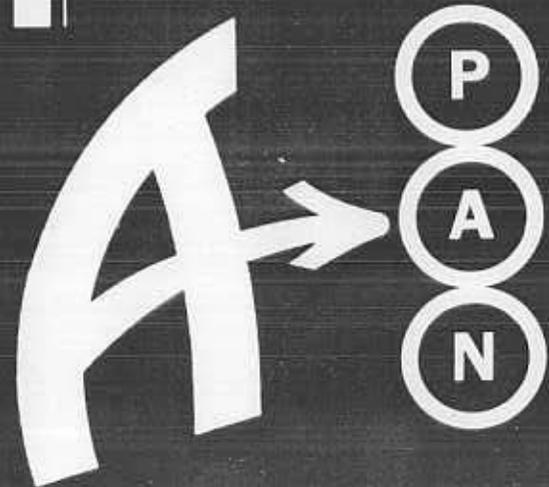


*Revista de*

**ANALISIS TRANSACCIONAL  
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



**A E S P A T**

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 33, 1.º SEMESTRE/95, AÑO XIII

®

## REVISTA DE ANALISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGIA HUMANISTA

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

Edita: AESPAT (fundada en 1978)

- Domicilio social: Isaac Peral, 16 - Bajo Izda.  
28015 Madrid
- Teléfono: (91) 320 43 11
- Fax: (91) 320 43 11
- Apdo. Correos: 8.222 - 28080 MADRID

**Presidente:** José Alvarez Custodio  
**Secretaria:** M<sup>a</sup> Angeles Díaz Veiga  
**Tesorera:** Blanca Lillo Zarco  
**Vocales:** Concepción de Diego Morales  
José Gutiérrez Valiño  
Alejandro Moreno Romero  
M<sup>a</sup> Angeles Ortega Rodríguez  
Carmen Vázquez Alemán

### Consejo Editorial

- **Dirección**
  - La Junta Directiva de AESPAT
- **Comité de Redacción**
  - Alejandro Moreno Romero
  - Juan García Moreno

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

Depósito Legal: M-36843-1981

ISSN: 0212 - 9876

R.P.I. n° 1095354 (provisional)

N.I.F.: 1095554

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

# E DITORIAL

*En este primer semestre del año tenemos la satisfacción de recibir como participantes en la revista a los miembros de la Asociación Aragonesa de Análisis Transaccional.*

*El acuerdo establecido con A.T.A., por el que todos sus asociados recibirán la revista a la vez que participan como tal asociación con la aportación de trabajos, significa para AESPAT un buen apoyo.*

*Nuestro deseo es que este acercamiento de las dos asociaciones sea el principio de nuevas colaboraciones, y si es posible, consigamos que todas las personas que trabajamos A.T. aunamos esfuerzos para conseguir que "nuestra Técnica" reciba un nuevo impulso.*

*En este número anunciamos la organización por parte de la Asociación Aragonesa de A.T. (A.T.A.) de una "JORNADA DE ENCUENTRO DE LAS ASOCIACIONES DE A.T.". Queremos animar a nuestros asociados y simpatizantes a reunirse en Zaragoza los días 22 y 23 de septiembre y rogamos a los que tengan intención de asistir remitan lo antes posible la hoja de inscripción de A.T.A. con el fin de facilitar su trabajo.*

*De todos es conocido la importancia que AESPAT da a la publicación de esta Revista y para conseguir mejorarla es necesario hacer nuevamente un llamamiento a todos los asociados animándolos a que aporten sus trabajos haciendo de ella un instrumento de difusión de sus progresos. Recordar que la Asociación dispone de un fax (91) 320 43 11 y el apartado 8.222 de Madrid para contactar con la Comisión Editorial.*

*Desde el último Congreso se ha producido un cierto impás en la celebraciones de reuniones o encuentros que esperamos superar después del verano; en este sentido, podemos ya anunciar que celebraremos Junta General el día 9 de septiembre donde trataremos algunos asuntos que consideramos importantes.*

*En este número 33 de la Revista, ofrecemos: una traducción, llevada a cabo por Jesús Cuadra Pérez, del Artículo "Trastornos de la Personalidad: El impacto de las experiencias arcaicas en la estructura del estado del Yo Niño", de Martin D. Haykin (1980); "Cómo trabajar la integración interhemisférica desde el A.T.", de Carmen Vázquez Bandín; "Evolución del concepto de salud mental", de M<sup>a</sup> Angeles Ortega Rodríguez; dos artículos sobre "¿Por qué la Psicoterapia es efectiva? (IV y V), de Juan García Moreno, que se añaden a otros anteriores sobre el mismo tema; "El impulsor psicológico 'complace'", de J.I. Cea Ugarte y J.A. Marcal López, que constituye una investigación en el campo de la Enfermería; y un "Caso clínico", evaluado y tratado según el enfoque del A.T. por M<sup>a</sup> Angeles Díaz Veiga.*

*Se adjunta la **recensión de dos libros** recientes centrados en el A.T., la *Catexis* y las líneas generales de la próxima **Jornada de Encuentro de las Asociaciones de A.T.** (AESPAT, ACAT, FEAAT y ATA), que ha de tener su sede en Zaragoza, los días 22 y 23 de septiembre de 1995.*

*Insistimos, una vez más, en la necesidad de vuestra colaboración en la publicación de artículos para que la Revista sea participativa de todos.*

**SUMARIO**

"TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: EL IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS ARCAICAS EN LA ESTRUCTURA DEL ESTADO DEL YO NIÑO" Martin Haykin M.D.	3
COMO TRABAJAR LA INTEGRACION INTERHEMISFERICA DESDE EL A.T. Carmen Vázquez Bandín	15
EVOLUCION DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL M <sup>a</sup> Angeles Ortega Rodríguez	21
¿POR QUE LA PSICOTERAPIA ES EFECTIVA? (IV) Juan García Moreno	26
¿POR QUE LA PSICOTERAPIA ES EFECTIVA? (V) Juan García Moreno	41
EL IMPULSOR PSICOLOGICO "COMPLACE" ES DIFERENTE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA FEMENINOS, EN RELACION CON VARONES ENFERMEROS, VARONES NO ENFERMEROS Y MUJERES NO ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE SOCIALES José Ignacio Cea Ugarte y Jesús Angel Marcal López	44
CASO CLINICO M <sup>a</sup> Angeles Díaz Veiga	48
RECENSION DE LIBROS	58
CATEXIS	59
JORNADA DE ENCUENTRO PROPUESTA POR LA ASOCIACION ARAGONESA DE A.T.	60
NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS	62

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:  
EL IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS ARCAICAS EN  
LA ESTRUCTURA DEL ESTADO DEL YO NIÑO**

Los actores limitados a un solo rol en la escena de la vida real son clasificados por los psiquiatras por medio de los "trastornos del carácter" o los "trastornos de la personalidad"<sup>1</sup>. El handicap de estas personas resulta de bloqueos en su desarrollo en el transcurso de los dos o tres primeros años de su vida. Estas personas se dedican a repetir el mismo rol a lo largo de toda su carrera, incluso si se trata de obras diferentes. Se muestran rígidas, bloqueadas, insatisfechas de su trabajo y desgraciadas en el amor.

Los años sesenta fueron dominados por el slogan: "Yo estoy OK-Tú estás OK" y "Muéstrate como eres". La ciudadela del psicoanálisis tradicional se encontraba expuesta a los asaltos de lo que los psicoanalistas denominaban adecuadamente, pero un punto peyorativamente, las "nuevas terapias" o las "psicoterapias breves". Esta era de la psicología popular, orientada hacia la juventud, ha engendrado numerosos pacientes de personalidades pregenitales poco elaboradas que, en el trabajo de los terapeutas, han desplazado a las psiconeurosis. Frente a esta evolución social, muchos analistas han retornado a los pioneros del estudio de los trastornos de la personalidad y de las psicosis. Se manifiesta un renovado interés por estos "casos difíciles". Se despertó la idea de que

la autoestima de sus pacientes había sufrido un golpe muy profundo.

Este artículo se propone dar una visión de conjunto a las grandes tendencias actuales, prestando una atención especial a los trastornos de la personalidad narcisista y "borderline", e integrarlas en las teorías de uno de los líderes de la revolución de los años sesenta, Enric Berne.

**¿PERO DE QUIEN VIENE ESTA IDEA?**

Una de las tareas que me propuse a mí mismo en el curso de la preparación de este trabajo fue comparar la bibliografía que recogí durante mi formación con la de la obra de Berne. El se presenta como psiquiatra social, pero me ha parecido siempre próximo a los teóricos de las relaciones objetales<sup>2</sup>. ¿Dónde está el vínculo? En una nota de "¿Qué dice Vd. después de decir ¡HOLA!?", Berne escribió: "Se reconocerá fácilmente que el hada buena y la bruja mala, introyecciones que funcionan a la manera de electrodos y provenientes de observaciones introspectivas y de transacciones, se parecen a los buenos y los malos objetos introyectados postulados por Melanie Klein en una óptica psicoanalítica, y recogido en detalle por Fairbairn. De hecho, Fairbairn es una de las mejores pasarellas

M.D.  
1980)

EREZ

heurísticas entre el análisis transaccional y el psicoanálisis<sup>3</sup>. Además reconocía la importancia de Spitz y de Harlow para su teoría del contacto interpersonal<sup>4</sup>.

### “YO ESTOY OK Y TU, ¿COMO ESTAS?”

Para clarificar la secuencia de las etapas sucesivas de maduración en los sistemas que ella estudiaba, Anna Freud ha introducido el concepto de “líneas de desarrollo”. Yo me inspiré en ella, bajo una forma parecida a los diagramas secuenciales utilizados en bioquímica, para visualizar el vínculo entre los cambios sucesivos y sus condiciones necesarias. Contrariamente a ciertos teóricos, yo estimo que si estas etapas no son atravesadas en su orden lógico, la base para los desarrollos ulteriores faltará. Por consiguiente, el plan de tratamiento debe seguir la secuencia de las etapas de crecimiento necesarias para alcanzar las metas contractuales.

El bebé nace con un “yo potencia”. Según Melanie Klein, “en el nacimiento, el yo es capaz ya de sentir la ansiedad, de hacer uso de mecanismos de defensa y de poner en marcha relaciones de objeto primitivas tanto en la imaginación como en la realidad”<sup>5</sup>. La descripción del yo del recién nacido como una “tabula rasa” está hoy abandonada: se considera actualmente que el yo potencial selecciona ciertas experiencias en virtud de mecanismos determinados biológicamente.

**ESTADIO 1.** El **estadio autista** se caracteriza por la formación de las relaciones de objeto más primitivas, basadas en la introyección de lo que Kohut<sup>6</sup> llama los “objetos parciales”, por ejemplo el pecho, el rostro de la madre, la sensación táctil del contacto. Un fracaso en este estadio conduce a la existencia aparentemente privada de relaciones del niño autista. En realidad, él puede usar ciertos objetos parciales para satisfacer sus

necesidades, pero no parece formarse de ellos una imagen interna (fig. 1,1).

**ESTADIO 2.** Según las observaciones de Mahler<sup>7</sup>, el recién nacido de cuatro meses instaura un vínculo de apego a su madre. Este hecho se manifiesta en el trastorno que experimenta cuando es separado de ella. Haciendo esto, entra en el **estadio simbiótico**. La figura 1,2 representa la separación cognitiva entre sí mismo y los otros que Piaget ha observado entre el décimo segundo y el décimo quinto mes. Esta estructura se caracteriza por una fusión aparente de la madre y del niño. En la vertiente patológica, la figura 1,b recoge el diagrama de los Schiff de la simbiosis.

**ESTADIO 3.** El **estadio de la separación-individuación** comienza cuando el niño aprende a andar y se da cuenta de que es una persona separada. Según la expresión de Mahler, “se escapa por las fisuras de la simbiosis”. Alrededor de los dos años, ha adquirido el sentimiento de su identidad separada. El fracaso en este estadio da como resultado la falta de este sentimiento en la organización de la personalidad borderline. En su recién estrenada libertad, el niño sano se siente omnipotente: evita a la madre para hacer nuevas experiencias. Mahler denomina “estadio de ejercicio” esta etapa del proceso de separación-individuación. El análisis transaccional reconocerá en este comportamiento el nacimiento del Pequeño Profesor (A1). Estas observaciones se aproximan también a las de Kohut sobre la formación del yo narcisista.

Los objetos parciales introyectados por el yo infantil en este estadio se manifiestan por los buenos y los malos objetos internos que volveremos a encontrar a propósito de los estados borderline y del yo escindido (fig. 1,3).

**ESTADIO 4: Estructura de 2º orden.** Cuando el niño siente la amenaza de la separación de su madre llega la “crisis de acercamiento” (Mahler). El Pequeño

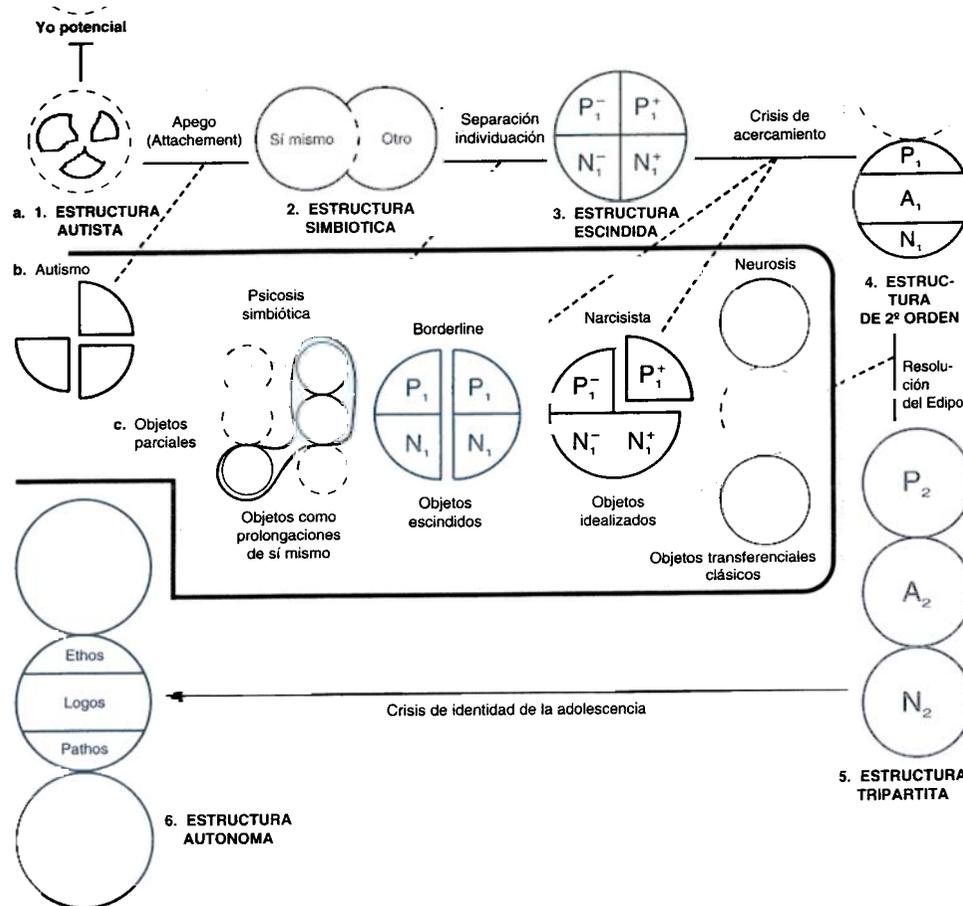


Figura 1.-Mapa evolutivo de la formación de los Estados del Yo.

a. Normal. b. Patológico (las flechas de puntos indican los bloqueos del desarrollo). c. Relaciones de objeto características.

Profesor no es tan atrevido como parece: vuelve a menudo a ver si la madre es un objeto constante y fiable. Si la madre es bastante “buena” en su rol, permite las separaciones necesarias y, durante este período de aproximación, reafirma y anima

al niño. El, entonces, llega a ser capaz de incorporar la imago de la buena madre. Accede así a la constancia del objeto, es decir, a la seguridad interna que proporciona la capacidad de investir una imago suficientemente fuerte de la buena

madre. P1- y P1+ se fusionan para transformarse en P1. La **estructura escindida** del yo se unifica: el niño puede ahora sentir la ambivalencia por sus objetos, es decir, sentir a la misma persona como buena y mala a la vez, y compensar los aspectos negativos por los cuidados y el amor que recibe (fig. 1,4).

**ESTADIO 5.** Cuando la estructura del Niño se completa, la escena vital pasa de la relación diádica madre-niño a la **situación triádica edípica**. En este nuevo contexto, el niño debe elaborar una solución al conflicto político familiar. Lo hace renunciando al conflicto con su padre e incorporando la imagen paterna con un sistema de valores que se transformará en el núcleo de la conciencia interna, de su superyo o sistema de control. Es ese un desarrollo necesario en la formación del sistema de los estados del yo, que es la presentación berniana del sistema freudiano, más metapsicológico, del ello, del yo y del superyo. Aquí también, la influencia sobre Berne de Fairbairn y de su concepto de estructura del yo es manifiesto. En las patologías preedípicas de las que tratamos aquí, estas estructuras tripartitas no reciben un investimento fiable. Este punto es de una importancia capital, para el análisis transaccional, pues este tipo de patologías no ceden a las técnicas terapéuticas para las que los presupuestos son triádicos (fig. 1,5).

**ESTADIO 6: Estructura autónoma.** En el adolescente o el joven adulto, su conciencia cada vez más aguda de las divergencias de los valores paternos con la realidad desemboca en una "crisis de identidad"<sup>8</sup>. Si se resuelve, el proceso de su reflexión toma para él más importancia que el contenido. Examina y analiza sus motivaciones, los valores paternos y la realidad. Este proceso conduce a un cambio de estructura: pone en marcha una filosofía personal que da más control al Adulto. Yo llamo a la persona que ha pasado por eso un "hombre", una "persona real".

El fracaso del proceso de separación-individuación conduce al yo escindido de la estructura borderline o a la hipertrofia del Pequeño Profesor que caracteriza el yo narcisista. Tales bloqueos influyen muy gravemente la continuación del desarrollo y quebrantan la resolución del conflicto edípico y de la crisis de identidad del adolescente.

**A partir de estos datos, pasamos a la descripción fenomenológica de trastornos de la personalidad.**

#### "ESPEJO, O NO ESPEJO..."

En "Blanca Nieves", la reina mala no se siente segura más que si ella es la más bella de todas. No ha accedido a la constancia del objeto y por consiguiente su imagen interna de ella misma presenta una fisura, no tiene Hada madrina (P1) para reasegurarla (fig. 1,b). Narciso, el joven griego que ha dado su nombre al trastorno narcisista, fue transformado en flor después de haber sido maldecido por los dioses ofendidos por su fatuidad. Una persona narcisista choca constantemente con los otros por su vanidad y su falta de preocupación real por los otros. Con un aire desdén, reivindica privilegios y trata a los otros como extensiones de ella misma, que tiene el derecho de controlar por sus deseos. Es lo que Kohut llama un "**objeto prolongación del sí mismo**" ("self-object"). Para ella los otros son herramientas que explota en función de sus propias necesidades. He aquí un ejemplo. Inconsolable, Susana no llega a imaginar por qué su novio, que había vivido con ella tres años, la ha abandonado sin ambages por otra mujer. Para consolarla su antiguo amante le dijo: "No me vengas con historias, una vagina se adapta a cualquier pene". Después de todo, ella no era para él más que un objeto parcial, y consideraba los objetos parciales como intercambiables.

Esta hipertrofia del Pequeño Profesor da a la personalidad narcisista el sentimiento de identidad que falta al borderline. El punto de vista de Kohut cara a estas personalidades reposa fuertemente sobre la introspección empática. Basa su diagnóstico sobre las particularidades del transfert que establecen, particularmente la idealización, que enviste en el paciente una imagen parental idealizada (en términos de A.T. "¡Es Vd. maravilloso, doctor Kohut!"), y el transfert en espejo, que proyecta su imagen grandiosa de sí mismo: "Ya he hablado bastante de mí. Hablemos ahora un poco de Vd.: ¿Qué piensa de mí?".

#### "EN LAS NUBES"

En el curso de una entrevista con un joven a propósito de la tentativa de suicidio de una compañera, le pregunté si ella tiene alucinaciones. El me responde: "¡No, amigo, ella no está loca, está en las nubes!" Yo estaba completamente seguro de que el hombre de la calle conocía la diferencia.

Roazen cita a Freud: "No me gustan estos pacientes... Me enojan... Los siento a una tal distancia de mí y de todo ser humano. Es esa una extraña intolerancia que a buen seguro, me hace incapaz de ser un buen psiquiatra". Según Capponi<sup>9</sup> se trataría de **pacientes "borderline"**.

Las personalidades borderline manifiestan a la vez síntomas neuróticos y psicóticos. Su sentimiento de identidad está profundamente afectado y sus adaptaciones son con frecuencia tan superficiales que se las compara a los camaleones. Están, o bien encolerizados, o bien fácilmente irritados. Experimentan un sentimiento depresivo de vacío muy diferente de la depresión preñada de culpabilidad del paciente afectado de trastornos afectivos. Enojados de repente, no toleran la soledad. Puede ser muy obstructivos para ellos mismos, intencionalmente o accidentalmente.

