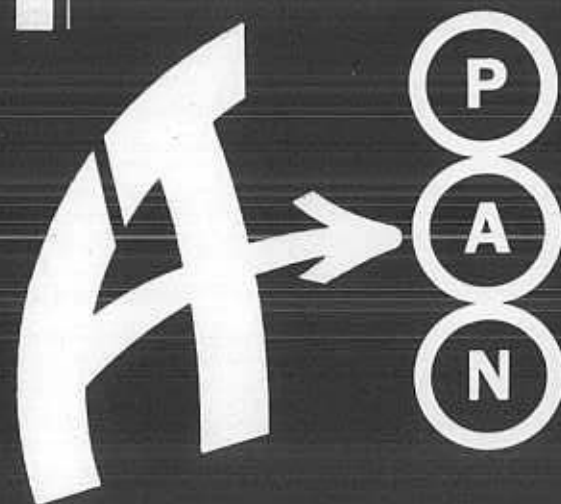


Revista de

**ANALISIS TRANSACCIONAL
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



A E S P A T

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 34, 2º 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 Álvarez Custodio
Secretaria: M^a Angeles Díaz Veiga
Tesorera: Blanca Lillo Zarco
Vocales: Concepción de Diego Morales
José Gutiérrez Valiño
Alejandro Moreno Romero
M^a Angeles Ortega Rodríguez
Carmen Vázquez Alemán

Consejo Editorial

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

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

Uno de los cometidos más importantes de la Psicoterapia actual es el abordaje de la integración de las diversas formas de intervención psicológica en busca de una mayor efectividad. Ya en un número anterior (26) hemos publicado algún artículo centrado en la integración, y lo seguiremos haciendo en números siguientes. En este número 34 ofrecemos el artículo de A. Botbol sobre "Psicoterapia integrativa o terapeuta integrado", dándonos su propia versión al respecto.

J. García Moreno sigue ofreciéndonos aspectos interesantes sobre los factores de efectividad de la Psicoterapia, incidiendo, esta vez, en las convergencias de las "psicoterapias": "¿Qué tienen de común las diferentes psicoterapias?" Admitiendo diferencias claras entre los diferentes enfoques, es justo admitir que existen muchas convergencias entre ellas. Posiblemente es más lo que nos une que lo que nos separa. Y esto es bueno admitirlo para que entre las psicoterapias no exista "enemistad" sino afecto y colaboración.

Presentamos, además, dos traducciones sobre temas de máximo interés como son la evolutiva de la emoción y su tratamiento: "Un enfoque evolutivo sobre la rabia", de Van S. Loimes, y el Análisis Transaccional: "Transcripción del discurso de presentación del A.T.", hecho nada menos que por su fundador E. Berne, en el IV Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo (Viena, 1968). Es una exposición clara, sencilla y profunda que clarifica mucho la dinámica evolutiva de este enfoque contemporáneo de la Psicoterapia.

Después ofrecemos el Comunicado de la Junta Estatal de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos, publicado en la Revista "Papeles del Psicólogo", sobre el alcance de la pertenencia a la FEAP para el ejercicio profesional de la psicoterapia, que ha sido objeto de discusiones y podrá interesar a muchos de los asociados de AESPAT.

Por fin, iniciamos un apartado, imprescindible en cualquier Revista, sobre Reseñas Bibliográficas, que asume como responsable, desde ahora, Concepción de Diego.

Una vez más pedimos la colaboración de todos los suscriptores de esta Revista, enviando artículos para su publicación. La Revista, que es de todos y para todos, debe ser mantenida colaboradoramente por todos.

SUMARIO

¿PSICOTERAPIA INTEGRATIVA O TERAPEUTA INTEGRADOR? Abraham Botbol	
¿QUE TIENEN DE COMUN LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS? Juan García Moreno	10
UN ENFOQUE EVOLUTIVO SOBRE LA "RABIA" Van S. Joimes	19
TRANSCRIPCION DEL DISCURSO DE PRESENTACION DEL A.T. Eric Berne	26
COMUNICACION DE LA JUNTA ESTATAL DE GOBIERNO DEL C.O.P. RESEÑAS BIBLIOGRAFICAS	35
NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS	45

¿PSICOTERAPIA INTEGRATIVA O TERAPEUTA INTEGRADOR?

