situaciones en donde se alteran o invierten los roles entre los miembros de una familia. Esta situación produjo en María una sensación de confusión de identidad.

Al paso del tiempo, cuando María experimentaba con su marido situaciones similares a las que vivió su madre, afloraban en ella los sentimientos de miedo y vergüenza que tuvo que reprimir en su niñez, por eso evitaba a toda costa el tener que separarse de él. Además, sin darse cuenta, con su propia hija María se encontraba repitiendo la misma historia. Este guión de vida podría perpetuarse a través de varias generaciones, por medio de una serie interminable de simbiosis patológicas entre los protagonistas

SIMBIOSIS NATURAL Y NECESARIA

El término simbiosis proviene de la biología y explica el fenómeno que sucede cuando un organismo depende de otro para sobrevivir; si uno se muere, el otro también morirá. Los seres humanos, de manera natural y necesaria, establecemos desde la gestación una relación simbiótica, es decir de dependencia mutua con nuestra madre. A dicha relación se le conoce en el análisis transaccional como simbiosis natural (Shiff, 1975), o simbiosis necesaria. La figura 2-3, representa una simbiosis natural entre un bebé y su madre. En el inicio de su desarrollo, el bebé únicamente cuenta con su estado del yo Niño, porque aún no tiene desarrollados sus estados del yo Padre y Adulto. La madre complementa esta falta utilizando ella sus estados del yo Padre y Adulto para cuidar del bebé. Durante este periodo la madre pospone sus propias necesidades en su estado del yo Niño a un segundo término, al darle prioridad a las de su bebé. Este fenómeno sucede de manera biológica desde la gestación y posteriormente durante la lactancia; de esta manera tanto el bebé, como la madre se complementan como si los dos fueran una misma persona.

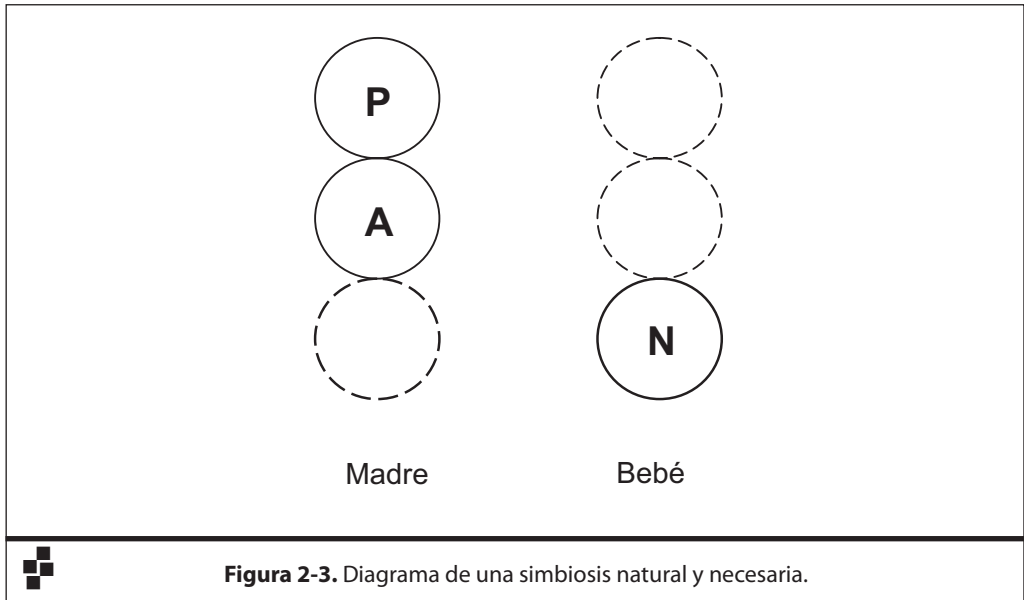


Figura 2-3. Diagrama de una simbiosis natural y necesaria.

Una vez que la simbiosis biológica ya no existe, esta relación persiste de manera psicológica, el bebé sigue experimentando a su madre como una continuidad de él mismo y la madre siente que su bebé es también una parte de ella misma. Se trata de una relación en la que aún no existen límites entre las dos personas, los sentimientos que la madre experimenta, su bebé los siente como si fueran propios y viceversa. Melanie Klein (1975), explicó la relación temprana entre un bebé y su madre desde la teoría de relaciones objetales. A través de esta relación el individuo empieza a introyectar desde su infancia los objetos buenos y malos, es decir las percepciones gratificantes y no gratificantes de su madre.

Conforme el bebé crece, paulatinamente empieza el proceso de separación e individuación, momentos en que la madre aprovecha para nuevamente ocuparse de ella misma. El final de la adolescencia está marcado por la terminación de la simbiosis, un proceso que inicia desde la gestación y termina cuando la niña se convierte en un adulto.

Sin embargo éste proceso natural no siempre sucede así, algunas veces puede continuar más allá de la adolescencia y otras puede quedar interrumpido bruscamente cuando la madre se encuentra ausente, ya sea por muerte, por negligencia, por abandono físico, o emocional. Una situación de abandono emocional puede también ocurrir cuando la madre se encuentra deprimida durante el embarazo o la lactancia (Ortega, Lartigue y Figueroa, 2001), o demasiado ocupada por otras actividades, de tal manera que no logra establecer con su bebé una experiencia de contacto íntimo y un vínculo afectivo que le brinde el amor, cuidados, seguridad y confianza que necesita. Esta situación se presenta generalmente en la codependencia. Por ejemplo, si la madre es alcohólica, por razones obvias actuará con actitudes de negligencia y abandono hacia sus hijos. Si la madre se encuentra atravesando por algún duelo o problemas con su pareja puede ser que se en-

cuentre deprimida, confundida, enojada o preocupada, por lo que el abandono que sufren sus hijos no es tanto de tipo físico, sino emocional.

Simbiosis de segundo orden

Se conoce como simbiosis de segundo orden, a la relación con los padres en que se invierten los roles. La figura 2-4 ilustra en un diagrama estructural de segundo orden cómo María, siendo aún niña, tuvo que forzar el desarrollo incipiente de sus estados del yo para atender las necesidades de su madre. Cuando se crece en un ambiente caótico y las actitudes de los padres son infantiles, alguno de los hijos asume el papel de adulto para protegerse y proteger a la familia. Como en el caso de María es frecuente que este papel lo asuman los hijos mayores.

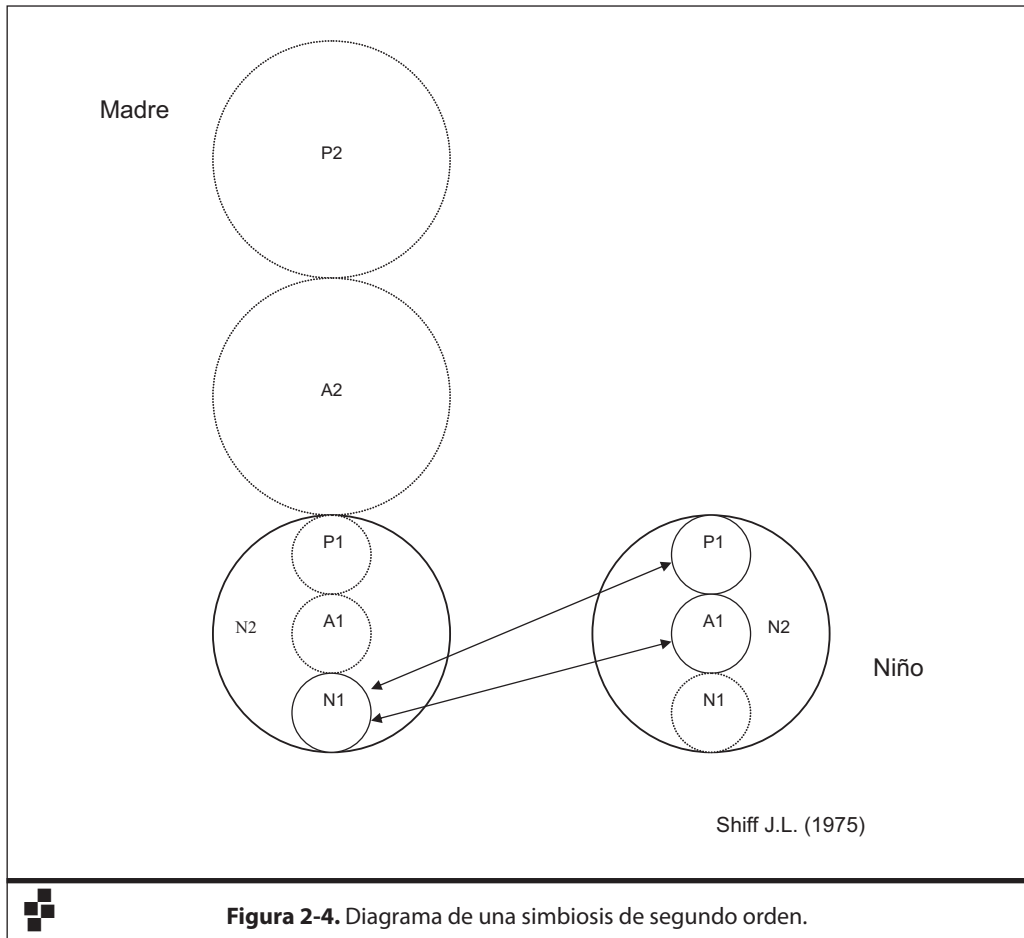


Figura 2-4. Diagrama de una simbiosis de segundo orden.

Una simbiosis de segundo orden puede ocurrir desde etapas muy tempranas del desarrollo, por ejemplo, una madre deprimida llora mientras abraza a su bebé y así siente consuelo por sus penas. Puede ser que dicho bebé cuando crezca se encuentre programada para ser quien cuide de su madre indefensa, empezando a asumir un papel que no le corresponde desde su temprana infancia, a la vez que aprende a reprimir sus emociones y necesidades.

Es así como paulatinamente se desarrollan las conductas de control que son comunes en la codependencia, para comprenderlo basta con imaginarse a María aterrada en su niñez, por los actos de violencia familiar tratando de actuar como un adulto para sentirse segura, a la vez que una parte aún muy frágil de ella misma se queda atrapada.

Su manera de hacerlo será asumiendo actitudes precoces de autoridad por medio de patrones rígidos de comportamiento, de esta forma logra reprimir su miedo y cree poder controlar la conducta de los demás. Es así como aprende a cuidar de otros para compensar en parte su necesidad de protección, a la vez que trata de evitar a toda costa la posible y dolorosa separación de una relación significativa.

Se conoce como simbiosis no resuelta, tanto a la situación en que se presenta una simbiosis de segundo orden, como cuando existe sobreprotección y la simbiosis natural prevalece más del tiempo necesario. En ambos casos las personas tienden a establecer relaciones de codependencia y/o dependencia en su vida adulta sin lograr completar su desarrollo. Cabe mencionar, que debido a este proceso, las personas codependientes algunas veces también actúan de manera dependiente, como si fueran los dos lados de una misma moneda. Es así como alternan su lugar en la simbiosis con su pareja, funcionando por momentos del lado del Padre y del Adulto, y en otros del lado del Niño. El problema es que en ninguno de los dos casos logran integrarse de manera completa, sino que viven en función de complementarse con el otro.

Es por esto que la codependencia en su esencia se presenta como un problema de desarrollo incompleto de la identidad, donde a la persona le resulta difícil diferenciar lo que cree, piensa y siente, de lo que creen, piensan y sienten las otras personas con quienes establece relaciones simbióticas. Es decir, la persona codependiente asume que el otro piensa y siente lo mismo que ella, sintiéndose sorprendida y traicionada cuando se da cuenta de que no es así, sino que fue tan solo el producto de sus propias fantasías de intimidad.

Este autoengaño no le permite establecer límites ante las situaciones de abuso, dado que no logra diferenciar entre dónde termina ella y dónde empieza el otro; como consecuencia se confunde fácilmente y reacciona la mayor parte del tiempo dependiendo de la aprobación o desaprobación que recibe de su entorno.

La persona codependiente también tiende a establecer relaciones simbióticas con sus hijos, padres, hermanos, amigos, clientes, empleados y con la sociedad en general porque funciona como una persona incompleta que tiende a buscar su complemento en el otro. Esta situación explica su dificultad para establecer una relación de pareja donde exista equidad, respeto y un contacto verdadero, así como su resistencia a separarse cuando la relación es destructiva.

A las psicodinámicas que ocurren dentro de estas simbiosis patológicas las conocemos como síndrome de pasividad. Éste se manifiesta a través de los siguientes síntomas: descalificación, grandiosidad y conductas pasivas o no productivas; cuya función inconsciente es la de mantener vigente la simbiosis.

DESCALIFICACI3N Y GRANDIOSIDAD

Son dos mecanismos que se encuentran presentes en todas las relaciones simbi3ticas. A trav3s de la descalificaci3n, la persona descalifica aspectos de s3 misma, de otros, o de la situaci3n por la que atraviesa; a la vez que por medio de la grandiosidad exagera aspectos de s3 misma, de otras personas o de las situaciones. Estos mecanismos dan lugar a la negaci3n, como mecanismo de defensa, minimizando los problemas al tiempo que se exagera la dificultad para resolverlos.

Jacqui Schiff (1975) define a la descalificaci3n de la siguiente manera: “un mecanismo interno por medio del cual la persona minimiza o ignora alg3n aspecto de s3 misma, de otro o de la realidad de la situaci3n” (p.14).

Algunos pensamientos de Mar3a en donde se encontraba presente la descalificaci3n son los siguientes: “sin 3l yo no podr3a vivir”, “3l no es capaz de cuidarse a s3 mismo”, “todo el problema es porque 3l se encuentra pasando por una mala racha”. La descalificaci3n no es observable, sin embargo puede apreciarse su manifestaci3n externa en las conductas pasivas que se explicar3n m3s adelante. Por medio de la descalificaci3n, Mar3a mantiene su marco de referencia disfuncional, es decir la simbiosis de segundo orden que estableci3 con su madre, ahora transferida a la relaci3n con Juan.

Al mismo tiempo, la grandiosidad es “un mecanismo interno por medio del cual se exageran (maximizando o minimizando) algunos aspectos de s3 mismo, de otros, o de la situaci3n” (Shiff, 1975, p. 18). Como ejemplo se pueden tomar algunas declaraciones de Mar3a: “ten3a tanto miedo que no podr3a pensar”, donde exagera su emoci3n, a la vez que minimiza su habilidad para pensar cuando est3 asustada. “Despu3s de todo, 3l es encantador cuando esta sobrio”, despu3s de la reconciliaci3n que sigui3 a un episodio de violencia. “Mi amor y el estar lejos de su madre har3n que 3l cambie”, pensaba mientras esperaba que su marido dejara de beber.

La descalificaci3n se manifiesta en cuatro niveles:

- a) Descalificar la existencia del problema. –Se presenta como un mecanismo de defensa de Negaci3n (Freud, 1925; Freud, 1992). Por ejemplo, un joven, hijo de una familia con problemas de violencia y alcoholismo, empieza a beber en exceso y comenta que la vida no vale la pena –La madre no le hace caso porque cree que est3 exagerando y quiere manipularla para llamar su atenci3n.
- b) Descalificar el significado del problema. –Ella sabe que su hijo est3 deprimido, pero cree que son problemas propios de la edad, no se da cuenta de lo mucho que le afecta la conducta de ella y la de su marido.
- c) Descalificar la soluci3n del problema. – Cree que ella no puede hacer nada y que todos los problemas terminar3an si tan solo su marido dejara de beber.
- d) Descalificar la propia capacidad de resolver el problema. – Sabe que existen grupos de ayuda y terapias, donde acude la gente con problemas similares a los de ella, pero dice que est3 muy ocupada y que ella no cree en esas cosas.

Las relaciones simbióticas ocasionan también sentimientos de rebeldía y enojo, que se manifiestan por medio de conductas de tipo pasivo –agresivo, conocidas como conductas pasivas.

CONDUCTAS PASIVAS

En las relaciones simbióticas, las personas involucradas escalan en repetidas ocasiones las denominadas conductas pasivas, o no productivas, que funcionan de manera no consciente para evadir la solución de un problema. La primera conducta es no hacer nada, le sigue la sobreadaptación, después la agitación y al final surge la incapacidad o violencia. En la última, se manifiesta una descarga de la energía emocional contenida; en la incapacidad revertida en contra de la misma persona a través de alguna enfermedad o provocándose un accidente, mientras que en la violencia canalizando la energía contenida hacia el exterior, por lo general en contra de otras personas como suelen ser los hijos, la pareja, los padres, empleados y hasta el perro. Una vez que ésto sucede se vuelve a la primera conducta de no hacer nada, para así seguir repitiendo el ciclo una y otra vez sin lograr resolver el problema. Algunos ejemplos dentro de las conductas pasivas son los siguientes:

- No hacer nada – negación, fantasías y autoengaños.
- Sobreadaptación – resignación, sumisión
- Agitación – ansiedad, nerviosismo, inadecuación
- Incapacidad o violencia – trastornos psicósomáticos, desmayos; accidentes o situaciones de maltrato.

A continuación se describen algunos ejemplos más para cada una de las conductas pasivas en la relación de pareja:

- a) No hacer nada – el marido se emborracha, se pone agresivo y la esposa codependiente llora. El marido se enoja y como represalia sigue tomando.
- b) Sobreadaptación – la esposa codependiente llama al trabajo de su marido para justificar su ausencia porque él se encuentra bajo los efectos de una “cruda”, miente para encubrirlo, esconde las bebidas alcohólicas y piensa que todos los hombres son iguales.
- c) Agitación – la esposa se pone muy nerviosa cuando su marido empieza a tomar, fuma en exceso, da vueltas y no termina de hacer sus cosas. Otras veces, ante la impotencia, decide mejor beber junto con él.
- d) Incapacidad o violencia – la esposa revierte su enojo hacia ella misma, se deprime, intenta suicidarse, o somatiza enfermedades. Cuando dirige su agresión hacia afuera, grita, insulta a su marido o maltrata a los hijos.

Para resolver la simbiosis, es necesario que la persona codependiente asuma conductas asertivas con límites; también le ayudará el reconocer sus necesidades que se quedaron atrapadas en las etapas previas de su desarrollo, vivir el duelo por sus pérdidas y comprender que nadie podrá llenar los huecos de su niñez. Una vez que logre ella misma hacerse

cargo de sus carencias, podrá descubrir opciones para completar su desarrollo, aceptándose y aprendiendo a cuidar de sí misma, para funcionar como una persona madura que podrá seguir creciendo durante toda su vida.

Cuando la simbiosis no logra resolverse y la persona llega a la edad adulta, seguirá de manera no consciente buscando encontrar lo que le hace falta en otras personas. Ésta psicodinámica determina en gran medida su guión de vida porque se encuentra repitiendo un asunto no resuelto de su niñez que se encuentra internalizado en sus estados del yo y se manifiesta en sus relaciones interpersonales.

CODEPENDENCIA CON UNO MISMO

La relación con nosotros mismos es la relación más importante que tenemos. Cuando la dependencia y/o la codependencia se encuentran internalizadas esta relación se torna conflictiva a través de la lucha entre opuestos tales como: hipersensibilidad / bloqueo emocional, compulsión / pasividad, pensamiento obsesivo / negación o autoengaños, entre otras polaridades, que se manifiestan a través de pensamientos y sentimientos, ocasionando una desgastante lucha interna que impide el sentirse en paz y ser congruente con uno mismo y con los demás.

Esto se debe a que la codependencia y la dependencia son los dos lados de una misma moneda. Aunque la persona codependiente es aquella que vive en función de atender las necesidades de los demás, dentro de ella misma existe una parte muy frágil que fue reprimida por tener que apurarse a crecer y de manera dependiente sigue esperando que alguien la cuide, al mismo tiempo que siente pánico ante la posibilidad de quedarse sola.

Hemos definido a la codependencia como un trastorno de relación. En realidad es una forma de relación que se encuentra latente dentro de la persona a través de un proceso intrapsíquico y que únicamente se manifiesta de manera observable cuando nos relacionamos con otros. Es decir, se trata de una relación codependiente con uno mismo que produce inseguridad y suele manifestarse cuando la proyectamos en nuestras relaciones significativas con otras personas.

A través de estados del yo Padre internalizamos a nuestros padres, la sociedad y la cultura en la que crecimos, de tal manera que actualmente los experimentamos como si fueran nuestras propias formas de pensar y sentir, hasta el punto de repetir las conductas de esas personas que más nos disgustaban. Fijamos estados del yo Niño, al afrontar situaciones adversas, por lo que mantenemos formas de pensar (creencias), fantasías, ilusiones y sentimientos de cuando fuimos niños, que se manifiestan en el presente, muy a pesar de nuestra edad cronológica.

Tanto los estados del yo Padre, como Niño, son productos de nuestro pasado, sin embargo contaminan nuestro estado del yo Adulto, el único que funciona aquí y ahora, es decir nuestra percepción de la realidad actual.

Para cambiar primeramente tendremos que aceptar como somos y que aunque nuestra historia no cambia nosotros cambiamos en la medida que nos aceptamos. Esto no significa caer en una conformidad mediocre, sino todo lo contrario porque resulta ser la

comprensión, sin juicios, de nuestros asuntos pendientes de resolver para actualizarlos. De manera paradójica podemos decir que “el cambio surge a través de la aceptación”. Considero que ésta es la regla de oro de una buena terapia, porque permite terminar con la lucha interna y finalmente sentirnos aceptados. Es así como se logra cubrir la necesidad infantil de aceptación por alguien más, o el desafío a la aceptación, que no es otra cosa que la misma necesidad de individuación, solo que en este caso desde la posición de un niño rebelde.

Si no nos aceptamos no podemos aceptar al otro, si no nos queremos y valoramos, si nos despreciamos, proyectamos lo mismo en el otro. Si nos encontramos desconectados de nuestros sentimientos y pensamientos (disociados), difícilmente podremos establecer contacto con el otro y por lo tanto relacionarnos de una manera empática. Por lo tanto, es necesario el revisar y en caso necesario sanar la relación con nosotros mismos al mismo tiempo que lo vamos haciendo en nuestras relaciones interpersonales. Tal vez nos encontramos distanciados de nuestra familia, o pueda ser que nuestros padres hayan fallecido; sin embargo, a través de nuestros estados del yo y en la relación con nosotros mismos seguimos manteniendo esas relaciones, algunas veces constructivas y otras destructivas, a través de diálogos internos. Es como si nos fuéramos a vivir a otro país o a otro estado con una ilusión de autonomía y sin darnos cuenta nos llevamos a toda la familia conflictiva en el equipaje.

Lo mismo por supuesto sucede con la parte sana y positiva de la relación con nuestros padres y hermanos, todo lo que nos benefició y ayudó a crecer lo tenemos internalizado y lo proyectamos en todas nuestras relaciones; por lo tanto también es necesario que lo podamos ver y apreciar para conservar y reforzarlo.

DIÁLOGOS INTERNOS

La relación con uno mismo es nuestra propia casa; sin embargo, frecuentemente resulta seguir siendo la casa de nuestros padres, en donde seguimos viviendo como cuando fuimos niños, es decir respirando en el mejor de los casos un ambiente de paz y en otros no tan afortunados de conflicto y hasta de caos.

Es así como las relaciones que tuvimos de niños con nuestros padres de manera no consciente permanecen introyectadas a través de nuestros pensamientos y sentimientos. De esta forma el conflicto con la figura parental se revierte hacia el propio ser, mismo que experimentamos por medio de diálogos internos entre nuestros estados del yo. Algunas veces éstos nos atrapan en un círculo vicioso, donde por un lado nuestro Padre nos dice lo que debemos hacer o nos mimas más de la cuenta, y por el otro respondemos adaptándonos de manera similar a como lo hacíamos de niños, ya sea obedeciendo o rebelándonos. En algunos casos el Padre se encuentra ausente, o bien se manifiesta como una crítica o devaluación de nuestras necesidades, mientras el Niño se sigue sintiendo solo o abandonado y se deprime como le sucedía cuando era niño (figura 2-5).

Estos diálogos internos tienen lugar en nuestros pensamientos, sin que nuestro estado del yo Adulto se percate del proceso. La función de la introyección es proporcionar la ilusión de mantener una relación con el padre ausente, aunque sea a expensas del propio ser (Erskine y Trautmann, 1993).

Por lo tanto, los diálogos internos se convierten en la relación que tenemos con nosotros mismos a través de voces en nuestra cabeza. El problema es que dichos diálogos muchas veces se encuentran contaminados por la réplica de la relación que teníamos de niños, o de adolescentes con algún otro significativo, con las consecuentes reacciones emocionales y conflictos inmersos en dichas relaciones. Veamos un ejemplo de un diálogo interno codependiente:

Estado del yo Niño: Tengo miedo a que me dejes sola.

Estado del yo Padre: No tienes por qué sentir miedo, tú debes ser fuerte.

Estado del yo Niño: Es que me siento sola

Estado del yo Padre: No me molestes, no ves que estoy ocupada.

Estado del yo Niño: Necesito que me cuides y sentirme segura a tu lado.

Estado del yo Padre: Mejor ayúdame a cuidar de otros que lo necesitan más que tú.

Cambiar no es ser diferentes de cómo somos, sino ser realmente quienes somos, el problema con la persona codependiente es que no se reconoce porque desde hace mucho tiempo ha dejado de ser ella misma. Es frecuente que de niños nos traicionemos a nosotros mismos de manera imperceptible, dejando de lado nuestros intereses, necesidades, ideales, pensamientos y sentimientos para vivir en función de la “seguridad” que nos proporciona la aceptación de otros. Después se vuelve una costumbre y uno lo sigue haciendo hasta el punto de perderse y ya no saber quién es, ni qué es lo que realmente quiere hacer con su vida.