Sometidos a stress, se pueden ver sujetos a breves episodios psicóticos que se paran si el stress se termina. Se caracterizan por la impulsividad, los sentimientos parásitos y los juegos de tercer grado, así como por relaciones intensas, con muchas manipulaciones y explotación del otro. Se ponen en dependencia de los otros y se apegan estrechamente a ellos, después los repudian. En el trabajo o en la escuela, puede que queden bien en función de su capacidad de adaptación. Como lo han señalado Guderson y Singer, sus respuestas a los tests psicológicos son buenas si el test es estructurado, pero se hacen insólitas e incoherentes si además el test es proyectivo.

#### DEBILIDAD DEL YO

Berne que estaba muy influenciado por la escuela inglesa de psicoanálisis, nos ha enseñado que "Un yo débil no existe". Los mejores defensores de esta posición son sin duda Rangell y Vinnicott<sup>10</sup>. No obstante, los autores americanos actuales son de una opinión diferente.

Otto Kernberg ha puesto orden en el caso de las tentativas anteriores por comprender los estados borderline. Caracteriza la personalidad borderline por debilidades del yo específicas o no específicas:

- específicas: a) yo escindido; b) proyección; c) relación anafórica; d) negociación; e) evitación;
- no específicas: a) apropiación pobre de la realidad; b) débil tolerancia a la frustración; c) poco control de los impulsos; d) fluidez de las fronteras del yo, haciendo difícil la distinción entre yo y no yo.

#### EL YO ESCINDIDO

La característica del niño simbiótico es percibir a la vez una buena y una mala madre, así como una buena y una mala

imagen de sí mismo. Se recuerda la nota ya citada de Berne a propósito de Klein y Fairbairn. Fundamentalmente, estos estados escindidos reflejan el dualismo del principio del placer: el placer es bueno, el dolor es malo. Esta separación entre bueno y malo es polar, de manera que los dos objetos parciales (P1+ y P1-) no entran en colisión en la imaginación del niño. El transfert escindido permite detectar esta estructura arcaica. El terapeuta puede encontrarse sorprendido de ver un paciente habitualmente adaptado, percibido de repente como un mal padre, u oscilar rápidamente entre la imagen positiva y negativa de sí mismo. La primera manifestación de este transfert puede ser un acting-out abierto o encubierto. Aquí se sitúa sin duda, en el desarrollo de la personalidad, el origen de los tres roles del triángulo dramático: Víctima, Perseguidor, Salvador.

La identificación proyectiva es el mecanismo por el cual el niño, o el paciente que ha llegado a ser, obtiene su partenaire en la simbiosis de la satisfacción de sus necesidades. La primera manifestación de este mecanismo para el terapeuta puede ser su propia fantasía de salvación. Las dificultades del niño frente a la angustia de separación pueden conducir a relaciones anaclíticas o a la evitación. Bowlby<sup>11</sup> describe este proceso en su obra sobre las separaciones traumáticas. El niño en duelo aprende rápidamente a cerrarse a los cuidados del objeto perdido. Este, en revancha, debe trabajar mucho para hacerse admitir de nuevo.

En cuanto a la negación, es un mecanismo de defensa de los más primitivos: las polaridades del yo escindido lo favorecen, así como sin duda el modelo dado por los padres cuyo descuento de las necesidades del niño equivale a una negación de su realidad misma.

El niño simbiótico no tiene todavía un Adulto fiable que pueda catectizar. Si su desarrollo es bloqueado en este estadio, el

resultado son graves perturbaciones. No obstante, un Adulto puede manifestarse de tanto en tanto, pero el niño no ha decidido todavía aceptar el principio de realidad. A causa de las deficiencias de su yo, la personalidad borderline queda vulnerable a toda clase de habladerías y charlatanerías. Es de hecho incapaz de distinguir lo verdadero de lo falso de manera fiable. Su preocupación es por lo tanto: separar el placer del dolor. La ausencia de una imago interna suficiente de la "buena madre" (P1) impide ampliamente el desarrollo del estado del yo Padre (P2). De esa forma, queda a merced de sus propios impulsos, lo que, en contra de ciertos slogans "Niño Libre" y "anti-Padre" extendidos entre los analistas transaccionales, es una tiranía tan irreducible como la de un Padre excesivo. El conflicto entre pulsiones y mecanismos de control constituye una de las paradojas de la vida, y cada polo tiene su propio despotismo.

Según Masterson<sup>12</sup>, la organización borderline de la personalidad proviene de una madre que recompensa la dependencia y que sanciona con una retirada de amar, las tentativas de individuación del niño. Este autor introduce las nociones de "unidad de relación con el objeto gratificante" para designar la acción de la Hada Madrina y de "unidad de relación con el objeto que se retira" para designar la acción de la Madre-Bruja. Esta impotencia aprendida es atribuida a la vez a las personalidades borderline por Giovacchini<sup>13</sup>, y contada por Seligman<sup>14</sup> entre las causas de la depresión. La catectización de la Madre-Bruja (P1-) explica el pánico, la rabia, la depresión, el sentimiento de vacío y la impotencia de las personalidades borderline. Estas temen identificarse con personas que no pueden idealizar por identificación proyectiva.

**LOS MODELOS MENTALES**

Después de haber leído "Models of the Mind", de Gedo y Goldberg<sup>15</sup>, me puse a

**Intervenciones (parámetros del tratamiento)**

Pacificación	Unificación por identificación con el terapeuta	Optimum de desilusión en la confrontación con la realidad	Interpretación	Introspección funcionamiento fiable Adulto	MODELOS TEORICOS
			Bloqueo en el modo IV = Desórdenes neuróticos del carácter.	- Amenazas reales. - Transformación del narcisismo. - Principio de realidad. - Aceptación y renunciación. <b>Modo V A2</b>	Modelo tópico
		Bloqueo en el modo III = Organización narcisista de la personalidad.	- Ansiedad moral. - Ideal del yo. - Principio de realidad. - Represión. <b>P2</b>	<b>Modo IV</b>	Modelo tripartito
	Bloqueo en el modo II = Desintegración psicótica, Organización borderline de la personalidad.	- Angustia de castración. - Narcisismo fálico. - Omnipotencia del autoerotismo. - Negación, aislamiento, etc... <b>A1</b>	<b>Modo III</b>	<b>Modo III</b>	Objeto prolongación del yo
Bloqueo en el modo I = Estados traumáticos.	- Miedo de perder el objeto. - Imagen grandiosa de sí mismo / Padre idealizado. - Palabras y gestos mágicos. - Proyección, Introyección. <b>P1</b>	<b>Modo II</b>	<b>Modo II</b>	<b>Modo II</b>	Núcleo del sí mismo y del objeto
- Exceso traumático de estimulación. - Narcisismo primario. - Omnipotencia alucinatoria. - Represión primal. <b>N1</b>	<b>Modo I</b>	<b>Modo I</b>	<b>Modo I</b>	<b>Modo I</b>	Arco reflejo
<b>Estadio 1</b>	<b>Estadio 2</b> Percepción de sí mismo y del objeto	<b>Estadio 3</b> Sistema del sí mismo	<b>Estadio 4</b> Estado del yo Padre	<b>Estadio 5</b> Barrera de represión de las pulsiones	<b>TIEMPO</b>

Figura 2.-Modelos jerárquicos de las líneas de desarrollo de cuatro aspectos distintos del comportamiento: 1) Peligros característicos de cada estadio. 2) Narcisismo. 3) Sentido de la realidad. 4) Defensas típicas.

utilizar, como formador y como terapeuta, sus cuadros jerárquicos, de los que la figura 2 es un ejemplo. Su tesis fundamental es que el cuerpo de la teoría psicoanalítica no es monolítico, sino que está constituido de modelos diferentes en función de los problemas clínicos a formular y a resolver. Para clarificar las relaciones entre las diversas líneas de desarrollos, las elaboraciones teóricas, las

intervenciones del terapeuta y los problemas de las pacientes, estos autores han recurrido a un modelo jerárquico del desarrollo de la personalidad.

La figura 2 pone en sinopsis los ciclos del desarrollo y las etapas de la maduración. En abscisas, el tiempo está jalonado según los cinco estadios del desarrollo de las relaciones de objeto. Cada uno de ellos

comienza y se termina por un acontecimiento, por ejemplo, el nacimiento, después la percepción de la diferencia entre sí y el objeto. En cada estadio, la energía se invierte en un nuevo modo de comportamiento. **En ordenadas**, se coloca la maduración. En cada ciclo, el niño transfiere la energía libidinal hacia las tareas propias del estadio siguiente. El modo de funcionamiento anterior permanece, pero retrocede un rango en la jerarquía. Así los estadios del desarrollo dan lugar a una jerarquía vertical de cinco modos de comportamientos disponibles. El máximo de energía se sitúa cada vez al nivel más elevado.

Este cuadro ofrece, como se ve, una visión de conjunto del desarrollo estructural, pues los estados del yo son la representación en el plano existencial de los diversos modos de funcionamiento. En términos de A.T. este modelo presenta el desarrollo de los estados del yo en el orden siguiente<sup>16</sup>:

- Modo 1.-N1: al nacer, el Niño Natural.
- Modo 2.-P1: hacia la edad de un año, la percepción de sí mismo como separado del objeto proporciona el fundamento necesario para la formación del Padre en el Niño.
- Modo 3.-A1: a partir de los dos años más o menos, el sistema de sí mismo debe desarrollar el Pequeño Profesor, o Adulto en el Niño.
- Modo 4.-P2: con la introyección de la imagen idealizada de las personas parentales, el Padre se forma hacia los tres o cuatro años.
- Modo 5.-A2: la aceptación del principio de realidad preludio de la formación de la barrera de represión de las pulsiones que, después de la edad de siete años, marca el principio del modo de funcionamiento adulto, donde el estado del yo Adulto es enganchado de manera cada vez más fiable.

En la figura 2, cada modo de funcionamiento está caracterizado por un comportamiento específico en cuatro líneas distintas de desarrollo: 1) las relaciones de objeto; 2) los peligros propios del estadio en cuestión; 3) los mecanismos de defensa correspondientes; 4) la maduración de las actitudes narcisistas.

Encima de cada estadio, la figura recoge las patologías asociadas a un bloqueo o a una regresión al estadio considerado. Arriba del todo, se indican las estrategias de tratamiento recomendadas. El margen de la derecha contiene las elaboraciones teóricas, basadas en Freud y profundizadas por Kohut, que se relacionan con la patología en cuestión. Las implicaciones de este modelo para el A.T. serán objeto de artículos posteriores.

Los cuadros jerárquicos facilitan mucho el diagnóstico y el plan de tratamiento. La formación en A.T. insiste sobre la observación de la catectización de los estados del yo: el analista transaccional apreciará la facilidad de acceso a los datos que este método permite.

## EL COMBATE DE LOS ALLIGADORES

Sobre las planchas de una barraca de obreros, he leído un día: "Si se está hasta la cintura en un agua donde los alligadores pululan, es difícil acordarse que han venido allí para desecar el pantano". En el tratamiento de estos casos difíciles, el primer principio es no dejarse invadir por percepciones deformantes de la realidad. Es necesario seguir su ritmo y no aceptar demasiadas cosas de estas al mismo tiempo. Si el terapeuta está fuera del estado de tolerar una herida narcisista, puede verse reducido a la impotencia.

El segundo principio es ser consciente de su necesidad de supervisión en función de sus sentimientos contratransferenciales. Muchos no profesionales, o

paraprofesionales, tratan más de estos casos que los terapeutas novatos, ya que este tipo de personalidad se encuentra frecuentemente en las instancias públicas y en los organismos privados para alcohólicos, delincuentes, jugadores, drogadictos y enfermos mentales. El aislamiento profesional e intelectual de sus agentes produce con demasiada frecuencia contratransferts intensos y no reconocidos.

Del mismo orden es la puesta en escena de un guión del tipo "El flautista de Hamelin". Los carismáticos arrastran a menudo tras de sí una legión de personalidades borderline. A menudo, los terapeutas de este tipo no tienen resueltos sus propios problemas de narcisismo. Entran en ellos mismos para encontrar a Dios, pero encuentran de hecho su narcisismo primario. Si el guión de los pacientes puede describirse por la historia del "Flautista de Hamelin", el del "Flautista" en sí hace pensar en el "Crepúsculo de los dioses".

Los escritos psicoanalíticos aconsejan atenerse prudentemente a las "técnicas clásicas" o proponen la una o la otra "variante". Masterson<sup>17</sup> que es aquel cuya experiencia me parece más próxima a la mía señala que las personalidades "borderline" comienzan habitualmente por un tratamiento de apoyo. No es más que después de cierto tiempo que una parte de ellos instaura el transfert indispensable para una terapia.

En la práctica, no tendrás como clientes más que aquellos que desean trabajar contigo. Las personalidades borderline o narcisistas son muy susceptibles en cuanto a la elección de su terapeuta. Un examen de su guión dará a menudo los índices que permiten elegir juiciosamente a quien enviarlas.

Yo prefiero abordar a mis pacientes por la vía de "la única caricia que cuenta realmente", es decir, la comprensión.

Comprendiendo lo que ellos viven en el presente, se puede dirigir hacia el punto donde un contrato es posible. Mi propia experiencia con personalidades borderline que han hecho de cinco a siete años de psicoanálisis clásico, me convence de que este modo de tratamiento es contraindicado por las razones siguientes:

- 1º Favorece la dependencia y el sentimiento de impotencia.
- 2º Proporciona una excusa para no cambiar: "Lo único que cuenta, yo estoy en análisis".
- 3º Favorece la rumiación y la regresión al proceso primario.
- 4º Engendra la frustración y la desesperanza.

En cuanto a las "variantes", no he tenido, hasta la fecha, pacientes que hayan sido tratados por estos métodos.

Para las personalidades borderline, mi preferencia es tratarlas en el seno de un medio o de una comunidad terapéutica recurriendo a múltiples abordajes. El hospital es generalmente contraindicado a causa de las batallas burocráticas para el control que allí se desarrollan.

El efecto de una insistencia sobre la regla del grupo está garantizado por el hecho de que estas personalidades se sobreadaptan a menudo a las situaciones que pueden idealizar. Con un apoyo como ese, pueden vivir experiencias donde se sienten dueñas de sí mismas, lo que aumenta su autoestima y hace progresar su individuación. Abordo el problema del yo escindido como lo haría un niño pequeño, con confrontaciones delicadas pero firmes, y con explicaciones a menudo repetidas. Haga lo mismo con los problemas relativos a las fronteras del yo: "No, eres tú quien imagina eso: yo no puedo leer en tu cabeza". Estimulo la resolución de los

problemas y confronto los descuentos y las redefiniciones. Si el paciente pasa al acting out, no lo recompensó ocupándome de él inmediatamente. Por ejemplo, si ha infringido un contrato o una decisión de no-suicidio, busco alguien que para tratarlo en el hospital y, en tanto que está allí, no lo visito. Por el contrario, si puedo, estoy presente en la entrega de su diploma, le ofrezco un café o una cerveza para festejar un éxito y comparto su entusiasmo si ha alcanzado un triunfo, pequeño o grande.

Evito las técnicas regresivas, pero trato como regresiones los episodios psicóticos espontáneos. A menudo, eso implica confrontar los sentimientos parásitos emocionales. Si el paciente se pone a agitarse, lo paro e insisto para que resuelva el problema. Evito dejarle hacer hincapié verbalmente sobre sus miedos o sobre sus comportamientos patológicos: si se les presta mucho interés a estos fenómenos, eos no hace más que aumentar la ansiedad. Estimulo todo lo que puede unir el lado bueno y el malo, conducir a ver las sombras en la luz, discernir no sólo el blanco del negro, sino también el gris, etc...

Para precisar sus sentimientos de identidad, le animo a conocer sus tradiciones familiares, su herencia cultural, sus solidaridades sociales y los otros elementos sobre los que las personas apoyan su sentimiento de identidad. Si el entorno inmediato no ofrece nada con lo que puede identificarse, le interrogo sobre sus antecedentes más lejanos o sobre alguien que él admire. Le animo a adoptar valores basados sobre la realidad y a vivir en función de ellos: "¿A qué valor te adhieres? ¿Vives tú de esta manera?" Si es esto por lo que declaran estar "en las nubes", pregunto: "¿Lo crees verdaderamente? Explícame". No intento confrontar las creencias mágicas en función de hechos verificables.

Parece que el error más frecuente que los terapeutas cometen con este grupo de pacientes es tomarlos por neurosis. En la neurosis, los problemas son la inhibición de las pulsiones por defensas cuya función consiste esencialmente en impedirles acceder a la memoria. Las terapias primales, centradas en el Niño Libre o sobre la catarsis, al estilo de "muéstrame cómo eres", son útiles para franquear la barrera de la depresión de la neurosis. Aumentar su conciencia de sí mismo conduciéndole a conocer lo que pasa en él. Puede después acceder a un control racional de sus pulsiones, para canalizarlas en lugar de bloquearlas (confrontar la columna consagrada a las teorías de la figura 2).

Las personalidades borderline, están bloqueadas en una simbiosis escindida más acá de la barrera de la represión. No han aprendido ni a canalizar, ni siquiera a bloquear sus pulsiones de un modo neurótico. Pasan al acto. Sus deficiencias cognitivas versan sobre la separación, la identidad, el conocimiento de los otros, la manera de vivir en el mundo. Los gurús les cautivan proporcionándoles una manera de ser y de ver el mundo, un sistema con el que pueden identificarse, completamente razonado de ordinario desde un punto de vista del comportamiento perverso al nivel del proceso. Estos "Flautistas encantadores" instauran una nueva simbiosis parásita y refuerzan el uso de los juegos y de las emociones parásitas para controlar al otro. La tarea del terapeuta, por el contrario, consiste en establecer una simbiosis complementaria para ayudar al paciente, a partir de esta posición de apoyo a resolver los problemas de la adolescencia, para acceder al fin a la autonomía y a la capacidad de constituir simbiosis entre iguales. Los mandatos más frecuentes en este proceso son "no crezcas" y "no seas tú mismo".

Es vital evitar toda modificación del comportamiento por medios coercitivos, seductores, brutales o manipulativos de cualquier especie. El estilo personal del terapeuta, en efecto, será imitado mucho más que el contenido de sus palabras. Y es posible, por otra parte, que esta escisión entre estilo relacional y el contenido haya sido, en el origen, el factor primordial que ha mantenido la escisión del yo<sup>18</sup>.

Tengo menos que decir aquí del tratamiento de las personalidades narcisistas<sup>19</sup>. Mi opinión es que, para ellas, el tratamiento en grupo no está indicado y que los mejores resultados se obtienen en terapia individual. La tarea más ardua y más importante es conducirles a sentirme como una persona. Eso lleva tiempo. El sentimiento parásito más frecuente que he de manejar en mí mismo en una contratransferencia de cólera frente a su egocentrismo. Estoy impresionado por la nota de Kohut sobre la transferencia en espejo: "devolver el reflejo del sí mismo grandioso". Corresponde al tipo de mensaje que he interiorizado a propósito de los caracteres obsesivos-compulsivos: "es preciso consagrar bastante tiempo a escucharles, reexaminar su obsesión". Estos pacientes no son permeables a ningún otro abordaje.

El aspecto primordial del guión que es preciso tratar es la decisión primera. El niño ha compensado la angustia producida por un parentamiento inadecuado manteniendo la ilusión de la omnipotencia de sus deseos. Ha utilizado su habilidad para obtener por manipulación la satisfacción de sus necesidades. Para hacer ésto, ha apelado a algún don particular: su inteligencia, su encanto, su belleza, su disposición por la música o para los deportes, etc. En el curso del tratamiento, es necesario que la personalidad narcisista haga la experiencia del padre nutritivo y aprenda a ponerlo en

práctica. Es, sin duda, lo que Kohut llama "transformar las interiorizaciones". Estas personas han aprendido a vivir sin Padre Nutritivo interno: en consecuencia, descuentan el valor de este estado del Yo, a pesar de su compulsión a buscar ser tranquilizado en relación con su deformación grandiosa de la realidad. La personalidad borderline, siente mas bien el Padre Nutritivo como posesivo y devorante, lo que le lleva a rechazarlo.

La tarea del terapeuta es la de interpretar para el paciente las principales relaciones estructurales, de desarrollo y dinámicas, así como la manera en que éstas se traducen en sus transacciones actuales. Las tomas de conciencia adquiridas en el curso del proceso son preciosas, tanto para el terapeuta como para el cliente, para establecer contratos de cambio más realistas.

Paulatinamente, se atribuye menos pesimismo en el pronóstico de los trastornos borderline y narcisista, a medida que los terapeutas, cada vez más numerosos investigan cómo tratar estos pacientes difíciles.

## NOTAS Y REFERENCIAS

- 1 American Psychiatric Association **Diagnostic and Statistical Manual**. Wasington (D.C.) 1980, "Personality Disorders".
  - 2 Horner, A. (1975) **Object Relations and the developing Ego in Therapy**. New York, Jason Aronson.
  - 3 Berne, E. (1972) **What Do Yo Say After Yo Say Hello**. New York, Grove Press.
  - 4 Berne, E. (1961) **Transactional Analysis in Psychotherapy**. New York, Grove Press.
- Spitz, R. (1945) "Hospitalism: An inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood". En **Psychoanalytic Study of the Child**.