—Leído en el 12º Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo—
(30 de agosto de 1995)

ABRAHAM BOTBOL

Buenos Aires
Argentina

— RESUMEN —

Después de un breve recorrido por la Historia de la Psicoterapia, el autor resalta la función de la Psicología Humanista como fuente de creatividad integradora. Y a continuación, trata de definir el concepto de integración en el contexto de la Psicoterapia contemporánea, de resaltar la integración llevada a cabo por R. Erskine dentro del A.T., y de especificar las características del Terapeuta Integrador Humanista.

La Psicoterapia es uno de esos conceptos que ha sido definido de infinitas maneras por infinitos definidores. Cada psicoterapeuta arriesga una definición, pero cuando la analizamos, encontramos que en todas ellas hay un sustrato general.

Nos estamos refiriendo a la definición genérica que respeta lo común dentro de su variedad conceptual. La maraña de las definiciones se enrarece aún más cuando al término genérico "Psicoterapia" se agrega el apellido: psicodinámica, existencial, conductual, grupal, adleriana, gestáltica, transaccional, reichiana, etc. La lista es interminable. En 1976, Parlof identifica más de 130 enfoques y en 1981, Corsini en su "Manual de Nuevas Psicoterapias" menciona una cifra cercan a 250.

Para entender el surgimiento de esta profusa presencia de psicoterapias, la mayor parte de las cuales datan de la última mitad del presente siglo, debemos remontarnos a la última mitad del siglo pasado y desde ahí observar la evolución del pensamiento científico enfocado a la resolución de los disturbios psicopatológicos.

Ordeno el desarrollo histórico de las psicoterapias en tres épocas: Antigua, Moder-

na y Contemporánea. No nos detendremos demasiado en la época Antigua sino para mencionar que desde que hubo un ser sufriendo y otro cuyo oficio era aliviar ese sufrimiento, la psicoterapia estuvo presente en diversas manifestaciones del acto médico. "No es el hecho sino lo que piensas del hecho, lo que genera la emoción" (Epicteto); "La liberación de las emociones o pasiones reprimidas es un requisito esencial para el tratamiento efectivo de la enfermedad mental" (Aristóteles).

Durante varios siglos las culturas del Cercano Oriente y las áreas mediterráneas practicaron intervenciones psicoterápicas que fueron rechazadas en los siglos XVIII y XIX por considerarlas expresiones de magia y superstición. Nos estamos refiriendo a la interpretación de los sueños, mil años antes de la Era cristiana, a la técnica de la incubación, que consistía en dormir en una habitación santa, en un templo o santuario y la terapia por la palabra en expresiones tales como la plegaria y el discurso sugestivo y cariñoso. "Los médicos obtienen los cambios que desean a través de las drogas, los sofistas, en su lugar, lo hacen a través de las palabras" (Sócrates).

Estas tres intervenciones terapéuticas (la interpretación de los sueños, la incubación—cuya función era aportar luz en los contenidos perturbadores e inconscientes e integrarlos a la conciencia— y las técnicas de la palabra) tuvieron su expresión, versión siglo XX, a partir del advenimiento de la Psiquiatría dinámica.

El Renacimiento produce un movimiento humanístico dentro de la Psiquiatría. El primer psiquiatra, Johann Weyer, a mediados del siglo XVI reconoció la importancia de la relación terapéutica, de la amabilidad y la comprensión que el terapeuta debe consagrar hacia su paciente, pero postulaba que para ser realmente efectiva esta actitud benevolente, debía basarse en principios científicos y en un examen y observación cuidadosa. Hoy, cuatro siglos después, sus postulados tienen plena vigencia.