Es así como se desarrolla una actitud ambivalente, por un lado haciendo más de lo que nos corresponde, y por el otro imaginando un supuesto rechazo o abandono ante la posibilidad de ser uno mismo. De cualquier manera la persona vive sin poder individualizarse,

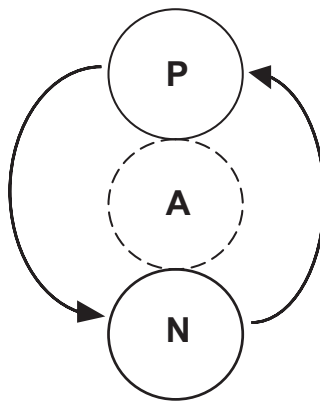


Figura 2-5. Diálogos internos.

dividida porque no ha logrado integrar ambas polaridades en su personalidad, a través de un robusto estado del yo Adulto que le permite pensar, sentir y actuar de acuerdo con su realidad presente y delimitar su propia identidad.

Para resolver dicha simbiosis internalizada, la persona tendrá que dejar de descalificarse a sí misma, permitirse reconocer sus emociones y sentimientos reprimidos por tanto tiempo, así como aprender a comprender y tomar en cuenta sus propias necesidades, con la finalidad de recuperar su poder y capacidad para dirigir su vida. Veamos ahora cómo se podría resolver un diálogo interno arcaico al integrar un pensamiento claro y consciente, cuando el Adulto interviene durante el proceso de cambio (figura 2-6):

Niño: Tengo miedo

Adulto: ¿A qué le tienes miedo?

Niño: Tengo miedo a que me dejes sola

Adulto: Yo estoy contigo y estaré siempre, tu compañía me resulta muy agradable y divertida.

Niño: Quiero que me cuides y sentirme protegida por ti

Adulto: Siempre te voy a cuidar, solo te pido que me tomes en cuenta para que dejes de hacer cosas que te dañan y que ya no permitas que otros abusen de ti.

Niño: ¿Me vas a enseñar cómo hacerlo?

Adulto: Por supuesto que sí, tu eres muy valiosa para mí y sé que yo también lo soy para ti.

Niño: ¿Y me vas a seguir queriendo?

Adulto: Yo te quiero, te comprendo y cuentas conmigo. Me gusta saber que te encuentras bien.

Niño: Me siento feliz al saber que puedo confiar en ti.

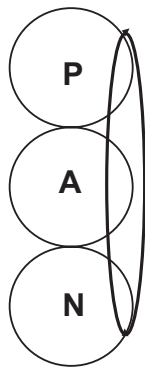


Figura 2-6. Adulto interviniendo en un diálogo interno.

Es así como podemos construir nuestra propia casa, haciendo que se ajuste a nuestras necesidades del momento. Sin embargo, va a requerir de un aseo frecuente y al paso del tiempo habrá que hacerle pequeños ajustes de mantenimiento, o una remodelación cuando las condiciones de nuestra vida cambien.

Es por tanto necesario el sanar la relación con uno mismo, porque además de sentirnos bien, dejamos de proyectar conflictos en las relaciones con otras personas, que generalmente se manifiestan a través de juegos psicológicos. Aunque parezca difícil realmente puede ser fácil integrando dichas polaridades. Cuando no logramos hacerlo solos, se recomienda buscar la ayuda de un terapeuta con una sólida formación que nos acompañe y facilite el proceso de cambio.

En el capítulo de tratamiento veremos algunas técnicas de psicoterapia útiles para facilitar estos cambios, como es la autorreparentalización (self-reparenting), que significa aprender a ser un buen padre y madre para uno mismo (James, 1981), un ejemplo es la figura 2-6 al describir la intervención del Adulto para interrumpir el diálogo interno.

JUEGOS PSICOLÓGICOS

Los juegos psicológicos son la vía para avanzar en los guiones de vida. En un juego lo más importante es el *pago final*, es decir el pensamiento y sentimiento en cada uno de los participantes como saldo del juego, porque sirve para reforzar las creencias de sus *decisiones tempranas*, al mismo tiempo que se experimenta un *sentimiento parásito*, es decir el sentimiento que forma parte de su gui3n de vida.

El análisis transaccional se volvió popular a partir de la publicación en los Estados Unidos del libro *Los juegos en que participamos* (Berne, 1964), convirtiéndose en poco tiempo en un bestseller. En este libro su autor enuncia una serie de juegos con un nombre que sugiere el tema en cada uno.

Berne (1966) definió a los juegos psicológicos de la siguiente manera: “Una serie de transacciones ulteriores, con un truco, que avanzan hacia un predecible pago final” (p. 364). Las transacciones son el intercambio de estímulos y respuestas entre dos o más personas, es decir la base de la comunicación. Las transacciones ulteriores son aquellas con un doble mensaje, uno que se dice con palabras y otro generalmente no verbal, es decir por medio de gestos, tonos de voz, expresiones y actitudes corporales; que dice, de manera oculta, más que las palabras y dejan ver la verdadera intención de las personas involucradas.

Veamos el ejemplo de un juego entre María y Juan, la pareja ya conocida, en uno de sus muchos intentos de reconciliación. El “diálogo” es de la siguiente manera:

Es sábado por la tarde. . .

Juan: (con ganas de tomarse unos tragos) “¿Quieres que salgamos a cenar esta noche?”

María: (con miedo porque sabe que él tiene intenciones de tomar) “**Sí, pero** promete que no vas a tomar más de la cuenta”

Juan: “Mary, por favor, no empieces a decirme lo que tengo que hacer”

María: (intentando ser condescendiente porque quiere aprovechar la ocasión para hablar de sus sentimientos en la relación) “De acuerdo, mi amor”

A las 8 de la noche todavía en casa...

Juan: (sirviéndose un trago): "¿Quieres una cubita?"

María: "No gracias, mejor vámonos"

En el restaurant...

María: - (con los ojos llorosos y tomándolo de la mano) "Últimamente te siento muy distanciado de mí, ya no eres cariñoso como antes"

Juan: (a la defensiva) "Es que me fastidias porque pareces mi mamá, me quieres controlar en todo como si fuera un niño"

María: (a la defensiva) "Es que últimamente te comportas como un niño, como ahora, podrías ponerte tus propios límites y dejar de seguir bebiendo."

Juan: (GRITANDO) "Tu no me vas a decir lo que tengo que hacer"

María: (llorando y en voz baja) "Por favor deja de gritar, que no ves que todos nos están mirando"

Juan: "A ti sólo te interesa el qué dirán...Yo hablo como quiero, ya no te soporto. ¡Vámonos!"

María: "Yo no me voy a ir así contigo, estás borracho, siéntate y mejor hablemos con calma"

Juan: "Está bien, yo me voy y tú te quedas, esto es finalmente lo que querías, se me olvida que tú eres la buena de la película y yo siempre tengo que ser el chico malo" (Se levanta y se va).

María: Se queda sola, avergonzada paga la cuenta y pide un taxi para regresar a casa.

Todos los juegos psicológicos son juegos de poder. En este caso el primer juego entre la pareja es "**Si pero...**", representado a través de una actitud defensiva de ambos. Tanto Juan como María manifiestan una actitud pasivo-agresiva, con descalificaciones mutuas y de la situación en que se encuentran. Es decir, hacen sus planes aparentando que todo va a estar bien cuando en el fondo ambos saben que no va a ser así porque en el pasado ya han vivido situaciones similares. El nombre del otro juego en que ambos se enganchan es "**Alboroto**", éste suele ser común cuando las parejas tienen problemas para compartir intimidad y disfrutar, interrumpiendo, de manera inconsciente, cualquier posible momento que los lleve a sentirse más cercanos y felices, ya sea porque les produce ansiedad debido a que en sus familias no había muestras de afecto y/o por resentimientos que al paso del tiempo han venido acumulando. Como parte del juego ambos provocan momentos de tensión y el pago final es crear distancia entre los dos. El otro juego es "**Alcohólico**", donde la pareja codependiente se vuelve cómplice del alcohólico al tratar de que él deje de beber, cuando en el fondo sabe que esto no va a suceder, al mismo tiempo que se autoengaña pensando que en esta ocasión las cosas pueden ser diferentes. En esta serie de juegos el *pago final* para cada uno es el siguiente:

Juan: Furioso y justificando su conducta de beber confirma su creencia: "Todas las mujeres son controladoras, igual que mi mamá, ahora sí que entiendo a mi padre"

María: Deprimida y sintiéndose culpable, justifica su conducta controladora y confirma sus creencias: "A nadie le importa como yo me siento. Todos los hombres son irresponsables y borrachos, igual que mi papá, debería de haber sido más paciente, pero me siento muy triste y tenía que decírselo, además de que alguien tiene que poner el orden en esta familia".

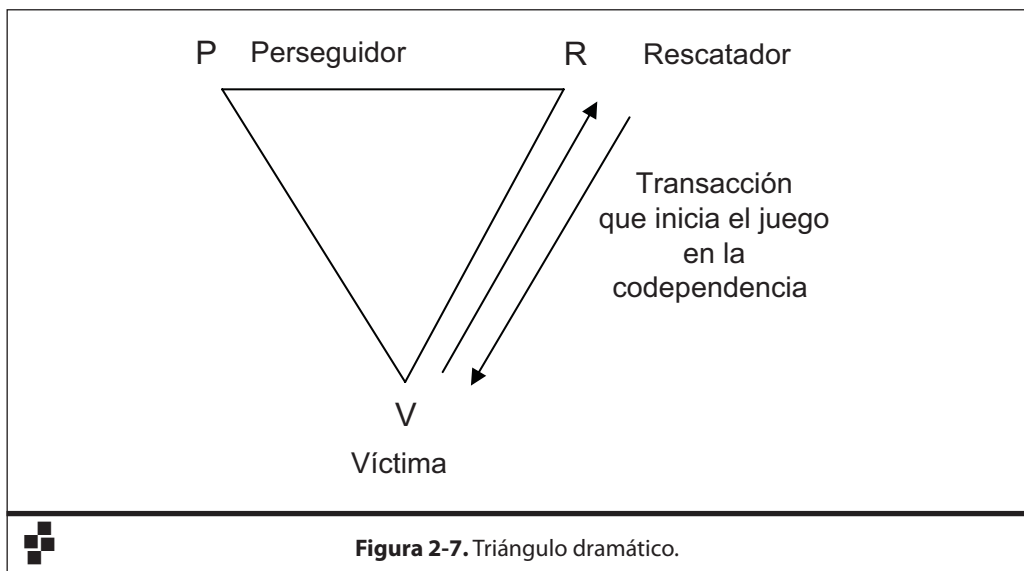
Una vez m3s Mar3a y Juan han realizado un avance en sus guiones de vida, no se dan cuenta de que ambos tienen sentimientos reprimidos de miedo al contacto y dificultad para establecer relaciones cercanas debido a sus historias familiares. Adem3s por lo mismo no logran experimentar una verdadera alegr3a y disfrutar de la vida, por lo que invariablemente engrandecen los problemas y su vida se convierte en un drama similar al que vivieron en sus familias de origen.

En todos los juegos psicol3gicos los participantes representan alguno de los siguientes roles: *Perseguidor*, *V3ctima* y *Rescatador* que se ven representados en el *Tri3ngulo Dram3tico* (Karpman, 1968) (figura 2-7).

Los juegos se juegan entre dos o m3s personas, al inicio cada una ocupando un rol determinado y conforme el juego avanza los participantes van cambiando de roles. El rol principal de la persona codependiente es el de rescatador, ocupa los otros roles por momentos, sin embargo aquello que la motiva para entrar y seguir en el juego es precisamente el rol de rescatador que empez3 a jugar desde la niñez.

La viñeta anterior muestra un claro ejemplo de este juego; all3 se puede apreciar c3mo Mar3a trata de rescatar a su marido alcoh3lico para que deje de beber, al mismo tiempo que al no lograrlo opta por tomar un rol de perseguidora. Juan inicia el juego con una actitud de v3ctima rebelde (pasiva), cambia despu3s a tomar una actitud de perseguidor, y Mar3a finalmente termina como v3ctima.

Al d3a siguiente, en medio de una discusi3n con Juan, la hija de ambos terminar3 por involucrarse en el juego de sus padres, entrando como rescatadora de su mam3, un drama similar al que Mar3a y Juan vivieron de niñes; dando de 3sta manera un paso m3s para legar el mismo tipo de juego a las siguientes generaciones. Recordemos que cuando Mar3a era niña, ella tambi3n aprendi3 a rescatar a su madre, a la vez que se convirti3 en la



perseguidora de su padre. Por medio de este juego, María repite una y otra vez la escena del *protocolo* de su guión. Cuando las personas se encuentran involucradas en este tipo de juegos, se pasan la vida cambiando de roles, dado que se encuentran atrapadas en una relación simbiótica que no les permite ver otras opciones.

Como este tipo de relaciones se manejan fuera de la consciencia, los jugadores difícilmente se dan cuenta de lo que están haciendo, les resulta más fácil identificar los juegos en la otra persona que poder verlos en ellos mismos. Las principales características de los juegos psicológicos son las siguientes:

- Son bilaterales (se juegan entre dos o más personas).
- Son inconscientes.
- Son repetitivos.
- Producen confusión.
- Son intentos de resolver asuntos pendientes del pasado.
- Al final los participantes se sienten mal.

En los juegos psicológicos lo más significativo es el *pago final*, porque cuando el juego termina, los participantes refuerzan pensamientos y sentimientos que confirman sus *decisiones tempranas*. Cada vez que María repite este juego con Juan, ella reafirma sus sentimientos de culpa y piensa que debe de esforzarse más para ayudar a su marido. Para Juan termina con un sentimiento de falso triunfo, como si de ésta manera lograra liberarse del control de su mujer, a la que considera igual a su madre.

Los juegos psicológicos pueden presentarse en tres diferentes grados de severidad. Los de primer grado son socialmente aceptables, en la codependencia se repiten rasgos de machismo y sumisión favorecidos por la cultura. Los de segundo grado conllevan graves dificultades que afectan la estabilidad emocional de las personas involucradas y uno prefiere no hablar del asunto. Éstos corren el riesgo de convertirse en juegos de tercer grado, los cuales llevan a finales trágicos, tales como el suicidio, el homicidio, una depresión aguda o cualquier otra enfermedad.

Una vez comprendida la dinámica de los juegos psicológicos, cualquier persona podría preguntarse: ¿por qué las parejas con problemas de codependencia siguen participando en estos juegos aun cuando ven que no logran resolver sus problemas y además, se sienten mal? La razón es que los juegos les ofrecen las siguientes ganancias secundarias:

- Psicológica interna. Sirve para mantener la homeostasis de las creencias del guión. Ejemplo: María sigue reforzando que la estabilidad de la familia depende de ella.
- Psicológica externa. Sirve para evitar situaciones deseadas y a la vez temidas porque pueden exponer a los participantes ante su propia vulnerabilidad. Ejemplos: autonomía, éxito, disfrutar, intimidad y responsabilidad. María y Juan expresan reclamos constantes que ocultan su dificultad para dialogar sobre sus verdaderos sentimientos de una manera empática.
- Social interna. Sirve para mantener un marco de referencia de pseudo-intimidad. Ejemplo: la paciente cree que todo lo que sufre es por amor.

- Social externa. Sirve para canalizar con otros la tensi3n interna. Ejemplo: quejarse por todo lo que tiene que hacer.
- Biol3gica. Sirve para mantener una cuota de caricias, es decir, de est3mulos de reconocimiento. Ejemplo: otras personas la reconocen y siente que la quieren por ser trabajadora, buena y abnegada.
- Existencial. Sirve para reforzar la posici3n existencial en su gui3n de vida. Ejemplo: creer que ella est3 bien y los dem3s est3n mal, mientras espera que los otros cambien.

SOLUCI3N DE LOS JUEGOS PSICOL3GICOS

Los juegos se pueden controlar evitando entrar en los roles del tri3ngulo dram3tico y manteniendo la consciencia en el Adulto. Sin embargo, la verdadera soluci3n de los juegos se produce cuando se modifica el gui3n y la persona opta por desarrollar su autonom3a.

Algunas personas logran reconocer sus guiones y salirse de los juegos por medio de libros de auto ayuda y una actitud honesta con ellos mismos. Otras no logran hacerlo debido a que resulta dif3cil el poder mirarse a uno mismo de una manera objetiva. En estos casos es recomendable el buscar la ayuda de un psicoterapeuta experimentado que facilite comprender lo que nos est3 sucediendo y descubrir a la vez otras opciones para desarrollar nuestro potencial y mejorar nuestra calidad de vida.

Por recomendaci3n de su m3dico familiar, Mar3a decidi3 visitarme. Desde la primera entrevista entendi3 que su problema era m3s frecuente de lo que ella imaginaba, es decir que en parte estaba repitiendo el gui3n de vida que hab3a presenciado entre sus padres, adem3s de la adaptaci3n al mismo (decisi3n temprana) que ella hab3a tomado, y que Juan estaba haciendo algo similar. Se sinti3 comprendida y fue as3 como decidi3 continuar con una terapia para cambiar y evitar seguir transmitiendo dicho gui3n a su descendencia.

GUIONES DE VIDA

Berne (1974) utilizaba el t3rmino gui3n para referirse a los patrones de comportamiento que de que de manera preconsciente algunas veces, y otras inconsciente, utilizamos para relacionarnos con los dem3s.

De manera similar a un actor en una obra de teatro, las personas ensayamos desde la niñez la representaci3n del gui3n que posteriormente representaremos, primero dentro de nuestra familia de origen y despu3s en los diferentes contextos de nuestra vida adulta.

Este patr3n resulta ser nuestra manera de enfrentar y tratar de superar situaciones de estr3s, a la vez que nos permite obtener atenci3n y reconocimiento, adem3s de colocarnos en un lugar que nos identifique como 3nicos en nuestra familia de origen. Es decir, es la mejor manera que encontramos para sobrevivir las adversidades ante las situaciones complejas y algunas veces dolorosas que suceden en las familias, como en los casos de hogares donde los padres son dependientes del alcohol o de alguna otra substancia, don-

de hemos vivido situaciones de maltrato, pérdidas afectivas tempranas, abuso de poder, negligencia y sobre todo una comunicación deficiente que impide el genuino contacto afectivo.

Los guiones funcionan con un estilo de adaptación, pueden contener pensamientos, sentimientos y conductas de sumisión, o de desafío hacia los padres, que representan nuestro primer modelo de autoridad; repitiendo posteriormente el mismo estilo de relación con otras personas significativas, como es el caso de la pareja.

Los guiones pueden ser tanto positivos, como negativos. Sin embargo, la literatura por lo general se enfoca en los negativos por ser auto-limitantes e impedir el desarrollo de la autonomía. El análisis de los guiones de vida nos permite entender la manera en que nos relacionarnos con los demás.

El análisis del guión resulta ser el paso decisivo en el proceso de toma de consciencia, indispensable para completar el desarrollo de la personalidad, la individuación y la autonomía; como procesos necesarios para un verdadero cambio que nos permita alcanzar la madurez y mejorar nuestra calidad de vida.

Los guiones que suelen analizarse con mayor frecuencia son los guiones individuales, es decir, aquellos que el paciente "*decidió*" desde sus primeros años de vida y que por lo tanto se encuentran en su estado del yo Niño. También existen otro tipo de guiones que conviene reconocer como son los guiones familiares, los guiones por género y los guiones culturales, dado que los introyectamos desde pequeños en el estado del yo Padre.

GUIONES INDIVIDUALES

La definición del guión es: Un plan de vida inconsciente, realizado en la infancia, reforzado por los padres y justificado por eventos subsecuentes, que culmina en una alternativa seleccionada" (Berne, 1974, p. 41).

Es así, como sin darse cuenta, la persona decide el destino de su vida. Sin que lo perciban los adultos que le rodean, los niños desde pequeños deciden su guión de su vida. Este determinará su estilo de vida en varios sentidos, así como el tipo de personas con las que se va a relacionar en su vida adulta, quedando implícita la expectativa de cómo los demás le van a responder. Suele suceder que en el guión también se encuentre oculta la decisión de cuándo y de qué manera uno va a morir. Berne (1966) sostenía una postura pesimista con respecto a la resolución de los guiones de vida. Sin embargo, sus seguidores han descubierto potentes técnicas de psicoterapia que permiten a las personas identificar y *redecidir* sus guiones de vida (Goulding y Goulding, 1979).

PROTOCOLO DEL GUIÓN

Es la escena temprana dónde se decidió el guión de vida (Woollams y Brown, 1978). Éste puede corresponder a un episodio único, una situación traumática con una fuerte carga

emocional; o bien puede tratarse de una psicodinámica de relación entre el niño(a) y una figura parental que ocurrió en repetidas ocasiones.

En el caso de María, su protocolo es la escena que recuerda de su infancia cuando se interpuso para que su padre dejara de maltratar a su madre, situación que –según ella– ocasionó que su padre se fuera de la casa. Dicho evento marcó la vida de María como un asunto no resuelto, de tal forma que en repetidas ocasiones vuelve a experimentar situaciones similares con su pareja, donde sus emociones y pensamientos de niña aparecen una y otra vez.

DECISIONES TEMPRANAS

Al proceso mediante el cual un niño decide su guión se le conoce como *decisión temprana*, por tratarse del compromiso que realizó consigo mismo para seguir un determinado comportamiento a través de su vida (Woollams y Brown, 1978). Las decisiones tempranas de María fueron: “yo nunca me casaré con un hombre alcohólico”, cabe recordar que cuando María inició su relación con Juan él prácticamente era abstemio y eso a ella le gustó. Sin embargo, al paso del tiempo Juan se relajó y empezó a beber con sus amigos dónde el abuso de alcohol era muy frecuente. Otra de sus decisiones tempranas fue: “yo debo ayudar a otros para que resuelvan sus problemas”.

El guión se encuentra basado en la interpretación que un niño hace de los eventos que suceden a su alrededor, y en la conclusión de sobrevivencia que realiza para adaptarse de la mejor manera posible al medio ambiente que le rodea. Es así como el guión se internaliza en el estado del yo Niño de las personas, de tal manera que en su vida adulta siguen viviendo de acuerdo a las decisiones que tomaron en su infancia. Esto da lugar a que los demás les respondan de manera complementaria a las personas significativas de su pasado, por lo que terminan repitiendo con otros individuos estilos de relación similares a los que sostenían con sus padres en el pasado. Por lo tanto se trata de la repetición compulsiva de una situación traumática, en la que se establece una psicodinámica de relación que lleva al sujeto a perpetuar los viejos asuntos no resueltos de su pasado.

Años atrás, Freud (1976/1925) hacía referencia a revivir lo reprimido a través de una vivencia presente, como una reproducción que emerge con fidelidad no deseada. Es así como por absurdo que parezca, todo asunto traumático no resuelto, tiende a repetirse de manera compulsiva.

En la psicoterapia esta situación puede abordarse de una manera más optimista, cuando el paciente llega a comprender que el guión puede representar una segunda oportunidad que nos brinda la vida, con la finalidad de que podamos resolver nuestros asuntos pendientes y así poder liberar la energía emocional que se encuentra atrapada limitando el completo desarrollo.

También existen guiones de vida sanos y constructivos, mismos que los pacientes necesitan reconocer para reforzarlos, dado que éstos representan una fuente latente de valoración personal, poder y energía; además de que les proporcionan fortaleza para realizar *redecisiones* a través de la psicoterapia.

El guión se transmite de padres a hijos por medio de *mensajes parentales* verbales y no verbales, éstos pueden ser múltiples y muy variados; sin embargo, la persona elige cuáles

acepta. En seguida se explicarán tres diferentes tipos de mensajes parentales: los mandatos, los contramandatos y el programa.

Mandatos

Los mensajes parentales provienen del estado del yo Niño de los progenitores y generalmente se transmiten de manera no verbal. Cuando la persona internaliza un mensaje parental, éste se convierte en un *mandato*, mismo que seguirá a través de su vida. Bob y Mary Goulding (1979), enlistaron doce mandatos: “no existas”, “no seas tú mismo”, “no te acerques”, “no pienses”, “no sientas”, “no crezcas”, “apúrate a crecer”, “no seas importante”, “no hagas”, “no pertenezcas”, “no estés sano o bien” y “no tengas éxito”.

Contramandatos

Es frecuente que los padres aconsejen a sus hijos para seguir determinadas conductas y actitudes que consideran convenientes y que ellos mismos no han podido lograr. A estos consejos parentales se les conoce como *contramandatos*, porque contienen la intención de contrarrestar los mandatos del guión. Sin embargo, los contramandatos no funcionan como se espera, porque llevan implícito el guión de los propios padres. Por esta razón el efecto es solo por un breve período de tiempo, dado que finalmente el sujeto acaba por actuar el guión que se encuentra inmerso dentro de sus mandatos. Esto se debe a que el niño aprende más de los mensajes no verbales que de los mensajes verbales, es decir, aprende más de lo que ve que hacen sus padres, que de sus consejos.

Programa del guión

Está formado por mensajes que los niños reciben del estado del yo Adulto contaminado de alguno de sus padres, por lo general de la figura parental del mismo sexo. Estos mensajes proporcionan la información que supone los niños necesitan saber acerca de cómo comportarse y qué hacer ante diversas situaciones, por lo que juegan un papel importante en cuanto a la programación de los guiones por género. En las familias tradicionales generalmente se sigue el programa de la figura parental del mismo sexo. Es por eso que María tomó el programa de cómo ser mujer a través de su madre, a pesar de no estar de acuerdo con algunas de sus conductas.

Guiones por género

Son los que determinan los estereotipos tradicionales que marcan la manera como deben de comportarse los hombres y las mujeres en la familia y en la sociedad. El mandato “no pienses”, resultaba ser hasta hace pocos años uno de los más comunes para las mujeres en nuestra sociedad, porque las niñas frecuentemente recibían mensajes tales como “mejor no estudies, a los hombres no les gustan las mujeres que saben más que ellos”, mismo que significaba tener que actuar como tonta o ingenua para no quedarse sola y tener una pareja. Otro mensaje que las mujeres recibían era “las niñas que se enojan se ven muy feas”,

implicando el no ser asertiva y evitar establecer los límites necesarios, además de tratar de ser complaciente con todos para sentirse valorada y no quedarse sola.