- <sup>5</sup> LeBoit, J. y Capponi, A. (1979) **Advances in the Psychotherapy of the Borderline Patient**. New York, Jason Aronson.
- <sup>6</sup> Kohut, H. (1977) **Restoration of the Self**. New York, International Universities Press.
- <sup>7</sup> Mahler, M. (1979) **Selected Works**. Vol. I y II. New York, Jason Aronson.
- <sup>8</sup> Erickson, E. (1968) **Identity, Youth and Crisis**. New York, Norton.
- <sup>9</sup> LeBoit, J. y Capponi, A., op. cit.
- <sup>10</sup> Winnicott, D. (1975) "Transitional Objects and Transitional Phenomena". En **Through Paediatrics to Psychoanalysis**. New York, Basic Books.
- <sup>11</sup> Bowlby, J. (1965) "Grief and Mourning in Infancy". En **Psychoanalytic Study of the Child**. 15, 8, pág. 193.
- <sup>12</sup> Masterson, J. (1968) **Psychotherapy of the Borderline Adult**. New York, Bruner & Mazel.
- <sup>13</sup> Giovacchini, P. (1975) **The Psychoanalysis of Character Disorders**. New York, Jason Aronson.
- <sup>14</sup> Givancchini, P. (1975) **The Treatment of Primitive Mental States**. New York, Jason Aronson.
- <sup>15</sup> Seligman, M. (1975) **Helplessness**. San Francisco, Freeman.
- <sup>16</sup> Gedo, J. y Goldberg, A. (1973) **Models of the Mind**. Chicago, Univ. of Chicago Press.
- <sup>17</sup> Nótese la diferencia de posición de la investidura del A1 en relación con las teorías de Weiss y Levin.
- <sup>18</sup> Masterson, J., op. cit.
- <sup>19</sup> Cfr. también Chessick, R. (1977) **Intensive Psychotherapy of Borderline Patient**. New York, Jason Aronson.
- <sup>20</sup> Brody, W. (1965) "On the Dynamics of Narcissism". En **Psychoanalytic of the Child**. 20, 165, pág. 193.

## COMO TRABAJAR LA INTEGRACION INTERHEMISFERICA DESDE EL AT

CARMEN VAZQUEZ BANDIN  
Centro de Terapia y Psicología

### — RESUMEN —

*El AT reconoce tres campos básicos de energía de los Estados del Yo: el Padre, el Adulto y el Niño. Reconoce también que el papel de las tres energías permanece constante y que puede fluir entre los tres Estados. Cuando los centros primordiales empiezan a intercambiar energía podemos observar procesos de crecimiento, de plenitud y de progreso satisfactorio de lo físico, lo intelectual y lo emocional. Esta explicación es ratificada por la neurofisiología, la Física Cuántica y la filosofía chamánica, pudiéndose diseñar una estrategia o método para facilitar este flujo de energía de una manera constante, potenciando así nuestro crecimiento personal.*

El AT reconoce tres campos básicos de energía de los Estados del Yo: el Padre, el Adulto y el Niño. Reconoce también que el papel de las tres energías permanece constante y que puede fluir entre los tres Estados. La función primordial del Padre es proteger, la del Adulto razonar y la del Niño inventar o fantasear.

Cuando los centros primordiales empiezan a intercambiar energía, podemos observar procesos de crecimiento, de plenitud y de progreso satisfactorio en lo físico, lo intelectual y lo emocional.

El Trílogo consiste (Reissman, 1975) en seis unidades de energía yoica: **Padre - Adulto - Niño - Compromiso - Juicio - Alternativas**. Las seis unidades se relacionan y son interdependientes.

Los **juicios** se forman cuando la información acerca de la realidad proveniente del Adulto razonador, lógico y

procesador de datos se pone a prueba frente a los valores del Padre protector.

Las **alternativas** constituyen una mezcla energética del Adulto razonador y procurador de información y de las energías inventadas y arriesgadas del Niño.

El **compromiso** representa la energía yoica que fluye entre el Padre protector y el Niño inventivo y analógico.

Las cualidades del tránsito de energía determinan si somos espontáneos y equilibrados o bloqueados y desconectados.

### CORRELACIONES CEREBRALES

Si aplicamos este esquema al cerebro y a sus funciones interhemisféricas e

integrativas podemos hacer el siguiente paralelismo.

En la parte **posterior del hemisferio dominante del cerebro** (el izquierdo, en la gran mayoría de la población) se encuentra el Área de Integración Común (**CIA**) (Stokes y Whiteside, 1984). Ocupa una posición eminente en la superficie del lóbulo temporal (emoción intensa); está localizada entre los tres grandes centros del tratamiento de la percepción visual, auditiva y somestésica, de los que recibe información. También recibe información directamente del tálamo y de otras zonas ubicadas en la base del cerebro. Su tarea consiste en conectar automáticamente la experiencia memorizada con la sensación presente, para determinar una significación común; una vez establecida ésta, elige la "mejor manera" de reaccionar, tomando como base los modelos de supervivencia anterior. A continuación, emite señales hacia el Área Ideomotora que determina la actividad muscular necesaria para desarrollar dicha respuesta.

En la CIA localizan las funciones de Padre del AT. En ella se encuentran los Valores, Creencias, Criterios, Juicios. Es como una "faja", un entramado que guía nuestros pensamientos, sentimientos y acciones. Nos fija nuestros límites. Teniendo límites adecuados nos sentimos protegidos por esta zona; teniendo límites inadecuados a nuestra realidad nos sentimos inadecuados, alterados, insanos... Esta inadecuación de límites puede ser:

- por exceso, siendo la persona excesivamente rígida con ella misma, poco espontánea, insegura, temerosa de acontecimientos nuevos...
- por defecto, la persona actuaría fuera de la realidad, dando lugar a la "locura" psiquiátricamente hablando.

En los **lóbulos frontales derecho e izquierdo**, se encuentra el Área de

Pensamiento Consciente Asociativo (denominada **CAT**); constituye la diferencia más significativa entre el cerebro humano y el de los demás mamíferos, en cuanto a número de células; nuestro comportamiento parece que debiera estar caracterizado por su función puesto que además tiene el poder de inhibir todas las actividades neurológicas "inferiores" incluso las funciones del cerebro posterior, la motricidad, y también las pulsaciones cardíacas y la respiración. No existe ninguna función que no pueda ser controlada conscientemente por esta zona y, sin embargo, sólo está al mando menos de un 5 por 100 del tiempo a causa del stress emocional.

El CAT correspondería al Adulto del AT. En esta zona se encuentran las nuevas opciones lógicas y el pensamiento racional analítico basado en la realidad. Es el que nos permite estar en el mundo.

La **zona posterior del hemisferio derecho**, es donde se encuentra el pensamiento analógico, divergente, creativo. Correspondería al Niño del AT.

Si seguimos el esquema de Reissman (Reissman, 1975) del flujo de energía, la integración interhemisférica no sería otra cosa que la rueda del Trílogo, fluyendo plenamente su energía. De esta manera, la parte Analógica (el N) aportaría su "historia" creativa del momento presente, la CIA reencuadraría esta información "imaginativa" y creativa con los Valores y Datos acerca de nuestra Identidad (el P) y finalmente el pensamiento lógico-consciente (el A) aportaría la aplicación concreta a la realidad.

No olvidemos que en nuestra mente, aproximadamente un 3 por 100 corresponde al pensamiento lógico-consciente; un 4 por 100 a la CIA o zona de Creencias y Límites, siendo ésta pre-consciente; y un 93 por 100 a nuestra zona analógica, creativa o intuitiva. Las dos

primeras zonas utilizan el lenguaje verbal (el idioma del sujeto) como modo de expresión o de contacto. La zona analógica no se expresa a través del lenguaje verbal sino a través de **imágenes**. Estas imágenes se dan a varios niveles:

- en los sueños,
- en las fantasías dirigidas o libres,
- en los momentos de ensoñación,
- y en los síntomas y en las enfermedades.

### COMO FUNCIONA NUESTRA MENTE

Imaginemos una habitación con una mesa en el centro de la misma, sobre ella hay una televisión y un vídeo. En el ala derecha de la mesa, hay muchas cintas de vídeo apiladas sin carcasa ni etiqueta. En el ala izquierda, hay carcacas vacías, un montón de etiquetas sin escribir y un bolígrafo. Todas las paredes de la habitación están recubiertas de estanterías archivadores para vídeo. Hay muchos ya colocados con carcasa y etiqueta rellena.

Además de estos elementos hay un directorio o índice de vídeo.

Cuando queremos recuperar algún acontecimiento de nuestra vida, vamos al directorio (nuestra **memoria**) y localizamos, con la parte lógica, racional, el nombre con el que lo hemos archivado. Todos archivamos todos los acontecimientos de nuestra vida; tener buena memoria sólo supone ser capaces de saber con qué título lo hemos archivado. Y hemos de darnos cuenta de que un acontecimiento se puede archivar con varios nombres, pero no saber con cuál. Si yo trato de recordar qué pasó el día 1 de agosto de 1992, posiblemente lo tenga archivado como "principio de vacaciones" o como "viaje hacia San Francisco" pero es raro que me acuerde de la fecha en sí. Si me digo 15 de marzo de 1999, en principio no tengo ni idea, si me digo "el año en el que el Congreso de AT se hizo en Alicante", aparece la carcasa con la etiqueta y el vídeo dentro y... recuerdo.

El hecho de identificar la etiqueta y "colocarlo" en mi consciente lo hace mi parte lógica. Luego, la película empieza a fluir... ésa que mi parte analógica filtrada por mi CIA me deja ver las imágenes "reales" de aquel acontecimiento. Donde faltan datos (si la película no es muy nítida), presupongo desde mi parte analógica; esto es, reinvento dentro de lo posible. Si la película la reconstruyo sin utilizar la CIA, no la reconstruyo dentro de lo posible, simplemente invento.

Los asuntos inconclusos, en los que hace hincapié la Psicoterapia Gestáltica, no serían otra cosa que video sin final o con un final que no nos gustó en su momento y esperan en el ala derecha de la mesa a ser revisionados y grabados, regrabados o terminados de "rodar" para ser etiquetados y archivados. En ese ala de la mesa están nuestros miedos, fantasías catastróficas, malos cierres de acontecimientos, etc... Para que una película se pueda archivar, el "arreglo" a efectuar, bien sea regrabar el final, grabarlo por primera vez..., debe ser efectuado en Visual, Auditivo y Cinético, esto es, con todos los sentidos.

Pero éste es sólo el 50 por 100 de las actividades de la integración interhemisférica, del hemisferio lógico y consciente al analógico; pero ¿cómo es el proceso a la inversa?

Nuestra mente **sólo** contesta a preguntas; ésta es la llave maestra a nuestro archivo o índice mental. Cuanto más conscientes y bien formuladas sean éstas, más precisa será la información que obtengamos. Yo digo que nuestra mente es como el genio de la lámpara de Aladino, tremendamente poderoso, pero un poco "simple"; es absolutamente obediente y **siempre** nos concede todo lo que le pedimos. La lámpara sería la parte lógica y nuestras preguntas, el genio el 93 por 100 analógico. Pero nuestra parte analógica **no puede** hablar nuestro lenguaje-verbal; lo entiende, pero no puede hablarlo, su

idioma es el mundo de las **imágenes**, es como si nos hablara en diapositivas, fotos o películas. ¿Y qué hace? pues utilizar de las imágenes de nuestra experiencia aquéllas que cree que vamos a ser capaces de identificar como la respuesta a nuestra pregunta. Y por desconocimiento, cometemos dos fallos:

No somos conscientes de las preguntas que le hacemos;

2. No somos capaces de "traducir" sus imágenes, a veces tranquilizadoras, terroríficas o absurdas, otras a mensajes operativos.

Y de ahí, hay sueños que nos confunden, sensaciones que nos espantan, fantasías recurrentes (pensamientos obsesivos) que nos dejan paralizados y asustados. No somos capaces de darnos cuenta de que nuestra parte analógica **siempre nos quiere bien**, siempre es un mensaje positivo lo que nos manda y es la respuesta a algo que nos hemos preguntado y que no nos hemos dado cuenta de que lo hacíamos.

Hace unos años, la NASA envió un mensaje al espacio para que, de existir otros seres inteligentes, pudieran saber de nosotros y de nuestra existencia. Este mensaje, llamado Mensaje de Arcibo, porque se envió desde ese lugar de México, está lleno de símbolos que, a decir de los científicos, podría ser fácilmente interpretado por una mente como la nuestra. En mi opinión, como la nuestra... ¡integrada interhemisféricamente! pues la placa espacial está llena de dibujitos y signos totalmente analógicos.

#### PASOS PARA CERRAR ASUNTOS PENDIENTES, FANTASIAS CATASTROFICAS, MIEDOS...

1. Sentarse en un sitio cómodo, en una habitación tranquila, a ser posible solo (o con alguien que nos haga de Adulto Auxiliar);

2. Ver la película a archivar totalmente asociado, esto es, **de protagonista**, viendo, oliendo, tocando, sintiendo y oyendo todos los elementos de la grabación **hasta el final**. Dejarse llevar por las sensaciones y emociones desde el sitio cómodo, interactuando con el protagonista (esto es, tú desdoblado en el protagonista y en el espectador activo). Como espectador activo puedes sugerirle acciones desde tu parte analógica;
3. Cuando acabe la película con los cambios que creas oportunos y ecológicos (desde la CIA), ponle nombre a tu vídeo y etiquétalo. Da una palmada. La palmada sirve para incorporarlo a tu repertorio mental, como una estrategia útil a utilizar como recurso positivo en otra ocasión.

Pero mi aportación a este Congreso no es tanto este apartado anterior, sino la utilización de las preguntas para conectar con nuestro 93 por 100 analógico y saber interpretarlo.

#### PASOS PARA CONECTAR CON NUESTRA PARTE ANALOGICA

1. Localiza el tema sobre el que quieres preguntar. Concrétalo y busca una pregunta precisa para hacer a tu "genio". Formúlala con respuesta abierta;
2. Ponte cómodo en un sillón. Respira profundamente tres veces. Emplea una técnica de relación que domines;
3. Ahora, formula tu pregunta, en voz interna;
4. Deja fluir las imágenes que vengan a tu mente. No las censures. No las analices. Simplemente deja que fluya, aunque te parezcan absurdas;

5. Acabado el flujo, aprieta los párpados y abre los ojos;
6. Sé consciente de las imágenes que te han fluido. Aunque algunas se te hayan olvidado, no importa;
7. Cuéntate una historia desde la pregunta que te has hecho.

Cuando sin ser consciente de la pregunta que te hayas hecho, aparezcan en tu mente imágenes recurrentes, emplea el mismo sistema para explicártelas, recordando que tu parte analógica **siempre** te da ideas positivas, no necesariamente literales (son simbólicas), pero sí operativas para beneficio tuyo y de los que te rodean. Ej. pensamientos recurrentes de hacer daño a alguien. Nunca quieren decir que vas a hacer daño a esa persona sino que a través de tu vivencia de ella y el poder emocional que le otorgas, te impide algo concreto en tu proceso de Crecimiento Personal.

#### EL PUNTO DE VISTA CHAMANICO

Los chamanes dividen la capacidad de la mente en dos partes, el pensamiento razonador y el pensamiento imaginativo o analógico.

Los sentidos que corresponden al pensamiento razonador son los cinco sentidos conocidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto. Con ellos creamos la realidad material y recreamos sus límites, sus leyes y nuestros modos de vida materiales.

Los cinco sentidos del pensamiento imaginativo son:

- 1º sentido de autocuración. Cuando te haces un corte en un dedo, tu dedo sana. Nuestros cuerpos gozan de este sentido y hay que aprender a reconocerlo y confiar en él;

- 2º sentido de autodestrucción. Siempre que te crees problemas, te hundirás y producirás lo que crees;
- 3º sentido de la penetración. Se trata de aprender a "leer" los mensajes analógicos que aluden a la multiplicidad de "mundos", de "realidades" alternativas o paralelas de nuestra mente analógica;
- 4º sentido de la percepción. La capacidad de percibir los acontecimientos y el mundo que nos rodea bajo una nueva luz. Se trata de ser capaz de suspender la mente mecánica o lógica y transformar en extraordinario cualquier acontecimiento. Se trata de confiar en la propia intuición, incluso cuando los conceptos que se obtienen son aparentemente "absurdos";
- 5º sentido de la revelación. Es la capacidad de entender lo que se ha percibido con la parte analógica y ser capaz de utilizarla cuando la mente se centra otra vez en la parte mecánica o lógica.

Según esto, los seres humanos, especialmente los occidentales, hemos perdido el manejo de estos cinco sentidos analógicos como parte de nuestros recursos naturales. El pensamiento occidental en cierto sentido se ha separado de estas leyes. La medicina y la ciencia han escogido el punto de vista de que todo es fundamentalmente mecánico, lógico y racional. Así, conseguimos establecer reglas y patrones que no encajan en cómo actúan los seres vivos, pero callan nuestra inseguridad (que confundimos con flexibilidad) y nos dan límites, tapando nuestra capacidad de expansión.

Se nos olvida que la vida no puede explicarse simplemente con acciones mecánicas. La vida es flexibilidad y expansión. Las acciones mecánicas, lógicas, encasilladas, se producen cuando

la vida se vuelve inconsciente; cuando "matamos" el pensamiento analógico. Luego, se vuelve mecánica al actuar. Entonces, nuestras mentes han de crear actos mecánicos, creando trayectorias de mínima acción y esas trayectorias de mínima acción suponen seguir el Guión explicado por Berne. Dándonos cuenta, retomando nuestra capacidad de "observar" y de explicar de una manera creativa y positiva nuestra realidad, aumentamos nuestro potencial de acción, cambiando la trayectoria de nuestras acciones y, en definitiva, la trayectoria de nuestra vida.

No es sólo la mecánica sino también el "espíritu visionario", la creatividad, el que tiene importancia en el proceso de ser uno mismo. La felicidad, el ser uno mismo, la auto-aceptación, la salud... se producen en este reino medio de la integración interhemisférica, de tensión, que Werner Heisenberg vislumbró: el dominio entre "el

mundo objetivo que sigue su curso regular en el espacio y el tiempo", el mundo de lo racional, y el mundo subjetivo, analógico, de "un sujeto, que experimenta de un modo creativo la unidad del mundo, y deja de estar frente a ningún objeto o frente al mundo objetivo".

#### BIBLIOGRAFIA

- Reissman, A.H. (1975) "TRIOLOG". *Transactional Anal. J.*, 5, 17-177.
- Wolf, F.A. (1993) *La búsqueda del águila*. Barcelona, Los Libros de la Liebre de Marzo.
- Stokes, G. y Whiteside, D. (1984) *One brain, Dyslexic*. Burbank (Ca, USA), Three in One Concepts, INC.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1982) *De sapos a príncipes*. Santiago de Chile, Cuatro Vientos.

## EVOLUCION DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

M<sup>a</sup> ANGELES ORTEGA RODRIGUEZ

Médico Psiquiatra  
Miembro Clínico de A.E.S.P.A.T.

### RESUMEN

*Los conceptos y actitudes sociales de los hombres, puestos en marcha a lo largo de la historia, en el enfoque de la salud-enfermedad psíquica, han sido muy diversos y han cambiado de acuerdo con las posiciones filosóficas dominantes y con los avances de las ciencias médicas. De la misma forma, los modos de tratar a nuestros enfermos y, por tanto, los cuidados asistenciales psiquiátricos sufrieron esta misma evolución, en íntima conexión dentro del contexto histórico vivido.*

*Palabras clave: Salud mental. Personalidad. Autonomía. Autorrealización. Espontaneidad. Intimidación.*

El arte, la religión y la Medicina tuvieron un origen común: nacieron de la "magia" que el hombre paleolítico desarrolló como un medio para protegerse del ambiente hostil en que vivía. Como esa era su visión de la vida y del universo, la medicina primitiva fue, necesariamente, de carácter mágico y religioso. Esa asociación entre magia, religión y medicina continuó por milenios y aún persiste, en diferentes grados, en las sociedades tradicionales e incluso en las modernas.

En la totalidad de los movimientos filosóficos que impregnaron la vida de los hombres a lo largo de la Historia, podríamos encontrar los ideales del Hombre a que aspiraron y, por tanto, el modelo sociocultural al cual tendían a alcanzar. Las desviaciones de él, en muchos casos, fueron vistas como ajenas y enajenantes, e interpretadas de acuerdo con sus creencias (Seva Díaz, 1989). Así

en muchos pueblos antiguos los desórdenes mentales fueron considerados como castigo de los poderes sobrenaturales y demoníacos, de manera que las prácticas hechiceras, la brujería, el exorcismo en todas sus variantes y, en definitiva, las artes más ocultas se utilizaron como medios de tratamiento para estas personas.

La relación del médico con la enfermedad en este contexto, como señalaba Lain Entralgo (1943), no podía ser de otra forma sino en íntima asociación con la labor de los antiguos sacerdotes. Así, no es extraño que, por ejemplo, una palabra asiria como "shertu" tuviese significados tan variados como pecado, castigo de Dios, impureza y enfermedad.

Esta concepción extranatural de la enfermedad pasó a superarse en la vieja cultura helénica, cuando Hipócrates (460-

377 a. de C.) defiende el origen natural de los trastornos psíquicos. Llega incluso Hipócrates a describir algunos trastornos psíquicos que ya utilizaron sus nombres actuales en muchos casos; así sucede con la manía, la melancolía, psicosis puerperales y psicosis alcohólicas. Las enfermedades que afectan al cerebro son susceptibles, pues, de producir psicosis, con lo que se había dado un giro radical a las creencias de antaño, situando a los sacerdotes y a los hechiceros fuera del contexto normal del quehacer médico.