LA EPOCA MODERNA

Denominamos época Moderna en Psicología al período que comienza con los trabajos de William James, el gran pionero de la Psicología de la Conciencia. Estos trabajos, seguidos casi inmediatamente por las publicaciones de Freud en 1894, inician la Primera Revolución en Psicología. Es el comienzo del Psicoanálisis, lo que marca un hito en la historia de la Psiquiatría. La mentalidad occidental es sacudida violentamente, y la Psicología de la Conciencia es reemplazada por la de la Mente, postulándose que “la mente existe y es mayor que la conciencia”.

El mundo de la Psicoterapia estuvo desde entonces dominado por la teoría psicoanalítica y aunque lo siguió estando, una nueva revolución hizo su eclosión en el espacio comprendido entre ambas Guerras Mundiales. Esta revolución, generadora de la Segunda Fuerza en Psicología—la primera estaba representada por el Psicoanálisis freudiano y todos sus desprendimientos—estuvo encarnada en el Conductismo, cuyos primeros representantes sentaron las bases de la investigación de los procesos sensorio-perceptivos y los principios del aprendizaje.

Para esta corriente psicológica, el estudio de la psiquis fue desplazado por el estudio del comportamiento observable. Mientras que para el Conductismo, el ambiente externo era el determinante de la conducta, para el Psicoanálisis, el ambiente interno, a través de mecanismos inconscientes determinaba los impulsos y los instintos. En sus etapas iniciales, ambas corrientes divergían en grado extremo. El tiempo fue atemperando las diferencias. Desde cada una de las escuelas se generaron aperturas que involucraban modificaciones y aditamentos a la teoría y la técnica, hasta llegar al momento actual en que desde los troncos iniciales, las numerosas arborizaciones han llegado a confluir de tal manera, que las copas de estos árboles imaginarios, se entremezclan entre sí, y en sus puntos de contacto es fácil ver productos aparentemente originales engendrados desde raigambres disímiles en su inicio.

LA EPOCA CONTEMPORANEA

Como era de esperar, después de la hecatombe que significó la Segunda Guerra Mundial, nada volvió a ser igual que antes después de la postguerra. Los años que siguieron al finalizar la conflagración fueron el espacio donde se produjeron dramáticos cambios en todos los órdenes de la Humanidad. En lo que al tema de nuestro interés respecta, los nuevos marcos de pensamiento necesariamente habían de influir en la visión y comprensión global del psiquismo, de la estructura y el funcionamiento de los procesos mentales y de la concepción de los mecanismos de acción de la conducta y sus modelos de corrección. Pasado el período de reacomodamiento y de reconstrucción sobre las ruinas, el Hombre se detiene a apreciar su entorno y sin dejar de mirar en su interior, elabora nuevos esquemas de referencia para entender y explicar distintos aspectos de la realidad.

Algunas figuras señeras, surgidas desde disciplinas aparentemente disímiles como la física, la biología, la filosofía, la literatura, la psiquiatría, aportaron su pensamiento para

señalar que se imponían nuevas formas de percibir el funcionamiento del hombre en la sociedad y el funcionamiento de la sociedad misma. Que era necesaria una revisión de los valores y de la ética y que había nuevas direcciones a seguir. Para lo cual el esfuerzo debía centrarse en el desarrollo de ese potencial latente que existe en todo ser humano gracias al cual el individuo puede saciar su sed de significación y trascendencia.

La puesta en marcha de estas ideas significó la Revolución que dio origen a lo que se ha dado en llamar el Movimiento del Desarrollo del Potencial Humano, que cursó de la mano de la Tercera Fuerza en Psicología. En esta Tercera Fuerza, denominada Psicología Humanista, ya afianzada sólidamente como una alternativa frente a la estructura monolítica del freudismo ortodoxo y el mecanicismo behaviorista, convergen diversas escuelas, muchas de ellas provenientes no sólo desde el pensamiento freudiano, sino también desde las corrientes desviacionistas de sus discípulos, de las posiciones ideológicas de los llamados neofreudianos, como así también de las más modernas posturas de la línea conductual-cognitiva. No es posible hablar de Movimiento del Desarrollo del Potencial Humano, ni de Psicología Humanista, ni de Tercera Fuerza en Psicoterapia sin mencionar esas figuras señeras precursoras y artífices de esta Revolución:

GREGORY BATESON
AARON BECK
ERIC BERNE
VON BERTALANFFY
ALBERT ELLIS
MILTON ERIKSON
VICTOR FRANKL
ARNOLD LAZARUS
ALEXANDER LOWEN
ABRAHAM MASLOW
ROLLO MAY
FRITZ PERLS
CARL ROGERS

Todos ellos, y muchos otros más, fueron los creadores e iniciadores de nuevos modelos teóricos, de escuelas y de modalidades

de terapéuticas. Muchas de ellas tienen en común elementos que las vinculan entre sí, otras adoptan posiciones divergentes con respecto a las demás. En la actualidad existe una tendencia a promover la búsqueda de fundamentos de aproximación de las teorías. No se trata de una actitud condescendiente sino de una postura ecléctica de escoger entre diversos sistemas las tesis que parecen más aceptables para formar con ellas un cuerpo de doctrina. Podríamos decir por extensión que existe una disposición del espíritu que se adapta a todo lo que parece bueno. La decisión de integrar—componer un todo con partes diversas—parte desde un eclecticismo que en materia de psicología, psiquiatría y psicoterapia, no debe estar reñido con el rigor investigativo de toda tarea científica.

Si de la medicina se ha dicho que es además un arte, cuantimás de esa rama que se ocupa de un aspecto de la salud como es la Psicoterapia. Esa doble pertenencia ha posibilitado la incursión de algunas prácticas y disciplinas que injertándose en el campo de la Psicoterapia han debutado en los últimos años como novísimas psicotécnicas o terapias alternativas. Mencionaremos algunas de ellas, las más difundidas como parte de este gran listado de Corsini de las 250 psicoterapias que mencionamos al comienzo:

BIOFEEDBACK
ENTRENAMIENTO AUTOGENO
MUSICOTERAPIA
PSICODRAMA
MEDITACION
PSICOSINTESIS
LOGOTERAPIA
TERAPIA PRIMAL
TERAPIA GESTALTICA
SENSIBILIZACION CORPORAL
BIOENERGETICA
ANTROPOSOFA
SOFROLOGIA
TERAPIA SISTEMICA
ANALISIS TRANSACCIONAL

La enumeración es inagotable. Todas ellas apuntando a una nueva comprensión del sí

mismo para facilitar el proceso de transformación y reestructuración de la conciencia, de ser consciente de la propia conciencia, buscan el alcanzar un "darse cuenta", el lograr una nueva manera de ver la realidad.

QUE ES LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Es en plena época contemporánea en que se produce el movimiento integrador de las psicoterapias y toma cuerpo la expresión de Psicoterapia Integrativa.

No existe un concepto uniforme sobre la llamada Psicoterapia Integrativa. No todos los autores que así la denominan parten de un mismo criterio epistemológico. No obstante, al procurar encontrar un denominador común en sus definiciones, nos hallamos con que desde una misma semántica se enfocan conceptos diferentes para cada una de ellas.

Algunos exponentes de la Escuela Argentina parten de la Psicología Humanista, cuyas metodologías, congruentes entre sí, facilitan un modelo integrativo en sus formas, postulados y técnicas. En su afán de sintetizar la imagen del hombre, la integración comienza aunando las raíces filosóficas con las raíces psicológicas. La psicoterapia, a ser aplicada a este individuo integrado en un contexto bio-psico-social, apela a recursos técnicos partiendo desde lo corporal y lo verbal incluyendo las fantasías del pensamiento como puede ser la visualización creativa. Como vemos, la aceptación del término Integrativo, admite dos lecturas: integración de psicoterapias, pero también integración de la persona que pide ayuda.

Para Paul Watchel, de la Universidad de Nueva York, exponente de la "Terapia Psicodinámica Integradora", su enfoque apunta a un intento de solucionar las escisiones entre escuelas tradicionalmente rivales. Esta corriente tiene su origen en la tradición psicoanalítica, pero al considerar que la perspectiva psicodinámica no es suficiente para producir todos los cambios que necesita el paciente, apela a los enfoques terapéuticos

conductuales y efectúa una síntesis de la práctica y de la teoría de ambas.