Estas situaciones han cambiado mucho en los últimos años. Sin embargo, tanto en los hombres como en las mujeres jóvenes de alguna manera prevalecen dichos mensajes porque son el resultado de muchas generaciones que les preceden. En la actualidad seguimos buscando la manera de reconstruirnos en nuestras relaciones, algunos todavía apegados a los mensajes del pasado y otros confundidos porque aún no logran establecer relaciones de equidad entre ambos sexos. Dicha situación, sumada a todos los cambios que se presentan actualmente en nuestro planeta, donde la violencia y la inseguridad son el pan de cada día, ha ocasionado que las personas de ambos sexos estén decidiendo no formar parejas estables, evitar tener hijos y al final, la mayoría no encuentra todavía una manera sana y constructiva de relacionarse como pareja, sin darse cuenta que las necesidades fundamentales de contacto y pertenencia siguen y seguirán siendo importantes porque forman parte de nuestra condición como seres humanos.

Volviendo a los guiones “típicos” por género, porque finalmente siguen teniendo un peso importante, es frecuente que la codependencia se presente en comorbilidad con la depresión, debido a la represión que sufre la mujer cuando no se le permite ser como es. Como en el caso de María, los mandatos paradójicos “no crezcas” y “apúrate a crecer”, son frecuentes cuando a las mujeres se les educa para depender de los hombres y actuar de una manera infantil, al mismo tiempo que se les instruye para cuidar de los hombres como si fueran niños pequeños.

Otro mandato común para las mujeres es “no seas importante”. Las historias de mujeres muestran innumerables ejemplos de situaciones en que los puestos de importancia, de liderazgo y de poder, son manejados por los hombres, sin que a las mujeres se les dé la oportunidad de desarrollarse. Mabel Burin (1990) lo ha denominado “el techo de cristal”. Es subjetivo y funciona a nivel estructural, se puede observar en las dificultades que tienen las mujeres que han obtenido cierto prestigio para acceder a posiciones de mayor poder y a la vez mantener una relación estable con la pareja.

En el caso de los hombres, un mandato frecuente es “no sientas”, porque a los niños se les ridiculiza si lloran, o si se muestran solidarios con las mujeres participando en las labores domésticas. Esto ocasiona que los hombres presenten dificultades para mostrar sus emociones de miedo o de tristeza, y que en lugar de eso se muestren irritables o agresivos, con la finalidad de evitar el sentirse descalificados por la sociedad. La expresión de los sentimientos de amor y ternura, tampoco son bien vistos de acuerdo con la imagen masculina tradicional impuesta por la familia y la sociedad. Es por eso que los hombres, a través del mandato “no te acerques” evitan mostrar su vulnerabilidad, sin darse cuenta que a la vez bloquean la posibilidad de establecer una relación de pareja donde pueda existir confianza e intimidad verdadera.

En Australia, Linda Gregory (2001) llevó a cabo una investigación con hombres maltratadores de sus parejas. Utilizando métodos cualitativos y la teoría del análisis transaccional, encontró que los guiones por género son un factor determinante en la violencia doméstica. Los guiones por género son limitantes tanto para los hombres, como para las mujeres porque impiden el desarrollo integral de su propio potencial. Este problema sigue existiendo en México, así como en otros países del mundo, donde las personas viven con vergüenza las emociones, actitudes y conductas que no corresponden a sus guiones por género.

Guiones culturales

Son las normas dramáticas aceptadas y esperadas que surgen dentro de una sociedad, se encuentran determinadas por suposiciones expresas o tácitas, aceptadas por la mayoría de los individuos pertenecientes a ese grupo". Los guiones culturales reflejan lo que se ha denominado el "carácter nacional".

Las tradiciones culturales son transmitidas de padres a hijos, es decir de generación en generación. Estas tradiciones con frecuencia reflejan una herencia étnica y racial que incluye expectativas sobre cómo las personas de esa cultura "deben" caminar, hablar, pensar, sentir, actuar, tener éxito o fracasar. La influencia de estos guiones se deja ver en los lugares de trabajo, en los matrimonios, en las prácticas de crianza y en muchas otras situaciones más. El guión de vida individual de una persona generalmente refleja esta herencia cultural (James y Savary, 1977).

Los temas de los guiones difieren de una cultura a otra, y generalmente determinan los papeles específicos que deben seguir los hombres y las mujeres. En México, la conquista de los indios por parte de los españoles, dio lugar a una mezcla racial de ambas culturas, cargada de violencia, que en mucho determinó nuestra identidad como nación. A los soldados españoles les resultaba fácil violar a las mujeres indígenas y como consecuencia, la primera generación de mexicanos fue el producto de este cruce violento de razas, una generación sin padres, debido a que en la mayoría de los casos ellos ignoraban los embarazos producto de sus actos (Paz, 1959).

Como consecuencia, los hijos de estas mujeres indígenas crecieron únicamente con sus madres y fueron rechazados tanto por los españoles como por los indígenas puros. Este guión de irresponsabilidad, persiste a la fecha a través de la conducta machista. El problema de sobrepoblación en México es en parte producto de esta situación. Todavía en estos días, es frecuente ver como algunos hombres embarazan a las mujeres y después niegan la paternidad de sus hijos. Muchos hombres tienen hijos con dos o más mujeres y aunque no los puedan mantener, consideran que el tener un hijo es una demostración de su hombría. A este problema se suma la religión católica, que también influye en el guión cultural, prohibiendo los métodos anticonceptivos, partiendo del precepto que debemos tener todos los hijos que Dios nos mande.

Bajo estas circunstancias, sin una presencia y un modelo adecuado de padre, los mexicanos hemos creado una figura idealizada de la madre, como una mujer santa, sufrida y abnegada. El día de las madres en México se festeja como si fuera una fiesta nacional, la gente deja de trabajar y las mamás reciben regalos costosos de sus hijos, aunque por lo general no se trate de objetos para su uso personal, sino de artículos para uso doméstico, que ella utiliza para atender a su familia (Said y Noriega, 1983).

La gente en México respeta mucho a sus padres, especialmente a sus madres, y las familias suelen permanecer muy unidas. Sin embargo, la figura de la mujer es devaluada y humillada por el "macho" mexicano, una analogía que refleja la situación del pueblo durante el período de la colonia, a través de dos prejuicios fundamentales: El primero es que en su mente, él es hijo de la Virgen de Guadalupe –condición que parece ser más frecuente entre los indios y los pobres de México, porque la Virgen es considerada como la Madre de los que nacieron desheredados y huérfanos de padre–, y todos los demás son "hijos de la chingada", es decir el engendro de la violación, del rapto o de la burla. El otro prejuicio

es que todas las mujeres son unas prostitutas, incluyendo sus hijas, dado que pueden llegar a correr con la misma suerte, con excepción de su madre y sus hermanas (Paz, 1959).

Esta situación se torna más complicada tomando en cuenta que estos guiones culturales –en los que la mujer es considerada como un ser inferior– provienen no solamente de la historia nacional, sino de algunos patrones históricos de las culturas Greco Romanas y Judeo Cristianas, dónde se mezclan los mitos y las religiones a través de la historia de la humanidad (James, 1977).

En muchos sectores de nuestro país, todavía se considera una virtud el que la mujer sea abnegada y que el hombre sea fuerte y dominante. A los hombres sensibles que apoyan a sus mujeres aún se les suele tachar de “mandilones”.

Estos prejuicios son contaminaciones del estado del yo Padre cultural en el Adulto, su reflejo se encuentra filtrado en algunos de nuestros refranes populares. Por ejemplo, los hombres dicen: “a las mujeres, ni todo el amor ni todo el dinero”, a lo que las mujeres responden: “todos los hombres son iguales infieles y mentirosos”.

Las canciones mexicanas, que suelen hablar de amor, decepción y traiciones, también reflejan algunas de estas costumbres, y más aún, nos hablan de una depresión, producto de esta falta de compromiso y la desigualdad de poder entre los sexos. Uno de tantos ejemplos es la letra siguiente y que me perdone su autor José Alfredo Jiménez: “la vida no vale nada, comienza siempre llorando y así llorando se acaba”. Todos estos mensajes sirven para reforzar nuestros guiones culturales.

El posponer la solución de las cosas es también algo común para ambos sexos en nuestra cultura, así como el quejarse de las consecuencias. Hasta últimas fechas nuestro gobierno solía ser simbiótico y paternalista. El Presidente de la República era la máxima autoridad y el pueblo se adaptaba, sujetándose a las normas impuestas sin hacer nada por producir un cambio. Aquellos que buscaban un cambio eran (y siguen siendo) reprimidos y muchas veces asesinados o desaparecidos, de tal manera que la gente se limitaba a quejarse o a rezar y dejar la solución de los problemas en manos de Dios, o del mismo gobierno. Otra manera de afrontar los problemas ha sido el reírse de ellos y hacer bromas sobre sus gobernantes. Con esta actitud, evitábamos hacernos cargo del destino del país y de nuestras propias vidas.

Sin embargo, en la actualidad nos encontramos en un periodo de transición para el cambio nacional que aunque de manera muy difícil está facilitando cambios en los guiones culturales. Los mexicanos estamos tomando un papel más activo en la elección de nuestros gobernantes y en la crítica de sus actos, aunque todavía no cuesta mucho trabajo aceptar la democracia, a la vez que la defendemos.

Las figuras del “macho” y de la mujer sufrienda tienden a ir desapareciendo. Existe más libertad para la mujer en cuanto a su inserción en la vida pública, y un interés mayor por parte del hombre de colaborar en el ámbito doméstico, aunque todavía existen grandes obstáculos objetivos y subjetivos para que las mujeres puedan alcanzar ciertas posiciones de poder, además de que prevalece la resistencia y el temor en los hombres para expresar sus afectos y relacionarse en forma equitativa con una mujer independiente y autónoma.

Los guiones culturales se traslapan con el guión de codependencia, en parte por el desequilibrio de poder que persiste en las relaciones entre los hombres y las mujeres, y además porque parece persistir el mayor reconocimiento social y familiar hacia las mujeres que sufren, mientras que aquellas que deciden tener una vida diferente económica,

emocional y/o sexualmente, con frecuencia llegan a ser consideradas socialmente peligrosas y amenazantes. Por esta razón, muchas veces las mismas mujeres se resisten a cambiar y siguen reforzando este comportamiento en ellas y en otras mujeres. Por esto, las mujeres que cambian este guión tradicional, suelen pagar un precio muy alto, como la crítica y el rechazo, no sólo de los hombres, sino de las mismas mujeres.

Guiones familiares

Los guiones por género y culturales se perpetúan a través de la familia. Todas las familias poseen normas dramáticas que contienen elementos de estos guiones. Un guión familiar contiene tradiciones y expectativas identificables para cada miembro de la familia que son transmitidos de generación en generación. Estos guiones pasan de los estados del yo Padre de los abuelos y padres a los estados del yo Padre de sus hijos y nietos. Es así como suelen presentarse en una familia varias generaciones de madres adolescentes, de médicos, de políticos, de alcohólicos y de codependientes.

Cuando un miembro de la familia no se encuentra a la altura de las expectativas del guión familiar se le considera como la “oveja negra”. Un guión familiar en particular puede pedir una oveja negra para añadir intriga, o la posibilidad de un chivo expiatorio a la escena familiar (James, 1985).

Muchos guiones familiares tienen una serie de instrucciones explícitas para cada miembro con expectativas diferentes por sexo. Es frecuente que el primogénito tenga una posición única dentro del marco familiar. De esta manera, el guión de codependencia con frecuencia lo llega a adoptar la hija(o) mayor de una familia, debido a que suele ser quien se encuentra más cerca de los padres y por lo mismo muchas veces se involucra en las dificultades de ellos más que sus hermanos.

Muriel James (1985) afirma que el tipo de guión que considera equivalente el éxito intelectual de las mujeres con la pérdida de su feminidad, ha ocasionado el que algunas mujeres que han decidido usar su inteligencia, muestren la tendencia a empequeñecer sus éxitos y sufran de sentimientos de culpabilidad por no ser “femeninas”.

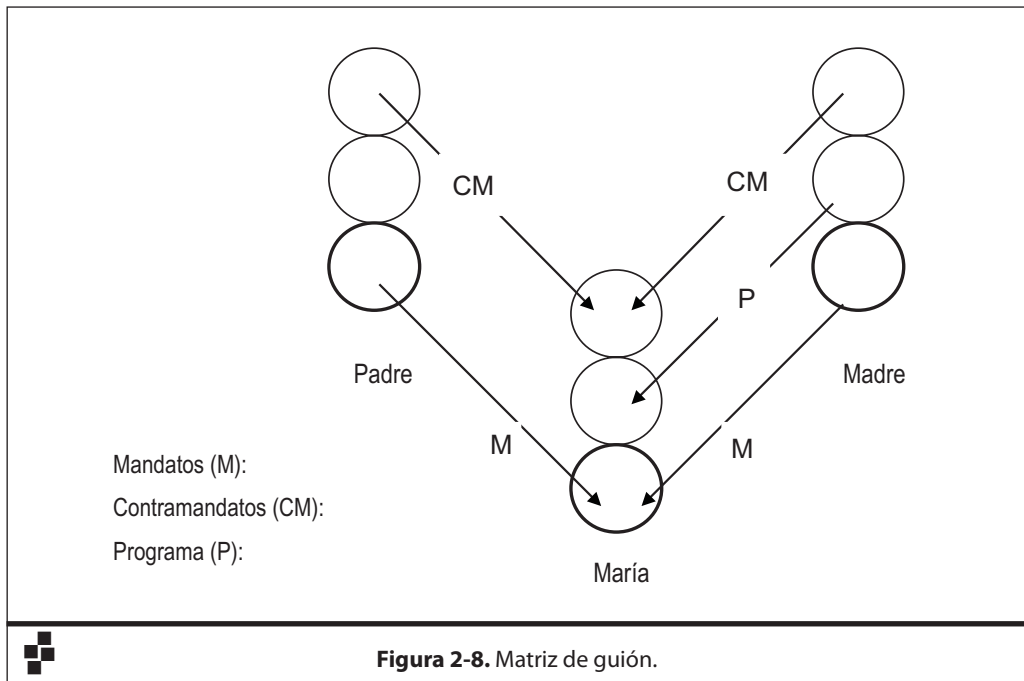
GUIÓN DE CODEPENDENCIA

La codependencia, el alcoholismo y la violencia, pueden ser considerados como guiones de vida, debido a que se trata de patrones de comportamiento internalizados desde la infancia temprana y reforzados posteriormente por el ambiente familiar, social, y cultural. Utilizando una Matriz de Guiones (Steiner, 1966), en la figura 2-8 se ilustra un guión de codependencia, tomando como ejemplo el caso de María. En este diagrama es posible observar los diferentes mensajes que la paciente recibió de sus padres: los mandatos (M), los contramandatos (CM) y el programa (P).

En la matriz de guión se observa a los dos padres de María colocados en ambos lados por arriba de ella, para representar la desventaja que se tiene en la infancia en relación al poder que ejercen los adultos.

María introyectó a través de los mensajes de su madre los siguientes mandatos: “No pienses”, “No crezcas” y “Apúrate a crecer”. El primero la lleva a hacer lo mismo que su mamá, no pensar con claridad y negar la realidad por medio de autoengaños y justificaciones ante los problemas que vive con Juan. Los mandatos paradójicos “No crezcas” y “Apúrate a crecer”, con frecuencia se presentan en los casos de codependencia, debido a que por un lado la paciente sigue siendo como una niña pequeña y dependiente que necesita de protección y cuidados; mientras que por el otro aparece la parte de ella que se apuró a crecer actuando como rescatadora a partir de que invirtió los roles con su madre y con su padre, con esta parte ella actúa exagerando sus responsabilidades, se comporta de manera controladora y trata desesperadamente de cambiar a Juan, como hubiese querido hacerlo con su padre.

A través de los mensajes provenientes de su padre María introyectó los siguientes mandatos: “No te acerques” y “No existas”. El primero, porque ella nunca pudo acercarse de manera afectiva a su progenitor; temía que él la ridiculizara o rechazara como lo hacía con su madre, ocasionando que reprimiera su necesidad de contacto, a la vez que sentía miedo hacia los hombres. Por eso, en la actualidad a pesar de que lo pide, siente miedo ante la posibilidad de contacto y lo canaliza por medio de discusiones que terminan por reforzar su creencia infantil: “Los hombres son violentos e insensibles ante las necesidades de las mujeres”. Al mandato “No existas”, se le considera un mandato letal, debido a que proviene del mensaje “la vida no vale la pena”. Este mensaje le fue transmitido a María de manera no verbal al presenciar el lento suicidio de su padre por medio del consumo exce-



sivo de alcohol. Este mandato también pudo haber sido generado por la violencia familiar, dado que tanto la violencia directa hacia la persona, como el hecho de ser testigo de la misma, comunican una amenaza ante la vida de las personas. Es a partir de este mandato que pueden haber surgido en María las fantasías de suicidio, además de el hecho de dejar suspendida su vida personal y profesional en función de complacer las necesidades de su pareja.

En la matriz de guión (véase figura 2-5), también es posible observar los siguientes contramandatos que provienen del estado del yo Padre de sus dos progenitores: “sé fuerte”, “sé perfecta”, “esfuérate más”, “complace” y “apúrate”. Estos se manifiestan en la conducta de María de las siguientes maneras: ella trata de ser una mujer muy fuerte y aguadora, hace todo muy bien, trabaja mucho, se esfuerza para que todos estén bien y vive siempre de prisa. Sin embargo, como se ha visto en su historia, dichos contramandatos no surten efecto por mucho tiempo, dado que realmente están compensando los mandatos del guión que finalmente acaban dominando su vida y la de su familia de una manera destructiva. A los cinco contramandatos mencionados se los denomina *impulsores*, debido a que realmente funcionan como disparadores del guión.

En el caso de María, al igual que en los de algunas otras mujeres, su programa contiene determinadas instrucciones para comportarse como solía hacerse en el pasado: atender a los hombres, no levantar el tono de voz, evitar dar su opinión cuando difiere de otros, obedecer y actuar de manera sumisa, ser abnegada y sufrida, etc. Afortunadamente estas adaptaciones negativas por genero han cambiado en los últimos años.

A pesar de recibir mensajes similares de sus padres, en una familia cada uno de los hijos puede interpretarlos de manera diferente y realizar distintas decisiones tempranas. María es la mayor de tres hermanos y, como ya se sabe, se casó con un hombre con características similares a las de su padre. Juan, el esposo de María, tenía un guión complementario con el de ella, cabe recordar que en la familia de Juan, también había problemas de alcoholismo. Sin embargo, los hermanos de María decidieron guiones diferentes al de ella, aunque igualmente trágicos. Valentina, la hermana que le sigue, es alcohólica al igual que su padre; y Francisco, el más pequeño, vivía deprimido y optó por suicidarse después de una decepción amorosa.

En cuánto a los hermanos de Juan, José es alcohólico y Carlos, el más pequeño, vive en conflicto con su tendencia homosexual, debido a que fue testigo de la conducta violenta que su padre ejercía en contra de su madre, él recuerda haber pensado en ese momento: “si ésto es ser hombre, yo no quiero ser así”.

Los casos de estas dos familias sirven para ilustrar la diversidad de decisiones tempranas que pueden llegar a tomar los niños bajo situaciones similares, aunadas desde luego a la influencia determinante de la cultura. Por ésta razón los analistas transaccionales sostienen que no son los padres los que otorgan los mandatos, sino que es el mismo sujeto quién interpreta los mensajes de sus padres y “decide” la manera de internalizarlos en su estado del yo Niño como mandatos, por lo tanto solamente el sujeto mismo podrá *rededir* y cambiarlos.

Algunos guiones de vida atraviesan generaciones, este es el caso del guión de codependencia y de algunos otros más. Cuando esto sucede la persona de manera inconsciente repite el guión de sus ancestros y al mismo tiempo sin darse cuenta transmite el mismo

guión a las generaciones subsecuentes. He aquí la importancia de identificar los guiones transgeneracionales, para salir de los mismos rompiendo el eslabón que nos corresponde en la cadena generacional, con la finalidad de dejar un legado más sano a nuestros descendientes (Noriega Gayol, 2004; 2009; 2010).

Diagnóstico del paciente

Un buen diagnóstico es fundamental para un tratamiento efectivo. En seguida describiré las tres formas de hacer diagnóstico que utilizó en el tratamiento de la codependencia: Diagnóstico con el Instrumento de Codependencia (ICOD), Diagnóstico de los estados del yo y Diagnóstico en las ocho áreas de vida.

DIAGNÓSTICO CON EL INSTRUMENTO DE CODEPENDENCIA (ICOD)

El instrumento de codependencia (ICOD) (Noriega, 2011), es una prueba de tamizaje, compuesta por 30 reactivos, para detectar probables casos de codependencia, de una manera sencilla y rápida, dado que su aplicación no lleva más de 10 minutos y arroja resultados tanto cuantitativos, como cualitativos. En el manual que va junto con la prueba además de describir brevemente el trastorno por codependencia, el profesional interesado en la aplicación del ICOD, o en ampliar la investigación científica sobre este tema, podrá encontrar toda la información en cuanto a la construcción y validación de la prueba. Ver apéndice 1 con las respuestas de María al ICOD.

El ICOD original fue construido para trabajar con mujeres, dado que la codependencia se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino. Sin embargo, en este libro, se está presentando una posible versión (aún no validada) para hombres y mujeres que puede ser utilizada únicamente de manera cuantitativa. Ver Apéndice 2.

El punto de corte para detectar probables casos de codependencia es un puntaje \geq a 32. En caso de resultar positivo, la evaluación cuantitativa permite conocer el mayor o menor grado de codependencia en el paciente. Los resultados cuantitativos por arriba de este puntaje permiten que el profesional de la salud mental pueda detectar la necesidad de referir al paciente para un tratamiento o programa de prevención adecuado, o en el caso de terapeutas para directamente tratar el caso.

La evaluación cualitativa, en el ICOD original para mujeres, arroja también resultados en los cuatro factores que conforman la codependencia: 1) Mecanismo de negación. 2) Desarrollo incompleto de la identidad. 3) Represión emocional; y 4) Orientación rescatadora.

Los siguientes, son algunos reactivos del ICOD, como ejemplo en cada uno de los cuatro factores:

- ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja? – Factor 1.
- ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja? – Factor 2.
- ¿Le admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que la fastidian? – Factor 3.
- ¿Hace cosas que corresponden a otros miembros de su familia? – Factor 4.

El resultado cualitativo facilita que tanto la paciente como el terapeuta puedan reconocer los factores con mayor peso en dónde habrá que enfocar el tratamiento.

DIAGNÓSTICO DE LOS ESTADOS DEL YO

Antes de hacer una intervención terapéutica es necesario diagnosticar el estado del yo en que se encuentra localizado el problema del paciente. El realizar una intervención en el estado del yo equivocado lleva a que el tratamiento resulte ser inefectivo, puede confundir al paciente, además de representarle una pérdida innecesaria de tiempo y de dinero.

Berne (1961) planteó cuatro formas de diagnóstico de los estados del yo: conductual, social, histórico y fenomenológico.

DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL

El diagnóstico presuntivo de los estados del yo se lleva a cabo por medio de signos de conducta, verbales y no verbales, tales como: palabras, tonos de voz, gestos (movimientos en extremidades superiores e inferiores), expresión facial y actitud corporal.

En el caso de María, ella adoptaba una conducta parental, es decir, actuaba como si fuera la madre de Juan, controlando su conducta, justificando sus faltas en el trabajo y con la familia. Juan respondía con una actitud sumisa como de niño regañado que pide perdón y promete portarse bien o de manera irresponsable y agresiva, como si fuera un niño o adolescente que se rebela a los límites. Sin embargo, vamos a observar, a través del proceso para realizar un diagnóstico diferencial, que aunque María actuara como si estuviera en su estado del yo Padre y Juan como si estuviera en su estado del yo Niño, en realidad, estructuralmente, el estado del yo de ambos era diferente.

DIAGNÓSTICO SOCIAL

Cuando nos comunicamos desde un determinado estado del yo generalmente enganchamos un estado del yo complementario en la otra persona. Como ya vimos cuando María funcionaba como Padre, Juan respondía como Niño, y viceversa.

En los casos de codependencia, es frecuente que la paciente adopte conductas parentales para controlar la conducta de los demás. Si detenemos el diagnóstico aquí, podríamos seguir pensando que la conducta rescatadora de María proviene de su estado del yo Padre, sin embargo en seguida vamos a ver que no es así.

DIAGNÓSTICO HISTÓRICO

El diagnóstico conductual y social es tan solo preliminar, porque no es lo mismo adoptar una conducta parental o infantil a estructuralmente estar en el estado del yo Padre o Niño.

Las respuestas del paciente a las siguientes preguntas sirven para comprobar o rechazar nuestra hipótesis respecto a la génesis de una determinada conducta.

1. ¿En algún momento actuabas así cuando eras niño?
2. ¿Tu conducta es similar a la de alguno de tus padres (o abuelos)?

Si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa, nos revelará que la conducta procede del estado del yo Niño y que es producto de una decisión temprana. La respuesta afirmativa a la segunda pregunta revela que su conducta proviene de un introyecto en su estado del yo Padre.

En el caso de María aunque su actitud era parental, en realidad se trataba de una conducta en su estado del yo Niño, dado que desde su niñez decidió afrontar los problemas que sus padres no resolvían debido a su inmadurez. En el caso de Juan, su conducta infantil, en realidad no correspondía a su estado del yo Niño, porque estaba repitiendo una conducta aprendida de su padre, a pesar de reprobarla, es decir un introyecto en su estado del yo Padre. Por lo tanto hubiera sido un error el trabajar la conducta de María en el Padre y con Juan en el Niño, como lo sugerían el diagnóstico conductual y social, porque estructuralmente la conducta manifiesta provenía de otro estado del yo. Este problema puede causar confusión tanto en el paciente como en el terapeuta y resulta ser muy común en los casos de codependencia, en donde desde la niñez, alguno de los hijos hace una inversión de roles con sus padres, y otro reproduce la conducta del padre o madre que más le ocasionaba conflicto.