Para **Platón** (429-347 a. de C.) los trastornos psíquicos gozan de una etiología no exclusivamente orgánica, sino también ética y hasta divina; así considera imprescindible para la salud una buena higiene física, psíquica y moral, adelantándose a la definición actual de salud que propugna la O.M.S. (López Piñero, 1979).

**Galeno**, que vive entre los años 1130-1200 d. de C., considera a la salud psicológica como una situación equilibrada y armónica de racionalidad, irracionalidad y sensualidad, atribuyendo, de un modo ecléctico y, en cierto modo, de acuerdo con nuestros conocimientos actuales, las enfermedades psíquicas a factores orgánicos y mentales.

La **Edad Media** va a significar el resurgimiento de las viejas creencias con una vigorización de las prácticas oscurantistas. La brujería, el exorcismo y la hechicería dominan la escena, y el pueblo participa de estas actitudes primitivas. Únicamente la Iglesia, en sus reductos monacales, conservará las cultas esencias grecolatinas, defendiendo, a través de muchos de sus teólogos, el origen natural de las enfermedades psíquicas. Así, San Agustín y Santo Tomás de Aquino representan la conservación de aquellas ideas sobre la salud y los desequilibrios psíquicos.

También escaparon, de estas creencias y conductas mágicas, los círculos refinados de la **cultura árabe**, cuyos máximos representantes, Avicena, Avenzoar, Averroes, entre otros, perfeccionaron la psicología filosófica, cultivando, además, la Psiquiatría de un modo empírico.

Vemos que el concepto de salud es dinámico, histórico, variable, multicausal y social. Asimilar la salud a una sensación o a un estado de bienestar completo (físico, mental y social) es altamente subjetivo y funcional. La salud no es un estado absoluto (completo), sino uno esencialmente variable, dinámico y relativo (San Martín, 1986).

Las palabras normal y anormal cubren tantos significados diferentes que han llegado a perder su utilidad. Hoy domina una fuerte tendencia, entre psiquiatras y psicólogos, a sustituir estos términos generales por los conceptos más específicos.

**Maslow** (1991) piensa que se debe ir desarrollando alguna forma generalizada sobre la Salud Mental de la especie, que sirva para todos los seres humanos, sin importar su cultura ni su época.

**Drucker** (1991) ha expuesto la tesis de que **Europa Occidental**, desde el principio del Cristianismo, ha sido dominada por cuatro ideas sucesivas o conceptos con respecto a la forma en que se debería perseguir la felicidad y el bienestar individual. Cada uno de estos conceptos o mitos sustentaban un cierto tipo de hombre como ideal, y generalmente asumían que sólo persiguiendo este ideal se podría asegurar la felicidad y el bienestar. El hombre espiritual era el ideal durante la Edad Media, el intelectual durante el Renacimiento. Luego, con la llegada del capitalismo y el marxismo, el hombre económico ha tendido a dominar el pensamiento de lo ideal. Más recientemente, se podría hablar claramente de un mito paralelo y similar, a saber, el del

hombre heroico (heroico en el sentido nietzscheano). Ahora parece como si estos mitos hubieran fracasado y estén dando paso a uno nuevo que se desarrolla poco a poco en la mente de los más avanzados pensadores e investigadores de esta materia y que, previsiblemente, florecerá en las próximas décadas, a saber, el concepto de persona mentalmente sana o persona eupsíquica (Maslow, 1991).

**Maslow** dice de manera textual: "Lo primero y más importante es la fuerte creencia que los individuos tienen de sí mismos, un esqueleto de estructura psicológica que se puede tratar y discutir de manera análogo a su estructura física, y que tiene necesidades, capacidades y tendencias con una base en parte genética, algunas de las cuales son características de toda la especie humana, pasando por todas las líneas culturales, y algunas de las cuales son únicas en cada individuo". Estas necesidades básicas son, en apariencia, buenas o neutrales en vez de malas. En segundo lugar, para Maslow, va implícita la concepción de que la salud entera y el desarrollo normal y deseable consiste en realizar esta naturaleza, en cumplir estas potencialidades y en desarrollar la madurez, siguiendo las líneas que dicta esa naturaleza esencial, oculta, cubierta, oscura, y que crece desde dentro en vez de ser configurada desde fuera. En tercer lugar, se ve claramente que la mayor parte de la psicopatología resulta de la negación, la frustración o el retorcimiento de la naturaleza humana esencial.

Esta nueva concepción, en realidad, tiene mucho en común con las filosofías más antiguas, en concreto, nos recuerda mucho a las ideas del pasado de Aristóteles y Spinoza. Sin embargo, recordemos que Aristóteles tenía una jerarquía de las capacidades humanas en las que la razón ocupaba el lugar más alto. Junto con esto iba, sin más remedio, la idea de que la razón contrastaba, luchaba y estaba reñida con la naturaleza humana instintiva y emocional. Hemos aprendido de la

psiquiatría dinámica que la autorrealización no se puede conseguir por el intelecto o la racionalidad a solas.

Si tuviéramos que resumir el contraste entre conceptos tradicionales de la normalidad y el concepto que va apareciendo, diríamos que ahora vemos no sólo lo que los seres humanos son, sino lo que pueden llegar a ser, es decir, que podemos ver las potencialidades (Rogers, 1981); podemos juzgar la naturaleza esencial del ser humano en términos de lo que pueden ser sus posibilidades, sus potencialidades y su desarrollo más alto, en vez de confiar sólo en las observaciones externas de lo que es en ese momento. Esta concepción recuerda, también, a la que sostiene Fromm (1978) en que la realización del Yo ocurre no sólo por los actos del pensamiento, sino más bien, por la realización de la personalidad humana total, que incluye la expresión activa de las capacidades intelectuales, de las emociones y de las instintivas.

Para otros autores contemporáneos como Ruiz Ogara (1982), la Normalidad en un terreno práctico supone: 1. Ausencia de una patología reconocible como alguna de las estructuras clínicas que se incluyen en la nosología actual. 2. Existencia de una organización madura de la personalidad. 3. La adaptación adecuada de la persona a los distintos conflictos y momentos evolutivos de su vida. Este enfoque supone una diferenciación entre enfermedad o estructura psicopatológica, clínicamente reconocible, y personalidad que ha de tener una organización, maduración y equilibrio dinámico capaz de adaptarse o responder adecuadamente a las circunstancias. Es necesario definir la anormalidad con criterios clínicos, psicológicos de personalidad pero, también, en relación al momento evolutivo, a las circunstancias y a las normas del entorno cultural.

La Salud Mental es considerada como el equilibrio o funcionamiento armonioso de la personalidad, insistiendo en la madurez de

las respuestas emocionales y en la capacidad adaptativa equilibrada frente a las propias tendencias internas y exigencias ambientales, conservando el bienestar físico, mental y social.

Jahoda (Ruiz Ogara, 1982) señala los puntos siguientes como definitorios de Salud Mental:

- Actitud adecuada hacia sí mismo, y el autoconocimiento consiguiente.
- Desarrollo de las potencialidades y creatividad personales.
  - Integración armoniosa de los distintos rasgos y atributos de la personalidad.
- Capacidad de autonomía e independencia.
- Percepción de la realidad libre de distorsiones.
  - Una buena adaptación al entorno que incluye el afecto hacia los otros, relaciones interpersonales satisfactorias y la integración en su grupo.

Berne (1966) se refiere a la Autonomía como sinónimo de Salud Mental de la persona. Para este autor se revela que se ha obtenido la autonomía con la liberación o la recuperación de tres capacidades: consciencia de las cosas, espontaneidad y capacidad para la intimidad. "*La consciencia de las cosas significa la capacidad de percibir, ver y sentir el exterior, a las personas, cosas, etc., de modo propio. Requiere vivir en el 'aquí y ahora' y no en otra parte, en el pasado o en el futuro. La espontaneidad significa opción, libertad de escoger de expresar los propios sentimientos entre todo el surtido que tenemos a nuestra disposición. La capacidad para la intimidad sería la espontaneidad en la relación con los otros, la franqueza, la*

*comunicación abierta, libre de mensajes ocultos".*

Maslow (1982) habla también de Autonomía y Autorrealización como sinónimos de Salud Mental. Para este autor tiene importancia fundamental la autonomía como ausencia de dependencia. Dice así: "*De una persona que se encuentra en situación de dependencia, no puede decirse que se autogubierne o que dirija su propio destino... Debe ser contemplado en relación con las fuentes que proporcionan satisfacción a sus necesidades. De este modo el ser humano dependiente teme más al medio ambiente porque siempre existe la posibilidad de que éste pueda fallarle o defraudarle. Sabemos que este tipo de dependencia engendra, así mismo, hostilidad y, todo ésto, se suma a una mayor falta de libertad".*

Alport (1975), a su vez, subraya que la noción de ser humano como reactivo en esencia, puesto en movimiento por estímulos externos, no resulta sostenible cuando la persona es autónoma.

Por supuesto, ambos autores se refieren a una independencia *relativa* de las circunstancias externas. Es la diferencia entre la determinación del comportamiento *oportunista y propia*, o bien, determinación externa del comportamiento y determinación interna. Parece ser que existe acuerdo entre la consideración de la creciente autonomía e independencia de los estímulos ambientales y las características definitorias de la plena individualidad, de la verdadera libertad, del proceso evolutivo global.

Para Maslow, la persona autónoma puede ser más espontánea en sus actividades y en sus relaciones interpersonales, ya que estas últimas no van a resultar interesadas en función de las propias necesidades, sino que van a ser capaces de contemplar a los otros como individuos unitarios e

integrados. En estas personas autónomas, la concentración en el percibir, actuar, gozar y crear puede ser más completa e integrada.

En opinión de R. Ersquine (1980) la persona es autónoma, cuando tiene libertad para mantener, con los otros, contactos ricos de sentido y reaccionar ante los problemas sin ideas o planes preconcebidos, que limiten su interpretación de la situación y sus decisiones de conducta o, dicho de otra forma, cuando la persona aprecia la unicidad de cada experiencia y la percibe en su interior como una ocasión de aprender y de crecer.

La Salud Mental, además de la autonomía del yo, comprende el uso del poder personal; éste implica el desarrollo de las habilidades —crecimiento— y la libre asignación de valores propios que le permiten a la persona organizar su vida y ser responsable frente a los sucesos venideros.

Por último, la Salud Mental también está referida a la sinergia, como sentimiento de pertenencia activa a la Humanidad (de Diego Morales, 1986). Este reencuentro y reinserción con lo humano implica saberse a uno mismo, conocer los límites y fronteras de la propia identidad y del valor de la contribución personal. Implica, también, saberse como un ser interdependiente, capaz de establecer compromisos, sin instaurar dependencias o relaciones simbióticas, y disponible para varias o modificar su conducta ante un tipo de relación disfuncional o improductiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alport, G.W. (1975) **La personalidad. Su configuración y desarrollo**. Barcelona, Ed. Herder.
- Berne, E. (1966) **Juegos en que participamos**. México, Ed. Diana.
- De Diego Morales, C. (1986) **Curso Avanzado de Análisis Transaccional**. Madrid.
- Drucker, P. (1991) "Management tasks, responsibilities, practices". En A. Maslow **Motivación y Personalidad**. Madrid, Díaz de Santos.
- Ersquine, R.G. (1980) "Script Cure: Behavioral intrapsychic and psiological". **Trans. Anal.** 10, 65-67.
- Fromm, E. (1978) **Tener o Ser**. Madrid, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Lain Entralgo, P. (1943) **Estudios de Historia de la Medicina y de Antropología Médica**. Madrid, Ed. Escorial.
- López Piñero, J.M. (1979) **Medicina, Historia, Sociedad**. Barcelona, Ed. Ariel.
- Maslow, A. (1982) **El hombre autorrealizado**. Barcelona, Ed. Kairos.
- Maslow, A. (1991) **Motivación y personalidad**. Madrid, Ed. Díaz de Santos, S.A.
- Rogers, C. (1981) **El proceso de convertirse en Persona**. Barcelona, Ed. Paidós.
- Ruiz Ogara, C. (1982) "Normalidad y Anormalidad en Psiquiatría". En J.J. López-Ibor Aliño y cols. **Psiquiatría**. Barcelona, Ed. Toray, págs. 429-432.
- San Martín, J.L. y cols. (1986) **Salud, Sociedad y Enfermedad**. Madrid, Ed. Ciencia 3.
- Seva Díaz, A. (1989) **Higiene Mental**. Zaragoza, Ed. Antonio Seva Díaz.

inmediato y ambiente social condicionantes”.

De esta forma, la interacción terapéutica constituye **un marco integrador de todos los factores de efectividad**: teoría, técnicas, terapeuta, tarea terapéutica y contexto y ambiente circundantes. Según **Strupp** (1986):

“La separación de todos estos elementos de efectividad psicoterapéutica puede representar una trampa semántica” (pág. 124). Todos estos elementos quedan estos elementos quedan esencialmente integrados en las propias circunstancias de la interacción terapéutica.

c) Se puede hacer una **clasificación** de la interacción desde distintos puntos de vista:

- Según la *fuerza* de la interacción: interacción desde el “psicoterapeuta”, tradicionalmente considerado como dador de ayuda, y desde el “cliente” como receptor de la misma corresponsablemente comprometido en el proceso.
- Según el *enfoque teórico seguido*: interacción psicoanalítica, existencial, cognitiva, conductual, ecléctica, etc., con sus propias características.
- Según el *grado de intimidad*: estrecha, vivencial, distante, simplemente operativa, etc.
- Según la *implicación comportamental*: verbal, gestual, conductual, mixta, etc.
- Según los *resultados*: positiva, negativa, etc.
- Según el *número* de clientes interactuantes: dual, grupal.

d) **Especificidad de la interacción terapéutica**.

Los autores al respecto se han planteado, en repetidas ocasiones, si la relación terapéutica es igual o diferente a cualquier otra relación que implique más que el simple “pasar el tiempo”.

**Goldfried** (1986) la presenta como una situación específica de privilegio: “Esta relación se cree que tiene efectos beneficiosos por sí misma, ya que es difícil encontrarla fuera de la situación terapéutica” (pág. 15).

Otros autores la consideran con características comunes a otras relaciones.

Para **Rogers y Kinget** (1971): “Probablemente toda relación terapéutica experimentada como buena debe tener ciertos elementos en común con cualquier otra relación sentida como buena” (pág. 139).

**Strupp** (1983) propone como modelo analógico de la psicoterapia el reeducacional o parental y compara la interacción terapéutica, que ya Freud denominó “educación posterior”, con la relación padre-hijo. Afirma que: “Si se trata de analogía, un modelo educacional o parental es más apropiado para estudiar la psicoterapia que otros modelos” (pág. 128). Este mismo autor resalta que:

“La relación terapéutica comparte elementos con otras relaciones humanas, pero conserva su especificidad y se fundamenta en una teoría específica” (pág. 129).

Para **Frank** (1986): “Una buena relación terapéutica ha sido comparada con la relación entre una audiencia apreciativa y un ejecutor. La audiencia lanza al ejecutor a hacer lo mejor e incluso a superarse a sí

mismo. En este sentido, una buena relación terapéutica provee de una tierra favorecedora del crecimiento personal" (pág. 172).

e) **Importancia de la interacción terapéutica.**

Los distintos autores se han planteado siempre la importancia de la interacción terapéutica. El psicoanálisis provoca y se centra en la relación transferencial para analizarla, interpretarla, liquidarla y transformarla en una relación real y madura. Todo el psicoanálisis gira en torno a la relación; sin ella no puede concebirse la psicoterapia. Para la psicoterapia siempre fue algo esencial, pues en ella, por ella y dentro de ella se realiza el proceso de cambio. Para la terapia de conducta, durante muchos años, lo esencial eran las técnicas; la interacción es algo accesorio y secundario. Ahora empieza a darse cuenta de que la interacción es importantísima, ya que puede relativizar las mismas técnicas, como veremos después.

Para **Patterson (1974)**:

"Dicha relación terapéutica positiva puede ser un factor esencial de la eficacia terapéutica, común a todas las terapias. De hecho, es más probable que gran parte de los éxitos que obtienen los terapeutas sean debidos, no a lo que hacen, o incluso a pesar de lo que hacen, sino a la relación positiva que ofrecen. Al menos en cierta medida, todos los terapeutas, incluso los conductistas más extremos ofrecen esta relación" (pág. 6320).

El mismo Patterson (1978) afirma que el terapeuta y el cliente son "sistemas" interactivos y añade: "Es evidente que las características del terapeuta y del

cliente se manifiestan por sí mismas en la relación entre ambos" (pág. 629).

Según **Etchegoyen (1981a)**:

"La entrevista configura un campo dinámico, lo que para Bleger (1964) significa que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. (...) En la entrevista están por igual comprometidos entrevistado y entrevistador" (págs. 60 y 61).

Para **Strong & Claiborn (1984)**:

"Ambos están implicados en la relación. Las características de los dos, siempre fluyentes, se manifiestan en la interacción terapéutica. Una teoría efectiva incluye al profesional con credibilidad y a la fuerza curativa del paciente que se libera en la interacción" (pág. 39).

**Goldfried (1986)** hizo la siguiente pregunta a expertos de la intervención psicológica: ¿En qué medida la relación terapeuta-paciente está contribuyendo al proceso de cambio? **Resumo** algunas de las respuestas de los autores encuestados.

Para **Frank**:

"La relación terapéutica es la piedra angular de toda psicoterapia. Sin una buena relación, cualquier procedimiento fracasará; con ella, en la mayor parte de los pacientes, cualquier procedimiento probablemente tendrá éxito. (...) Yo creo, sin ser capaz de documentarlo con evidencia científica, que mucho del poder de la terapia se fundamenta en aspectos de la personalidad del terapeuta y paciente, y de su ajuste relacional, que probablemente no pueden ser conceptualizados en términos objetivos" (pág. 171, 172).

**Kempler** afirma que:

"Lo que es esencialmente curativo y constituye el principio común de todas las psicoterapias, no es una estrategia u otro principio privado de la psicoterapia, sino el principio de atraer y mover hacia una relación con otro, pues sólo en el contexto de una relación es posible el cambio. Desafortunadamente la estrategia más común es intentar sólo la aplicación de técnicas y estrategias" (pág. 186).

Para **Strupp**:

"Aparte de algunas excepciones dramáticas, la relación terapeuta-paciente es crucial para el cambio terapéutico" (pág. 175).

En una investigación llevada a cabo por **Llewelyn (1988)** sobre terapeutas eclécticos (60%), psicodinámicos (15%), conductuales (10%) y rogerianos o de otras orientaciones (15%), y sobre sus pacientes, durante el proceso de intervención y después del mismo, halló que durante el proceso, los pacientes valoraban más la seguridad y el alivio ofrecidos por el terapeuta, y la resolución de problemas, mientras que los terapeutas resaltaban la importancia del "insight" conseguido por los pacientes. Pero al final del proceso, lo que más valoraron tanto unos como otros fue la relación terapéutica.

Para **Castillo y Poch (1991)**:

"Parece que el peso principal de la efectividad de la psicoterapia descansa no en las variables del paciente y del terapeuta, sino en la relación terapeuta-paciente" (pág. 147).

**Frankl (1985)** resalta la importancia tanto de las técnicas como de la interacción:

"El aspecto más significativo del proceso psicoterapéutico es la relación humana entre dos personas, pero no debe desdeñarse la técnica (e.g. la intención paradójica) que da mayor eficacia en manos de cualquier terapeuta experimentado, mayor duración de la mejoría independientemente de las bases etiológicas del trastorno en un tiempo más breve y con un costo más pequeño, y una mayor seguridad en el sujeto mejorado" (pág. 3).

**Lazarus (1986)** resume la apreciación de los autores al respecto:

"Para algunos, es necesaria y suficiente, pues los factores de la relación encarnan todas las condiciones necesarias para el cambio y el crecimiento; otros, rebajan su importancia y enfatizan la de los métodos y técnicas; la mayoría mantiene que las variables de relación son importantes y frecuentemente cruciales, pero que son generalmente insuficientes para efectuar resultados positivos prolongados" (pág. 173).

f) **La interacción terapéutica desde el "terapeuta".**

Todo lo expresado anteriormente respecto del "factor psicoterapeuta", sobre todo, las características "interaccionales" del mismo, tiene aquí una total aplicación. Ratifico lo que ya afirmé entonces: Las características del psicoterapeuta en situación terapéutica son interaccionales, ya que se consideran como propiedades de la relación terapeuta-cliente. **Resumo** las principales características positivas del terapeuta reseñadas entonces y que constituyen lo que se viene denominando *alianza terapéutica o de trabajo*: fe, esperanza y expectativas en el resultado del proceso, sinceridad y autenticidad, aceptación,

comprensión, procurar respeto dándolo y recibéndolo, ofrecer seguridad a la intimidad del cliente, ser neutral, objetivo e imparcial, resultar interesante e influyente por su competencia y honestidad, demostrar interés por los problemas, responder en función de las necesidades del cliente y no de las propias, dar y darse, etc.

El proceso de intervención y cambio se produce tanto dentro como fuera de la sesiones, aunque es justo y necesario reconocer que probablemente el impulso curativo lo da el terapeuta en interacción. En relación con él, el cliente ahora es capaz de aprovechar terapéuticamente en la vida lo que antes quizás contribuía a problematizarle. La vida es y será la mejor terapia para el hombre, pero es el psicoterapeuta, en este caso, el que colabora con el cliente en su incorporación positiva a la vida misma.