Otra corriente también norteamericana, conducida por Richard Erskine, admite dos acepciones de la Psicoterapia Integrativa. En un primer término, se refiere al proceso de integración de la personalidad, al tomar los aspectos del Yo no resueltos e integrarlos a él. Esta integración permite al individuo enfrentar cada momento de su vida sin la protección de una opinión o posición preformada. El marco referencial del que parte Erskine es el Análisis Transaccional y la estructura del Yo según esta Escuela. Integrar es para este autor, la plenitud del funcionamiento del estado del yo Adulto, mediante la integración del estado arqueopsíquico del Niño en el neopsíquico del Adulto, o desactivar un desadaptado estado del Yo Padre, integrándolo en un concientizado estado del Yo Adulto.

Para efectuar este trabajo terapéutico, Erskine une los enfoques afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos de los sistemas de abordaje terapéuticos. Una vez más integra variadas técnicas psicoterápicas: psicodinámica, conductual, familiar, reichiana, transaccional, gestáltica. Su concepción de la Psicoterapia Integrativa es ambivalente. Integra en el Adulto los estados del Yo Padre y Niño y para lograrlo apela a la integración de variadas terapias extraídas de la Psicología Humanista.

No podemos dejar de mencionar en esta somera incursión por el tema de la Integración de las psicoterapias, el enjundioso trabajo de Juan García Moreno, de la Universidad Complutense de Madrid, quien, después de pasar revista a la amplísima bibliografía que existe sobre el tema y del análisis de las diversas experiencias integradoras, destaca una en particular a la que denomina "Integración Complementaria" la que considera la más ampliamente aceptada por los autores más representativos y a la que se declara adherido desde su práctica personal.

La complementariedad a la que se refiere este autor, radica según los casos, en el uso sucesivo de técnicas conductuales seguidas de abordajes psicodinámicos o vice-

versa. Es interesante destacar la semántica que utiliza: a lo conductual le llama terapia, a lo psicodinámico lo denomina psicoterapias, como si las técnicas conductuales actuando sobre el comportamiento, no involucrarán un compromiso de la vertiente psíquica del sujeto.

Para Olivier Chambon y Michel Cardine, exponentes de la escuela francesa, se debe distinguir dos enfoques complementarios: el eclecticismo y la integración.

El eclecticismo pragmático estudia las modalidades de cooperación, los efectos sinérgicos de los diversos enfoques, e intenta encontrar reglas pragmáticas para la utilización de técnicas específicas que provienen de enfoques psicoterapéuticos diferentes, buscando el mejoramiento en función del momento o del tipo de relación terapéutica involucrada.

Esta forma de abordaje apunta a responder múltiples interrogantes: ¿qué terapia? ¿para qué tipo de problemas? ¿en qué paciente? ¿con qué terapeuta? ¿en qué momento de la evolución del paciente? ¿con qué objetivos? etc.

La integración teórica apunta a crear metamodelos; los conceptos teóricos provenientes de diversos enfoques son incluidos y reformulados en un lenguaje homogéneo y se articulan coherentemente.

Otros aspectos que estos autores tienen en consideración es la relación entre el eclecticismo y la evolución personal del psicoterapeuta. La integración de las psicoterapias pone de relieve la cuestión de la identidad del terapeuta. Se puede afirmar que una de las principales fuentes del eclecticismo es el terapeuta en sí mismo, quien según su personalidad, en nombre de una práctica específica, va a intervenir de una manera diferente de la que utilizan los colegas de su misma línea ideológica, ya que integrará técnicas surgidas de otras conceptualizaciones (descubiertas por lecturas, por experiencia, por imitación, etc.).

En relación al eclecticismo de los terapeutas, es oportuno mencionar una serie de estudios hechos al respecto. Ellos han mostrado que los terapeutas que se identifican como eclécticos, son en término medio de

mayor edad y más experimentados. La diversidad y flexibilidad aparecerían con la mayor experiencia. También se ha constatado una evolución de la síntesis técnica (el eclecticismo) hacia la síntesis teórica (la integración).