En algunos casos ambas respuestas resultan ser afirmativas por lo que habrá que trabajar primero con un estado del yo y después con el otro; como con la actitud sumisa de María, que estaba localizada en su estado del yo Padre, porque era un introyecto de su madre.

DIAGN3STICO FENOMENOL3GICO

Una vez que se obtiene una comprobaci3n o rectificaci3n de los diagn3sticos conductual y social a trav3s del diagn3stico hist3rico, a3n ser3 necesario el realizar un diagn3stico fenomenol3gico. 3ste se refiere a observar la recreaci3n (reenactmet) del estado del yo estructuralmente diagnosticado y sirve para ratificarlo.

Este fen3meno se observa con claridad, cuando a trav3s de un ejercicio, como parte del tratamiento, se le pide al paciente que utilice dos sillas para reproducir un di3logo de su niñez con alguno de sus padres. O bien, observarlo en cualquier otra situaci3n dentro de la terapia.

Utilizando esta serie de diagn3sticos el terapeuta puede decidir con claridad cu3l es el estado del yo que requiere intervenir para facilitar el cambio.

Con Mar3a primero se trabaj3 en el Padre, con la finalidad de ayudarle a desarrollar un Padre interno protector para establecer l3mites ante el maltrato de otras personas. Posteriormente la terapia se enfoc3 en el Niño para facilitar la redecisi3n de sus decisiones tempranas.

DIAGN3STICO POR 3REAS DE VIDA

En una de las primeras entrevistas, acostumbro aplicar la t3cnica de las "ocho 3reas de vida" (Said y Noriega, 1981), con algunas modificaciones que he venido haciendo a trav3s de los años, debido a que me resulta muy efectiva para conocer m3s r3pidamente el contexto en que vive el paciente, as3 como su manera de razonar. Tamb3en me permite identificar sus principales 3reas de inter3s en ese momento que nos servir3n como anclaje para empezar a trabajar. A la vez que vamos haciendo este ejercicio el paciente se va dando cuenta de su estado general, va aceptado tanto sus fortalezas como sus debilidades y descubre sus 3reas de oportunidad por desarrollar.

Las ocho 3reas de vida son las siguientes: F3sica, Econ3mica, Pareja, Familia, Amistad, Trabajo, Educaci3n y Espiritual. Estas 3reas se le presentan al paciente por medio de un diagrama junto con la instrucci3n de que vamos a evaluar cada una con un signo +, un signo -, o un +/-, seg3n se encuentre en cada una de ellas. A continuaci3n se describe la manera de hacerlo utilizando el ejemplo de Mar3a y en la figura 3-1 se presenta el diagrama ya evaluado en cada una de sus ocho 3reas.

3REA F3SICA

Terapeuta (T): Aqu3 vamos a evaluar tu salud y la aceptaci3n de ti misma f3sicamente, por ejemplo: ¿c3mo est3s de salud?, ¿te gustas al mirarte en un espejo?

Mar3a (M): Tengo frecuentes dolores de cabeza y de espalda, me siento muy estresada. He subido de peso y siento que ya no me interesa mi arreglo personal. . . ., sin embargo trato de hacer ejercicio porque me hace sentir bien. Le ponemos un m3s o menos.

ÁREA ECONÓMICA

T: Aquí no se trata de ver si cuentas con poco o mucho dinero, sino la manera como te organizas económicamente y si lo que tienes te alcanza para cubrir tus necesidades.

M: Cuento con algunos ahorros de cuando trabajaba y eso me produce tranquilidad; sin embargo, no sería suficiente para salir adelante con mis hijos...Creo que le ponemos un más o menos.

ÁREA PAREJA

T: Entiendo que tu situación de pareja es en gran parte tu motivo de consulta debido a los problemas que vives con Juan. No obstante, aquí también vamos a evaluar la aceptación de ti misma como mujer y el estado de tu sexualidad.

M: En efecto, me siento muy confundida en la relación con mi marido. Me gusta ser mujer aunque últimamente he perdido el interés por arreglarme. Por lo que se refiere a mi sexualidad Juan y yo no tenemos relaciones desde hace muchos meses, por lo tanto es un menos.

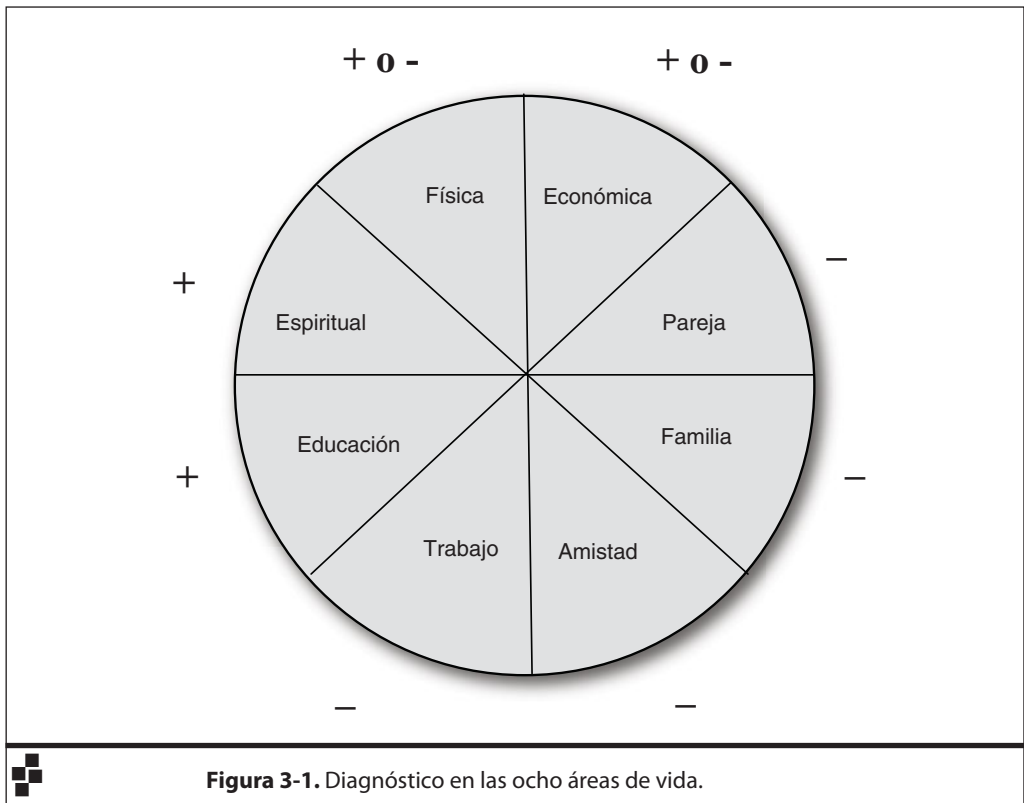


Figura 3-1. Diagnóstico en las ocho áreas de vida.

ÁREA FAMILIA

T: Aquí evaluamos dos aspectos, ¿cómo te sientes con tu familia de origen?, y ¿Cómo te sientes en tu familia nuclear que formaste junto con Juan?

M: Me he alejado mucho de mis padres y hermanos por temor a que se den cuenta de la situación que estoy viviendo con Juan, aunque creo que lo saben. Mis hijos son mi adoración y motivación para seguir adelante, el problema es que Juan no se integra en la vida familiar con nosotros y critica mi manera de educarlos porque él confunde los límites con el autoritarismo, y por eso muchas veces me contradice frente a ellos... Por lo tanto le ponemos un menos.

ÁREA AMISTAD

T: ¿Tienes amigas, amigos?, ¿Te resulta fácil relacionarte con la gente?

M: Tengo buenas amigas, pero desde hace tiempo me he alejado de ellas debido a que no quiero platicar lo que me está sucediendo con Juan porque temo que me critiquen y presionen para dejarlo. Solía ser una persona que se relacionaba fácilmente con la gente, pero ahora evito hacerlo y prefiero estar sola con mis hijos en sus actividades escolares donde no tenga que platicar nada personal. Supongo que le ponemos un menos.

ÁREA TRABAJO

T: ¿En qué trabajas?, ¿Te gusta lo que haces?

M: Desde que me casé mi trabajo se limita a las tareas del hogar, cuando era soltera tuve un trabajo en que me iba muy bien, pero Juan no quería que trabajara más y a mí me entusiasmó la idea de que por fin había alguien que estaba dispuesto a apoyarme y protegerme (ja, ja..). Desde hace tiempo quiero volver a trabajar pero cada vez que lo menciono Juan se pone furioso y yo he preferido no decir más para evitar discusiones... Por lo tanto le ponemos un menos.

ÁREA EDUCACIÓN

T: ¿Cuál es tu nivel de estudios?, ¿Te gusta seguir aprendiendo cosas nuevas?, ¿Te interesa el arte, la lectura y conocer lo que pasa en el mundo?

M: Estudié la licenciatura en psicología y me gusta mucho mi carrera. Procuero mantenerme actualizada tomando cursos por Internet y quiero hacer una maestría de la misma manera. Volvemos a lo mismo, si Juan se da cuenta ¡me mata! Porque él piensa que voy a descuidar a los niños. Cada vez que puedo llevo a mis hijos a visitar museos, me gusta mucho leer y mantenerme actualizada de lo que sucede en el mundo. Le ponemos un más.

ÁREA ESPIRITUAL

T: ¿Cómo te sientes espiritualmente?, ¿Encuentras que tu vida tiene sentido?

M: Me siento bien, actualmente no practico ninguna religión, sin embargo siempre he tenido un fuerte sentimiento de pertenencia a algo o alguien que siento especialmente cuando me encuentro en contacto con la naturaleza y los animales. Este sentir me impulsa para seguir adelante. Además tengo la fuerte convicción de trascender a través de mis hijos a quienes trato de educar de la mejor manera posible. Algunas veces me cuesta trabajo mantenerme ecuánime y positiva con ellos, esto me lleva a sentirme culpable, supongo que estoy deprimida porque algunas veces me siento atrapada y cuando entro en desesperación pienso en que sería mejor para todos si yo muriera porque al menos mis hijos ya no verían más discusiones entre sus padres... Le ponemos un más porque a pesar de todo conservo la esperanza de que lograré salir adelante, por favor ayúdame a entender lo que me pasa y a decidir lo mejor para mi y para mi familia.

En la evaluación de María encontramos que tiene dos áreas positivas, dos más o menos y cuatro negativas. En un desglose que hicimos de sus áreas la que resultó ser su área básica es la espiritual, porque a pesar de todo, le permite mantener la esperanza de resolver sus problemas y poder mejorar su calidad de vida. Sin embargo, la dependencia que tiene con Juan la está limitando porque le teme y no sabe cómo establecer límites ante su conducta abusiva. Yo me doy cuenta del potencial de desarrollo que tiene ésta mujer y la invito a seguir con la terapia. Ella lo acepta.

Como consecuencia María y yo hicimos el siguiente contrato de tratamiento:

“Entender lo que me está sucediendo en la relación con Juan, aprender a establecer límites y reencontrarme conmigo misma”

Quedamos en vernos una vez por semana, en mi consultorio, para consultas de 50 minutos y además se comprometió a tomar cinco talleres de crecimiento personal como parte del programa de tratamiento. María respondió con entusiasmo diciendo que lo hará aunque Juan trate de impedirlo y que en caso necesario pedirá ayuda a su madre, hermanos o amigas para que le ayuden con el cuidado de sus hijos.

En algunos casos el problema de codependencia se puede manifestar en comorbilidad con algún trastorno de la personalidad, trastorno psicótico, problema de adicciones, o trastornos psicosomáticos, en estos casos habrá que hacer una diagnóstico diferencial y en caso necesario manejar un tratamiento interdisciplinario junto con un médico, un psiquiatra, un nutriólogo o un especialista en adicciones. En el caso de María no fue necesario, ella pudo salir adelante únicamente con psicoterapia en un tratamiento que nos llevó dos años y medio de su vida.

Tratamiento de la codependencia

Para renunciar al guión de codependencia, en la mayoría de los casos, es necesario llevar a cabo un tratamiento de psicoterapia que facilite la descontaminación del Adulto, el des-confundir al Niño y trabajar con los introyectos de antepasados en el estado del yo Padre. Algunas personas logran hacerlo por ellas mismas; sin embargo, no es frecuente porque uno mismo suele auto-engañarse de manera inconsciente a través de sus mecanismos de defensa. No hay que olvidar que el guión de vida en su inicio fue una manera de sobrevivir ante situaciones adversas y por lo mismo un posible cambio puede resultar amenazante y despertar diversas resistencias. No obstante, a pesar de la utilidad inicial, en la actualidad algunas partes de dicho guión suelen ya no funcionar más, por el contrario, impiden el desarrollo de nuestro potencial y la posibilidad de establecer relaciones cercanas de confianza, amor, y protección que realmente permitan mejorar nuestra calidad de vida. Por lo tanto, es necesario establecer una relación de confianza con un terapeuta experimentado que nos facilite el mirarnos a nosotros mismos como en un espejo, el aceptarnos con todo lo que somos y el tomar acción para el cambio que necesitamos, al mismo tiempo que nos acompaña en ésta maravillosa aventura de crecimiento personal.

PRIMERA ENTREVISTA

El establecer una alianza terapéutica, empezando desde la primera llamada y entrevista, es el primer paso para una terapia efectiva. En la práctica son esenciales la aplicación de las siguientes tres "C": contacto, contrato y consciencia.

CONTACTO

Inicia desde que el paciente busca al terapeuta para concertar una cita, generalmente vía telefónica y ahora algunas veces por Internet, por lo cual es necesario que el terapeuta maneje su propia agenda y que el paciente haga su cita personalmente. También el pago de los honorarios deberá de ser entre ellos, nunca a través de terce-

ras personas. La razón es que tanto el lenguaje verbal como no verbal, rebela a través de la comunicación, información sobre el guión del paciente, que puede llegar a ser necesaria para futuro tratamiento dentro de la terapia, a la vez que facilita el contacto. Además de esta manera se protege el contrato de confidencialidad dentro de la terapia.

El contacto se manifiesta conforme se establece una relación empática y de confianza con otra persona que comprende por lo que estamos atravesando, sin emitir juicios ni soluciones inmediatas. Permite el desarrollo de intimidad en la relación, entendida como la comunicación franca y honesta entre dos personas. Habrá que tener cuidado, porque algunas veces el contacto se interrumpe cuando resulta ser algo a lo que la persona no está acostumbrada y surge el miedo a sentirse vulnerable, actuando la emoción, generalmente de manera inconsciente, a través de un juego psicológico que tendrá como pago final la pérdida de la confianza en el otro.

La ruptura del contacto en la relación va aunada a la falta de contacto con uno mismo, es decir a la incapacidad para mirarnos y reconocer de una manera honesta nuestros verdaderos pensamientos y emociones, así como nuestras sensaciones físicas conforme nos relacionamos con el otro. Esto se debe a la disociación de un estado del yo, que muchas veces proviene de nuestra infancia temprana, como manera de sobrevivir en un ambiente familiar y social que percibimos como amenazante.

Una buena alianza terapéutica es reparadora porque facilita la recuperación del contacto y por ende la confianza, a la vez que va permitiendo el restablecer poco a poco la confianza en uno mismo y con el otro. Conforme se va logrando el paciente puede ir desarrollando esta capacidad más allá de la relación terapéutica.

Para lograr un buen contacto es necesario que el o la terapeuta sepa cómo mantenerlo consigo mismo, es decir, que esté consciente de las sensaciones, afectos y pensamientos que surgen en ella a través de la relación con su paciente. La práctica cotidiana de la atención plena, conocida como *mindfulness*, puede ser un recurso ideal para el terapeuta, tanto en la relación consigo mismo, como en la relación con su paciente, partiendo del principio de que uno no puede dar algo que no tiene. La práctica de la meditación diaria será su aliada en este proceso, porque facilitará el crecimiento personal tanto para su paciente como para el mismo terapeuta. También se recomienda el enseñar dicha práctica a la paciente cuando se considere conveniente.

Mindfulness puede ser definida como una consciencia de aceptación sin juicios de la propia experiencia en el momento presente (Cernetic, 2011). Dicha consciencia puede incluir la experiencia interna (pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas) y/o los estímulos externos (p. ej., sonidos, colores, olores), en la manera en que el individuo se permite aceptarlos, sin tratar de evitarlos o analizarlos en ese momento. Se puede describir con una analogía: es como estar parado en el banco de un río y tranquilamente observar el agua que pasa, sin ser llevados por la corriente y sin interferir en el flujo (Zvelc, Cernetic y Kosak, 2011).

Desde el campo de las neurociencias, Daniel J. Siegel (2007) ha descrito la relación entre las diferentes funciones del cerebro y *mindfulness*, así como los cambios neurofisiológicos que se producen con la práctica.

También es necesario que el terapeuta desarrolle la capacidad de tomar en cuenta su intuición y a la vez pueda mantener una relación empática. De manera coloquial podríamos decir que la empatía es el saber ponerse en los zapatos del otro, sin perder los propios.

A través de una relación empática, el terapeuta puede indagar y comprender por medio de preguntas inteligentes y cuidadosas, la experiencia que vive el paciente consigo mismo y con otras personas. Esto le permitirá sintonizarse durante el proceso con los sen-

timientos, intenciones y conductas del paciente, a la vez que el mismo paciente irá tomando consciencia de lo que le está sucediendo. A la vez el terapeuta se estará envolviendo (no involucrando) en la experiencia del paciente, para desde allí facilitar el desarrollo de la consciencia en el paciente. Erskine y Trautmann (1996) describieron la empatía dentro de la relación terapéutica como el proceso de indagación, sintonización y involucramiento, integrando el análisis transaccional con la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers.

Por lo tanto, el terapeuta necesita mantener una relación de respeto y delicadeza con el paciente, sin que por eso se convierta en una adaptación del terapeuta al paciente o viceversa, ni se pierdan los límites entre ambos, o se descalifique la necesidad de llevar a cabo confrontaciones cuidadosas. Todo esto resulta ser el arte mismo de la terapia.

Para muchas personas la relación terapéutica resulta ser la primera vez en que verdaderamente se sienten aceptados, comprendidos y valorados por otra persona, lo cual les permite empezar a hacerlo de igual manera con ellos mismos y con otras personas. A través de dicha relación, el terapeuta servirá de catalizador para metabolizar las emociones del paciente, respondiendo de una manera diferente a sus requerimientos del guión, cuyo origen puede remitirse a la relación que tuvo con sus padres, facilitando de esta manera el que el paciente descubra otras opciones y aprenda a relacionarse tanto consigo mismo, como con otros de una manera más sana.

El terapeuta podrá llevar a cabo este proceso de contacto genuino con el paciente, sin perderse a sí mismo, sólo cuando él o ella ha vivido su propio proceso de terapia profunda. Además será necesario el que mantenga un compromiso personal para solicitar la supervisión de un colega, cuando sienta que el proceso se complica con algún paciente, sin importar la experiencia o los años que pueda tener trabajando. Esto le será de gran utilidad para proteger a su paciente, protegerse a sí mismo y proteger la profesión.

CONTRATO

Todo trabajo con análisis transaccional se inicia con un contrato. Stewart y Joines (2007) lo definen de la siguiente manera:

“Un contrato es un compromiso bilateral explícito a un proceso de acción bien definido; un compromiso del Adulto hacia uno mismo u otras personas para realizar un cambio”, pags. 289 y 357.

Hay dos tipos de contrato:

- Administrativo.
- Clínico o de tratamiento.

El contrato administrativo, sirve para determinar los acuerdos acerca del lugar de reunión, fechas, horarios, frecuencia de las sesiones y honorarios.

En el contrato de tratamiento, el cliente establece lo que quiere lograr como resultado de la terapia, cuando a éste se le dificulta, el terapeuta le ayuda a clarificar su intención, de tal manera que el contrato quede claro para ambas partes, especificando lo que cada uno está dispuesto a hacer para lograrlo.

Los contratos resultan ser acuerdos (sin tener que ser necesariamente por escrito), entre el paciente y el terapeuta para determinar de manera clara y específica, el resultado positivo del tratamiento.

El contrato en sí mismo es una técnica de terapia, un contrato bien hecho y clarificado puede llegar a ser el 50% de un cambio. Un contrato efectivo necesita reunir las siguientes características:

- Ser formulado en palabras positivas. Los contratos con un “no”, no funcionan, debido a que las prohibiciones suelen reforzar el problema. Hay que tomar en cuenta que el guión fue en algún momento la mejor manera de sobrevivir, ahora el cambio requiere de liberar las prohibiciones de los mandatos y actualizar la decisión temprana.
- Debe de ser alcanzable, tomando en cuenta la situación y los recursos que se tienen. Por ejemplo, no podemos hacer que otro cambie, pero si se puede realizar un cambio en uno mismo.
- El objetivo debe ser específico y observable. Los contratos que incluyen la palabra “mejorar” no funcionan, habrá que especificar cuál será el resultado del cambio y cómo uno mismo y otros podrán observarlo.

Después de un taller de codependencia una paciente llegó a consulta diciendo “Quiero dejar de ser codependiente”. En este caso tuvimos que clarificar a qué se refería ella por el hecho de ser codependiente. Al principio dijo: “Tomar una decisión de si quiero o no continuar con la relación que tengo con mi novio”. Sin embargo, conforme aclaramos su situación llegamos al siguiente contrato:

“Venir una vez por semana a terapia, parar el maltrato en mis relaciones y aprender a establecer relaciones sanas”.

Las generalizaciones no funcionan, por ejemplo, una paciente llegó a consulta diciendo “quiero cambiar mi guión de vida”, después de haber leído el libro de Berne (1972) “Que dice usted después de decir hola”. En este caso tuvimos que especificar cuál sería para ella el resultado de este cambio y fue así como empezó a hablar de la relación conflictiva que sostenía con su novio.

En este caso fue necesario el realizar un primer contrato de la siguiente manera: “Voy a identificar los aspectos de mi guión de vida que me hacen sufrir en mi relación de pareja (especificar el nombre de la pareja) y voy a explorar opciones para cambiarlos”.

Después de algunas consultas ella se dio cuenta que en realidad lo que quería era pensar con claridad, sentirse segura para tomar decisiones y dejar de involucrarse en discusiones repetitivas como solían hacerlo sus padres. Fue así como decidió clarificar su contrato de la siguiente manera:

“Parar las discusiones con Manuel, hacerme cargo de mis propias necesidades, y definir un plan de vida personal”

Los contratos deben de ser bilaterales, entre el paciente y terapeuta, permitiendo establecer la dirección en el tratamiento para ambas partes, respetar el interés del paciente en cuanto a los temas a tratar y resolver en su terapia, re-direccionar el tratamiento cuando el mismo tema obliga a moverse hacia algún otro contrato que surge de manera relevante o prioritaria en la vida del paciente. También, sirven para evaluar los cambios logrados a través del proceso de terapia. La “cura” dentro de la terapia con análisis transaccional, corresponde al cumplimiento de un contrato, aunque después se decida realizar otro contrato adicional.

Eric Berne hablaba de: "curar al paciente en una sola sesión". Esto se refiere al cumplimiento de un contrato que se hace delimitado para trabajar en el tiempo de una sesión, además de la actitud clara que el terapeuta debe de tener pensando antes de iniciar: "¿Cómo voy a curar al paciente en ésta sesión?, es decir, ¿qué medidas voy a tomar de manera congruente con el contrato que juntos establecimos?"

Los contratos también sirven para evitar en la medida de lo posible los juegos psicológicos dentro de la terapia porque delimitan claramente la responsabilidad de ambas partes en el tratamiento.

En algunos casos habrá que establecer de manera adicional un contrato especial con la finalidad de proteger al paciente, como puede ser un contrato de auto-cuidado o un contrato de cordura.

Contrato de auto-cuidado

Cuando el paciente muestra signos de depresión, tiene o ha tenido fantasías o intentos de suicidio, habrá que establecer un contrato adicional denominado: *contrato de auto-cuidado*. La declaración de este tipo de contrato es la siguiente: "Voy a cuidar de mí, dejando de hacer cosas que pongan en riesgo mi vida o la de otras personas, a propósito o accidentalmente, pase lo que pase". El hecho accidental se puede referir a conductas violentas en la calle o en el hogar, a manejar con exceso de velocidad o de manera imprudente, o el tomar riesgos innecesarios que puedan poner en peligro la vida o integridad de las personas, tales como caminar solo por la noche en lugares poco seguros, o el practicar deportes peligrosos.

María tuvo que realizar un contrato auto-cuidado, de manera adicional al contrato de tratamiento, debido a que su estado depresivo le había llevado a fantasear algunas ideas suicidas.

Para personas con adicciones y conductas violentas, de maltrato consigo mismo o hacia otros el contrato puede ser: "Voy a tener una vida sana, de congruencia y aceptación de mí mismo que incluya el dejar de consumir drogas". Esto significa aceptar la dependencia a sustancias tóxicas que dañan la mente, cuerpo y espíritu. En algunos casos habrá que combinar el tratamiento de psicoterapia con una clínica de retiro y abstinencia para las adicciones.

Este fue el contrato que hizo Juan, el esposo de María, después de una entrevista en que vino como invitado a la terapia de María, en dicha ocasión él reconoció que se encontraba atrapado en el abuso del alcohol y se comprometió a llevar un tratamiento de terapia con un colega al que fue referido.

Otro contrato aún más específico para una persona con conductas adictivas puede ser: "Ahorrar semanalmente el dinero que habría de gastar en comprar la sustancia adictiva". El resultado observable, en la cuenta de banco o en las finanzas personales, puede llegar a ser impactante y de ésta manera servir para reforzar la decisión que se ha tomado.

Contrato de cordura

Cuando el diagnóstico de codependencia se presenta en comorbilidad con episodios psicóticos, o con un trastorno de personalidad límite (*borderline*), depresión endógena, o

con fantasías referentes a cualquier otro trastorno psiquiátrico o neurológico, habrá que establecer un contrato de cordura.