#### g) La interacción terapéutica desde el cliente.

Todo lo tratado anteriormente dentro del "factor cliente" tiene aquí aplicación directa. Lo que el cliente es, dice y hace en la situación terapéutica tiene implicaciones relacionales y terapéuticas. Puede suceder que el cliente sea generalmente de una determinada forma y se comportase en la situación clínica de otra. Interesa aquí lo que él mismo dice y hace durante la interacción. Pero normalmente hará aquí y ahora según es él mismo.

Tradicionalmente se le ha presentado al paciente como el receptor "pasivo" de las intervenciones del psicoterapeuta, pero, como ya dije antes, el cliente interactúa con el terapeuta y participa activamente en el proceso de cambio. En último término, es el cliente el que cambia. Ya expuse los principales mecanismos del cliente que

median entre las intervenciones y los resultados. Actualmente se tiene en cuenta la implicación del cliente en el proceso terapéutico tanto puntual como longitudinalmente. El resultado final es posible por el aprovechamiento del cliente a lo largo del proceso, suponiendo, eso sí, los altibajos de todo proceso humano. Tan importantes son las características positivas del terapeuta como las del cliente. Nada sin el terapeuta y todo por el cliente. Es imprescindible para la efectividad terapéutica el desarrollo de una relación terapeuta-cliente caracterizada por la verdad, respeto mutuo y sentimientos positivos tanto del terapeuta como del cliente. Toda intervención del terapeuta para que conlleve efectividad exige cooperación del cliente; por lo cual, toda efectividad terapéutica es función de la interacción terapeuta-cliente. Las mismas características del terapeuta al depender ampliamente de las respuestas del cliente, se consideran como propiedades de la interacción.

#### h) Características de la interacción terapéutica.

- (1) *Integra esencialmente a terapeuta y cliente como "sistemas" contextualizados.* La interacción, por tanto, comprende los siguientes elementos interactuantes: a) Las características positivas del *terapeuta*. No tanto por lo que es, sino por lo que, aquí y ahora, dice y hace, y por el modo de hacerlo; b) Las características positivas del *cliente* como corresponsable activo de todo el proceso de cambio; y c) Las características de la *situación* contextual, social y ecológica.
- (2) Queda inicialmente estructurada por un *convenio formalizador*, explícito o

implícito, especificando las circunstancias de la relación.

- (3) La *percepción mutua* de terapeuta y cliente es imprescindible para poder explicar el resultado del proceso terapéutico. Interesan tanto las características positivas del terapeuta y cliente como su percepción por ambas partes (Graig, 1973; Luborsky et al., 1975). Ellas deben ser percibidas reciprocamente. Es lo que dice el refrán: "No sólo hay que ser bueno sino parecerlo". Ya **Rogers** colocó entre las condiciones del proceso terapéutico, no sólo las características positivas del terapeuta (aceptación, empatía y autenticidad) sino también la percepción de estas características por parte del cliente. Pero, para la efectividad es también necesaria la percepción por parte del terapeuta, que puede condicionar la interacción y por tanto el cambio terapéutico.
- (4) La *alianza terapéutica o de trabajo*, integra todas las características positivas de terapeuta y cliente necesarias para la tarea a realizar en la interacción, creando una atmósfera cálida y relajada de confianza en la que pueden crecer la confianza y la esperanza. Según **Korchin y Sands** (1985) existen dos tipos de alianza terapéutica (Luborsky et al., 1976): el primero es menos completo, se da al principio y se basa en que el paciente percibe al terapeuta como alguien que le apoya y le ayuda, viéndose a él mismo el receptor de tal ayuda. El segundo es más completo, se va dando con el progreso, está basado en un sentimiento de trabajar juntos contra aquello que molesta al paciente, y enfatiza la mutua responsabilidad para las metas y la tendencia hacia una independencia progresiva. Luborsky

(1976) hipotetizó que era más probable que las personas que mejoraran, fuera por el tipo segundo más que por el primero y que con el tipo uno o dos se funcionaría mejor que sin ellas; pero halló que los que mejoraban más pertenecían más al tipo uno que al dos. Ciertamente, el resultado es desconcertante. "A priori", parece que tal resultado va en contra de la experiencia clínica que considera la corresponsabilidad del cliente como relacionada con el cambio. Se necesitaría más investigación para clarificar suficientemente esta cuestión.

- (5) Comprende la *comunicación y expresión recíproca*, tanto "verbal" como "paraverbal" y gestual, operativizan la interacción. Para **Haldane** (1982):

"La relación exige comunicación no sólo verbal sino también de otras formas. Se considera que las palabras no son el sólo método de comunicación (y a veces no el mejor) sino que existen otros varios medios no verbales que pueden ser útiles y necesarios" (pág. 83).

- (6) La *interacción facilita los cambios cognitivos, emocionales y conductuales*, y el cambio en general. Según **Strupp** (1986):

"La psicoterapia no es otra forma de tratamiento médico en sentido estricto. Por el contrario, existe una relación diseñada para facilitar cambios en los conocimientos, sentimientos y acciones del paciente" (pág. 128).

- (7) La *relación integra "interactivamente" todas las otras variables* de la psicoterapia. La interacción

terapéutica no sólo engloba esencialmente al terapeuta y cliente con sus características "terapéuticas" sino también enmarca la tarea a realizar, que será diferente en los distintos enfoques por la aplicación de las técnicas adecuadas, el contexto inmediato y el ambiente social y ecológico. Todas estas variables "pesan" sobre la relación. La interacción las acusa en su dinámica y contenido. Según **Egan** (1986): "La relación terapéutica no es por sí misma sino por el *trabajo* a realizar" (pág. 170). Para **Strupp** (1986):

"Las técnicas terapéuticas están implicadas complejamente con la relación terapéutica. La separación puede representar una trampa semántica. (...) El sistema de la relación terapéutica, con dos o más personas implicadas, puede ser afectado de muchas maneras: por los otros sistemas interpersonales del paciente (familiar, laboral, de amistades y recreativas), y por numerosas circunstancias (desempleo, maduración, edad, enfermedad, etc.)" (pág. 124).

**Rotter** (1986) considera que:

"El cambio terapéutico tiene lugar sobre la base de una triple interacción entre terapeuta, paciente y método" (pág. 175).

- (B) La interacción es el "factor común" más tratado de la efectividad de las psicoterapias. "El factor común más frecuentemente tratado es la relación entre terapeuta y paciente" (**Silverman & Weinberger**, 1985, pág. 1.304). Para **Patterson** (1978): "Existen, pues, elementos básicos comunes a todos los enfoques de la psicoterapia relacionados con la

interacción" (pág. 624). "Una buena relación, dentro de cualquier orientación, es probablemente un factor común en toda psicoterapia exitosa" (**Gill**, pág. 186). "La psicoterapia incluye un encuentro del terapeuta y paciente, que es común a todos los modelos y métodos, aunque en diversa forma y medida" (**Haldane**, 1982, pág. 82).

- (9) La interacción constituye un proceso dinámico. Según **Haldane** (1982):

"La psicoterapia es siempre y esencialmente un proceso relacional entre personas que si es efectivo no permanece estático, sino que constantemente altera la naturaleza de la relación" (pág. 83).

#### i) Efectos de la interacción terapéutica.

Es importante la interacción terapéutica, pero ¿qué relación tiene con la efectividad del cambio? ¿Qué efectos produce?

**Goldfried** (1986) propone que: "La relación terapéutica provee un contexto importante al cambio terapéutico" (pág. 15).

Para **Kempler** (1986): "Todo el cambio es posible a través de la relación terapeuta-paciente" (pág. 173).

Según **Strong y Claiborn** (1985): "Los notables poderes curativos que fluyen entre las personas en interacción se conocen en la sociedad humana desde los comienzos de la historia y, sin duda alguna, incluso desde siempre" (pág. 11).

La relación enmarca toda la tarea terapéutica. Para **Etchegoyen** (1986): "La entrevista configura un campo dinámico, lo que para Bleger significa que entre los participantes se estructura una relación de

la cual depende todo lo que en ella acontece" (pág. 60).

Los mismos programas terapéuticos, quedan condicionados por la interacción: "Las relaciones terapeuta-paciente pueden afectar profundamente los programas terapéuticos" (**Haldane**, 1982, pág. 80).

**Frank** (1986) defiende que:

"Los resultados de la investigación sobre la efectividad para la mejoría sugieren ampliamente que la mayor parte de los determinantes del éxito terapéutico *descansan más* en las cualidades personales del paciente y del terapeuta, y en sus interacciones que en el método terapéutico en sí" (pág. 283).

Para **Rotter** (1986): "La relación terapeuta-paciente es crucial para desarrollar en el paciente unas *expectativas* que provean *conductas alternativas* más satisfactorias en el presente y futuro" (pág. 174).

Según **Strupp** (1986):

"La nueva relación terapéutica es curativa en dos formas: provee una experiencia directa y satisfactoria en vivir como un adulto maduro y comprensivo (*experiencia correctiva*), y utiliza esta nueva experiencia como un marco dentro del cual se puedan conscienciar las formas antiguas transferenciales y *reorganizar* otras nuevas. (...) Yo veo a todas las formas de psicoterapia como una variedad de experiencias interpersonales que promueven el *aprendizaje* ("cambio estructural"). El aprendizaje sólo puede ocurrir en el presente. Por ello, las transacciones corrientes del paciente con el terapeuta son de significación crucial" (págs. 175, 189).

**Dewald** (1986) hace una descripción de los efectos de la interacción:

"El desarrollo de la relación facilita las *experiencias* de las formas más primitivas del conflicto patológico, de las reacciones y conflictos interpersonales aquí y fuera de aquí, de nuevas formas más positivas de relacionarse aquí y fuera de aquí, de un modo de vivir más autónomo, de un modelo para la imitación e identificación, y de una seguridad frente a la ansiedad" (pág. 170).

Según **Goldfried** (1986): "El objetivo primario de la relación terapéutica es alcanzar una *mayor autonomía* y *autocontrol*" (pág. 15).

**Korchin y Sands** (1985) enumera una *serie de beneficios* de la interacción terapéutica:

"Las actitudes, valores, habilidades, hábitos, competencias e insuficiencias, así como los sentimientos de una persona hacia sí misma se aprende en las interacciones con los otros" (pág. 34).

**Page** (1971, 1976) estima que el *condicionamiento verbal*, de actitudes, de asertividad, y de cualquier clase se explican mejor a partir de la misma interacción que basándose en conceptos de condicionamiento y aprendizaje social. **Patterson** (1978) afirma, en esta misma línea del *condicionamiento*, que:

"El proceso total, aunque sea un aprendizaje, es un aprendizaje complejo, abarcando varios tipos de aprendizaje, además del condicionamiento operante y clásico. Contiene elementos perceptuales, cognitivos y afectivos, todos ellos de gran importancia en la conducta y en el cambio de conducta. La dificultad de establecer una relación terapéutica, con sus inseparables aspectos cognitivos, es más grande que la de crear una relación

de condicionamiento en el laboratorio, o que una relación racional, o de solución de problemas. ...y es que ese proceso no puede mecanizarse, ni simplificarse o controlarse como si fuera el programa de un ordenador, manipulando las recompensas en función del interés expresado o de otras cosas. Por eso, la conducta del terapeuta es sólo eficaz cuando es sincera y espontánea y no está reducida a la pura técnica" (pág. 631).

Y en esta misma línea de pensamiento, voy a **resumir** las afirmaciones de este mismo autor, que considero son de gran importancia para conceptualizar un modo de ver y estimar el cambio a través de la interacción. La relación terapéutica con las características positivas de aceptación, entendimiento y ausencia de factores amenazantes propia de la situación terapéutica: 1) contribuye a extinguir la ansiedad y *desensibilizar* a los estímulos ansiógenos a través del afrontamiento de sus representantes (palabras, imágenes y sentimientos). Esta desensibilización se produce progresivamente, a la manera de Wolpe, favoreciendo la verbalización espontánea del cliente, según se lo permitan sus propias defensas; 2) propicia el *condicionamiento operante*, reforzando el terapeuta por medio del interés, atención, aprobación, alabanza, gestos y palabras, todo aquello personal o social que el terapeuta considere que debe ser reforzado; 3) facilita el *condicionamiento social de modelo*. El terapeuta, a lo largo de todo el proceso es para el paciente un modelo personal y de buena relación interpersonal, contribuyendo a quitar actitudes relacionales inadaptativas y sustituirlas por otras más positivas. El modelo psicosocial, al considerar la personalidad como producto de las interacciones sociales, está resaltando el valor de las actitudes positivas del terapeuta en relación con el cliente.

**Mowrer** (1961), que es considerado por Londo (1964) como terapeuta de la interrelación, piensa que el cliente puede complementar su terapia dual con la grupal. Debe pasar rápidamente de esa relación de dos a un grupo más amplio de otras personas importantes en su vida (usando una frase de Sullivan) o a grupos primarios de integración más intensamente afectiva, facilitándose así tanto la expresión de los problemas de interacción social como su disolución.

**Patterson** (1978) no halla contradicción básica o necesaria entre las terapias de conducta y la terapia de la interrelación. La primera da más importancia a la reforma o cambio de aspectos específicos de la conducta usando para ello recompensas o refuerzos específicos. La segunda pone el acento en un cambio más general de la conducta (incluido el cambio de actitudes y motivaciones), utilizando para ese fin reforzadores generalizados. Pero las dos utilizan los principios del aprendizaje, aunque una se reduce más al condicionamiento, mientras que la otra se interesa más por lo que podríamos llamar aprendizaje social. Es importante que los terapeutas conductistas empiecen a reconocer la complejidad del proceso del aprendizaje y sus implicaciones sociales y de interrelación, y que se den cuenta de que el condicionamiento es sólo un aspecto del *counseling* o la psicoterapia. El proceso total es un aprendizaje complejo con elementos cognitivos, afectivos y conductuales. Mientras que los terapeutas conductistas se esfuerzan por tener éxito intentando reducir el tratamiento a una serie de técnicas, parece evidente que conseguirían ser más eficaces si fuesen más reales, más humanos en el contexto de la interrelación. La influencia más efectiva para movilizar a una persona es que otra le ofrezca una relación humana sincera.

Termino con un comentario del existencial-humanista **Jourard** (1961) que clarifica bastante el punto de vista de esta orientación en psicoterapia:

"Creo que estamos tratando de demostrar que cuando un terapeuta experto abandona la técnica y es simplemente *él mismo* en presencia de su paciente es cuando realmente consigue estas cosas: 1) Ofrecer las condiciones que eliciten el ser él-mismo, es decir, ser espontáneo, ser abierto ante sí mismo; 2) Crear un poderoso estímulo para que el paciente sea él mismo. Ser-uno-mismo engendra en el otro ser-uno-mismo; 3) Al responder con espontaneidad a las expresiones del paciente, no sólo le estimula a éste para que sea él mismo, sino que también provoca la *extinción de muchas de las conductas enfermas*; (4) Elimina la conducta de desprecio hacia la terapia evitando su propia manipulación y la del paciente. Más aún, ofrece al paciente un modelo de conducta honesto y sano" (pág. 15-16).

Debajo de todo este planteamiento humanista parece que las técnicas pasan a un segundo lugar y quedan relativizadas y casi contrapuestas a una relación humana. El humanismo se opone a todo lo que pueda lesionar a la dignidad del cliente. Es el enfrentamiento del humanismo, por una parte, al conductismo por primar éste la técnica sobre la relación, y por otra parte al psicoanálisis por reducir la relación analítica a una "relación transferencial" asituacional. A parte de abusos cometidos, que aunque explicados nunca están justificados, convendría afirmar que las técnicas por sí mismas no están reñidas con el respeto absoluto al cliente y no tienen por qué hacer sombra a la interacción terapéutica. Las técnicas son absolutamente necesarias, para resolver cualquier problema fisiológico y también

psicológico. Sin la técnica no se podría intervenir en medicina, cirugía y biología, o en psicología. La técnica no es sino la aplicación de los medios más idóneos para solucionar problemas específicos de cualquier tipo. La técnica como procedimiento en busca de la efectividad en cualquier actividad humana es lo más racional y "humano". Lo contrario sería caer en el absurdo de intentar la resolución de los problemas por la simple buena voluntad. La aplicación de cualquier procedimiento adecuado ("técnica") no tiene por qué estar reñido con el respeto a la persona si esto se hace en el contexto de una relación "humana". Cuando la terapia de conducta aplica técnicas que se han demostrado más efectivas para resolver determinados problemas, hace lo que debe hacer dentro de su marco conceptual. Y esto puede y debe hacerlo con toda la humanidad y respeto a la persona. Si le falta la perspectiva de la persona, respecto del problema puntual ("no se debe tratar sólo el problema sino a la persona con su problema") eso ya no es defecto del sistema, sino del modo defectuoso y reduccionista de aplicar la ayuda. Los defectos no suelen serlo por la naturaleza de los sistemas, lo son por el modo reduccionista y sesgado de interpretarlos y llevarlos a la práctica. Las técnicas son imprescindibles y también la humanidad en su aplicación. Además, los enfoques que se denominan humanistas y abogan por una "relación humana" como medio idóneo para resolver los problemas psicológicos también aplican técnicas. Incluso, para ser exactos, todo lo que hacen es pura técnica, aunque sea otra manera diferente de conceptualizarla y denominarla. La tarea a realizar por un conductista, un psicoanalítico y un existencialista o humanista es diferente, como lo es el marco conceptual de cada enfoque. Cuando, por ejemplo, un terapeuta rogeriano se centra en una relación humana, aceptante, empática,

sincera y auténtica, no se queda en la pura relación humana, como si fuese algo etéreo o inespecífico, sino que todo su interés está en llevar adelante una *tarea específica* de facilitar el encuentro experiencial del cliente consigo mismo. A través de esta tarea concreta y específica realizada dentro de la interacción, como ocurre en toda terapia, el sujeto va, poco a poco, progresiva y activamente analizando toda la dinámica personal de su problemática y tratando de adaptar toda su personalidad (cogniciones, emociones y conductas) a las nuevas exigencias que él mismo va descubriendo y asumiendo ante su propia responsabilidad en el contexto social que le toca vivir. Esto constituye unas estrategias y técnicas que son similares a las que aplica el psicoanálisis o la terapia de conducta, aunque el modo de hacerlo sea diferente. La gran pregunta que se tiene que hacer el rogeriano, el psicoanalítico o el conductista es si esto es lo más idóneo, procedente y eficiente, en sí mismo y en su contexto. El humanismo, sin dejar su humanidad, se puede complementar con la aplicación de las técnicas más eficientes, el psicoanálisis sin abandonar su análisis puede asumir una humanidad radical, y la modificación de conducta puede tratar de ser lo más eficiente posible considerando el problema puntual en el contexto de la problemática de la persona, que es lo que está intentando, poco a poco, en estos últimos años.

#### j) Riesgos de la interacción.

La interacción terapéutica, igual que cualquier otra relación, tiene sus riesgos, ya que es una mezcla de beneficios e impedimentos (Fadyman, 1986). Para Strupp (1986):

“A menos que el paciente pueda congeniar o avenirse con el terapeuta como otro ser humano, pueden ser

esperados el progreso limitado o, incluso, el fracaso” (pág. 175).

Según Brady (1986):

“Esta relación ciertamente repercutirá en los interlocutores para bien o para mal” (pág. 169).

#### k) La Psicoterapia “sin interacción”.

Tradicionalmente se ha afirmado que no existe psicoterapia sin terapeuta. Se puede plantear la posibilidad y la realización de la psicoterapia sin terapeuta. Es posible ofrecer psicoterapia y programas de intervención sin terapeuta. Para Lazarus (1986): “Quizás, en sentido general, se puede referir como factor común la variable relación, aunque sea entre el cliente y una computadora” (pág. 187).

Según Frank (1986) siempre se dará, de alguna forma, la relación:

“Que algunas veces programas computarizados autoadministrados puedan ser capaces de aliviar algunos síntomas circunscriptos, probablemente es sólo una simple apariencia, ya que la relación terapeuta-cliente estuvo presente en la programación misma y depende esto de la aceptación del paciente” (pág. 171).

No obstante esto, es posible imaginar un cambio real en el sujeto provocado por él mismo, sin interacción con otra persona, pero parece que entonces no se trataría de psicoterapia en sentido estricto. También es frecuente que el cambio se realice en interacción con otra persona que no sea “oficialmente” psicoterapeuta. Y ésto nos lleva a considerar que los cambios se pueden producir en interacción con “otros” que no son profesionales. Los psicoterapeutas no tenemos la exclusiva de

las mejorías y de los cambios. Eso sería caer en un narcisismo absurdo y perjudicial. Por tanto, en las mismas personas y en las interacciones sociales existen frecuentemente ayudas importantes para salir de los problemas psicológicos. Parece, que esto es una realidad, pero, tampoco aquí, se trataría de psicoterapia en sentido estricto. En sentido estricto, la psicoterapia es una intervención de cualquier terapeuta oficialmente acreditado para esta labor social. Pero si definimos la psicoterapia, de un modo general, como aquella intervención que por sí misma, independientemente de quien la ejecuta, contribuye a la superación de los problemas, podríamos afirmar que psicoterapeuta es todo aquel que realiza el cambio, sea éste el mismo cliente o cualquier otra persona con título o sin título profesional. Para no “perdernos”: la *psicoterapia*, en sentido estricto, lo es por el terapeuta titulado explícitamente, pero el *cambio* se puede llevar a cabo por la intervención de cualquier persona. En este sentido amplio, toda persona puede contribuir al cambio, en el contexto de la interacción.