En la búsqueda de una vía importante de la evolución futura de la psicoterapia existe en Francia desde 1992 la "Asociación Francesa para el abordaje Integrativo y Ecléctico de las Psicoterapias" (AFIEP). Su objetivo es el de promover el estudio y el desarrollo del eclecticismo y la integración en psicoterapia y ayudar a los psicoterapeutas a encontrar su propia vía en la diversidad sin imponerles un camino determinado.

LA MEJOR TERAPIA PARA EL TERAPEUTA INTEGRADOR

Si después de confrontar el resultado de la aplicación de todas las terapias hubierase podido demostrar que un enfoque es el más efectivo, la cuestión estaría resuelta. Todos los terapeutas adoptarían su formación en esa disciplina, y tanto la comunidad científica como los pacientes —un poco menos estos últimos— habrían resuelto el problema de la elección. Pero las cosas no son tan simples. Hasta el momento no se ha podido demostrar que una técnica es más efectiva que la otra, o que un modelo teórico o un método ha producido resultados mejores que otros. Es posible que el chauvinismo de algunos haya pretendido demostrar los resultados exitosos de la aplicación de ciertos métodos o técnicas, pero cuando se someten sus efectos al rigor estadístico, la evaluación no confirma esas apreciaciones. Por lo tanto, hasta ahora ningún modelo ha probado su supremacía sobre otros enfoques alternativos. Las conclusiones de las pesquisas sobre la efectividad de las distintas psicoterapias, revelan que todos los modelos son eficaces si se los asigna en forma diferenciada para cada tipo de trastorno.

Reiteremos el concepto de Integración: componer **un todo** con partes diversas. Aquí comenzamos a aproximarnos a nuestra tesis: **NO HAY UNA PSICOTERAPIA IN-**

TEGRATIVA UNICA. El todo en cada caso está constituido por un número variable de partes, tantas como las que tuvo acceso el terapeuta que las integró.

¿Cuál es la mejor? No hay mejor. Cada terapeuta en el proceso de integración incorpora y desecha manteniendo así la homeostasis de su todo.

La Psicoterapia integrativa, más que una ubicación en el anaquel clasificatorio de las Psicoterapias, es una actitud del terapeuta en su accionar. El profesional es el que integra. La Psicoterapia Integrativa se nutre de un principio que es común en todos los terapeutas integradores: su permiso para ejercitar su eclecticismo, es decir su aspiración de conciliar en un conjunto armónico y funcional las doctrinas, las teorías, las metodologías de distintas escuelas en beneficio de su tarea específica: contribuir al bienestar del paciente que acudió a él en busca de ayuda. Porque el último fin de la psicoterapia es su pragmatismo: obtener resultados lo más rápidamente posible y de efectos más duraderos. El terapeuta integrador es ecléctico porque es pragmático. La verdad de su doctrina se funda en sus efectos prácticos.

En tanto y en cuanto la Psicoterapia es como ya dijimos un arte y una ciencia, los conceptos anteriormente vertidos no significan un cheque en blanco. Concebimos un modelo de Terapeuta Integrador Humanista que para nosotros debe tener las siguientes características:

- 1) Conocer la existencia de la mayoría de las terapias, escuelas, teorías, métodos.
- 2) Haber incursionado en lo posible en el conocimiento de la mayor cantidad de terapias, escuelas, teorías, métodos.
- 3) Adquirir en profundidad el conocimiento de las teorías y técnicas con las que concuerda y se siente ideológicamente consustanciado para que, después de haber adquirido la suficiente idoneidad, aplicarlas en aquellos pacientes en los cuales estén indicadas.
- 4) El terapeuta debería conocer la nómina de colegas que poseen el suficiente conocimiento de las técnicas que él

no domina a los efectos de derivar a un paciente que pueda ser beneficiario con la aplicación de esos modelos.