Para poder realizarlo el paciente necesita aceptar que por momentos actúa de manera totalmente impulsiva, pierde el control de sí mismo y se involucra en conflictos graves de manera innecesaria. En estos casos será necesario realizar un contrato de cordura de la siguiente manera: "Voy a mantener la cordura, pensando antes de actuar y si no puedo hacerlo sólo voy a solicitar ayuda profesional para lograrlo". Este contrato permite que el paciente, en un momento de lucidez, pueda aceptar un tratamiento psiquiátrico, ya sea a través de medicación o de internarse en una clínica, cooperando así en su tratamiento y facilitando el proceso para sus familiares.

CONSCIENCIA

El tomar consciencia de la realidad es la base fundamental para el desarrollo de la autonomía del guión. Esto significa aceptar que uno tiene un problema que necesita resolver, dejando de culpar a otros por las dificultades que atraviesa en su vida.

Partiendo de mi experiencia clínica, confirmo día con día, que la regla de oro en la terapia es la aceptación, porque nadie puede cambiar lo que primeramente no ha reconocido y aceptado. Por aceptación me refiero a reconocer, sin juzgar, el problema que tenemos, comprenderlo y dejar de lado las actitudes defensivas que generalmente consisten en justificar nuestras conductas, argumentando que se deben a las tensiones que estamos viviendo o a las actitudes de otras personas. Por aceptación no me refiero a tomar una actitud conformista o indiferente, es sólo partir del principio de que uno no puede cambiar algo que no acepta.

Un buen ejemplo es el alcohólico, que no podrá abandonar su conducta de beber, mientras no acepte que tiene un problema de dependencia al alcohol. Otro, por supuesto, es la codependencia, que no cambia mientras uno no acepta su inclinación a relacionarse con personas problemáticas. Otro ejemplo más y que tiene que ver con la inteligencia emocional, es el reconocer lo que realmente sentimos. Por ejemplo, cuando una persona siente envidia, como resulta ser un sentimiento juzgado como muy negativo (aunque todos podemos sentirlo), la persona se puede mantener negándolo toda su vida y como consecuencia, sin darse cuenta, realizar actos destructivos motivados por la envidia, como el devaluar o descalificar a otros, compararse, competir, o hablar mal de otras personas para desprestigiarlas. Cuando logra aceptar su sentimiento de envidia, puede llegar a comprender el origen de dicho sentimiento, así como aceptar también la vergüenza que pudiera surgir cuando lo acepta frente a otro en la terapia, logrando a la vez la libertad para canalizar dichos sentimientos de una manera positiva, como pudiera ser el valorar a la persona que le despierta la envidia e inclusive tomarla como modelo, o bien el aceptar sus propias limitaciones.

Una buena relación paciente – terapeuta, en que existe empatía y confianza, es decir, donde el paciente se siente aceptado sin juicios, resulta ser un buen modelo que el paciente puede introyectar para comprenderse y cuidarse a sí mismo.

La consciencia se va dando poco a poco conforme vamos reconociendo nuestras fortalezas y debilidades como cualquier ser humano. El pretender ser perfecto, no ayuda para nada. La auto-indulgencia tampoco. La consciencia sirve para que el paciente pueda vivir de manera más plena sin conflicto consigo mismo, dejando de lado las fantasías de

su guión, descubriendo al mismo tiempo otras opciones para vivir de una manera más satisfactoria.

Reiterando lo que ya se dijo, de manera paradójica, cambiar no es ser otra persona, cambiar es ser la persona que uno realmente es y que ha dejado de ser por un largo tiempo. Cambiar es en realidad el reencuentro con uno mismo.

METODOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO

CONTROL SOCIAL Y/O LA MODIFICACIÓN DEL GUIÓN

El control social y/o la modificación del guión son dos enfoques terapéuticos que podemos utilizar, algunos terapeutas prefieren trabajar con sólo uno de éstos, otros con uno primero y el otro después, y otros más realizan su trabajo utilizando ambos enfoques de manera simultánea. Esta decisión dependerá de las necesidades del paciente, del tiempo con el que se cuenta para trabajar, de la preferencia de ambos y finalmente de la experiencia del terapeuta.

El control social sirve para trabajar desde un enfoque cognitivo/conductual. Puede utilizarse a manera de prevención, intervención en crisis, terapia breve, o como un primer paso en la psicoterapia. Consiste en facilitar en el cliente el **darse cuenta** (*awareness*) de sus conductas y poner en práctica opciones diferentes que le permitan mejorar su calidad de vida. En este caso utilizo la palabra “cliente” de manera intencional, por tratarse del enfoque que se utiliza para trabajar en *counseling* y en *coaching*.

La modificación del guión, implica una terapia profunda y requiere de más tiempo porque la finalidad es que el paciente identifique el guión de vida que ha estado siguiendo, tomando en cuenta los aspectos inconscientes del mismo. Esto ayuda a prevenir posibles “recaídas” a futuro. Para trabajar con este enfoque es necesario que exista una buena alianza terapéutica y que el paciente adquiera un mayor compromiso para trabajar junto con el terapeuta a largo plazo, podríamos decir que es el enfoque psicoanalítico del análisis transaccional. El objetivo es que el paciente reconozca aspectos de su historia que lo llevaron a crear los estilos de relación que actualmente le están perjudicando. Una vez que el paciente ha tomado consciencia de su guión, podrá identificarlo cuando vuelva a surgir en momentos de estrés. También resulta muy constructivo el que pueda ver sus guiones positivos para reforzarlos. Este enfoque es muy recomendable porque facilita el desarrollo de la autonomía y del potencial de la persona, además de que le permite restablecer el contacto consigo mismo y por ende con los demás.

Es también el enfoque recomendable para el crecimiento personal de los profesionales de la salud mental, ya sea que se estén formando, o ya tengan experiencia trabajando, porque para realizar un buen trabajo en esta profesión el psicoterapeuta necesita atravesar por un proceso de análisis profundo, esto le permitirá diferenciar los aspectos de sí mismo y del paciente que inevitablemente se van a manifestar dentro de la relación terapéutica, a la vez que protege al paciente, se protege a sí mismo y protege la profesión.

El análisis transaccional puede ser utilizado tanto en terapia individual como grupal. Eric Berne descubrió como a través de las transacciones en terapia de grupo se puede

identificar el gui3 del paciente. En el programa de tratamiento de la codependencia se utiliza el enfoque grupal a trav3s de los talleres.

INTEGRACI3N DEL AN3LISIS TRANSACCIONAL CON OTRAS TEOR3AS PSICOL3GICAS

En el an3lisis transaccional existe la tradici3n de integrar la teor3a del AT con la psicoterapia Gestalt (James y Jongeward, 1976) que enriquece a ambas teor3as. La Terapia de Redecisi3n (Goulding y Goulding, 1979), sigue esta l3nea y es una de las escuelas del an3lisis transaccional.

La integraci3n del AT con otras teor3as psicol3gicas, enriquece el manejo de las teor3as involucradas, facilita el trabajo de los profesionales de la salud mental y les permite utilizar sus conocimientos previos, as3 como los que seguir3n adquiriendo, haciendo que su trabajo sea m3s eficiente.

Al paso de los a3os varios autores hemos desarrollado la integraci3n del AT con otras teor3as y t3cnicas psicol3gicas. Aclaro que no se trata de un enfoque ecl3ctico que llevar3a a utilizar cualquiera de las muchas teor3as existentes, sino de integrar, 3nicamente aquellas que resultan ser afines y congruentes con la teor3a y la filosof3a del an3lisis transaccional.

Para el tratamiento de la codependencia, el criterio de selecci3n ha sido el de utilizar, junto con el AT algunas teor3as y t3cnicas que facilitan el trabajo de psicoterapia desde un enfoque humanista, relacional y sist3mico, que permita trabajar de manera integral con la mente, emociones, cuerpo y esp3ritu.

Partiendo de este criterio, las teor3as que se integran en este trabajo son las siguientes: Psicoterapia Gestalt por medio de la Terapia de Redecisi3n; Psicoterapia Integrativa (Erkine y Trautmann, 1996) para facilitar el desarrollo de la empat3a a trav3s de la relaci3n terap3utica y en las relaciones del paciente con otras personas; Psicoan3lisis desde el enfoque de la Psicolog3a del Yo y la Teor3a de Relaciones Objetales, para una mayor comprensi3n de la introyecci3n de estados del yo en la personalidad, as3 como el manejo terap3utico de la transferencia y la contratransferencia; Terapia Familiar Sist3mica para comprender el papel que juega el paciente en su contexto familiar y la introyecci3n de dicho sistema en su personalidad, y el concepto de *mindfulness* (atenci3n completa) a trav3s de la introducci3n de algunos principios b3sicos del Budismo y la pr3ctica de la meditaci3n y/o del yoga, con la finalidad de facilitar el desarrollo de la consciencia y el contacto con la mente, las emociones, el cuerpo y el esp3ritu.

PSICOTERAPIA DE LA CODEPENDENCIA

El marco te3rico previamente enunciado facilita el tratamiento de la codependencia porque permite trabajar con los cuatro mecanismos mencionados en la definici3n de codependencia, producto del an3lisis factorial en la construcci3n del Instrumento de Codependencia (ICOD) (Noriega, 2011).

Recordemos que la codependencia fue definida para este estudio de la siguiente manera:

“Un problema de relaci3n dependiente de la pareja, caracterizado por frecuentes estados de insatisfacci3n y sufrimiento personal, donde la persona se enfoca en atender las necesidades de su pareja y de otros, sin tomar en cuenta las propias; se asocia con un

mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora hacia los demás" (p. 2).

La definición de dichos factores es la siguiente:

MECANISMO DE NEGACIÓN

Mecanismo de defensa que evita ver y experimentar una realidad que resulta difícil enfrentar. Se manifiesta con autoengaños y justificaciones, por medio de los cuales la persona descalifica sus pensamientos y emociones, de manera no consciente, a la vez que evita contacto con otras personas que puedan confrontarla con su realidad; asimismo, presenta dificultades para establecer límites con la pareja y confusión al pensar en sus asuntos porque no reconoce su problemática personal.

DESARROLLO INCOMPLETO DE LA IDENTIDAD

Se debe a un desarrollo infantil o adolescente interrumpido por situaciones disfuncionales en la familia de origen, en donde la persona desde su niñez toma un papel de responsabilidad precoz, a la vez que invierte el papel de padre o madre con sus progenitores y queda atrapada en una simbiosis no resuelta con ellos, a la espera de algún día poder cubrir sus anheladas necesidades de apoyo, cuidados y protección. Por ello, vive en función de cubrir las necesidades de los demás como una manera de compensar sus propios sentimientos de miedo e inseguridad y le resulta difícil tomar decisiones.

REPRESIÓN EMOCIONAL

La persona no expresa su disgusto porque teme ocasionar problemas y perder la aceptación de otras personas. Trata de ser prudente y comprensiva con todos, a la vez que reprime sus emociones y sentimientos por periodos prolongados para adaptarse a los estilos de vida de los demás. Procura mantener el control para evitar conflictos, discusiones o situaciones desagradables, desarrollando a la vez un fuerte sentimiento de ansiedad. Cuando finalmente expresa sus emociones, lo hace de manera descontrolada con violencia o enfermándose, concluyendo que no debe confiar y que tiene que hacer todo sola.

ORIENTACIÓN RESCATADORA

Para sentirse segura de sí misma, la persona trata de controlar su ambiente tratando de resolver los problemas de otros. Sus actitudes de perfeccionismo, trabajo desmedido y exagerada responsabilidad, la llevan a comprometerse con situaciones que le disgustan y a sentirse agotada; sin embargo las acepta de manera abnegada porque es así como se siente querida y valorada por los demás.

En el plan de tratamiento y en las técnicas de intervención veremos la manera de trabajar con cada uno de estos factores en la psicoterapia.

PLAN DE TRATAMIENTO

Una vez obtenido el diagn3stico se procede a realizar un plan de tratamiento donde el objetivo principal ser3 que la paciente pueda restablecer el contacto con sus experiencias internas a trav3s de la relaci3n terap3utica, como vimos desde la primera entrevista con Mar3a. Mientras tanto habr3 que ir planeando las intervenciones necesarias para facilitar la consciencia del gui3n y trabajar en el estado del yo que corresponda a cada asunto pendiente de resolver.

Me parece necesario y realista el aclarar que el gui3n de vida no desaparece de inmediato, las intervenciones del terapeuta sirven para facilitar el desarrollo de la consciencia emocional, cognitiva y conductual, sin embargo el darse cuenta es un proceso de aceptaci3n y crecimiento personal, al mismo tiempo que la paciente va reconociendo que dicho gui3n fue creado por ella misma y/o introyectado de alguna de sus figuras parentales, como una defensa para sobrevivir ante situaciones adversas que tuvo que enfrentar en su pasado y que ahora se manifiesta como una parte de su personalidad.

No obstante, tambi3n ser3 importante que pueda darse cuenta que hoy en d3a, dicho gui3n ya no le est3 funcionando, sino que al contrario, ahora le produce un malestar interno y desencuentros en sus relaciones, por lo que habr3 que actualizarlo.

Esto lo podr3 hacer conforme vaya reconociendo sus estados del yo Padre y Ni3o que se encuentran disociados, con la finalidad de hacerlos conscientes, a este proceso se le conoce como el desarrollo de un Adulto integrador.

Conforme esto va sucediendo, las respuestas autom3ticas de la paciente desde su gui3n se van debilitando, debido a que deja de reforzar las sinapsis neuronales que ha fijado a trav3s del condicionamiento de muchos a3os. A la vez va aprendiendo a responder ante los est3mulos de una manera diferente, con opciones conscientes que realmente le permiten protegerse y sentirse bien consigo misma. De esta manera, aprende a establecer una relaci3n de contacto con ella misma y con otras personas, donde existe equidad, paz y respeto. Esto le permitir3 desarrollar su productividad, mejorar su salud y su calidad de vida en general.

Suele suceder que las conductas del gui3n aparezcan nuevamente cuando la persona se encuentra bajo momentos de intenso estr3s, o cuando el Adulto se encuentra debilitado debido a la fatiga f3sica o mental, la falta de sue3o o de alimentaci3n, el padecimiento de alguna enfermedad, o el consumo de drogas. Sin embargo, si la paciente ha logrado desarrollar su consciencia (Adulto), le ser3 m3s f3cil el darse cuenta y parar las conductas inadecuadas, de una manera gentil, amorosa y comprensiva con ella misma, lo que corresponde a desarrollar un Padre Nutritivo interno; porque como ya hemos visto el cambio se produce a trav3s de la aceptaci3n consciente y no sucede cuando la persona se lo impone con juicios o cr3ticas severas que le llevan a reforzar la lucha consigo misma y con los dem3s.

Es as3, como el paciente podr3 ir aceptando que cuenta con la opci3n de tomar las decisiones en su vida desde, su gui3n, o fuera del gui3n; siendo por supuesto la segunda opci3n la recomendable, dado que la primera suele estar acompa3ada de conductas patol3gicas, com3nmente llamadas neur3ticas. Este es el proceso por el cual el paciente atraviesa en la terapia, junto con su terapeuta que le acompa3a y gui3a en los momentos de las inevitables regresiones o reca3das.

ETAPAS DE TRATAMIENTO

Como guía, conviene que el terapeuta tome en cuenta las etapas por las que suele atravesar, el paciente, las cuales pueden variar en el orden o presentar regresiones que requieran de volver a tratar asuntos aún pendientes de resolver. Dependiendo de cada caso dichas etapas son las siguientes:

- Establecer una alianza terapéutica basada en el contacto y la empatía.
- Acordar el contrato de terapia.
- Descontaminación del estado del yo Adulto.
- Desarrollo de un estado del yo Adulto integrador.
- Des-confusión del Niño interno.
- Desarrollo de un Padre Nutritivo interno.
- Trabajo de autorreparentalización en el estado del yo Padre.
- Trabajo de rededición en el estado del yo Niño.
- Reaprendizaje para permanecer fuera del guión.
- Conclusión del tratamiento.

Las etapas mencionadas se encuentran basadas en las etapas de psicoterapia propuestas por Petruska Clarkson (1992), con algunas modificaciones que yo hago en base a mi experiencia clínica.

Para que los pacientes puedan rededecir sus guiones de vida, es necesario que el terapeuta facilite en el paciente la descontaminación de su Adulto, la des-confusión de su estado del yo Niño, el desarrollo de un Padre Nutritivo interno y que realice las intervenciones necesarias para producir cambios estructurales en sus estados del yo Padre y Niño, a la vez que le facilita el aprender a confiar en su estado del yo Adulto.

Hoy en día, existen varias técnicas en la psicoterapia con análisis transaccional enfocadas al cambio de los guiones de vida. Las que más utilizo, en el tratamiento de la codependencia son: la "Autorreparentalización" (James, 1981, 1985) y la "Terapia de Rededición" (Goulding y Goulding, 1979). Con la primera se trabaja con el estado del yo Padre para reestructurarlo. La segunda tiene por objetivo el trabajar con el estado del yo Niño, para modificar las decisiones tempranas, que contienen las creencias en las cuales se encuentra fundamentado el guión. Ambas técnicas las aplico en la psicoterapia en combinación con las otras que se describen.

Recordemos que el Contrato de tratamiento de María fue: "*Entender lo que me está sucediendo en la relación con Juan, aprender a establecer límites y reencontrarme conmigo misma*". Para el contrato administrativo María hizo un compromiso de asistir a cinco talleres, además de la terapia individual, con la finalidad de resolver su guión de manera más rápida y efectiva.

Durante el tratamiento se trabajó sobre los datos que arrojó el diagnóstico de María, tanto sobre la estructura de su personalidad, por medio del diagnóstico de sus estados del yo; el contexto en donde María se encontraba, a través de la evaluación de sus ocho áreas; y el resultado cualitativo que obtuvo en el ICOD, tomando en cuenta sus respuestas en los cuatro factores que conforman esta prueba. Durante las sesiones discutimos los resultados

en cada factor: Negaci3n, Desarrollo incompleto de la identidad, Represi3n emocional y Orientaci3n rescatadora, al mismo tiempo que se fueron aplicando las t3cnicas de intervenci3n necesarias tomando como base las etapas en el tratamiento.

Veamos ahora el plan de tratamiento que se sigui3 con María junto con las t3cnicas y procedimientos de intervenci3n en los cuatro factores del ICOD.

Este procedimiento tambi3n puede servir de gui3a para el trabajo con otros pacientes diagnosticados con el trastorno de codependencia.

Factor: Negaci3n

Descontaminaci3n del estado del yo Adulto

- Taller de Codependencia. (Noriega Gayol 2004).^{*1}
- Realizaci3n del contrato terap3utico.
- Establecer una fuerte alianza terap3utica entre paciente y terapeuta por medio del contacto, como se describe en la primera entrevista, para crear una relaci3n empática, aplicando las t3cnicas de indagaci3n, sintonizaci3n y involucramiento dentro de la relaci3n terap3utica. (Erskine y Trautmann, 1996).^{*}
- Descontaminaci3n del Adulto, aplicando las ocho operaciones terap3uticas: Interrogaci3n, Especificaci3n, Confrontaci3n, Explicaci3n, Ilustraci3n, Confirmaci3n, Interpretaci3n y Cristalizaci3n. (Berne, 1966).
- Explicaci3n de la funci3n de un estado del yo Adulto Integrador. (Tudor, 2003).

Factor: Incompleto desarrollo de la identidad

Intervenciones para reestructurar los estados del yo Padre:

- Taller de Autorreparentalizaci3n. (James, 1974 ^{*}, James, 1981; Noriega, 1995).
- Explicaci3n del Síndrome de pasividad. (Schiff y Schiff, 1971^{*}; Mellor y Schiff (1975, 1975b).^{*}
- Resoluci3n del impasse de primer grado. (Goulding y Goulding 1976).^{*}
- Aplicaci3n del Egograma (Dusay, 1972) ^{*} interno y externo de la paciente con la finalidad de facilitar el desarrollo de un Padre Nutritivo.
- Entrevista en el Padre. (Mc Neel, 1976).^{*}

Factor: Represi3n emocional.

Intervenciones para des-confundir y actualizar las decisiones tempranas en los estados del yo Niño:

- Taller de Redecisi3n. (Goulding y Goulding, 1979; Noriega, 1994; Noriega, 1997).
- Resoluci3n de los impasses de 2º Y 3º grado. (Goulding y Goulding, 1976).^{*}
- Comprender las necesidades relacionales. (Erskine y Trautmann, 1996).^{*}
- Aplicaci3n del Perfil de Caricias. (Stewart y Joines, 2007).

Factor: Orientaci3n rescatadora

Intervenciones para resolver los juegos psicol3gicos y el gui3n de vida:

- Taller de Educaci3n Emocional. (Basado en Steiner, 1998).
- Triángulo Dramático. (Karpman, 1968).^{*}
- Resolver el Plan de juegos. (James, J. 1973).
- Comprender el Sistema de Rebusques. (Erskine y Zalcman, 1979).^{*}
- Aplicaci3n de la Matriz de Gui3n. (Steiner, 1966).^{*}

¹ A continuaci3n todas las referencias marcadas con ^{*} se pueden consultar traducidas al espa3ol en el libro: Desarrollo y Evoluci3n del Análisis Transaccional: Premios Eric Berne 1971-2008 (Noriega Gayol, 2009).

Cierre del tratamiento

- Taller de Crecimiento Espiritual.

Como cierre al tratamiento María participó en un Taller de Crecimiento Espiritual, que se lleva a cabo en un sitio apartado de la ciudad para facilitar el contacto con la naturaleza, con una duración de cuatro días. La finalidad es la integración holística de mente, cuerpo y espíritu, que aunque se toma en cuenta desde el inicio del tratamiento, aquí se suma a la experiencia práctica de enfatizar la dimensión espiritual. Cabe aclarar que este taller funciona tanto para las personas laicas, como para las que practican alguna religión, debido a que el enfoque va más allá de cualquier creencia religiosa.

DIMENSIÓN ESPIRITUAL

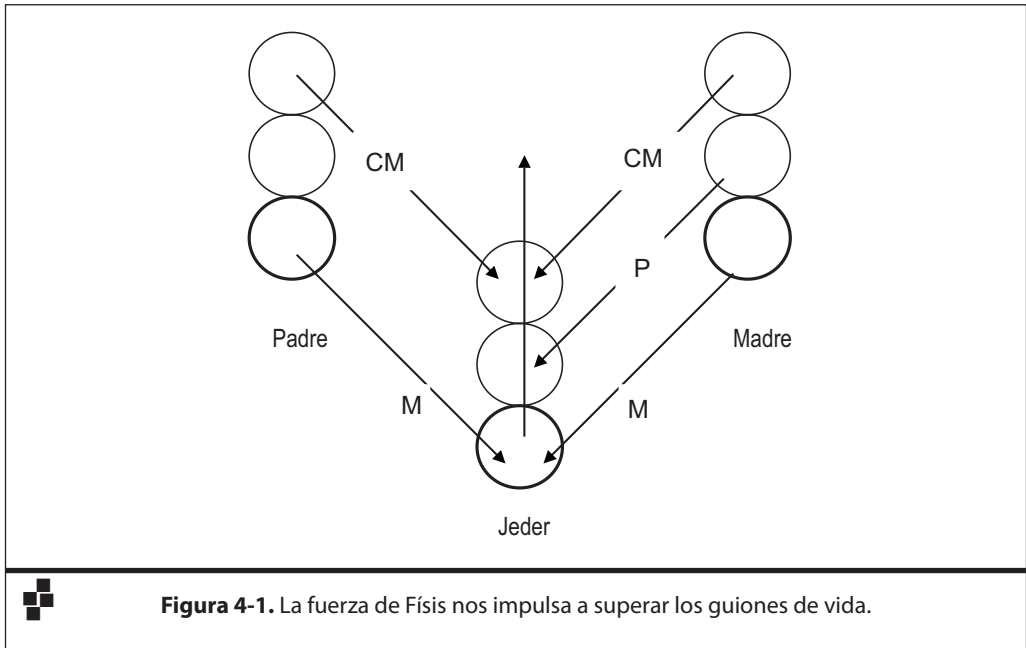
La existencia de un espíritu universal no se puede negar, al menos que nos encontremos demasiado bloqueados en nuestra sensibilidad por las defensas que desarrollamos para sobrevivir o por las creencias que nuestros ancestros nos inculcaron. El espíritu es nuestra esencia vital que compartimos con toda la naturaleza: de las piedras a las estrellas, con las plantas, los animales, los autores en la literatura, la música y el arte, así como a través del contacto con otros seres humanos (Buber, 1958).

DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Durante el tiempo en que llevé a cabo mi formación con la Dra. Muriel James, tuve la oportunidad de asistir a varios talleres de Crecimiento Espiritual que ella impartía en Lago Tahoe, junto con su hijo John James. Muriel y John desarrollaron una rama de la psicología transpersonal dentro del análisis transaccional, empezando por aplicarla en estos talleres desde 1980. Las experiencias que viví con ellos y con mis compañeros provenientes de diferentes razas y nacionalidades fueron muy enriquecedoras y dejaron huellas significativas en mi vida.

Aprendí que todos los seres humanos tenemos un Centro Interno Espiritual (*Inner Core*) al cual podemos acceder por medio de siete impulsos: de vivir, de libertad, de comprender, de crear, de disfrutar, de contacto y de trascender. Todos los seres humanos somos únicos y diferentes física y mentalmente, aun siendo hermanos gemelos, tenemos diferentes huellas digitales y nuestros estados del yo también son diferentes, a pesar de haber vivido experiencias similares. Lo único que todos tenemos en común es nuestro Centro Interno Espiritual que compartimos con la Naturaleza. (James y James, 1991).

Desde 1983 he venido haciendo este taller en México, en donde por medio de ejercicios en espacios cerrados y abiertos se facilita el contacto con estos impulsos para acceder a nuestro Centro Interno Espiritual. Los asuntos no resueltos y la psicopatología obstaculizan el contacto con el centro espiritual, por lo que recomiendo hacerlo aunado a un trabajo de crecimiento personal.