#### l) ¿Por qué es efectiva la interacción terapéutica?

Todas las orientaciones terapéuticas ofrecen una relación interpersonal, de alguna forma, que *por sí misma* provee un medio para el cambio (Frank, 1971; Garfield, 1984). Strupp (1986) supone que las características positivas del “terapeuta” y “paciente” interactuantes están en la base de la efectividad.

“En el intento de comprender estas condiciones, nos hemos encarado con un conjunto de *cuestiones* que incluyen variables del terapeuta y del paciente, y la manera en que ellas interactúan dentro del curso de un proceso más o

menos extenso al que denominamos psicoterapia: ¿Qué ocurre entre los dos participantes? ¿Qué variables conducen a, o desvirtúan el cambio terapéutico? ¿Cómo podemos evaluar los resultados de estas interacciones?” (pág. 121).

Strong y Claiborn (1985) se preguntan ¿a qué es debida la fuerza de la interacción? ¿cuál es la dinámica curativa de la interacción? Se trata de identificar aquellos aspectos de la relación que son necesarios para producir resultados satisfactorios sobre los pensamientos, sentimientos y conductas del cliente. Señalan como factores intrínsecos por parte del psicoterapeuta “la influencia social”, “la sugestión”, “la relevancia”, “el carisma”, “la superioridad de experto”, etc.:

“Hallaremos respuesta analizando la naturaleza de la interacción entre los participantes en la conversación. La interacción terapéutica se la conoce desde siempre, y siempre se la ha utilizado, desde las intervenciones más primitivas a las más modernas. Sus efectos beneficiosos son debidos a factores intrínsecos como la influencia social, sugestión, relevancia, carisma, superioridad del experto, etc. La interacción condiciona y modula los procedimientos, pero también es condicionada y modulada por las teorías y los procedimientos curativos, y es el factor más común y fundamental de la efectividad terapéutica. Los pacientes producen los efectos que el terapeuta considera inevitables, demostrándose así, para ambos, la validez del sistema. El éxito terapéutico es más de la interacción que de los métodos. (...) En cierto modo, el curso del tratamiento y del cambio debe constituir un ritual para que el paciente y el terapeuta sepan que el proceso está avanzando y puedan predecir así los acontecimientos esperados por vía del fenómeno rapport,

para asegurarse de que la doctrina es verdadera" (págs. 11, 34).

**Haldane (1982)** insiste en el fenómeno "rapport" como factor de eficacia:

"En cualquier marco teórico o método práctico utilizado, la psicoterapia es siempre dependiente de un rapport adecuado entre terapeuta-paciente, favorecido por el terapeuta" (pág. 79).

La efectividad de la interacción proviene, por tanto, de las características positivas del terapeuta (influencia social, etc.), pero también de las del cliente, como "sistemas" interactuantes en una situación específica sujeta a unas normas concretadas por un convenio explícito o implícito y en interdependencia con un ambiente social condicionante.

Pero, además, **esta interacción efectiva enmarca todo lo que se realiza como tarea**, de acuerdo con cada enfoque, con la aplicación de cuantos procedimientos se apliquen para superar los problemas tratados. Las técnicas se aplican "hic et nunc" en la interacción. De estas técnicas y del modo de llevarse a cabo la interacción depende todo el éxito de la psicoterapia. La interacción se relaciona con la efectividad, pero la interacción constituye el enmarque de todo cuanto se realiza terapéuticamente. La interacción lo comprende todo. En este sentido, la interacción produce efectividad por sí misma, por factores intrínsecos, y porque enmarca toda intervención terapéutica.

Es preciso resaltar, además, que **no siempre se identifican efectividad terapéutica y relación agradable**. La experiencia clínica evidencia que una interacción agradable puede no conllevar resultados terapéuticos positivos y que una relación dolorosa puede producir verdadero cambio (**Garfield, 1990**). Toda efectividad va acompañada de una interacción

adecuada, pero no siempre gratificante. Es posible una relación positivamente terapéutica que resulte a uno o a los dos interactuantes dolorosa y desagradable.

## II) La generalización terapéutica.

Un gran problema de la psicoterapia es conseguir que los éxitos adquiridos en interacción se generalicen a la vida ordinaria, que las consecuencias en la relación con el terapeuta se actualicen en la relación con otras personas. Que lo obtenido intra-sesionalmente se mantenga entre-sesiones. Se supone que la mejoría en la relación terapéutica será mejoría también en la relación con los demás (**Goldfried, 1986**). Para **Egan (1986)**:

"El proceso interaccional debe continuarse en la vida. Ya desde el principio, incluso tratándose de la terapia grupal, se debe encarar el problema de la transferencia a la vida" (pág. 170).

En todo lo que vengo exponiendo, se supone que en la interacción intraterapéutica está toda la terapia. Que fuera de ella no existe psicoterapia. Ya dije anteriormente que el proceso terapéutico se da dentro y fuera de las sesiones con el terapeuta. La vida con sus exigencias, actividad e imperativos es la mejor terapia. Pero cuando la vida desborda a la persona, ésta necesita la psicoterapia para recibir el impulso necesario para vivir la vida de un modo adaptativo y positivo. La psicoterapia capacita para la vida ordinaria y la vida ordinaria contribuye complementariamente a los resultados del proceso terapéutico que, repito, se da dentro y fuera de las sesiones con el terapeuta. Lo conseguido en las sesiones debe generalizarse a la vida ordinaria, y lo adquirido en la vida ordinaria necesariamente repercute en las actuaciones dentro de las sesiones. Entre las sesiones terapéuticas y la vida ordinaria

con sus posibilidades de interacción "curativa" se da una interacción recíproca.

## m) Investigación e instrumentos evaluativos de la interacción terapéutica.

Durante estos últimos años, se viene dando un especial impulso a la creación de instrumentos evaluativos y a la investigación de la interacción psicoterapéutica, desde enfoques diferentes.

**Greenberg & Pinsof (1986)**, en una revisión de la literatura, consideran "impresionante" la correlación entre alianza de trabajo y el resultado de la psicoterapia, aunque reconocen problemas evaluativos implicados.

Dentro de la **terapia centrada en la persona** existen varias investigaciones (**Barrett-Lennard, 1962**; **Gurman, 1977**) basadas en las puntuaciones del "Relationship Inventory", de **Barrett-Lennard, 1962** (autoinforme de 64 ítems para evaluar las condiciones relacionales —empatía, aceptación incondicional y autenticidad interna, del terapeuta— de C. Rogers, 1957, respecto del proceso terapéutico) en las que se halló relación significativa entre estas condiciones interaccionales y el resultado positivo.

Dentro de la **orientación psicoanalítica**, existen dos investigaciones respecto de la interacción terapéutica relacionada con la efectividad. Con la "Vanderbilt Psychotherapy Process Scale", **Suh, Strupp & O'Malley (1986)** han comprobado que la "implicación del paciente", como un factor de la alianza terapéutica, correlacionaba significativamente con el resultado del tratamiento.

**Luborsky, Crits-Christoph, Metz & Auerbach (1988)** con la utilización de la

"Helping Alliance Scale" han encontrado correlación significativa ( $r = 0,58$ ) entre dos tipos de alianza terapéutica (percepción del psicoterapeuta, por parte del paciente como persona que da ayuda y apoyo; y experiencia de cooperación entre psicoterapeuta y cliente) y el resultado positivo de la psicoterapia.

Dentro de la **modificación de conducta** son interesantes: 1) el *Inventario de Situaciones en la Terapia (ISTT, ISTC)*, de **Navarro, Silva y Schindler (1986)** en el que se describen treinta situaciones que presentan aspectos problemáticos en la interacción terapeuta-cliente, respecto de las siguientes categorías comportamentales: empatía, apoyo, exploración, directividad y valoración, percibidos por terapeutas o clientes; 2) el *Cuestionario de Percepción del Terapeuta (PDT y PDC)*, de **Navarro, Schindler y Silva (1986)**, en el que se mide la percepción tanto del terapeuta respecto del cliente, como del cliente respecto del terapeuta, durante la interacción terapéutica; 3) la excelente investigación de los **terapeutas conductistas** **Schindler, Hohenberger & Hahlweg (1989)**: "Observing client-therapist interaction in behaviour therapy: Development and first application of an observational system", evidencia el gran interés que se viene dando actualmente a la interacción terapéutica dentro de la misma orientación conductual. Estos autores tratan de comprobar las características relacionales y el contenido de la tarea realizada en interacción intentando codificar cuanto dicen terapeuta y cliente. Según estos autores:

"La variables de la relación son consideradas ahora como interactuantes con las variables de la técnica para efectuar el cambio significativo del tratamiento (e.g. Foa & Goldstein, 1980). Se ha señalado que un ulterior desarrollo de la terapia de conducta

puede ser entorpecido por la falta de los terapeutas conductuales en incorporar dentro de su punto de vista una teoría más amplia de las relaciones humanas" (pág. 213).

#### n) Principios de la interacción terapéutica.

**Resumiendo** cuanto he venido exponiendo respecto de la relación terapéutica, y presentándolo en forma de principios generales.

1. La interacción terapéutica es *específica*, y diferente a cualquier otra relación, aunque comparta aspectos comunes con otros tipos específicos de relación: familiar, educativa, amigable, etc.;
2. La interacción psicoterapéutica integra como:
  - *elementos esenciales* teóricos al psicoterapeuta y al cliente;
  - *elementos moduladores* a las "características concretas" de los "sistemas" terapeuta y cliente interrelacionados que aparecen en el aquí y ahora del contexto inmediato y del ambiente ecológico y social de esta situación específica;
3. Las características de la relación terapéutica pueden ser *comunes* a

todos las orientaciones o *específicas* de cada una de ellas;

4. La interacción terapéutica exige una *constante aceptación* de las personas como sistemas interrelacionados dentro del marco conceptual seguido;
5. Los *objetivos* inmediatos esenciales de la interacción terapéutica son la mutua comunicación, cooperación y resolución de los problemas psicológicos del cliente;
6. La interacción terapéutica con unas características concretas se centra en la *tarea* a realizar para tratar los problemas psicológicos con la aplicación de las estrategias y técnicas adecuadas a cada enfoque;
7. La relación terapéutica con unas características concretas y centrada en la *tarea* a realizar, *enmarca, condiciona y relativiza* cualquier procedimiento que se aplique para el proceso de cambio;
8. La interacción terapéutica es *efectiva* por sus propias características relacionales adecuadas, que no se pueden confundir con las gratificantes, y por la *tarea* realizada mediante la aplicación de los procedimientos idóneos en cada caso concreto.

**Nota.**—La Bibliografía se ofrecerá al término de la publicación de esta serie de artículos.

## ¿POR QUE LA PSICOTERAPIA ES EFECTIVA? (V)

JUAN GARCIA MORENO

Universidad Complutense de Madrid  
Miembro de AESPAT

### RESUMEN

*En este breve artículo se presentan los factores de efectividad psicoterapéutica: el contexto inmediato y el ambiente social, explicando las variables de uno y de otro factor y resaltando su importancia (dada de lado, a veces, y poco investigada) en orden a la efectividad de cualquier psicoterapia aplicada.*

#### EL CONTEXTO INMEDIATO Y EL AMBIENTE SOCIAL COMO FACTORES DE EFECTIVIDAD

Las variables contextuales y ambientales que gravitan en la "situación psicoterapéutica" constituyen verdaderos factores de efectividad. Voy a tratar de ambas variables por separado, procurando conceptualizarlas y analizar su funcionalidad dentro del proceso terapéutico.

##### a) Variables del "contexto inmediato".

Se refieren a los diversos aspectos o circunstancias que enmarcan inmediatamente la situación psicoterapéutica. El contexto o encuadre inmediato está determinado por el "convenio" (mejor que "contrato" cargado de sentido legalista —Dunstan, 1982—) explícito o implícito que se ha realizado entre psicoterapeuta y cliente y que estructura espacial, temporal y circunstancialmente el proceso terapéutico. Para Landsman (1986): "El contrato firmado entre terapeuta y paciente es una forma evolutiva del concepto de

estructuración, límites, reglas de juego, etc., de todas las psicoterapias" (pág. 276).

Según Haldane (1982):

"Entre terapeuta y paciente puede establecerse un contrato expreso o tácito sobre intenciones, objetivos, métodos aplicables, responsabilidades mutuas, duración de las sesiones, tratamiento, evaluación del progreso, etc. El sentimiento legalístico del término 'contrato' le hace inaceptable para algunos profesionales; en cambio, el término 'convenio' (Dunstan, 1982) con el reconocimiento de la responsabilidad y del compromiso, pero sin el reconocimiento legalista, tendría la misma función y más aceptación" (pág. 83).

Una mera *descripción* de los elementos constitutivos del contexto inmediato podría ser ésta:

- a) *circunstancias temporales y espaciales*, como día, hora y duración de las sesiones; lugar, espacio disponible con el color de la habitación, temperatura, claridad y silencio-ruido,

mobiliario y su colocación, adornos, títulos en las paredes, etc.;

- b) *circunstancias personales*, como personal de acogida, de evaluación y tratamiento con sus características específicas de presentación, y relacionales; la situación y colaboración frente al cliente, etc.;
- c) *circunstancias normativas*, respecto a honorarios y forma de pago, duración de la sesiones y del tratamiento, estructuración específica de la relación y de la tarea a realizar, etc.

Si se repasan todas estas circunstancias, y otras posibles, se comprobará su *importancia y funcionalidad*. Todos los psicoterapeutas tratan de que todo esté "a punto" y salga de la mejor manera posible. El interés que ponemos en ello, indica su importancia. A veces un detalle puede ser decisivo para que vuelva o continúe el cliente. La "situación" terapéutica que se cree en cada momento del proceso, depende, en parte, de estas circunstancias envolventes. Ciertas normas reguladoras del proceso y la manera de llevarlas a la práctica (flexibilidad, comprensión, etc.) pueden condicionar eficientemente la relación y la tarea. La interacción entre terapeuta y cliente puede modificarse por la actuación de ciertas variables contextuales, como duración del tratamiento, horario, honorarios, etc.

Las características del contexto pueden contribuir con otros factores a la seguridad del cliente, a la reducción de la ansiedad, a la facilitación del control verbal de la conducta a través de la verbalización de su problemática, y al cambio terapéutico.

Según **Carkhuff** (1969):

"Las variables contextuales y ambientales son primariamente modificadoras de los efectos de la interacción asesor-asesorado. Las

variables contextuales pueden ser controladas de manera que se obtenga el máximo efecto constructivo de la experiencia de ayuda y del ambiente. Por ejemplo, a uno se le podría tratar en su contexto comunitario, mientras que a otro, no. Las variables contextuales y ambientales, tomadas en su conjunto, constituyen una fuente significativa de tratamiento diferencial. Por ejemplo, acomodar las variables al sujeto para un tratamiento individualizado" (págs. 70-71).

b) **Variables del "ambiente social".**

El ambiente psicoterapéutico está constituido por aquellas personas, grupos, instituciones, acontecimientos y medio topológico y climático que envuelve la situación terapéutica. El psicoterapeuta y el cliente son considerados como *sistemas* globalizadores de todas las circunstancias ambientales relacionadas. Según **Carkhuff** (1969):

"Las variables ambientales tienen en cuenta los lugares o circunstancias en los que el asesorado se desenvuelve, de los que viene y a los que regresará" (pág. 68).

Estas variables, interrecurrentes con la terapia a largo plazo, son especialmente significativas, en especial respecto al mantenimiento del cambio (Frank, 1986). La "situación psicoterapéutica" en su contexto inmediato o "encuadre" es influenciada por el ambiente o "metaencuadre" (Lieberman, 1970). Para **Etchegoyen** (1986):

"Determinados aspectos del ambiente deben ser integrados por el encuadre que debe sintonizar con él. Los cambios del ambiente deben reajustar el encuadre (p.e. paro laboral, sueldo y situación económica, horario laboral, acontecimientos políticos, etc.). El ambiente social circunda al encuadre y

**EL IMPULSOR PSICOLOGICO "COMPLACE" ES DIFERENTE  
EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA FEMENINOS,  
EN RELACION CON VARONES ENFERMEROS,  
VARONES NO ENFERMEROS Y MUJERES NO ESTUDIANTES  
DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE SOCIALES"**

JOSE IGNACIO CEA UGARTE

Escuela de Enfermería de la Universidad  
del País Vasco

JESUS ANGEL MARCAL LOPEZ

Ex-docente de Escuela de Enfermería  
de la Universidad del País Vasco

**RESUMEN**

*Se presenta una investigación correlacional del Impulsor Psicológico Complace sobre una muestra de estudiantes femeninos de enfermería, de varones enfermeros y no enfermeros, y de mujeres no estudiantes de Ciencias de la Salud y de Sociales, hallándose en dicha investigación una diferencia significativa en el Grupo primero respecto de los otros grupos muestreados.*

*Se sacan unas conclusiones de probable aplicabilidad a las poblaciones respectivas.*

**METODO**

**Hipótesis**

El Impulsor psicológico COMPLACE obtiene diferencias estadísticamente significativas entre mujeres estudiantes de Enfermería, y mujeres no estudiantes de ciencias de la salud, varones enfermeros y varones no enfermeros.

**INTRODUCCION**

La Enfermería es una profesión que aplica cuidados al individuo, familia y comunidad,

desde la perspectiva bio-psico-social. Esta profesión es fundamentalmente humana, que surge de la actividad de **Cuidar**, pero **Cuidar** puede manifestarse como una forma de conductas observables y manifiestas de "Complacer".

El Impulsor psicológico COMPLACE hace referencia a que la persona que se encuentra bajo su influencia, tendrá una tendencia natural a mantener un estilo de relación basado en la **Ayuda, Cuidado, Servicio y Sacrificio** hacia los demás. Sus propias necesidades no cuentan.

En el caso que nos ocupa, este Cuidado y Servicio, es una forma de Complacer.

**Sujetos**

Para el estudio piloto correlacional se toman las siguientes muestras:

- diez alumnas, al azar, entre estudiantes de primer curso de ENFERMERIA (150 alumnos en total). La edad está comprendida entre 18 y 35 años en todos los grupos;
- mujeres no estudiantes de ciencias de la salud y de sociales (N = 10);
- varones enfermeros (N = 10);
- varones no enfermeros (N = 8).

**Procedimiento**

En la medición y valoración de los Impulsores de los grupos objeto de estudio, se pasará un **Test de Impulsores**, con una escala de cuantificación entre 0-20 puntos totales y **25 preguntas** de triple alternativa de respuesta, con una puntuación 0-2-4.

Para el análisis de los datos se utilizará el Análisis de Varianza de un factor (ANOVA).

El nivel de confianza establecido es el 95% ( $p < 0,05$ ), haciendo probablemente a la muestra representativa de la población.

**ANALISIS DE RESULTADOS**

En las siguientes tablas, 2 y 3, se muestran los resultados del Análisis Estadístico.

En la **Tabla 2** se observa un margen de error de 0,01 en los datos analizados, lo cual indica que existe un 99,9% de confianza en este estudio, superando al 95% preestablecido.

En la **Tabla 3** observamos que en la prueba de Fisher existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los grupos siguientes:

- Estudiantes de Enfermería (Grupo A) en relación con no estudiantes (mujeres) de Ciencias de la Salud y de Sociales (Grupo B).
- Estudiantes de Enfermería (Grupo A) en relación con varones enfermeros (Grupo C).

One Factor ANOVA X 1: GRUPOS Y 5: C

Analysis of Variance Table

SOURCE	DF	SUM SQUARES	MEAN SQUARE	F-TEST
Between groups ...	3	159.711	53.237	3.901
Within groups .....	34	454	13.647	p = .0169
Total .....	37	623.711		

Model II estimate of between component variance = 13.197.

Tabla 2.—Resultados del Análisis de Varianza.

One Factor ANOVA X 1: GRUPOS Y 5: C

		FISHER PLSD	SCHEFFE F-TEST	DUNNETT T
A vs. B .....	3.9	3.358*	1.858	2.361
A vs. C .....	5.3	3.358*	3.431*	3.208
A vs. D .....	4.25	3.561*	1.961	2.425
B vs. C .....	1.4	3.358	.239	.847
B vs. D .....	.35	3.561	.013	.2

\* Significant at 95%.

Tabla 3.—Diferencias entre grupos.

- 3) Estudiantes de Enfermería (Grupo A) en relación con varones no enfermeros (Grupo D).
- 4) No existen diferencias significativas entre no estudiantes de Ciencias de la Salud y de Sociales (mujeres) (Grupo B) en relación con varones no enfermeros (Grupo C).
- 5) No existen diferencias significativas entre mujeres no estudiantes de Ciencias de la Salud y de Sociales (Grupo B) y varones no enfermeros (Grupo D).
- 6) No existen diferencias significativas entre varones enfermeros (Grupo C) y varones no enfermeros (Grupo D).

La comprensión de los resultados del anterior análisis estadístico queda patente en el **Gráfico 1**, en la **Tabla 1** y en el **Gráfico 2**.