- 5) Tener en cuenta que cada ser humano es único. No hay otro ser que aquí y ahora exponga las mismas circunstancias. Que los motivos por los que requiere ayuda son diferentes para cada uno, y la multitud de conflictos exigen del terapeuta la capacidad para la selección específica del enfoque psicoterapéutico adecuado para tratar el problema.
- 6) El enfoque Holístico a que está obligado el Terapeuta Integrador le exige también tener en cuenta ciertos principios que si bien antes eran concepciones teóricas, hoy, en plena "década del cerebro" tienen entera demostración. Los psicofármacos producen cambios y modificaciones bioquímicas de las estructuras neurobiológicas y de las sustancias que las rodean, lográndose a través de estas acciones modificaciones de las conductas y las emociones. Lo que en la actualidad ya está demostrado con todo el rigor científico es que la acción de la psicoterapia puede producir en cierta medida esos mismos cambios estructurales y moleculares producidos por los fármacos. Esto equivale a decir que la psicoterapia produce resultados sobre el sustrato biológico, hecho que hasta hace pocos años sólo le era atribuido a las drogas. Hoy, los psicoterapeutas como los practicantes de la Psiquiatría Biológica, no dejan de reconocer la cuota de importancia que tiene cada disciplina en la determinación de la cura de la enfermedad mental. Si esto es así, el Terapeuta Integrador no podrá desconocer ni dejar de tener en consideración la posibilidad del uso de las drogas en los casos y momentos en que los considere indicados, incorporando de esta manera, un elemento más a su actitud integracionista. La mayor o menor información sobre la acción psicofarmacológica de las drogas obligaría al terapeuta a aplicar es-

tos conocimientos en su paciente o incorporarse en un equipo interdisciplinario que le permita cubrir su déficit de información.

- 7) El Terapeuta Integrador es la más clara expresión de la rebelión contra las ortodoxias. Su principal particularidad es su iconoclastia por sentir que tiene los permisos necesarios para apartarse de los valores tradicionales y dogmáticos. Esos mismos permisos le permiten liberar los frenos a esa creatividad que todos tenemos, pero que inhibida en un medio hipercrítico no nos permite desestructurar la percepción de los hechos. Su desarrollada creatividad le posibilita tomar la información conocida y reestructurarla en formas nuevas, asociando, agregando, acoplado, injertando, hasta formar ese todo que nunca está completo ni terminado, porque el devenir de los cambios que se operan en el desarrollo de las ciencias y los cambios mismos de su propia experiencia, hacen que permanentemente esté, cual artífice, modelando su obra creadora de integración.
- 8) Frente al pensamiento mecanicista y reduccionista, la Psicología Humanista enfatiza las cualidades humanas como la creatividad, la valoración, la autorealización, y destaca la importancia de la dignidad, los valores del individuo y el desarrollo de su potencial. Al decir de Carl Rogers, conlleva una visión del hombre como arquitecto responsable de sí mismo, subjetivamente responsable y con capacidad para elegir. Ante los problemas del hombre concreto, los enfrenta mediante psicoterapias que irrumpen en el examen de los estados de conciencia más elevados y los efectos que estos producen en quienes los experimentan dando preponderancia a la subjetividad. El Terapeuta Integrador, enrolado en el Movimiento de la Tercera Fuerza, adhiere a estos principios fundamentales de la Psicología

Humanista, principios que van más allá de la humanidad que debe hacer gala todo profesional comprometido con las Ciencias de la Salud.

Todo lo expuesto nos conduce a la siguiente reflexión: La atomización de escuelas y enfoques de los principios básicos teóricos, de las metodologías y de las técnicas no culminan con la aparición de un nuevo cuerpo de doctrina, ni con una renovada teoría básica de la personalidad y de la conducta. Tampoco esa atomización de escuelas ha generado un marco global para la psicoterapia que trascienda a cualquier teoría o método único. Si en cambio, ha favorecido el surgimiento de una nueva actitud del terapeuta que, asume esta vez y por sí mismo, su papel de Terapeuta Integrador, al adoptar en el ejercicio de su tarea una postura iconoclasta, pero henchida de pragmatismo, eclecticismo técnico, creatividad y, sobre todo, de humanismo.