Años atrás, Eric Berne (1957) planteó el concepto de Fisis (Physis) como una fuerza de la naturaleza que va más allá del guión. La ilustró utilizando la matriz de guiones con una flecha vertical que surge desde el estado del yo Niño de Jeder (un ser humano cualquiera) y va más allá de su propia personalidad (Berne, 1974, p. 147). Es una fuerza natural que todos tenemos para superar la adversidad y los guiones de vida (figura 4-1).

Fuerza de Fisis

En palabras de Berne (1957, p. 89), Fisis es “una fuerza de la Naturaleza, que eternamente prospera haciendo que las cosas crezcan y se perfeccionen”. (Berne, 1968, p. 89).

Petruska Clarkson (1992) nos recuerda que los estoicos identificaban a Fisis como el principio activo de energía en la Naturaleza que nos mueve hacia el desarrollo a través de un crecimiento espontáneo.

Fisis representa a la fuerza espiritual que nos conecta por igual a todos los seres vivos con la naturaleza. La auto-actualización y el cambio no es un trabajo fácil, requiere del tiempo necesario para tomar consciencia e ir aceptando nuestros patrones de pensamiento, sentimientos y conductas que conforman el guión. Sin embargo, es necesario que cada uno de nosotros asuma su responsabilidad porque somos un eslabón en la cadena generacional que necesita abrirse para permitir el libre fluir de la energía de Fisis a las siguientes generaciones.

Filosofía del análisis transaccional

El análisis transaccional se encuentra fundamentado en una filosofía humanista que sostiene los siguientes principios:

- Las personas nacemos con la posición existencial “Yo estoy bien – Tú estás bien” y si la hemos perdido podemos recuperarla.
Yo estoy bien – Tú estás bien, es la posibilidad de relacionarnos desde una postura de respeto y equidad a pesar de las diferencias, de tener una apertura de confianza en la vida y en las personas, y de honrar el centro interno de otros como una parte del propio y de toda la naturaleza misma.
- Todos tenemos la capacidad de pensar. Aún las personas con trastornos mentales tienen su propia forma de pensar, que podemos comprender y respetar.
- Uno decide su propio destino y estas decisiones pueden cambiarse.
- El guión de vida se encuentra basado en decisiones tempranas, podemos reconocerlas, ver los efectos que están teniendo en nuestra vida y actualizarlas. Aún ante las situaciones de catástrofes naturales contamos con la libertad para decidir la manera de afrontarlas.
- Comunicación abierta, sencilla y clara.
- El poder de cambiar está en el paciente. El trabajo del terapeuta es el de empoderar al paciente, es decir el facilitar que recupere la seguridad en sí mismo. No se refiere a las luchas de poder en donde uno pierde y el otro gana, sino al hecho de recuperar nuestro sitio en el mundo.
- Permiso a disfrutar de la vida y del proceso de crecer. El crecimiento es un proceso de por vida.
- Todos los seres humanos tenemos un centro orientado hacia el amor, la salud y el desarrollo. El potencial de auto-actualización surge cuando uno mismo, o alguien más, reconoce este centro positivo.

Estos principios filosóficos del AT son parte de la formación de todo analista transaccional y se espera que los practique en su trabajo, su comunicación, vida familiar, contacto con la sociedad, con las diferentes culturas y con el mundo en general.

Fuerza de la meditación

Desde hace varios años me ha interesado aprender tradiciones y prácticas orientales enfocadas en la salud mental, que puedan ser aplicadas en la cultura occidental y particularmente en mi trabajo. Fue así como después de practicar diversos métodos me he quedado con la práctica de la meditación Vipassana (Goldstein y Kornfield, 1996), basada en el Budismo Theravada y enfocada en la atención plena (mindfulness), que se practica en algunos países del sudeste asiático, así como también en el mundo occidental.

El método en realidad es muy simple, sin embargo no lo es tanto la práctica porque requiere de una disciplina diaria y de un maestro que sepa guiarnos, además de que cuando se practica en grupo resulta ser más efectiva.

Para mí fue realmente revelador un retiro de silencio, de diez días, en donde la práctica fue dirigida por monjes y monjas que vinieron de Tailandia, así como por algunos mexicanos que han sido mis maestros.

Esto me llevó en noviembre de 1998 a estudiar un Diplomado en Budismo y también pude conocer la rama del budismo Mahayana, que se practica principalmente en China, Tibet, Corea, Japón y Vietman.

La filosofía del budismo, para mí ha sido de gran utilidad, tanto en mi persona como en la práctica de la psicoterapia, porque permite comprender y aplicar los conceptos de aceptación, compasión, desapego, impermanencia y gratitud. Además de que encuentro estos principios afines con la filosofía humanista del análisis transaccional.

No me considero ninguna experta en budismo, creo que aún me falta mucho por conocer, sin embargo procuro practicar todos los días, así como extender la práctica con mis pacientes, por considerar a la meditación de gran utilidad para el desarrollo de la atención plena, debido a que facilita el contacto con uno mismo, con los demás y con el mundo que nos rodea, a la vez que permite el desarrollo de la consciencia. Cabe mencionar, que yo solía ser distraída y estoy aprendiendo a mantener mi atención en el presente a través de esta práctica.

En los últimos años han sido publicados varios libros y artículos que desde una base científica validan la práctica de la atención plena, como un método de ayuda para tratar problemas de salud tanto física como mental.

En su libro *The Mindful Brain* (La Mente en Atención Plena), Daniel Siegel (2007), describe su experiencia personal en un retiro de silencio practicando la meditación Vipassana, a la vez que explica la activación de las funciones cerebrales por medio de la práctica, la función transformadora de la meditación en la fisiología cerebral y en la vida mental, así como en el cultivo del bienestar. Menciona también una serie de beneficios que proporciona la práctica, desde el balance emocional, el mejoramiento de las funciones cardiacas y del sistema inmunológico. Además facilita el desarrollo de la empatía y la auto-comprensión, permitiendo enfrentar las dificultades de la vida con un sentido de equilibrio y claridad, a la vez de profundizar el contacto con otros y con nosotros mismos.

(Kabat-Zin, 2009), en su libro *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (La Vivencia de la Catástrofe Completa: Utilizando la Sabiduría del Cuerpo y la Mente para Enfrentar Estrés, Dolor y Enfermedad), describe la manera de manejar el estrés a través de la meditación en asuntos de prevención, acompañamiento y hasta posible remisión de enfermedades.

Recientemente, unos colegas analistas transaccionales de Slovenia, publicaron un artículo titulado "Mindfulness – Based Transactional Analysis" ("Análisis Transaccional basado en la Atención Plena") (Zvelc, Cernetic y Kosak (2011)). Los autores se enfocan en el desarrollo de la atención plena para utilizarla en el tratamiento de los estados del yo Padre y Niño, los patrones del guión, las emociones no placenteras y las transacciones incómodas. Además de facilitar en el terapeuta su capacidad de mantenerse completamente presente en la psicoterapia.

Conforme he estado leyendo a estos autores y a otros más, me he sentido acompañada por ellos en la aplicación de esta práctica con mis pacientes. Me apasiona el resultado de los estudios porque los corroboro en la práctica clínica, por esta razón incluyo a la meditación en el Taller de Crecimiento Espiritual.

También recomiendo a mis pacientes y alumnos la práctica del yoga, especialmente los métodos de Hata Yoga o Yoga Iyengar, dado que la práctica corresponde a una meditación en movimiento, que nos permite entrar en contacto con nuestro cuerpo sin forzarlo, aceptando las habilidades que vamos adquiriendo, así como nuestras limitaciones. Al igual que con el cuerpo, cuando aceptamos la resistencias de nuestra mente, sin juicios ni desesperación, y sin querer ver lo que vendrá después, dichas resistencias van cediendo poco a poco, a la vez que desarrollamos flexibilidad y consciencia.

Los testimonios de los participantes después este taller han reportado mayor claridad mental, paz interior, mejoramiento en su autoestima, calidad de vida y relaciones interpersonales porque les ha permitido el mirarse desde un contexto más amplio, donde el blanco o negro ya no existen como polaridades, sino que uno es parte de un todo, generando un amplio sentido de confianza en la vida y en el universo, en el cual finalmente todos somos uno.

AUTONOMÍA DEL GUIÓN

La autonomía del guión es el objetivo final en el tratamiento con análisis transaccional. Eric Berne (1964) definió la autonomía de manera diferente a los diccionarios, pensando que una persona autónoma es aquella que se permite recuperar tres capacidades básicas: Consciencia, Espontaneidad e Intimidad.

El referirse a recuperar es partir de la premisa de nacer con estas capacidades, mismas que vamos perdiendo a través de nuestro desarrollo, en la convivencia con los padres, familia y sociedad.

La **consciencia** significa vivir aquí y ahora, darse cuenta de las situaciones repetitivas en las que uno se involucra y desarrollar un robusto estado del yo Adulto. Se logra a través de una continua descontaminación del Adulto, conforme vamos resolviendo los prejuicios que hemos introyectado en el Padre; y descubrimos en el Niño las formas de adaptación que elegimos desde la niñez para obtener la atención y aceptación que necesitábamos.

La **espontaneidad** se refiere a descubrir opciones para vivir mejor, resolver problemas y comunicarse de manera más efectiva. Es nuestra capacidad de elegir entre lo aprendido aquello que realmente queremos conservar y modificar las creencias limitantes. Es recuperar la capacidad de reconocer y decidir lo que queremos expresar, es la libertad de construirse a sí mismo y decidir el estilo de vida que queremos tener para disfrutar más de la vida.

La **intimidad** se entiende como la comunicación franca y honesta con otra persona. Para ser auténtico con otro primero necesitamos ser auténticos con nosotros mismos desarrollando nuestra capacidad de auto-observación, para descubrir y aceptar nuestras fortalezas y debilidades. Es recuperar nuestra capacidad para establecer contacto emocional, físico y espiritual, primero con uno mismo, para así poder hacerlo también con otras personas. Es desarrollar nuestra intuición para reconocer a las personas en las que podemos confiar para establecer relaciones auténticas y valiosas, libres de juegos psicológicos, donde podamos compartir amor, respeto y confianza.

James y Jongeward (1976) definieron la autonomía de la siguiente manera: "Ser autónomo significa gobernarse a sí mismo, determinar el destino propio, aceptar responsabi-

MANDATOS	PERMISOS
No vivas o no existas	¡Puedes vivir incondicionalmente!
No seas tú mismo	Se tú mismo, hombre o mujer
No te acerques	Puedes estar cerca, intimar y amar
No pienses	Puedes pensar claro
No sientas	Puedes sentir y expresar lo que sientes
No crezcas	Puedes crecer y ser un adulto
Crece rápido	Puedes atender tus necesidades y disfrutar
No seas importante	Tú eres importante
No hagas	Puedes hacer cosas y terminar lo que inicias
No pertenezcas	Puedes pertenecer a grupos y a personas
No estés sano o bien	Puedes estar sano y bien
No tengas éxito	Puedes tener éxito
No me superes	Puedes superar a tus ancestros

alidad por las acciones y los sentimientos propios y deshacerse de patrones inaplicables e inapropiados para vivir en el aquí y el ahora” (p. 250).

Para desarrollar autonomía necesitamos darnos **permisos** que sirvan para liberar las prohibiciones de los mandatos. Un permiso es toda acción enfocada en hacer las cosas fuera del guión. En esta tabla vemos en la columna a la izquierda los mandatos enunciados por Robert y Mary Goulding (1976, 1979), y a la derecha algunas sugerencias de permisos que puede uno darse para ejecutar la correspondiente acción liberadora.

ADULTO INTEGRADOR

Es a través del estado del yo Adulto que experimentamos la consciencia, así como la atención plena durante la meditación, dado que es el único estado del yo que funciona en el aquí y ahora, registrando lo que sucede por medio de la observación.

Cuando las personas se mantienen en su Adulto dejan de responder de manera impulsiva a los estímulos externos, a la vez que reconocen sus pensamientos y logran interrumpir los diálogos internos a cambio de un pensamiento claro.

Es común encontrar personas que practican el análisis transaccional dejando de lado la importancia del estado del yo Adulto, seguramente se debe en parte a que hasta hace pocos años no fue un concepto teórico que se hubiese revisado a fondo. Algunos inclusive llegaban a creer que era un estado del yo insensible, serio, aburrido, que únicamente sirve para hacer las cosas de una manera mecánica. Otros siguen conceptualizando al Adulto como Berne (1961) lo hizo en una de sus definiciones iniciales: “el Adulto funciona como una computadora que almacena datos para procesarlos”.

Sucede que Berne murió dejando varios de sus manuscritos inconclusos y por ende también algunos de sus conceptos teóricos presentan diversas definiciones. A partir de su

muerte sus seguidores nos hemos dado a la tarea de revisar sus conceptos, desarrollarlos y actualizar la teoría con nuevas aportaciones, donde el concepto del estado del yo Adulto no ha quedado excluido.

No es el tema que nos concierne el discutir los diferentes enfoques teóricos sobre el estado del yo Adulto a través de los años, simplemente quiero puntualizar mis conclusiones a partir de la auto reflexión basada en experiencia personal, aportaciones de otros autores y observaciones en la práctica clínica.

El estado del yo Adulto es la única parte de nuestra personalidad que funciona en el presente. Los estados del yo Padre y Niño son un producto del pasado.

Además el Adulto tiene la facultad de organizar los estados del yo Padre y Niño que comúnmente se encuentran disociados de la consciencia, es decir, tiene la capacidad de observarlos, reconocerlos, actualizarlos e integrarlos para ser utilizados de manera consciente en la vida actual.

Keith Tudor (2003), describe al estado del yo Adulto Integrador de la siguiente manera:

“...expansivo y en continuo desarrollo, se caracteriza por una personalidad pulsante, procesando e integrando sentimientos, actitudes, pensamientos y conductas apropiados al aquí y ahora – en todas las edades desde la concepción hasta la muerte. Este estado del yo centrado en el presente tiene la habilidad y capacidad para actuar de manera autónoma (con consciencia, espontaneidad e intimidad), de reír, divertirse y hacer bromas, de aprender, de desarrollar y mantener una consciencia crítica, de aspirar, de expresar ambivalencia y decepciones, de tener un sentido de comunidad, justicia social, espiritualidad y mucho más...” (pp. 201).

“ El Adulto Integrador describe la capacidad del individuo para reflexionar e integrar sus propios estados del yo arcaicos, así como sus introyectos pasados, y puede ponerlos al servicio de sus relaciones centradas en el presente.” (pp. 202).

De esta manera el desarrollo de un Adulto Integrador permite la actualización, la aceptación de la madurez y la sabiduría, facilita la autonomía y se convierte en nuestro mejor aliado en la vida.

Testimonio de María

Al concluir su tratamiento María escribió lo siguiente:

“Me he dado cuenta que me sentía atrapada y sin saber qué hacer en mi relación con Juan porque estaba confundida y no podía pensar con claridad. Lo que realmente me sucedía es que desde hace muchos años me perdí a mí misma. Desde niña desarrollé un guión de codependencia para defender a mi madre de las agresiones de mi padre. Esto me llevó a crecer de manera rápida porque fue la forma que encontré para sentirme segura y reconocida por mi madre, me olvidé de mí y desde entonces vivía pendiente de las necesidades de los demás, que me apreciaban por cuidar a otros y ser responsable, aunque internamente yo me sentía muy amargada.

Con Juan estaba viviendo algo similar a la relación con mis padres, sentía un gran miedo a que se enojara y me abandonara como lo hizo mi padre cuando yo era niña. Por eso procuraba ser comprensiva y complaciente, siempre pensando en que algún día él iba a cambiar, a pesar de que nuestra relación enferma también estaba afectando a nuestros hijos.

En la terapia acepté que no podía cambiar a Juan, pero que yo sí quería un cambio de vida. Lo que más me ayudó, aparte de la terapia personal, fue el Taller de Codependencia para aceptar que estaba viviendo con éste problema y el reencuentro que tuve con mi niña interna en el Taller de Autorreparentalización, al sentir que yo podía ser una buena madre para mí misma y que ¡nunca me abandonaría!

Aprendí a expresar lo que sentía y a decirle a Juan lo que me gusta y lo que no acepto, también me mantuve firme y seria ante sus amenazas. Fue así, como después de uno de los pleitos en que Juan se puso agresivo yo decidí finalmente dejarlo. Cuando Juan regresó a casa, se encontró con que los niños y yo ya no estábamos, se puso como loco, buscó a mi familia y a la suya, quienes para entonces ya estaban enterados del problema y me apoyaban. En medio de su desesperación buscó a mi terapeuta, ella le sugirió hablar del asunto con el terapeuta que le había recomendado.

Como Juan me quiere y además le interesa conservar unida a la familia, decidió continuar su terapia y dejó de beber. Después de un año de vivir separados, cuando vi que él realmente estaba cambiando acepté volver a casa con los niños, porque yo también lo amo y lo entiendo, más eso de entenderlo ya no será para mí nunca más una justificación de sus conductas violentas y él lo sabe. Ahora he vuelto a trabajar, me va muy bien y además he retomado mi profesión. Puedo decir que si yo quisiera podría vivir sin él, siendo autosuficiente económicamente para mí y mis hijos.

Por supuesto, al volver con Juan nuestro nivel económico mejoró notablemente, debido a que ahora en la familia hay dos ingresos. Ahora Juan coopera al igual que yo en las labores del hogar y con el cuidado de los niños. He vuelto a reconectarme con mi familia y con mis amigos que ya me perdonaron por haberme alejado. Algo muy importante fue el perdonarme a mí por haberme abandonado durante tanto tiempo, también comprendí, que por el sentimiento de vergüenza que me invadía desde niña y por un falso orgullo, negaba aceptar el apoyo de las personas que me quieren. Los niños están muy contentos, Juan también y yo más porque me he reencontrado a mí misma.

Estos dos últimos años de mi vida me han marcado positivamente porque me he dado cuenta de muchas cosas. La terapia personal, los talleres que he tomado y ahora el grupo de terapia al que pertenezco han rebasado por mucho mis expectativas. Agradezco a todas las personas que han contribuido en mi crecimiento, a mi familia, mis amigos y especialmente a mi terapeuta, porque Juan y yo hemos logrado convertir este periodo tan difícil de nuestras vidas en una experiencia constructiva que nos ha llevado a iniciar un proceso de evolución y de crecimiento personal."

María

Conclusiones

El caso de María fue especial, logró cambiar ella misma y su valor motivó el cambio de Juan, un hombre que también había dejado de ser el mismo para convertirse en su padre que añoraba y a la vez rechazaba, además trataba de anestesiar sus sentimientos de vulnerabilidad a través del alcohol, intentando mostrar una imagen de superioridad ante los demás.

Sin embargo, el resultado no siempre es así, algunas veces el paciente o la pareja no responde a la terapia, ya sea por orgullo, porque no existe amor suficiente o por aferrarse a la resistencia que suele aparecer. Aún en esos casos, la persona codependiente, puede vivir el duelo de la relación y utilizar su experiencia para no repetir el mismo guión en otras relaciones.

De cualquier manera, ya sea con pareja o sin pareja, el reencuentro con uno mismo vale la pena, el saber que no se está solo porque cuenta con su propio apoyo. Además deberá uno aprender a elegir a las personas con las que se quiere relacionar para compartir relaciones de equidad en el dar y recibir, en donde exista respeto, valoración mutua y disposición para afrontar las diferencias de manera honesta.

Un grupo de terapia fue la opción que María tomó al concluir su contrato, con la finalidad de contar por más tiempo con un grupo de apoyo que le permitiera seguir reflexionando y reforzando su crecimiento. Seguirá en él hasta que ella considere que es el momento de dejarlo, sabiendo de antemano que cuenta con una base segura para retomarlo en cualquier momento de la vida en que pudiera necesitarlo.

Ahora María, además del desarrollo en su personalidad, cuenta con una consciencia espiritual que le permitirá afrontar de mejor manera las situaciones adversas de la vida. A la vez confía en su Adulto que le ha permitido conocerse y aceptarse como es, ahora sabe que la vida misma le seguirá presentando las oportunidades que necesite para seguir evolucionando positivamente, que puede pedir ayuda si la necesita, y puede disfrutar del proceso de crecer.

El guión no desaparece, hay que reconocer que éste es la parte de nosotros que creamos para sobrevivir ante situaciones adversas y que por lo tanto ha tenido para nosotros una función protectora, no obstante, lo que en un tiempo nos funcionó, hoy necesita ser actualizado porque las circunstancias de la vida y nosotros como individuos vamos cambiando a través de los años.

La mayoría de las personas, al igual que algunos terapeutas, creen que el cambio es una situación de fuerza de voluntad e inclusive lo consideran como un reto. El cambio no debe de ser así, porque de esta manera no se alcanzaría la paz que nos permite desarrollar la consciencia, sino que al contrario, se comienza una lucha interna, es decir en un estado de guerra, presión y sometimiento que se va a reflejar en nuestras relaciones, además de que nos sentimos frustrados cuando no lo logramos.

Reitero que el cambio es paradójico porque se produce a través de la aceptación, que no es el tomar una actitud conformista, ni el entrar en un estado de mediocridad, significa aceptar que el guión es parte de la estructura de nuestra personalidad, que puede aparecer cuando

estamos cansados, enfermos, tenemos hambre o pretendemos responder a todas las demandas del exterior, sin tomar en cuenta nuestras propias necesidades y limitaciones.

También entramos en nuestro guión cuando nos encontramos “distruidos”, cuando se nos olvida quiénes somos, es decir, cuando volvemos al falso ser que en algún momento creamos como un guión para afrontar las situaciones difíciles y los sentimientos que nos lastimaban en la niñez.

Vivir fuera del guión es reconocer nuestro verdadero ser, nuevamente el asunto es paradójico, cambiar no es pretender “superarnos”, ni querer ser diferentes de cómo somos, el verdadero cambio es dejar nuestros disfraces y armaduras para volver a ser quienes somos en realidad. Desde este lugar se podrá mirar al mundo con mayor claridad desde nuestro Adulto y ver que tenemos la opción de tomar decisiones desde el guión o fuera del guión. Por supuesto, la segunda será la mejor, porque las decisiones tomadas desde el guión sólo nos servirán para seguirlo reforzando.

A la vez que trabajamos con nuestras emociones en terapia, vamos aprendiendo a ver nuestras limitaciones sin juicios, así como las de otras personas con las que hemos tenido una convivencia cercana. Esto permite dejar ir poco a poco nuestros resentimientos, y en muchos casos perdonar, partiendo del principio de la comprensión y compasión, porque cada quien da lo que tiene, aunque muchas veces si lo que tienen son una serie de carencias no pueden dar más y lastiman a otras personas.

Podemos llegar a reconocer que nuestros mejores maestros han sido las personas que nos han hecho sufrir, decepcionado o lastimado, porque los momentos en que más hemos crecido han sido en medio de algunas situaciones difíciles que nos llevaron a mirarnos y a reconsiderar nuestras acciones. A todas esas personas y situaciones podemos mirarlos con compasión e inclusive con agradecimiento, no es fácil y tampoco lo tenemos que hacer, sólo se trata de pensar que es una opción más dentro de nuestro proceso de crecimiento personal.

En la terapia, al igual que en la vida cotidiana, la compasión es acompañar al otro en su dolor, muy diferente de la lástima que significa hacer menos a la persona. Con compasión podemos comprender y respetar el proceso propio y de los pacientes mientras los acompañamos en su proceso de cambio.

El guión de codependencia es un patrón de vida que atraviesa generaciones (Noriega Gayol, 2010). De manera similar al alcoholismo, la codependencia corre por familias pasando de una generación a otra (Noriega Gayol, 2004; 2009).

En este tipo de familias, el precipitar el crecimiento de alguno de los hijos resulta ser una necesidad para todos; sin embargo ese hijo sufre en silencio y sin darse cuenta termina por repetir el mismo guión que trató de evitar entre sus padres.

El alcoholismo, la violencia familiar, las carencias afectivas en la infancia, así como la inversión de roles que dan lugar al establecimiento de relaciones disfuncionales pueden producir relaciones de codependencia, donde el amor duele, las pasiones se confunden y las necesidades insatisfechas de protección, ternura y confianza impulsan a las mujeres y a los hombres a buscar con desesperación en la pareja y en otras personas, la satisfacción de sus necesidades no cubiertas desde la niñez, algo que nunca habrán de encontrar porque corresponde al pasado.

En lugar de pasar la vida rescatando a su pareja, la persona codependiente necesita rescatarse a sí misma, definir su propia identidad y de ser posible junto con su pareja resolver la opresión de los guiones por género, familiares y culturales que limitan el desarrollo de ambos.

Para que la persona pueda lograr este cambio será necesario además de la toma de consciencia, el poder experimentar compasión, comprensión y amor por el Niño o Niña que vive en su cuerpo, a la vez que aprende a cuidarse, respetarse y protegerse. De esa manera, podrá sanar sus heridas, despedir el pasado y tendrá la posibilidad de establecer una relación de pareja sana, donde exista respeto, confianza y amor; una relación en la que se permita delimitar dónde termina ella y dónde empieza el otro. Así podrá funcionar como un buen modelo para sus hijos.

INSTRUMENTO DE CODEPENDENCIA (ICOD)

Dra. Gloria Noriega Gayol

Las siguientes preguntas tienen como fin conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en la relación de pareja. Favor de marcar con una "X" la respuesta que mejor corresponda.