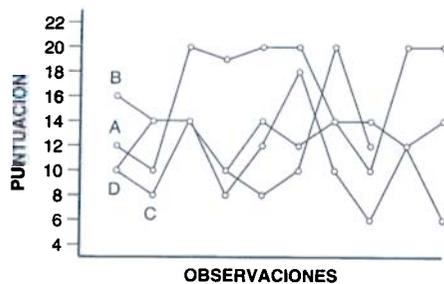


Gráfico 1.-Puntuaciones directas de los grupos en los momentos evaluativos ("observaciones") en la variable Impulsor Psicológico Complace (c).

En el **Gráfico 1**, se muestran las Puntuaciones **Directas** ("observaciones") alcanzadas por los distintos grupos de estudio, respecto del Impulsor COMPLACE. Se observa que el Grupo A (estudiantes de Enfermería) alcanza, en general, las mayores puntuaciones en relación con los demás grupos, en los distintos momentos evaluativos.

Asimismo en la **Tabla 1** y en el **Gráfico 2** se reflejan las puntuaciones **medias** alcanzadas por los distintos **grupos** (A, B, C, D) respecto de la variable C (Impulsor COMPLACE). Se aprecian unas puntuaciones mayores en el Grupo A (estudiantes de Enfermería) en comparación con los demás grupos.

Se hace resaltar que el Impulsor psicológico COMPLACE alcanza puntuaciones más bajas en el Grupo C (varones enfermeros) que en el Grupo D (varones no enfermeros).

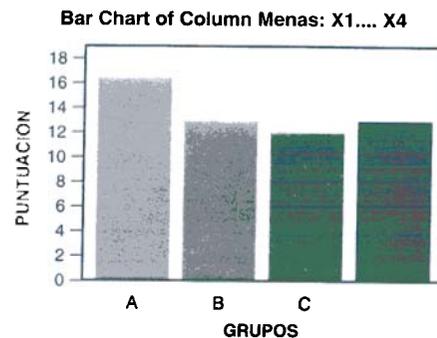


Gráfico 2.-Puntuaciones medias de los grupos en la variable "Impulsor Psicológico Complace".

**DISCUSION**

De los resultados obtenidos se puede concluir que el Impulsor psicológico COMPLACE obtiene diferencias estadísticamente significativas entre el grupo A (estudiantes de Enfermería) y el resto de los grupos sometidos a estudio. Por tanto, parece, en principio, confirmada la hipótesis propuesta.

El impulsor COMPLACE parece definir, como un rasgo, la personalidad de las mujeres estudiantes de Enfermería, pero su generalización a la población (estudiantes de enfermería) parece débil, debido a la muestra reducida utilizada y a la falta de apoyo de otros estudios semejantes.

Los datos observados parecen no definir la personalidad de los "varones enfermeros" a través del rasgo COMPLACE, pero su generalización a la población es también débil por lo dicho anteriormente.

Lo anterior implica que las mujeres, presentan diferencias en relación con los varones, en cuanto al sexo.

De los datos podemos deducir, además, la relación existente entre el Impulsor psicológico COMPLACE y la actividad de **Cuidar**, propia de la profesión de Enfermería.

Estos datos, también, sugieren que en las personas que eligen la profesión de Enfermería se debe hallar presente, de forma significativa, el Impulsor COMPLACE, para una mejor **Actitud** profesional.

Una de las utilidades de este estudio pudiera ser su aplicación en la **Selección de Personal** de cara al ejercicio de la profesión de Enfermería, pero se necesitarían más investigaciones para una razonable generalización a la población.

One Factor ANOVA X: 1: GRUPOS Y 5: C

GROUP	COUNT	MEAN	STD. DEV.	STD. ERROR
A .....	10	16.5	4.453	1.408
B .....	10	12.6	2.836	.897
C .....	10	11.2	3.553	1.123
D .....	8	12.25	3.77	1.333

Tabla 1.-Medias, desviaciones y errores estándar de las muestras grupales.

## CASO CLINICO

### “TRASTORNO PSICOLOGICO DE UNA ADOLESCENTE DE 13 AÑOS POR ANGUSTIA DE SEPARACION”

M<sup>a</sup> ANGELES DIAZ VEIGA

Psicóloga clínica  
Miembro Clínico de AESPAT

#### RESUMEN

*En el siguiente “caso clínico” se exponen los datos de la Anamnesis e Historia Clínica del problema de separación de una adolescente de 13 años, presentándose, además, el diagnóstico, las estrategias seguidas y procedimientos aplicados en el contexto del A.T., y los resultados obtenidos como consecuencia de todo el proceso de intervención psicológica.*

#### DATOS PERSONALES

- Adolescente de 13 años.
- Familia formada por los padres y cuatro hijas; ella es gemela con otra, ocupando el cuarto lugar; las hermanas anteriores tienen 18 y 16 años respectivamente.
- Clase social media-alta.

#### DATOS PEDAGOGICOS

Asiste a un colegio privado de las inmediaciones de Madrid, obteniendo buenas calificaciones escolares; pero inferiores a las de su hermana gemela.

#### MOTIVO DE LA CONSULTA

Los padres acuden a consultar, enviados por un anterior paciente mío, ante el miedo y la extereorización de angustia que manifiesta en todas aquellas circunstancias

en las que su madre no está a su lado fundamentalmente en su casa, lo que ocasiona una alteración de las costumbres cotidianas familiares.

#### ANAMNESIS

E. nació gemela de su hermana; su madre desconocía este hecho y cuando despertó del parto y vio 2 hijas distintas, una de ellas fea, E., lo primero que pensó es que era de otra persona y se la habían dado a ella.

La madre vivió sus primeros meses con un gran cansancio físico, “no podía con todo”, “no daba a basto”, pero con un gran sentido del deber, muy preocupada porque no les pasase nada, “llena de temores”, “le gustaba que fueran siempre muy guapas, presumía de enseñarlas a la gente, iban limpias y perfectas” (sé perfecta, no seas “íntima”).

Al crecer las inculcó sus temores, “cuidado”, a todo, pero al crecer más, la madre empezó a temer que les pudieran

pasar cosas y además empezaran a no necesitarla.

El padre viaja mucho, está más ausente que en casa, se preocupa de proporcionar el dinero para su educación y quiere que sus hijas sean fuertes.

E. empezó a los 10 años a necesitar la presencia de la madre, ahora a los 13 años se ha agudizado la situación.

En las primeras entrevistas cuando les pregunto si recuerdan alguna escena a ser posible, durante el primer año de vida de su hija, mediante la cual sintiera miedo y, a raíz de ello, su comportamiento se modificara, enseguida me relatan la escena en la que su hermana se cayó del coche y la madre tuvo que “abandonar” a E. para ir al hospital con su otra gemela. Su conducta cambió en cuanto a sueño, comida y estado afectivo.

#### RESULTADOS INTELECTUALES, EMOCIONALES Y MADURATIVOS

- C.I. de 110 (Wisc, 1979).
- Lateralidad definida diestra (Galifret y Granjon, 1976).
- Coordinación visomotora adecuada a su edad (Bender, 1976).
- Con respecto a su personalidad, muestra conflictividad arrastrada de etapas anteriores. Dependencia de los padres y rivalidad fraterna especialmente con su hermana gemela (Técnicas proyectivas: dibujos de la Figura Humana, Familia, etc.).
- Reclama apoyo, comprensión y comunicación. Se muestra reservada, dependiente, dubitativa e insegura, con sensación de culpabilidad por el manejo que tiene con su familia.
- En el área personal introyecta sentimientos de inferioridad, desvalorización e insatisfacción.
- Muestra comportamientos de ansiedad y miedo que perturban su conducta.

- A nivel social se observan rasgos de timidez y retraimiento que inciden en sus relaciones interpersonales.

#### SESION PREVIA A LA TERAPIA

En esta sesión de recogida de datos me verbaliza que siente mucho miedo ante la idea de quedarse sola, sin la presencia de su madre.

Siente una gran angustia que se localiza en su cabeza (conocida mediante ejercicio de P.N.L.), cree que la van a dejar abandonada y que no puede recurrir a nadie, a nadie...

Cuando le pregunto qué se imagina para sentir eso, me contesta: “Que un hombre viene a su casa con un cuchillo o que sus padres no pueden abrir su puerta”.

A través de su físico observo miedo y tristeza en sus ojos, palidez en su rostro y rigidez en su cuerpo (todo ello indica oralidad, consecuencia del mensaje “no te acerques”; le falta mucha protección).

A través de esta sesión me dice que quiere conseguir “no sentir ese miedo que siente cuando no está su madre. (Cuando el padre no está, y la madre no puede, hay un mandato muy acentuado reforzado por el “sé fuerte”).

Le pido que me cuente un cuento; esta técnica me produce mucha información para saber las expectativas de cambio. El cuento está lleno de simbolismo:

“Estaba en mi casa, haciendo los deberes delante de una ventana, oigo un relincho, miro la ventana y veo un caballo blanco con alas transparentes que no se ven..., yo descubro las alas. Lo primero que se me ocurre es montarme en él, voy volando y me siento tranquila y despejada, el caballo hace lo que yo digo, se hace noche y vuelvo a casa porque si no mis padres estarán preocupados, ellos me preguntan y yo les cuento. Me quedo

con el caballo y lo llevo a la gente y a mis hermanas”.

Trabajamos el cuento y la explicación que me da es ésta:

- El caballo es el recurso para estar sola.
- Las alas son el poder de conseguirlo.
- El salir volando es que ha conseguido su libertad.

A través del cuento se capta un buen potencial para solucionar el problema, hay energía suficiente para que podamos trabajar juntas, hemos conseguido a través de esta primera sesión una buena empatía y mi P.P. capta capacidades para trabajar juntas y posibilidad de obtener buenos resultados.

**DIAGNOSTICO DESDE EL ANALISIS TRANSACCIONAL**

**Análisis Estructural**

Hay un predominio fundamentalmente del N, donde residen sus temores, contaminando a su A. con sus fantasías. El A. también está contaminado por el P, con los prejuicios que le ha proporcionado su madre.

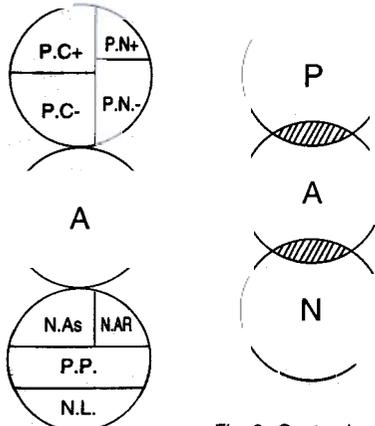


Fig. 1.-Análisis estructural de E.

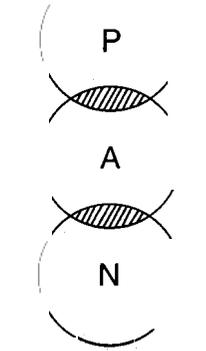


Fig. 2.-Contaminación del Adulto de E. por el P. y el N.

La contaminación por el Padre: “El mundo es malo”.

La contaminación del niño: “Mi mamá no está, tengo miedo, no puedo hacer nada”.

Su Adulto no está disponible para pensar adecuadamente y realizar los oportunos comportamientos.

Ante la emoción de “miedo” manifiesta el rackets de angustia que la bloquea.

Establece simbiosis de 2<sup>o</sup> orden y contrasimbiosis con su madre.

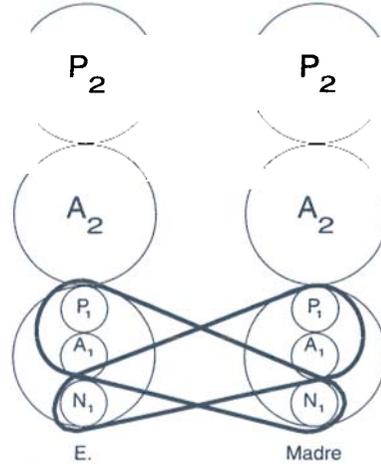


Fig. 3.-Doble Simbiosis de 2º Orden.

E. necesita a su madre y la madre necesita a E.

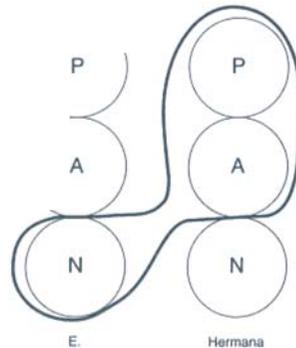


Fig. 4.-Simbiosis de 1.º Orden de E.

Con su hermana establece simbiosis de 1.<sup>er</sup> orden. E. demanda protección y lógica de su hermana; cuando ésta se lo concede bien, pero cuando no, E. utiliza su N.R. para fastidiarla: “No me ayudas, pues te voy a fastidiar”.

**Análisis Funcional**

El estado del Yo, en el que más tiempo se encuentra es en el N.A.S.; esto se observa por:

- a) Diagnóstico Conductual: “no sé”, “no puedo”, “no se puede hacer nada”, dubitativa, mirada vacilante y sumisa.
- b) Diagnóstico Social: Busca mi P.N. para ayudarle.
- c) Diagnóstico Histórico: en su casa siempre la han considerado la pequeña a pesar de ser la gemela.
- d) Diagnóstico Fenomenológico: su energía se halla catectizada en el N.A.S., que es el “Yo activo” que toma el poder ejecutivo.

**Transacciones**

E. desde su N. busca transacciones complementarias con el P.N. de sus padres y hermanas.

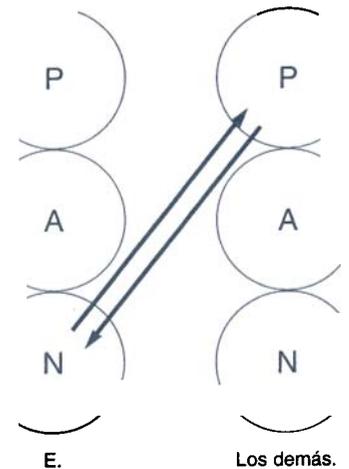


Fig. 5.-Transacciones de E.

Conmigo intenta, también, tener esas transacciones. Al principio, creo conveniente continuarlo, pues necesita mi P.N., pero a lo largo de la terapia ella irá comprendiendo que en parte van a ser sustituidas por A.A.

**Caricias**

E. intenta obtener lo que busca a través de la lástima desde su papel de víctima:

“Mira en el estado en que me encuentro”.

Los padres responden: “Pobrecita, no saldremos hoy”; y a sus hermanas les dicen: “Quedaos con ella, ya sabéis de su problema”.

Recibe Caricias positivas condicionales. Recibe contacto físico por su dificultad, pero está muy alejada de la intimidad que veremos al observar el Compás de Hostie.

**Posición Existencial**

Su posición existencial aparente es Yo-Tú+ en su papel de Víctima necesitada de ayuda. Analizándolo más profundamente tenemos:

- Nivel Social: Yo- Tú+, Víctima.
- Nivel Psicológico: Yo+ Tú-, Perseguidor.
- Nivel Existencial: Yo- Tú+, Víctima.

**Estructuración del Tiempo**

Evita el aislamiento; la mayor parte del tiempo lo dedica a la actividad de estudiar, en la que obtiene buenos resultados. Su estudio lo utiliza como sobreadaptación para no resolver su problema.

Juega con su madre con la excusa de la intimidad.

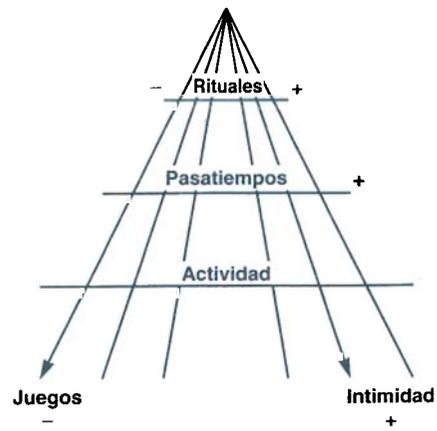


Fig. 6.-Compás de Hostie.

Pero observamos que, a través del cuadro del "Compás de Hostie", el jugador de "Juegos" tiene que realizar un largo camino para lograr su intimidad.

**Emociones**

Sus padres y ellas comentan que antes sentía afecto y alegría; desde que se ha agudizado su problema encuentra más dificultad en sentir alegría ("falsa alegría"). En ocasiones siente ira y el falso miedo lo utiliza como rackets; aprendió a sentir miedo ante ciertos acontecimientos, sentimiento permitido por sus padres.

Su madre lo siente mucho ante acontecimientos neutros y su padre al sentirse así más protector de las mujeres.

E. a continuación del miedo siente angustia para, posteriormente, sentir culpabilidad por haber involucrado así a su familia.

**Juegos psicológicos**

El juego fundamental que utiliza es: "Pobrecita de mí", empezándolo desde el papel de víctima y terminándolo como perseguidora de su familia. Al no permitirles hacer lo que quieren hacer, impide su libertad.

Igualmente observo que también utiliza: "Mira lo que me haces hacer" o "en el estado en que me has dejado".

**Miniguión**



Fig. 7.-Miniguión de E.

- 1º **Impulsor:** Estarás O.K. si me complaces, eres perfecta y eres fuerte.
- 2º **Frenador:** "No crezcas", "Crece más deprisa", "No te separes, pero no seas íntima". Aparece el faso miedo, la ansiedad.
- 3º **Vengativo:** Se venga de su familia.
- 4º **Beneficio final:** Se siente mal, con sentimiento de culpabilidad.

**Guión de vida**

Los impulsores de su madre son: "Sé perfecta, quiero todo perfecto, para que todo el mundo vea lo bien que ella organiza todo..." y "Compláceme, soy tu madre y he hecho todo por tí".

Su padre le envía el: "Sé fuerte".

Los mandatos de la madre son: "No crezcas, el mundo es muy peligroso para una adolescente", la seguridad está en tu casa con tu familia, todos juntos. Pero a la VEZ RECIBE; "Crece muy deprisa para cuidar de mí".

También recibe: "No te separes, yo te cuidaré muy bien, necesito cuidar, ese es mi papel. Si empezáis a alejaros ¿yo qué haré?" Pero a la vez recibe: "No seas

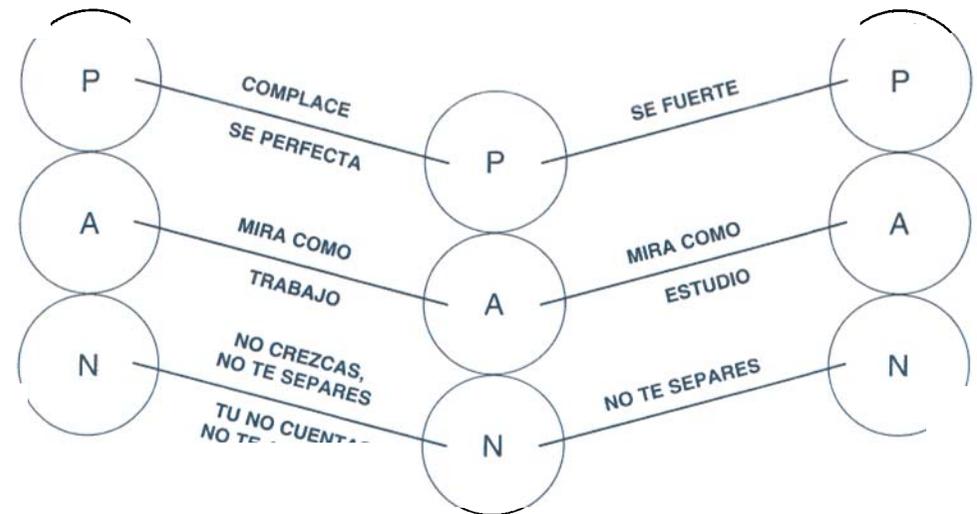


Fig. 8.-Matriz de Steiner

íntimo, no te acerques". Recordemos el rechazo que tuvo la madre nada más nacer ella. En estos mandatos hay una gran ambigüedad.

Con respecto al padre, él siente que el mundo es peligroso, viaja mucho, es piloto de Iberia, quiere a sus "mujeres" juntas, protegidas y unidas en casa. Los mensajes

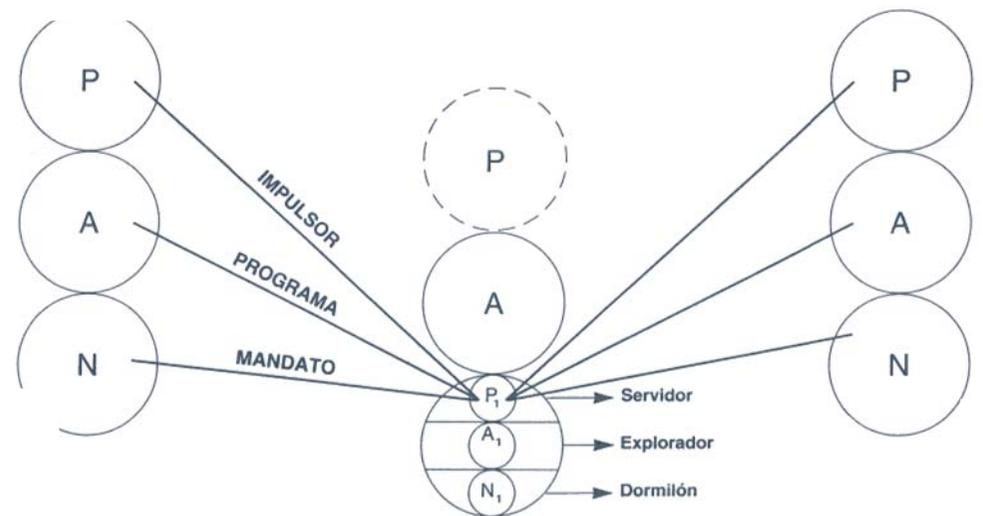


Fig. 9.-Matriz de Fanita y Woolans.

son: "no te acerques y desenvuélvete sola" (son mensajes de ganador, no triunfador).

Una vez iniciada la terapia, E. utiliza el Contraargumento desde su niño rebelde (N.A.R.). El Epiargumento lo ha depositado en su hermana gemela.

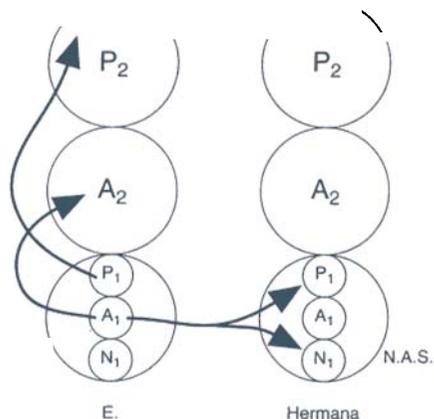


Fig. 10.-Epiargumento de E.

Con la terapia se ha dado cuenta de que tiene que hacer algo, y lo que ha hecho ha sido pasarle el Argumento a su hermana. Los papeles en las dos hermanas se están invirtiendo.

Mi objetivo siguiente será que E. empiece a utilizar su A<sub>2</sub> para relacionarse con su hermana y también su P.N. para empezarle a darle protección. Esto lo logrará desde su N.L.

**Sintetizando:**

**Diagnóstico desde el A.T.:**

- Doble contaminación.
- Simbiosis y grandiosidades.
- Mandatos ambiguos.
- Catexis perezosa, no se enfrenta a su problema anclado en N.S. o en P.C.
- Según el A.T., ante los hechos ocurridos el P.P. de E. en una fase muy temprana decidió "no estar sola sin su madre".

**Diagnóstico desde otros enfoques:**

- Según el diagnóstico Clínico de **Ajuriaguerra**, E. padece una organización neurótica con fondo de angustia crónica. Su ansiedad se caracteriza por un sentimiento de peligro inminente.
- Según **Spitz**, la crisis de angustia se inicia en el niño alrededor de los 8 meses ante la presencia de alguien que no sea la madre. E. quedó anclada en esta etapa.
- Según el **Conductismo**, E. aprendió a tener miedo al producirse un episodio negativo a la edad de 9 meses. Su madre tuvo que abandonarla por unos días para atender a su hermana gemela.
- Según el **Psicoanálisis**, el hecho anteriormente citado le produjo el trauma de abandono. E. está fijado en la fase oral.

**ESTRATEGIA TERAPEUTICA**

**A corto plazo:**

- Favorecer la empatía con transacciones N.N., para posteriormente realizar la estrategia A.A.
- Desplazar la energía de N.A.S. al N.L.; para ello utilicé la dramatización (Con esta técnica E. estaba muy a gusto).
- Fortalecer el A. y descontaminarlo; para ello utilicé ejercicios de imitación de modelos y relajación.
- Aumentar su P.N.; para ello utilicé visualizaciones.
- Eliminar la simbiosis con la madre; para ello yo fui adquiriendo mejor relación afectiva con ella primeramente, para a continuación proporcionarle modelos y permisos. Con respecto a las transacciones con la madre, primero eran desde el N.A.S., a continuación desde el N.A.R., para terminar con el A.; estas transacciones, en general, siguieron esta misma evolutiva con el resto de la familia.

**Estrategias a medio plazo**

- Empezar a obtener caricias fuera de su foco familiar, fundamentalmente con sus compañeros y amigos.
- Empezar a trabajar el que sintiera gratificación en el aislamiento, aunque hubiera otras personas en casa, proporcionándole autocaricias, a través de la visualización y de la relajación.
- Trabajar su independencia desplazando sus relaciones familiares a sus

compañeros, mediante ejercicios de asertividad e imitación de modelos. Considero importante que E. empezara a sentir intimidad; esto lo realizaba haciendo el papel de madre y ella el de mi hija. Nos sentíamos muy bien tanto E. como Yo al estar abrazadas, mirándonos.

- Mediante la dramatización fuimos trabajando las diferentes etapas evolutivas (siguiendo el siguiente Esquema adaptado de apuntes de clase) proporcionándole yo como madre, los

Edad	Conocimiento		Pertenencia		Afirmación del Yo	
	Permiso	Motivación	Permiso	Motivación	Permiso	Motivación
		Explora Se curioso Muévete	Compañía paterna	Pide compañía	Presencia	Muéstrate
12-18 meses	Experimentar Transformar Verbalizar	Experimenta Transforma Habla	Presencia	Muéstrate	Se diferente Posesión de los objetos	Se tú mismo Cuida tus cosas
18-24 meses	¿Qué es?	Pregunta ¿Qué es? Aprende	Compartir los juegos	Disfruta, comparte con los otros		
2-3 años	¿Por qué?	Pregunta ¿Por qué? Piensa, busca la finalidad	Comunicar Conversar	Comunícate Conversa	Decide por ti mismo	Decide
3-5 años	Fantasea Curiosidad acerca de ti. Creatividad Construir	Se imaginativo Conoce y acepta tu sexo. Se creativo Construye	Se aprobado Actividades familiares	Se capaz Coopera	Se separa de la simbiosis materna	Crece
5-7 años	Conocer el origen	Conoce el origen Investiga	Sentimiento familiar. Pertenencia familiar	Ten sentimiento familiar. pertenece a tu familia	Se preferido. Destaca. Discute.	Se querido. Se capaz. Expresa y respeta opiniones
7-10 años	Conoce Comunica Opina	Piensa Se comunicativo Opina	Integración Pertenencia social	Intégrate Pertenece socialmente	Independencia	Se independiente
10-13 años	Conocimiento social	Ten ideología		Ten y pertenece a grupos	Autoestima	Respétate Valórate Se comprensivo Se justo

Cuadro evolutivo (adaptado de Apuntes de Clase).

permisos necesarios para que lograra su autonomía a través de su motivación.

Con diversas actividades dramatizadas, siguiendo normativamente el cuadro anterior, trabajamos los permisos adecuados a cada edad, profundizando en los debilitados e instaurando aquellos de los que carecía.

Cuando la relación entre ambas era óptima y tenía realizado un camino importante de su terapia, recorrimos hacia atrás el camino hasta el momento donde aprendió a tener miedo para iniciar otra decisión (Redecisión). Para ello utilicé una técnica de Programación Neurolingüística (P.N.L.), recibiendo el Permiso de: "Crece a tu ritmo", "Puedes separarte de tu madre", "disfruta cuando estés sola", etc.

El objetivo final era que pudiera estar sola sin que aparecieran los sentimientos de angustia, para ello elaboramos pequeñas etapas que iba realizando adecuadamente, aportándole con su cumplimiento sentimientos de autoestima y valoración.

#### AVANCES PERSONALES CONSEGUIDOS

- Empezó a sentirse relajada al ir sola por la calle, eliminando las fantasías catastróficas, que elaboraba ante personas calificadas por ella con "presencia non grata".
- Se iba a la cama a la hora que ella consideraba que estaba cansada sin supeditar a toda la familia a sus exigencias. Antes, "todos debían hacerlo a la misma hora". Cerrando la puerta de su dormitorio y el de sus padres y eliminando la pequeña luz que hasta ahora siempre tenía encendida durante la noche.
- Se fue por primera vez de excursión durante 4 días disfrutando con sus amigos del acontecimiento.
- Animaba a sus padres a que salieran de noche, mostrándose tranquila o dormida cuando ellos regresaban.

- Empezó a salir con un grupo de amigos de la clase, independientemente de que su hermana gemela lo hiciera, desplazándose lejos de su casa y mostrando una actitud extravertida. Sus amigos han aumentado en cantidad y calidad.
- Tomó la iniciativa para querer dormir en casa de una amiga, verbalizando la situación, encontrándola muy divertida.
- Llegaba a su casa tranquila y relajada sin preocuparse de que su madre pudiera estar allí o no.
- Según la última entrevista que sostuve con los padres antes de vacaciones E. había conseguido un gran cambio, incluso en su físico, había engordado un poco, su cara tenía más color y en sus ojos la tristeza había sido sustituida por el brillo. Se mostraba independiente, perfectamente integrada con sus amigos, sus calificaciones escolares habían mejorado, incluso superando a las de su hermana y la familia gozaba de una mayor libertad al no tener que supeditar su conducta al problema que antes existía.
- Al ser una familia numerosa en la que los abuelos pasaban temporadas con ellos y no haber tenido la necesidad de que una de las gemelas estuviera sola en casa, decidimos posponer el trabajar la situación en que E. permaneciera absolutamente sola en su casa para después de las vacaciones de verano.

#### ESTRATEGIA FUTURA

El objetivo es que logre su autonomía a nivel comportamental, lograr que pueda estar sola en su casa si las circunstancias lo requieren, mostrándose tranquila y relajada e, incluso, que pueda obtener satisfacción de esos momentos de soledad.

El miedo está permitido que lo sienta ante estímulos que produzcan miedo, no ante estímulos neutros o "estímulos aparentes",

que desencadenen una respuesta no adecuada a la situación.

Por lo tanto:

- Cuando E. necesite autoprotección, el yo activo será el P.N.+
- Para oponerse a los mensajes del P.C.- de su madre, el N.A.R.+ de E. entrará en actividad.
- El N.L. será el Yo activo para disfrutar de esos momentos de soledad.
- El A. le recordará las técnicas que trabaja conmigo a fin de resolver con okeidad la situaciones que antes le hacían entrar en angustia.

Para esta fase final utilizaré las técnicas de:

- Visualización (proporcionarle su P.N.+ (Cayrol, 1994).
- Asertividad e imitación de modelos para el N.R.+ y P.C.+
- Programación Neurolingüística (P.N.L.) (Bandler, 1988).
- Relajación (Herrero Lozano, 1990).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BANDLER, R. (1988) **Use su cabeza para variar**. Santiago de Chile, Cuatro Vientos.
- BERNE, E. (1961) **Análisis Transaccional en Psicoterapia**. Buenos Aires, Ed. Psique.
- BERNE, E. (1966) **Los juegos en que participamos**. México, Ed. Diana.
- BERNE, e. (1978) **Introducción al tratamiento de grupo**. Barcelona, Grijalbo.
- BERNE, E. (1974) **¿Qué dice usted después de decir ¡hola!?** Barcelona, Grijalbo.
- CAYROL, A. y DE SAINT PAUL, J. (1994) **Mente sin límites**. Barcelona, Ed. Robinood.
- HERRERO LOZANO, E. (1990) **Entrenamiento en relajación creativa**. Madrid, Ed. El Autor.
- KERTESZ, R. (1985) **Análisis Transaccional Integrado**. Buenos Aires, IPPEM.

## RECENSION DE LIBROS

**“La risa es una cosa muy seria”.** Doña Berenguela. Salamanca, Amaró Ediciones, 116 págs.

En la contraportada del libro se puede leer lo siguiente:

Este libro lo leerá a gusto todo aquél que quiera reír ampliamente, sin hacerse un problema de ello. Y, también, quien desee reconquistar su capacidad de reír con libertad, como un niño de 5 años, como ese niño que todos llevamos en nuestro interior.

Consta de dos partes:

En la 1ª, “un grupo de chistes en busca de un lector”, ofrece la oportunidad de reír con veinte historias “salpimentadas”, esto es, divertidas y pícaras.

En la 2ª se explica sencilla y cordialmente, “por qué la risa es una cosa tan seria”, algo sobre su “fuerza curativa” y se facilita el “permiso para reír” tras explicar brevemente unas nociones sobre “la terapia de la risa”.

Debido a “la fuerza curativa de la risa” el libro está especialmente dedicado a todos los enfermos transplantados de... ¡lo que sea!

Y es que Doña Berenguela, psicóloga, lo escribió con ocasión de su propio trasplante de médula ósea. Y tras experimentar así los beneficios de la risa decidió ofertar la misma posibilidad a los demás.

La autora decidió utilizar este seudónimo “doña Berenguela” porque, según me comentó una tarde en su casa, compartiendo zumo de naranja y bombones, ella es descendiente de aquella figura histórica y, también, me dio permiso para que desvelara un “secretillo”: Doña Berenguela es psicóloga, Miembro Clínico de AESPAT, pero, por encima de todo, es una mujer con el suficiente potencial humano positivo como para enfocar una enfermedad y luchar contra ella utilizando entre otras muchas cosas algo tan bonito como “la risa”.

Doña Berenguela es Mª pilar de la Figuera. Mª Pilar, de la misma manera que tú inicias tu libro agradeciendo a todos aquellos que te han suministrado los chistes que has seleccionado y terminas otorgando a los lectores “el permiso para reír”, te agradecemos tu libro y tu sentido positivo de la vida. Gracias.

**Mª Angeles Díaz Veiga**

Chalvin D. y Eysette F. **“Cómo resolver los pequeños conflictos en el trabajo”**. Bilbao, Ed. Deusto, 178 págs.

Esta obra, traducida del Francés (“Comment sortir des petits conflits dans le travail”) aborda el tema de los conflictos en el seno de la Empresa, basándose en la teoría de los Juegos de Berne, las aportaciones de la Programación Neurolingüística (P.N.L.) y los trabajos del Equipo CEGOS IPPSO.

El método, en palabras de los autores “no pretende suprimir los conflictos” sino mantener en la organización una dosis aceptable de conflictividad.

El lector avezado y acostumbrado a trabajar con los Juegos Psicológicos encontrará no pocos paralelismos en el enfoque clásico y el utilizado por los autores, a quienes hay que aplaudir su línea de originalidad para facilitar grandemente la tarea en este campo.

Los “casos prácticos”, numerosos y realistas, son de particular ayuda al Formador de Empresas que utiliza el A.T. como herramienta de trabajo, aunque son ampliamente utilizables en Cursos Generales, Introductorio o Avanzado.

**José Gutiérrez Valiño**

## CATEXIS DE AESPAT

La Asociación Española de Análisis Transaccional celebrará la **Asamblea Ordinaria** el sábado 9 de septiembre de 1995, 1ª convocatoria 11:30, 2ª convocatoria 12:00. Es importante la asistencia pues se tratará en el orden del día de otros temas el asunto de la FEAP y de la formación de los psicoterapeutas.

Los miembros que tengan la intención de asistir que dejen su nombre y teléfono de contacto en el contestador automático de la Asociación, antes del 4 de septiembre, a fin de poderles indicar el lugar de la Asamblea en función del número de asistentes.

**Teléfono (91) 320 43 11**

### CURSO INTRODUCTORIO 101 OFICIAL

La Asociación Española de Análisis Transaccional impartirá el curso 101, los días 7 y 8 de octubre en Madrid, realizado por Miembros cualificados de AESPAT.

Precio: Socios de AESPAT 10.000 ptas.  
No socios de AESPAT 12.500 ptas.

Los interesados enviar inscripción con datos personales y teléfono de contacto al **FAX (91) 320 43 11**.

### NUEVOS SOCIOS

Vicente Climent Alberola.  
Enrique Pérez Batres.

De acuerdo con las intenciones manifestadas por varias personas representativas de algunas de las Asociaciones de AT que hay en España, tanto en el Congreso de AESPAT en Salamanca, como en otras ocasiones, la Asociación Aragonesa de AT (ATA) se responsabilizó de preparar y de ofertar a las otras Asociaciones de AT de España esta PROPUESTA de

## **JORNADA DE ENCUENTRO DE LAS ASOCIACIONES DE AT**

**PARTICIPANTES:** Miembros de las Asociaciones AESPAT, ACAT, FEAAT y ATA.

**LEMA:** ¿POR QUE CAMINOS LLEGAMOS AL AT?

### **OBJETIVOS**

- 1.-Compartir con los miembros de otras asociaciones lo siguiente:
  - Cuáles han sido los caminos que a cada uno nos han conducido al AT.
  - Cuál es el interés que nos mantiene unidos y comprometidos con el AT.
  - Cuáles son nuestros objetivos de futuro en el AT.
- 2.-Compartir con las otras Asociaciones los trazos generales de nuestra historia como Asociaciones y en especial lo siguiente:
  - Los orígenes, motivaciones (el por qué), y objetivos (el para qué).
  - Los momentos más importantes de su devenir.
  - Las realizaciones más importantes.
  - Los puntos fuertes de cada Asociación.
- 3.-Reflexionar juntos sobre los motivos (los por qué) que nos mantienen como Asociaciones separadas sin vinculación:
  - Motivos del Niño: Fantasías, temores, resentimientos...
  - Motivos del Padre: Criterios, principios, valores, prejuicios...
  - Motivos Adultos: Identidad, economía, proyectos, organización...
- 4.-Reflexionar juntos sobre las posibilidades de futuro:
  - Ventajas (el para qué: lo que conseguimos);
  - Temores y/o inconvenientes (el para qué: lo que evitamos):
    1. De mantenernos cada Asociación por separado.
    2. De iniciar y conseguir una coordinación o vinculación.
- 5.-En el caso de que así lo decidamos, realizar un proyecto de futuro conjunto que concrete:
  - Motivos.
  - Objetivos.
  - Realizaciones o materializaciones concretas conjuntas.
  - Condiciones y compromisos.
  - Calendario, proceso, pasos a dar.
  - Responsabilidades concretas.

**FECHAS:** 22 y 23 de septiembre, 1995.

**LUGAR:** Zaragoza. Ciudad Escolar Pignatelli (Por determinar).

**PRECIO:** En función de los participantes. Los gastos estimados son de 20.000 ptas. por alquiler del local. El alojamiento en la misma residencia cuesta 1.600 ptas. por persona y noche. Se puede comer (700 ptas.) y desayunar (225 ptas.) en la misma residencia.

### **PROGRAMA DETALLADO**

#### **Día 22, viernes:**

- 18,30 Recepción de los participantes.
- 19,00 Presentación de las jornadas.
- 19,30 Presentación de los participantes.
- 20,00 Reuniones de los pequeños grupos.
- 21,30 Cena - Encuentro.
- 23,00 Fiesta de bienvenida.

#### **Día 23, sábado:**

- 9,30 Puesta en común de lo tratado en los grupos.
- 11,00 Descanso.
- 11,30 "Teoría organizacional de Berne y Asociaciones de AT".
- 12,00 Mesa redonda de representantes de cada Asociación.
- 14,00 Comida.
- 16,00 Grupos de trabajo: Elaboración de propuestas.
- 17,30 Descanso.
- 18,00 Puesta en común para una propuesta de futuro.
- 21,00 Cena y fiesta.

### **HOJA DE INSCRIPCION**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ POBLACION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ ASOCIACION A LA QUE PERTENECE \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Recortar y enviar a:** Asociación Aragonesa de AT (ATA)  
Apartado de Correos 325  
50080 ZARAGOZA

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio, en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo y otras tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.

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

Deberán evitarse en lo posible las notas **al pie de página**. Cuando existan, deberán escribirse a máquina en hoja aparte, empleando una numeración correlativa, colocando dicha hoja al final del texto.

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



FORMACION DE CALIDAD  
CON SELLO DIFERENCIADO

Somos especialistas en GESTION y DESARROLLO de los RECURSOS HUMANOS

Diseñamos e impartimos SEMINARIOS «IN COMPANY» para:

- DIRECTIVOS (Management Skills)
- EQUIPOS DE TRABAJO
- FORMADORES
- COMERCIALES (Venta y Post-Venta)

CONTACTE CON NOSOTROS. PENSAREMOS JUNTOS.

Isaac Peral, 16. 28015 MADRID. Teléf. 549 32 77. Fax 549 32 21

## SOLICITUD CONJUNTA DE INSCRIPCION A "AESPAT" Y DE SUSCRIPCION A LA "REVISTA"

Deseo ser Socio de AESPAT y recibir su publicación, Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, para lo que abonaré, al ser admitido, la cuota anual de 1995 (6.000,-Ptas. para España).

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio particular \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono, con prefijo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_

Profesión o actividad a la que se dedica \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

Firma del solicitante y D.N.I.

-----  
A CUMPLIMENTAR POR AESPAT

Presentado por: \_\_\_\_\_

Aceptado con fecha: \_\_\_\_\_ Número de socio: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_

Cortar la hoja entera  
y enviarla debidamente  
cumplimentada a:

AESPAT  
C/. Isaac Peral, 16 - Bajo Izda.  
28015 MADRID

**BOLETIN DE SUSCRIPCION A  
REVISTA DE ANALISIS TRANSACCIONAL  
Y PSICOLOGIA HUMANISTA**

**BOLETIN DE SUSCRIPCION**

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

Precio de suscripción anual, 1995, para España 3.000 ptas. Cada número suelto: 1.500 ptas.

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

**Forma de pago:**

- Domiciliación bancaria (rellenar autorización adjunta).
- Transferencia bancaria a AESPAT  
Caja de Madrid - Sucursal 1914 - C/C 60-00038542  
Guadalajara, 11 - 28042 MADRID  
Firma:

**Cortar y enviar a:**

- Apartado de Correos 8.222 - 28080 Madrid.
- o más rápido a: AESPAT: Isaac Peral, 16 - Bajo Izda. 28015 MADRID

**BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA**

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

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nº c/c o libreta: \_\_\_\_\_ Agencia nº \_\_\_\_\_  
Banco/Caja: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma: \_\_\_\_\_