	NO	SI			PUNTAJE PARCIAL
		POCO	REGULAR	MUCHO	
1. ¿Justifica a su pareja por las faltas que comete?	0	1	2	3	3
2. ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	0	1	2	3	2
3. ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	0	1	2	3	3
4. ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	0	1	2	3	2
5. ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0	1	2	3	3
6. ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	0	1	2	3	3
7. ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0	1	2	3	2
8. ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0	1	2	3	2
9. ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	0	1	2	3	2
10. ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	0	1	2	3	3
11. ¿Para no tener problemas evita decir lo que le molesta?	0	1	2	3	2
12. ¿Cuándo está contenta de pronto siente temor de que algo malo suceda?	0	1	2	3	3
13. ¿Por momentos se siente desprotegida?	0	1	2	3	3
14. ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	0	1	2	3	1
15. ¿Piensa que sería peor el tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	0	1	2	3	2
16. ¿Cree haber perdido la capacidad de sentir?	0	1	2	3	0
17. ¿Siente miedo de quedarse sola?	0	1	2	3	3
18. ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0	1	2	3	2
19. ¿Se siente confundida por sus sentimientos?	0	1	2	3	3
20. ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumada de trabajo?	0	1	2	3	3
21. ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0	1	2	3	2
22. ¿La manera de ser de su pareja le lleva a aislarse del resto del mundo?	0	1	2	3	2
23. ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	0	1	2	3	2
24. ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0	1	2	3	3
25. ¿Acepta tener relaciones sexuales, sin realmente desearlo, para no disgustar a su pareja?	0	1	2	3	0
26. ¿Sufre de dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	0	1	2	3	3
27. ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a ser criticada?	0	1	2	3	2
28. ¿La admiran por ser comprensiva, aunque otros hagan cosas que le fastidian?	0	1	2	3	2
29. ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	0	1	2	3	3
30. ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	0	1	2	3	1
PUNTAJE TOTAL					67

Instrumento de Codependencia (ICOD)

VERSIÓN PARA AMBOS SEXOS

Dra. Gloria Noriega Gayol

Las siguientes preguntas tienen como fin conocer las experiencias específicas que usted pudo haber vivido en la relación de pareja. Favor de marcar con una "X" la respuesta que mejor corresponda.

	NO	SI		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1. ¿Ha tenido que justificar a su pareja por las faltas que comete?	0	1	2	3
2. ¿En lugar de lo que usted quiere, hace lo que su pareja desea?	0	1	2	3
3. ¿Le cuesta mucho trabajo tomar decisiones?	0	1	2	3
4. ¿Le resulta difícil identificar lo que siente?	0	1	2	3
5. ¿Hace a un lado sus propios valores y convicciones por aceptar los de su pareja?	0	1	2	3
6. ¿Aparenta estar feliz aunque se sienta mal?	0	1	2	3
7. ¿Atiende las necesidades de su pareja antes que las suyas?	0	1	2	3
8. ¿Procura evitar enojarse por temor a perder el control?	0	1	2	3
9. ¿Hace cosas que le corresponden a otros miembros de su familia?	0	1	2	3
10. ¿Hace como si todas las cosas estuvieran bien en su vida, cuando realmente no lo están?	0	1	2	3
11. ¿Siente confusión por sus sentimientos?	0	1	2	3
12. ¿Cuándo se siente feliz de pronto siente temor de que algo malo suceda?	0	1	2	3
13. ¿Por momentos se siente sin protección?	0	1	2	3
14. ¿Le resulta difícil manejar situaciones inesperadas?	0	1	2	3
15. ¿Piensa que sería peor el tratar de resolver el problema que tiene con su pareja?	0	1	2	3
16. ¿Ha perdido la capacidad de sentir?	0	1	2	3
17. ¿Siente miedo a quedarse solo(a)?	0	1	2	3
18. ¿Evita expresar su opinión cuando sabe que es diferente a la de su pareja?	0	1	2	3
19. ¿Para evitar problemas no dice lo que le molesta?	0	1	2	3
20. ¿Acepta hacerse cargo de demasiadas cosas y después se siente abrumado(a) de trabajo?	0	1	2	3
21. ¿Se preocupa mucho por los problemas de otros?	0	1	2	3
22. ¿La manera de ser de su pareja le lleva a aislarse del resto del mundo?	0	1	2	3
23. ¿Permite groserías y malos tratos de su pareja?	0	1	2	3
24. ¿Siente mucho miedo de que su pareja se enoje?	0	1	2	3
25. ¿Acepta tener relaciones sexuales sin realmente desearlo para no disgustar a su pareja?	0	1	2	3
26. ¿Sufre de dolores de cabeza y/o tensión en el cuello y la espalda?	0	1	2	3
27. ¿Evita expresar sus sentimientos por temor a la crítica?	0	1	2	3
28. ¿Le admiran por su comprensión aunque otros hagan cosas que le fastidian?	0	1	2	3
29. ¿Le resulta difícil saber lo que realmente quiere hacer con su vida?	0	1	2	3
30. ¿Le cuesta trabajo aceptar formas de hacer las cosas que sean distintas a las suyas?	0	1	2	3

Total=

Perfil del terapeuta y el counsellor

PERFIL DEL PSICOTERAPEUTA Y EL COUNSELLOR

¿QUÉ SE NECESITA ESTUDIAR PARA TRABAJAR CON EL TRASTORNO DE CODEPENDENCIA DESDE EL ENFOQUE DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL?

Las respuestas son muy simples aunque la formación no lo es tanto, porque requiere de un compromiso de desarrollo profesional y de disposición para crecer como persona.

Para dedicarse a la psicoterapia es necesario haber estudiado psicología o medicina, debido a que estas profesiones proporcionan la formación clínica necesaria para realizar entrevistas, diagnósticos, historias clínicas, así como los conocimientos de psicopatología necesarios antes de realizar intervenciones regresivas.

El *counselling* es la relación de ayuda y acompañamiento con un cliente mientras se encuentra en el proceso de cambio. El trabajo de *counselling* se realiza en el aquí y ahora e incluye una psico-educación, por lo que no se aplican técnicas regresivas. Se requiere el haber estudiado una licenciatura que proporcione la preparación académica que va a necesitar para desarrollar un trabajo profesional.

En ambas profesiones será necesario el llevar a cabo una formación en análisis transaccional con especialidad, ya sea en psicoterapia o en *counselling* que permita adquirir los conocimientos necesarios para el diagnóstico y la aplicación de las técnicas e intervenciones terapéuticas que se utilizan en el plan de tratamiento del trastorno por codependencia.

Se emplea la palabra paciente cuando se trabaja en psicoterapia y cliente para el trabajo en *counseling*. A continuación seguiré utilizando la palabra "paciente", debido a que mi especialidad es en psicoterapia.

La formación en análisis transaccional puede durar de dos a cinco años, dependiendo de los conocimientos previos y experiencia de trabajo del alumno, así como de su interés para realizar los exámenes oral y escrito que lo acreditarán como Analista Transaccional Certificado (CTA), en la *International Transactional Analysis Association* (ITAA), el *Training and Certification Council of Transactional Analysts* (T&CC) y la *European Transactional Analysis Association* (EATA). Esta certificación es altamente recomendable porque valida a nivel mundial su trabajo profesional y la calidad de sus servicios en su área de especialidad. Posteriormente si le interesa dedicarse a la formación y supervisión de analistas transaccionales podrá realizar

la formación y exámenes que lo acrediten como *Training and Supervising Transactional Analyst* (TSTA). A los dos años y medio de formación concluye la “Especialidad en Análisis Transaccional” con la certificación del Instituto Mexicano de Análisis Transaccional.

ESPECIALIDAD EN CODEPENDENCIA

El psicoterapeuta y el *counsellor*, podrán llevar a cabo la formación en codependencia de manera simultánea con la formación en análisis transaccional. Los requisitos son el participar en un Taller de Codependencia, el aprender la aplicación del Instrumento de Codependencia (ICOD) y el participar en los talleres que se recomiendan en el plan de tratamiento para posteriormente poder impartirlos.

SUPERVISIÓN

Para el profesional, la supervisión es un recurso indispensable desde los primeros casos que atiende y posteriormente en cualquier momento que necesite consultar el proceso que está siguiendo con un paciente, sin importar los años de experiencia, dado que es posible tener puntos ciegos, por lo que la facilitación de un supervisor le permitirá el continuar desarrollando sus habilidades.

La supervisión resulta ser de gran ayuda porque le permite identificar sus recursos y trabajar de manera más eficiente, al mismo tiempo que protege a su paciente, a sí mismo y a la profesión. Es recomendable el contar con un grupo de supervisión que además permita aprender de los casos que exponen otros colegas. Cuando no es posible participar en un grupo, la supervisión individual será suficiente.

EXPERIENCIAS PERSONALES

La persona que ha tenido problemas de codependencia puede llegar a ser el mejor psicoterapeuta o *counsellor* para trabajar con personas codependientes, siempre y cuando haya llevado a cabo su propia terapia personal y cuente con el apoyo de un supervisor. Debido a su experiencia personal podrá comprender con mayor facilidad a sus pacientes, al mismo tiempo que los cuida y se cuida a sí mismo para no involucrarse en juegos de rescatador.

Un profesional que ha vivido una situación similar a la de su paciente podrá contar con mayor sensibilidad para comprender la situación por la que el paciente está atravesando. Por ejemplo, un terapeuta que ha vivido la experiencia de estar enamorado o que ha tenido, o tiene una relación de pareja significativa, podrá comprender mejor a un paciente que se encuentra viviendo una situación similar, lo cual pudiera parecer absurdo para alguien que no lo ha vivido. Lo mismo si se trata de experiencias de divorcio o separación, o del hecho de enfrentar problemas con los hijos, padres y hermanos.

Esto por supuesto, no significa que uno tenga que haber vivido todo tipo de experiencias para comprenderlas, es decir no hay necesidad de haber sufrido abuso sexual, físico, verbal o emocional para trabajar con pacientes con estos problemas, aunque por supuesto si se ha tenido la experiencia personal le ayudará a comprender las dificultades por las que atraviesa su paciente y le permitirá ayudarlo a establecer los límites necesarios que le permitan protegerse, proteger a sus hijos y sanar sus heridas emocionales. Tampoco es necesario haber sufrido de alcoholismo o adicciones para comprender a una persona con afectada por esta problemática. Sin embargo, si proviene de una familia con este tipo de problemas la experiencia también le será de utilidad, siempre y cuando se cuente con una terapia personal para no involucrarse, además de utilizar el recurso de la supervisión.

PSICOTERAPIA PERSONAL

Se recomienda que el psicoterapeuta o *counsellor* consideren el trabajo de terapia personal como un apoyo de por vida. Esto no significa que uno siempre tenga que estar en terapia, sino que conviene contar con un psicoterapeuta que nos conozca para consultar de manera ocasional, o bien retomar la terapia por alg3n tiempo cuando lo necesite.

Considero que la terapia es como la limpieza de casa, habr3 que contratar a una persona que ayude con lo que no alcanzamos a hacer solos. Adem3s el terapeuta se encuentra expuesto a contagios emocionales de sus pacientes, debido a la identificaci3n proyectiva y a situaciones de estr3s prolongadas, por lo que la terapia personal le funcionara como una base segura y confiable para compartir y revisar sus experiencias, sentimientos y emociones con una persona que le conoce y se encuentra comprometida en apoyar su proceso continuo de crecimiento personal.

Ser3a un error el considerar la necesidad de terapia como una dependencia o incapacidad, al grado de sentirnos autosuficientes despu3s de haber llevado un proceso de terapia inicial en alg3n momento de nuestra vida. En lo personal, yo conf3o m3s en un terapeuta que se considera un ser humano vulnerable y que al igual que yo se encuentra comprometido en un proceso constante de crecimiento personal. Lo creo as3 porque pienso que el crecimiento personal nunca termina y que uno puede seguir creciendo a3n en los minutos antes de morir.

El trabajo cl3nico en la psicoterapia con un paciente es diferente al de un m3dico, en el sentido de que pasa por el cuerpo del psicoterapeuta. No es como la labor del m3dico que trabaja con su paciente fuera de s3 mismo, registrando sus s3ntomas y ordenando algunos estudios para realizar un diagn3stico, prescribir un medicamento, curar una herida o intervenir por medio de una cirug3a.

En la psicoterapia las heridas son invisibles, as3 como el bistur3. Al menos que se trate de un caso que presenta maltrato f3sico, en la psicoterapia, para curar la herida de un trauma, se requiere de contacto emocional con uno mismo y con el paciente, porque finalmente ser3 a trav3s de la relaci3n emp3tica como el paciente va a sanar.

Tambi3n es recomendable que el terapeuta revise el lugar que ocupa la dimensi3n espiritual en su vida, porque como ya vimos en el diagn3stico con las ocho 3reas, el 3rea Espiritual es una parte integral en todas las otras 3reas de nuestra vida. Este ser3 tambi3n un asunto para tratar con un terapeuta que pueda comprender el asunto de "sanar el alma". S3lo cuando nosotros hemos hecho este trabajo podremos contar con la claridad para hacerlo con nuestros pacientes y ayudarles a comprender la dimensi3n espiritual, dado que en algunos casos la imagen de "Dios" resulta ser una proyecci3n de sus relaciones con figuras de autoridad, o de una decisi3n temprana de su gui3n de vida. (Trautmann, 2003).

3TICA DEL TERAPEUTA

Adem3s del c3digo de 3tica que rige en cada pa3s, los analistas transaccionales se rigen por el c3digo de 3tica de la *International Transactional Analysis Association* (ITAA). Este c3digo puede ser consultado en l3nea en: <http://itaaworld.org/>. Adem3s de los lineamientos de pr3cticas profesionales.

El *Training and Certification Council* tambi3n cuenta con recomendaciones 3ticas adicionales para los profesores: <http://ta-trainingandcertification.net/ta-ethics.htm>

Referencias

- Adler, A. (1927). *Understanding Human Nature*. Nueva York: Greenberg.
- Al-Anón (1981). Grupos de familia Al-Anón. México, D.F. Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos de Familiares Al-Anón. A.C.
- Allen, J., & Allen B. (2000). Violence: Early Childhood, Family, and Context. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 30(2).
- Amodeo, M., & Griffin, M. (1997). Parental alcoholism and other family disruptions: Adult Outcome Among Sisters. *American Orthopsychiatric Association*. Vol. 67., No. 4: 585-593.
- Arnstein, H. (1983). *Hermanos y Hermanas*. Barcelona: Ediciones Juan Granica.
- Anderson, S.C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*. Nov, Vol. 39, No. 6, pp. 677-685.
- APA. American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM – IV (1ª. ed. español)*. Barcelona: Masson.
- Appel, Ch. (1991). "Co-Dependency" - A critical appraisal of social and cultural aspects from a feminist perspective. Trabajo presentado en el "Symposium on alcohol, family and significant others". Helsinki, Marzo 4 - 8, 1991. Frankfurt/Main: Germany.
- Babcock, M., & McKay, C. (1995). *Collected codependency challenges. Challenging codependency: feminist critiques*. Toronto: University of Toronto Press.
- Beattie, M. (1987/1991). *Ya no seas codependiente*. México: Editorial Patria.
- Beattie, M. (1989/1992). *Más allá de la codependencia*. México: Promesa.
- Beattie, M. (1990/1996). *El lenguaje del adiós*. México: Promesa.
- Belliveau, J.M., & Stoppard, J.M. (1995). Parental alcohol abuse and gender as predictors of psychopathology in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 20/5: 619-625. University of New Brunswick, Fredericton, Canada.
- Berne, E. (1957). *A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis*. Simon and Schuster: New York
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*, New York. Grove Press.
- Berne, E. (1964). *Games people play*. EUA: Ballantine Books.
- Berne, E. (1975). *Hacer el amor*. Argentina: Alfa.
- Berne, E. (1974) *¿Qué dice usted después de decir Hola?*. Barcelona: Grijalbo
- Berne, E. (2010), *La Intuición y el Análisis Transaccional*. [Publicación original: *Intuition and Ego States (1977)*]. Editorial Jeder: Sevilla.
- Bird, H.P. (1996). The relationship between co-dependence and borderline personality disorder. *DAI*, Vol. 57, No. 5, pp. 3444.
- Black, C. (1981). *Children of alcoholics as youngsters-adolescents-adults. It will never happen to me*. New York: Ballantine Books.
- Bonino, L. (1998). *Desconstruyendo la "normalidad" masculina. Apuntes para una "psicopatología de género masculino*. Recuperado de <http://www.menprofeminist.org>
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1990). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Piados.
- Brown, S. (1996). *Adult children of alcoholics: an expanded framework for assessment and diagnosis (41-77)*. In Abbott, S. (Ed). *Children of alcoholics: selected readings*. Rockville: NaCoa

- Buber, M. (1958). *I and Thou*. 2nd ed. Trans. Roger Smith. New York: Charles Scribner's Sons.
- Burin, M., Moncars, E. y Velazquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paid3s.
- Caraveo, J., Colmenares, E., Saldivar, G. (1999). Diferencias por g3nero en el consumo de alcohol en la Ciudad de M3xico. *Salud P3blica de M3xico*, 41, 177-188.
- Carson, A. T., & Baker, R. (1994). Psychological Correlates of Codependency in Women. *The International Journal of the Addictions*, 29(3): 395-407.
- Celani, D. (1995). *The illusion of love: Why the battered woman returns to her abuser*. Columbia University Press. New York, USA.
- Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and treating co-dependency. A guide for professionals who work with chemical dependents, Their spouses and childrens*. Minneapolis: Johnson Institute.
- Cernetic, M. (2011). The relationship between anxiety and mindfulness [La relaci3n entre la ansiedad y la atenci3n plena]. T3tulo original: Odnos med anksioznotoj in cujecnostjo. Disertaci3n sin publicar. Universidad de Ljubljana, Slovenia.
- Chang, V. N. (1996). *I Just Lost Myself. Psychological Abuse of Women in Marriage*. EUA: Praeger Publishers.
- Charder, F. B. (1994). Evaluating the codependency construct: applying the millon clinical multiaxial inventory-II and the Spann-Fischer codependency scale to individuals in group treatment self-identified as codependent. *DAI*, Vol. 56, No. 10, pp. 5760.
- Cieply, L. K. (1995). Construct validity of Cermak's codependent personality disorder, utilizing a nomological net. *DAI*. Vol. 56, No. 7, pp. 4056.
- Clarkson, P. (1992). *Transactional Analysis Psychotherapy*. Tavistock/Routledge: London.
- Cowan, G., Bommersbach, M., & Curtis, Sh. (1995). Codependency, Loss of Self and Power. *Psychology of Women Quarterly*. Vol. 19: 221-236.
- Crawford, P. Hueppelshuser, M., Darren, G. (1998). *Sexual Addiction and Compulsivity*. Vol. 3 (4): 289 – 312.
- Cullen, J., & Carr, A. (1999). Codependency: An Empirical Study From a Systemic Perspective. *Contemporary Family Therapy*, Vol. 21., No. 4: 505-526.
- Dennerstein, L., Atsbury, J., Morse, C. (1993). Psychosocial and mental health aspects of women's health. World Health Organization. Geneva.
- De Barbieri Garc3a, T (2000). Derechos sexuales y reproductivos: encrucijadas en tiempos distintos. *Revista Mexicana de Sociolog3a*. No. 1, Vol. 62. Instituto de investigaciones Sociales. M3xico.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A. (1995). *World Mental Health Problems and priorities in low-income countries*. Oxford University Press. New York.
- DIF. Sistema Nacional Para el Desarrollo de la Familia. (1997). *La perspectiva de g3nero: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*. M3xico.
- Dutton, D. G., & Painter, S. L. (1980). Traumatic bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*. Vol. 6: 139-155.
- Dussay, J. M. (1972). Egograms and the "Constancy Hypothesis". *Transactional Analysis Journal*, 2 (3), pp. 37-41
- DSM – IV (1ª. ed. espa3ol) (1995). *Manual de Diagn3stico y Estadística de los Trastornos Mentales (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.
- Erskine, R.G., & Trautmann, R.L. (1996). Methods of an Integrative Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 26 (4), pp: 316-328.
- Erskine, R.G., & Zalcman, M. (1979). The Racket System: A Model for Racket Analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9, pp.51-59.
- Federn, P., (1952/1984). *Ego Psychology and the Psychosis*. Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1952).
- Fisher, J. L., & Crawford, D. W. (1992). Codependency and parenting styles. *Journal of Adolescent Research*. Vol. 7: 352-363.
- Fisher, J. L., Spann, L., & Crawford, DW. (1991) Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 8: 87-100.
- Flores-Ortiz, I. (1993). La mujer y la violencia: A culturally based model for the understanding and treatment of domestic violence in Chicana/Latina communities. E: N. Alarc3n et al. (Eds.) *Chicana Critical Issues*. Berkeley, Third Woman Press, pp. 169-182.
- Frank, P.B. & Golden, G.K. (1992). Blaming by naming: battered women and the epidemic of codependence. *Social Work*, Vol. 37, No. 1, pp. 5-6.
- Freud, A. (1992). *El yo y los mecanismos de defensa*. Piados. M3xico.
- Freud, S. (1925). *El yo y el ello y otras obras. Obras completas, (trad) J. Luis Etcheverry*. Amorrortu, 1976, Argentina.
- Friel, J. C. (1985). Codependence assessment inventory: A preliminary research tool. *Focus on Family and Chemical Dependency*, Vol. 8: 20-21.

- Fuller, J., & Warner, R. (2000). Family Stressors as Predictors of Codependency. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 126(1): 5-22.
- Galván-Reyes, J., Ortiz-Cactro, A., González Uribe, L. (1997). El Sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un auxiliar diagnóstico en la evaluación de la farmacodependencia. *Salud Pública de México*, 39, 61-68.
- Gemin, J. (1997). Manufacturing codependency: self-help as discursive formation. *Critical Studies in Mass Communication*, Vol. 14, No. 3, pp. 249-266.
- Gibson, J., & Donigian, J. (1993). Use of Bowen theory. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, Vol. 14, No. 1, pp. 25-35.
- Gilligan, C. (1982). *In a different Voice*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Gilligan, J. (1996). *Violence. Reflections on a National Epidemic*. New York: Vintage Books.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., & Walker, G. (1990). *Love and Violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments*. Family Process. Vol. 29 (4).
- Goldstein, J., & Kornfield, J. (1996). *Vipassana: El camino de la meditación interior*. Kairos: Barcelona
- Gotham, H. & Sher, L. (1995). Do Codependent Traits Involve More than Basic Dimensions of Personality and Psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 57 (1): 34-39.
- Goulding, R., & Goulding, M. (1976). Injunctions, Decisions and Redecisions. *Transactional Analysis Journal*, 6, pp. 41-48.
- Goulding, M., & Goulding, R. (1979). *Changing Lives Through Redecision Therapy*. Brunner/Mazel: New York.
- Graham, D.L.R. (1994). *Loving to Survive. Sexual Terror, Men's Violence, and Women's Lives*. New York: New York University Press.
- Granello, D.H., & Beamish, P. M. (1998). Reconceptualizing Codependency in Women: A Sense of Connectedness, not pathology. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 20 (4): 344 - 354.
- Gravits, H., & Bowden, J. (1985). *Recovery: a guide for adult children of alcoholics*. Simon & Schuster.
- Greenleaf, J. (1981). Co-alcoholic, para-alcoholic: who's who and what's the difference? Denver: MAC Publications.
- Gregory, L. (2001). Gender Scripting as a Factor in Domestic Violence. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 31, No. 2.
- Hall, C.W., Bolen, L.M., & Webster, R.E. (1994). Adjustment issues with adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 50, No. 5, pp. 786-792.
- Harkness, D. (2001). Testing Cermak's hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family or origin with offspring codependency? *Journal of Psychoactive Drugs*. Vol. 33., No. 1: 75-82.
- Harper, J., & Capdevila, C. (1990). Codependency: a critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 22, No. 3, pp. 285-292.
- Havey, J.M., Boswell, D.L., & Romans, J.S. (1995). The relationship of self-perception and stress in adult children of alcoholics and their peers. *J Drug Educ*. Vol. 25, No. 1, pp. 23-29.
- Hinkin, CH., Kahn, MW. (1995). Psychological symptomatology in Spouses and Adult Children of Alcoholics: An Examination of the Hypothesized Personality Characteristics of Codependency. *The International Journal of the Addictions*, 30(7): 843-861.
- Inclán, J., & Hernández, M. (1992). Cross-Cultural Perspectives and Codependence: The Case of Poor Hispanics. *American Orthopsychiatric Association*. Vol. 62., No. 2: 245-255.
- Jackson, J. (1954). *The adjustment of the family to the crisis of alcoholism*. New York: National Council on Alcoholism.
- Jackson, J. V. (1994). The experience of co-dependency. *The Union Institute. DAI*, Vol. 54, No. 9.
- James, J. (1973). The Game Plan. *Transactional Analysis Journal*, 3 (4), pp. 14-17.
- James, M. (1974). Self Reparenting: Theory and Process. *Transactional Analysis Journal*, 4 (3), pp: 32-39
- James, M. (1977). The down-scripting of women for 115 generations: a historic kaleidoscope. En *Techniques in Transactional Analysis for Psychotherapists and Counselors*. Muriel James and Contributors: 497-506.
- James, M. (1981). *Breaking Free. Self Reparenting for a New Life*. Addison Wesley. EUA.
- James, M. (1985). *It's Never Too Late To Be Happy*. Addison Wesley. EUA.
- James, M. y James, J. (1991). *Passion for Life: Psychology and the Human Spirit*. Penguin Books: New York
- James, M. y Jongeward, D. (1976). *Nacidos para triunfar*. México: Fondo Educativo Interamericano. Addison-Wesley Iberoamericana.
- James, M. y Savary, L. (1977). *A New Self. Self Therapy with Transactional Analysis*. California: Addison-Wesley.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. NJ: Hillhouse Press, Highland Park.
- Johann, S. E. (1994). *Domestic abusers. Terrorists in our homes*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Jones, D. J., & Zalewski, C. (1994). Shame and depresión proneness among female adult children of alcoholics. *International Journal of Addictions*. Vol. 29 (12): 1601-1609.
- Kabat-Zin, J. (2009). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Random House: New York.
- Karpman, S. B. (1968). *Fairy Tales and Script Drama Analysis*. *Transactional Analysis Bulletin*. Vol. 7, No. 26: 39-43.
- Klein, M. (1975). *Envidia y Gratitud*. Paidós: España.
- Kristsberg, W. (1988). *The adult children of alcoholics syndrome*. New York: Bantam Books.
- Kovacs, G. L., Sarnyai, Z., Szabo, G. (1998) Oxytocin and addiction: a review. *Psychoneuroendocrinology*. Vol. 23., No. 8: 945-962.

- Lamas, M. (1996). El G3nero. La construcci3n cultural de la diferencia sexual. Porrua. M3xico.
- Cant3, M. A. (1993). Inventario de Masculinidad-Femineidad IMAFE. M3xico: Manual Moderno.
- Le Poire, B. A. (1992). Does the Codependent Encourage Substance Dependent Behavior? Paradoxical Injunctions in the Codependent Relationship. *The International Journal of the Addictions*, Vol. 27., No. 12: 1465-1474.
- Lorber, J. (1997). Gender and the social construction of illness. Sage Publications. California.
- Lozano, R. (1997). El peso de la enfermedad en M3xico: avances y desaf3os. En: Frenk, J. (Ed.) Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y pol3ticas. FUNSALUD, M3xico.
- Louthead, T. Spurlock, V.L., & Ting, Y. (1998). Diagnostic indicators of codependence: An investigation using the MCMI-II. *Journal of Mental Counseling*, Vol. 20: 64-76.
- Lyon, D., & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: helping out Mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 61, No. 3, pp. 435-439.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books. New York.
- Martin, A. L. (1992). Codependency: DSM-III-R personality disorder or popular descriptive term. Tesis de Doctorado. Universidad de Toledo. *Dissertation Abstracts International*, Vol. 2., No. 8. Febrero.
- Martin, E.D., & Sher K. J. (1994). Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five- factor model of personality. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 55, No. 1, pp. 81-90.
- McGrath, C., Watson, A., & Chassin, L. (1999). Academic achievement in adolescent children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 60, No. 1, pp. 18.
- Mc Neel, J.R. (1976). The Parent Interview. *Transactional Analysis Journal*, 6, pp. 61-58
- Medina-Mora, ME. (1988). Espacios y estrategias del alcohol. En *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcoh3licas en M3xico*. Instituto Mexicano de Psiquiatr3a. Fundaci3n de Investigaciones Sociales. M3xico, D.F.
- Medina-Mora, ME., Mar3no, MC., L3pez, E. (1993). Situaci3n epidemiol3gica en el hemisferio: M3xico y Centroam3rica. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (Ed). *Las adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario*. Pp. 128-134.
- Mellor, K., & Schiff, E. (1975). Discounting. *Transactional Analysis Journal*, 5, pp. 295-302
- Mellor, K., & Schiff, E. (1975b). Redefining. *Transactional Analysis Journal*, 5, pp: 303-311.
- Meyer, D.F. (1997). Codependency as Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 53., No. 2: 107-116.
- Meyer, D., & Russel, R. (1998). Caretaking, separation from parents and the development of eating disorders. *Journal of Counseling and Development*, Vol. 76, No. 2: 166-168.
- Miller, K. (1994). The co-dependency concept: does it offer a solution for the spouses of alcoholics? *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 11.
- Morgan, J.P. (1991). What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 47, No. 5, pp. 720-729.
- Mueller, T. (1996). New study finds codependent traits not unique to children of alcoholics. *Studies on Alcohol*, No. 57, pp. 34-39.
- Muller, T. (1996). New study finds codependent traits not unique to children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 57: 34-39.
- Natera, G. (1994). Estado actual del abuso de drogas en M3xico. En: J. Anicama (Ed.). *Drogas, Violencia y Ecolog3a*. Memoria VI Seminario Internacional. 25 al 27 de Mayo de 1994. Lima-Per3. pp. 78-91. Lima, Per3: Centro de Informaci3n y Educaci3n para la Prevenci3n del Abuso de Drogas.
- Natera, G., Herrej3n, ME., y Rojas, E. (1988). Comparaci3n de algunas caracter3sticas de la conducta de las esposas de alcoh3licos y de no alcoh3licos. *Salud Mental*, 11(1), 13-18.
- Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, ME., Sol3s, L. y Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud P3blica de M3xico*, 43(1), 17-25.
- Noriega Gayol, G. (2011). ICOD Instrumento de Codependencia. Editorial El Manual Moderno: M3xico.
- Noriega, Gayol, G. (2010). *Transgenerational Scripts: The Unknown Knowledge*. En *Life Scripts: The Transactional Analysis of Unconscious Relational Patters*. Edited by Richard. G. Erskine. Gran Bretaña: Karnac Books.
- Noriega, Gayol, G. (Eds.) (2009). *Desarrollo y Evoluci3n del An3lisis Transaccional*. Premios Eric Berne 1971-2008. Instituto Mexicano de An3lisis Transaccional: M3xico, D.F.
- Noriega Gayol, G. (2009). El Gui3n Transgeneracional del An3lisis Transaccional. *Revista de An3lisis Transaccional y Psicolog3a Humanista*, No. 61: 228 – 237.
- Noriega Gayol, G., Ramos Lira, L., Medina-Mora, M. E., & Villa, A. R. (2008) Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 199-210.
- Noriega, Gayol, G. (2004). Codependence: A transgenerational script. *Transactional Analysis Journal*, 34, 312-322.
- Noriega, Gayol, G. (2002). Detecci3n de codependencia y factores asociados: Una perspectiva desde el an3lisis transaccional. Tesis doctoral. Universidad Nacional Aut3noma de M3xico. Facultad de Medicina.

- Noriega Gayol, G. y Ramos Lira, L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas [Construction and validation of the codependency instrument (ICOD) for Mexican women]. *Salud Mental*, 25(2), 38-48.
- Noriega Gayol, G. (1997). Diagnosis and Treatment of Ego State Boundary Problems: Effects on Self – Esteem and Quality of Life. *Transactional Analysis Journal*, 25(4), 236-240.
- Noriega Gayol, G. (1995). Self-Reparenting with female delinquents in jail. *Transactional Analysis Journal*, 25(3), 208-210.
- Noriega Gayol, G. (1994). *Psicoterapia con Análisis Transaccional*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Norwood, R. (1985). *Women who love too much*. Los Angeles: Tarcher
- Novey, T. (1999, 2002). Measuring the Effectiveness of Transactional Analysis: An International Study. *Transactional Analysis Journal*. Vol. 32, No. 1: 8-24.
- Numberg, H., & Federn, P. (compiladores). (1979). *Las reuniones de los miércoles*. Acta de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Tomo 1: 1906-1908. Buenos Aires: Nueva Visión.
- O'Brien, P.D., & Gaborit, M. (1992). Codependency: a disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 48, No. 1, pp. 129-136.
- Olson, M., & Gariti, P. (1993). Symbolic loss in horizontal relating: defining the role of parentification in addictive/destructive relationships. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, Vol. 15, No. 3, pp. 197-208.
- Ortega, L., Lartigue, T., Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*. Vol. 15., No. 1.
- Paz, O. (1959). *El laberinto de lo soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York: Signet.
- Penfield, W., & Roberts, L. (1959). *Speech and Brain Mechanisms*. New Jersey: Princeton University Press.
- Potter-Efron, L.A., & Potter-Efron, P.S. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 6: 37-57.
- Prest, L.A., Benson, M.J., & Protinsky, H.O. (1998). Family or origin and current relationship influences on codependency. *Family Process*. Vol. 37, No. 4: 513-528.
- Ramos-Lira, L. (1998). Algunas aportaciones para la comprensión de la mujer maltratada por su pareja y los efectos en su salud mental. (En prensa como capítulo del libro sobre el Primer seminario de intervención en casos de violencia doméstica"). México, D.F.: El Colegio de México.
- Ramos Lira, L., Saltijeral - Méndez, MT., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, MA., & Martínez Vélez, NA. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*. No. 3., Vol. 43.
- Ravelo, P. (1995). Género y salud femenina. En: S. González (Comp.) *Las mujeres y la salud*. El Colegio de México, México, D.F.
- Rice, J. S. (1992). Discursive formation, life stories, and the emergence of co-dependency: "power/knowledge" and the search of identity. *Sociological-quarterly*, Vol. 33, No. 3, pp. 337-364.
- Rodiles, J. (2001). Codependencia: Relaciones que matan. Entrevista con el Dr. José Antonio Elizondo. *Revista Lib-eraddictus*, No. 47. Febrero. México, D.F.
- Roehling, P.V., & Gaumond, E. (1996). Reliability and validity of the codependent questionnaire. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 14., No. 1: 85-95.
- Roeling, P.V., Koelbel, N., & Rutgers, C. (1996). Codependence and construct disorder: feminine versus masculine coping responses to abusive parenting practices. *Sex Roles: A Journal of Research*. Vol. 35 (9): 603 - 616.
- Russo, N., & Green, B.L. (1993). Women and mental health. En F.L. Denmark y M.A. Paludi (Eds.) *Psychology of women. A handbook of issues and theories*. Connecticut: Greenwood Press.
- Sarnyai, Z., & Kovacs, G.L. (1994). Role of oxytocin in the neuroadaptation to drugs of abuse. *Psychoneuroendocrinology*. Vol. 19., No. 1: 85-117.
- Said, E., & Noriega, G. (1983). Some Mexican Cultural Scripts. *Transactional Analysis Journal*, 13(4), 241-242.
- Said, E. & Noriega, G. (1981). Psycho-Transactional Diagnosis Treatment. *Transactional Analysis Journal*, 11(4), 330-331.
- Schaeff, A. W. (1986). *Codependence: Misdiagnosed-mistreated*. San Francisco: Harper and Row.
- Schiff, A. W., & Shiff, J.L. (1971). Passivity. *Transactional Analysis Journal*, 1 (1), pp. 71-78.
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., & Kelner, E. (1994). Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol. 20, No. 2: 237-245
- Scott, T. (1995). Secret to serenity: understanding codependency. *Vibrant Life*, Vol. 11, No. 1, pp. 20.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and dead*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflections and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. W.W. Norton & Company: New York – London

- Simons, R.L., Lin, K.H., Gordon, L.C., Conger, R.D., Lorenz, F. (1999). Explaining the higher incidence of adjustment problems among children of divorce compared with those in two-parent families. *Journal of Marriage & the Family*. Vol. 61., No. 4: 1020-1033.
- Soukup, J. (1995). *Understanding and living with people who are mentally ill: Techniques to deal with mental illness in the family*. EUA: Charles C. Thomas, Publisher.
- Spann, L., & Fisher, J.L. (1990). Identifying codependency. *The Counselor*. Vol. 8: 27.
- Springer, C.A., Britt, T.W. & Schelenker, B.R. (1998). Codependency: Clarifying the construct. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 2: 141-158.
- Steiner, C. (1998). *La Educaci3n Emocional*. Vergara: Buenos Aires.
- Steiner, C. (1966). Script and Counterscript. *Transactional Analysis Bulletin*, 5 (18), pp. 133-135.
- Stevens, E.P. (1973). Machismo y Marianismo. *Society* Vol. 10: 57-63.
- Stewart, I., & Joines, V. (2007). *AT Hoy*. Una nueva introducci3n al An3lisis Transaccional. Editorial CCS: Madrid.
- Teicher, M. (2002). Scars that Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse. *Scientific American*. Vol 286, No. 3.
- Transeau, G., & Eliot, J. (1990). Individuation and adult children of alcoholics. *Psychological Report*, Vol. 67, No. 1, pp. 137-43.
- Trautmann, R. (2003). *Psychotherapy and Spirituality*. *Transactional Analysis Journal*, 33 (1), pp. 32-36.
- Tudor, K. (2003). *The Neopsyque: The Integrating Adult ego state*. En *Ego States* editado por Charlotte Sills y Helena Hargaden, pp: 201-231. Bath Press: UK.
- Turner, R.A., Altemus, M., Enos, T., Cooper, B., & McGuinness, T. (1999). Preliminary Research on Plasma Oxytocin in Normal Cycling Women: Investigating Emotion and Interpersonal Distress. *Psychiatry*. Vol. 62: 97-113.
- Ulmann, A.D., & Orenstein, A. (1994). Why some children of alcoholics become alcoholics: emulation of the drinker. *Adolescence*. Spring, 29 (113): 1-11.
- Van-Wormer, K. (1989). Codependency: implications for women and therapy. *Women and Therapy*, Vol. 8, No. 4, pp. 51-63.
- Viorst, J. (1987). *Necessary Losses*. Ballantine Books.
- Walfish, S., Stenmark, D.E., Shealy, S.E., & Krone, A.M. (1992). MMPI profiles of women in codependency treatment. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 58: 211-214.
- Wegscheider-Cruse, S. (1981/1989). *Another chance. Hope and health for the alcoholic family*. Palo Alto: Science and Behavior Book.
- Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.
- Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Harper & Row.
- Weiss, L., & Weiss, J. (1989). *Recovery from Codependency*. USA: Health Communications.
- Williams, E., Bissell, L., & Sullivan E. (1991). The effects of co-dependence on physicians and nurses. *British Journal of Addiction*. Vol. 86: 37-42.
- Whitfield, C. (1991). *Co-dependence. Healing the human condition. A new paradigm for helping professionals and people in recovery*. USA: Health Communications.
- Woititz, J. G. (1983/1998). *Hijos Adultos de Padres Alcoh3licos*. Editorial Diana. M3xico.
- Woollams, S., & Brown, M. (1978/1993). *Transactional Analysis*. Huron Valley Institute Press.: Dexter, MI.
- Wright, P. H., & Wright, K. D., (1990). Measuring Codependents' Close Relationships: A Preliminary Study. *Journal of Substance Abuse*. Vol. 2: 335-344.
- Wright, P. H., & Wright, K. D., (1991). Codependency: Addictive love, adjustive relating, or both? *Contemporary Family Therapy*, 13: 435-454.
- Wright, P.H., & Wright, K.D., (1995). Codependency: Personality syndrome or relational process? En S. Duck., & J.T. Woods (Eds.). *Confronting relationship challenges* (pp. 109-128). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wright, P.H., & Wright, K.D., (1999). The two faces of Codependent Relating: A Research-based perspective. *Contemporary Family Therapy*, 21(4):527-543.
- Zetterling, U.M. (1999). *Relatives of alcoholics: studies of hardship, behaviour, symptomatology and methods of intervention*. Tesis de doctorado. *Dissertation Abstracts International*. Vol. 60, No. 3.
- Zvelc, G., Cernetic, M., Kosak, M. (2011). *Mindfulness-Based Transactional Analysis*. *Transactional Analysis Journal*, Vol. 41, No. 3, pp: 241-250.

Índice

NOTA: Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

A

Abuso
de sustancias, 7
emocional, 2, 20
físico, 2
infantil, 17
intermitencia del, 21
Aceptación, 57
ACOA (*Adult Children of Alcoholics*), 8
Acquaintance Description Form, 11
Actitud
conformista, 88, 105
corporal, 76
indiferente, 88
pasivo-agresiva, 61
Adicción(es), 5, 13
Adicto, 2, 17
Adult Children of Alcoholics, 8
Adulto, 92
integrador, 92, 100
interviniendo en un diálogo interno, 59
Afectividad negativa, 24
Afrontamiento, 8
Agitación, 56
Agorafobia, 33
Alcohólicos, 1
Anónimos, 1
Alcoholismo, 34, 105
desarrollo del, 1
familiar, 6
Amabilidad, 19
Amor, 22
adictivo, 12, 23
obsesivo, 22
Análisis transaccional, 41, 89
antecedentes del, 42
con otras teorías psicológicas, 90
filosofía del, 96
integración del, 90
Ansiedad, 7
Apego
emocional, 22

paradójico, 18
exagerado, 24
traumático, 21
Aprendizaje social y cultural, 28
Arqueopsique, 46, 48
Atención completa, 90
Autenticidad, 48
Auto-indulgencia, 89
Autoengañarse, 83
Autoengaños, 56, 72
Autoestima, 7, 39
Autonomía, 3
Autorreparentalización, 60, 93
Awareness, 89

B

Borderline, 88
Budismo, 97
Buenas personas, 13

C

Ciclo de violencia, 21
Coaching, 89
Coalcohólico, 6
Codependencia, 1, 3, 13, 15
análisis transaccional, 13
antecedentes de diagnóstico, 37
como un patrón en relaciones interpersonales, 10
como un problema de salud pública, 30
como una psicopatología individual, 7
con uno mismo, 56
condición de género, 14
crítica feminista, 3
desde la perspectiva del análisis transaccional, 41
detección de, 13
diagnóstico del paciente, 75
diagnóstico diferencial, 37
en el género femenino, 14
en México, 34

en mujeres, 5
mexicanas, 16
endógena, 36
especialidad en, 109
exógena, 36
factores afectivos, 22
factores asociados, 13
factores culturales, 28
factores relacionados con la estructura familiar, 26
fenomenológica de, 41
normal, 5
origen y evolución del, 1
patrón de relación por, 35
perspectivas teóricas en, 7
polémica desde el campo clínico, 5
predictores de, 24
problema multidimensional, 16
psicoterapia de la, 90
tratamiento de la, 83
Codependent Questionnaire (CdQ), 39
Conducta(s)
abusivas, 18
adictivas, 87
antisocial, 39
codependientes, 39
controladora, 62
de apego, 22
machista, 69
narcisista, 39
neurótica, 17
pasivas, 55
violenta, 17
Consciencia, 88, 99
Construido, 1
Consultor psicológico, 41
Contacto, 83
recuperación del, 84
ruptura del, 84
Contramandatos, 67
Counselling, 15, 41, 89, 108
Counsellor
perfil del, 108

Creatividad, 48
 Crecimiento
 espiritual, 95
 personal, 83, 105
 Cultura machista, 34

D

Decisiones tempranas, 63, 66, 73
 Dependencia(s)
 de la pareja, 11
 químicas, 7
 Depresión, 7, 33, 39
 Desarrollo
 de la identidad, 94
 incompleto de la identidad, 91
 infantil, 36
 psicosocial, 17
 Descalificación, 54
 se manifiesta en cuatro niveles, 55
 Descalificar
 el significado del problema, 55
 la existencia del problema, 55
 la propia capacidad de resolver
 el problema, 55
 la solución del problema, 55
 Diagnóstico
 con el Instrumento de Codepen-
 dencia (ICOD), 75
 conductual, 76, 77
 de los estados del yo, 76
 en las ocho áreas de vida, 79
 fenomenológico, 78
 histórico, 77
 por áreas de vida, 78
 social, 77
 Diálogos internos, 57
 Dicotomía, 32
 Dimensión espiritual, 95
 en el análisis transaccional, 95
 Distorsión cognitiva, 19

E

Egograma, 94
 Emoción positiva, 25
 Empatía, 29, 90
 Energía emocional, 56
 Enfermedad(es)
 crónica,
 discapacitante, 2
 física, 24
 mental, 24
 mentales, 2, 17
 Enfermo alcohólico, 35
 Entrevista, 83
 Espontaneidad, 99
 Estado del yo, 46
 Adulto, 46, 48, 83
 diagrama de contaminación
 del, 49
 integrador, 101
 análisis estructural de, 46
 descontaminación del, 94

diagnóstico de, 76
 diagrama estructural de, 47
 introyección de guiones en, 46
 Niño, 46, 83
 Niño - Niño interior, 47
 Padre, 46
 cultural, 70
 Estereotipos sexuales tradiciona-
 les, 29
 Estilo de vida, 31
 Estrés, 11
 crónico, 24
 Estresores familiares, 17, 24
 Estructura familiar, 26
 Estudio de codependencia, 14
 en México, 34
 Ética del terapeuta, 110
 Expresión facial, 76
 Exteropsique, 46

F

Familia
 alcohólica, 2
 disfuncional, 6, 35
 Familiares codependientes, 17
 Fantasías, 56
 de suicidio, 73
 Feministas, 4
 Fisis, 96
 Fobias, 33
 Fuerza
 de Fisis, 96
 de la meditación, 97

G

Grandiosidad, 54
 Grupos de esposas de alcohólicos,
 16
 Guión de vida, 64
 autonomía del, 88, 99
 control social y/o la modificación
 del, 89
 culturales, 69, 70, 71
 de codependencia, 14, 30, 71, 105
 en los estados del yo, 46
 familiar, 71
 individuales, 65
 matriz de, 72
 por género, 67, 71
 programa del, 67
 protocolo del, 66
 típicos, 68

H

Habilidades mentales, 31
 Herencia cultural, 69
 Hijos
 adultos de alcohólico, 9
 características de, 9
 primogénitos, 27
 características, 27

comparación con sus herma-
 nos, 27

Hipervigilancia, 7
 Hipocondría, 39
 Historia familiar
 de alcoholismo, 16
 de maltrato, 16, 18
 Hogares alcohólicos, 10
 Hombres
 codependientes, 11
 maltratadores, 68

I

Ideas suicidas, 87
 Identidad, desarrollo incompleto
 de la, 91
 Impulsores, 73
 Incapacidad, 56
 Individualismo, 3
 Infancia, 22
 pérdidas afectivas en, 22
 Infelicidad, 23
 Inhabilidad aprendida, 21, 48
 Insatisfacción, 15
 Instrumento de Codependencia
 (ICOD), 45, 75, 106, 107
 Intenciones, 85
 Intimidad, 99
 Introyección de guiones en los
 estados del yo, 46
 ITAA (Asociación Internacional de
 Análisis Transaccional), 43

J

Jerarquía familiar, 26
 Juegos de poder, 61
 Juegos psicológicos, 41, 60
 al final los participantes se sien-
 ten mal, 63
 ganancias secundarias, 63
 producen confusión, 63
 psicológica externa, 64
 psicológica interna, 63
 social externa, 64
 social interna, 64
 solución de los, 64
 son bilaterales, 63
 son inconscientes, 63
 son intentos frustrados de resol-
 ver, 63
 son repetitivos, 63
 Justificaciones, 72

L

Lenguaje verbal, 84
 Libros de autoayuda, 1, 5

M

Machismo, 29
 principales características, 30
 Macho mexicano, 70

Maltrato
emocional, 17, 45
físico, 17
infantil, 17
problemática de, 17
sexual, 17

Mandatos, 67, 72, 100
paradójicos, 68, 72

Mandilones, 70

Matriz de guión, 72

Miedo, 19

Millon Clinical Multiaxial Inventory
(MCMI), 39

Mindfulness, 84, 90, 98

Mujeres
alcohólica, 10
codependientes, 11
maltratadas, 21, 22

N

Negación, 7, 56, 94
mecanismo de, 91

Negligencia infantil, 18

Neopsique, 46

Neurobiología, 17, 25

Neurociencias, 84

Niñez, 48

O

Órganos psíquicos, 46

Orientación rescatadora, 76, 91,
93, 94

Oxitocina, 24
efectos de la, 25

P

Pacientes adictos, 13

Padre, 58
alcohólico, 10, 24
ausente, 26
cultural, 70
mental o físicamente enfermo, 24

Papeles
de género, 31
sexuales, 31

Para-alcohólico, 6

Parejas
disfuncionales, 12, 23
características y conductas, 12
trastornadas, 23

Pensamientos, 84

Permisos, 100

Perseguidor, 62

Personalidad
antisocial, 33
borderline, 39
desarrollo de, 30
límite, 88
narcisista, 38
que presentan los hijos adultos
de alcohólicos, 8

Psicosis, 42

Psicoterapeuta, perfil del, 108

Psicoterapia, 41
breve, 42
de grupo, 42
de la codependencia, 90

Gestalt, 90
integrativa, 90
personal, 110

R

Razón de momios, 15

Recreación, 78

Redecisiones, 67

Reenactmet, 78

Relación(es)
adictivo-destructivas, 26
codependiente, 12, 13, 17, 28
de apego destructivas, 25
disfuncionales, 29
interpersonales, 13, 14
objetales, 90

Represión emocional, 7, 15, 76, 91,
93, 94

Rescatador, 62

S

Salud
física, 4
mental, 4, 31
de las mujeres, 14
pública, 30

Self-reparenting, 60

Sentimientos, 84, 85
de aflicción, 8
parásito, 60

Sexualidad biológica, 32

Simbiosis, 50
biológica, 51
de segundo orden, 52
diagrama de una, 52
natural, 50
diagrama de una, 51
necesaria, 50
diagrama de una, 51
no resuelta, 53

Síndrome
de Estocolmo, 18, 19
de la mujer maltratada, 21
de la mujer sufrienda, 29
de pasividad, 50, 94
de personalidad, 12
psiquiátrico, 10

Sufrimiento, 11
personal, 15

Sumisión, 29
principales características, 30

T

Taller
de autorreparentalización, 94,
102

de codependencia, 94, 102
de crecimiento espiritual, 98

Techo de cristal, 68

Teoría
de Bowen, 40
de John Bowlby, 22
de la personalidad, 41, 42
de relaciones objetales, 90

Terapia
de rededición, 93
de rededición, 90
familiar sistémica, 90

Terror, 19

Trastorno(s)
codependiente de la persona-
lidad, 7, 8
criterios de diagnóstico, 7
cognitivos, 5
de estrés postraumático, 48
de la personalidad, 7
de pánico, 33
de personalidad por evitación, 39
emocional, 1
severo, 5
impulsivos, 7
límite de la personalidad, 38
mentales, 31, 39, 44
neuroológico, 88
obsesivo-compulsivos, 33
pasivo-agresivo de la persona-
lidad, 39
por estrés postraumático, 38
por somatización, 33
psicológicos, 42
psicosomáticos, 81
psiquiátrico, 88
somatomorfos, 39

Tratamiento
de la codependencia, 83
etapas de, 92
metodología en el, 89

Trauma infantil, 40

Triángulo dramático, 62

V

Vergüenza, 36

Victima, 62
rebelde, 63

Violencia, 19, 56
ciclo de, 21
de género, 34
emocional, 20
familiar, 14, 105
física, 20, 45
intrafamiliar, 17
sexual, 20

Vulnerabilidad femenina, 31

Y

Yoga, 98

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de esta
primera edición el día 15 de enero de 2013
en los talleres de
Fuentes Impresores S.A. de C.V.
Centeno 109 esq. Campesinos,
Col. Granjas Esmeralda, CP. 09810,
Delegación Iztapalapa,
México D.F.

1a. edición, 2013