BIBLIOGRAFIA

- Balbi, J. (1994) **Terapia Cognitiva Post-racionalista**. Buenos Aires, Edit. Biblos.
- Cardine, M. y Chambon, O. (1994) **Psychotherapies**. Tolouse, Editions Le Coudrier.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981) **Manual de Terapia Racional Emotiva**. Bilbao, DDB.
- Erskine, R. y Moursund, J. (1988) **Integrative Psychotherapy in Action**. California, Sage Publications Inc.
- García Moreno, J. (1992) Experiencias sobre Integración de las Psicoterapias. **Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista**, 28, 1.146-1.152.
- Knobel, M. (1987) **Psicoterapia Breve**. Buenos Aires, Paidós.
- Lázarus, A. (1987) **Terapia Multimodal**. Buenos Aires, Edit. IPPEM.
- Linn Setvens, J. y Garske, J. (1988) **Psicoterapias Contemporáneas**. Bilbao, DDB.
- Sánchez Bodas, A. (1988) **Psicoterapias en Argentina**. Buenos Aires, Edit. Holos.

¿QUÉ TIENEN DE COMUN LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS?

JUAN GARCIA MORENO

Universidad Complutense de Madrid
Miembro de AESPAT

RESUMEN

En este artículo se analiza lo que han afirmado, respecto de los factores comunes de efectividad de la Psicoterapia, los autores más representativos de este campo y se trata de definir las características generales y la funcionalidad de la investigación de dichos factores.

Después de haber tratado en los anteriores artículos de la Revista acerca del ¿por qué de la efectividad de la Psicoterapia? ("factores de efectividad"), paso a ofrecer el tema de los **factores comunes** de la misma, que constituyen un fundamento sólido para abordar un tipo importantísimo de integración dentro de la psicoterapia (como veremos en próximos artículos), y que según muchos autores dan cuenta de gran parte de la efectividad terapéutica. **Davis** (1983) afirma que:

"...nosotros hemos sugerido que estos factores comunes probablemente dan cuenta de un grado substancial de potencia terapéutica" (pág. 134).

Según **Korchin y Sand** (1985):

"Hasta hoy día se ha mantenido insistentemente (Torrey, 1972a, 1972b; Frank, 1973) que los ingredientes esenciales de todos los enfoques de la cura psicológica tienen mucho en común, tanto si son practicados por curanderos, brujos o hechiceros de sociedades primitivas como por psicoterapeutas profesionales. Por esta razón, los mismos procesos se encontrarían en las redes de apoyo que se

producen de forma natural y que siempre han existido entre la gente corriente, como en muchas modalidades de sistemas de apoyo y autoayuda que se han desarrollado deliberadamente en los últimos años" (pág. 14).

Para **Parloff et al.** (1986):

"El principal foco de interés presente en la integración de las combinaciones diferentes de las orientaciones de tratamiento está en la convergencia de los enfoques psicodinámicos y conductual" (pág. 2).

ESPECIFICACION DE LOS FACTORES COMUNES DE EFECTIVIDAD PSICOTERAPEUTICA, SEGUN "AUTORES REPRESENTATIVOS"

Ya desde los años treinta se ha intentado especificar las distintas modalidades de los factores comunes de efectividad de los diversos enfoques. Voy a procurar citar una serie de autores que presentan desde esta época listados y modalidades de estos factores comunes.

¿Qué tienen de común las diferentes psicoterapias?

French (1933) y **Kubie** (1934) intentaron mostrar que los conceptos del psicoanálisis y de Pavlov podrían, en un grado significativo, ser considerados como interpretaciones equivalentes de los mismos fenómenos comunes.

Rosenzweig (1936) fue, quizás, el primer autor que afirmó que todos los sistemas terapéuticos pueden aliviar el sufrimiento humano debido más a los factores que tienen en común que a los que los distinguen, señalando tres factores comunes: la personalidad del *terapeuta*, la *interpretación* (aun la no verdadera) como factor de cambio por ser un punto de vista aceptable por el sujeto, y la personalidad compleja y multifacética del *sujeto* capaz de responder positivamente a múltiples procedimientos terapéuticos.

Shoben (1948) interpretó la psicoterapia tradicional dentro del marco de la *teoría del aprendizaje* señalando, en este aspecto, una convergencia fundamental entre el psicoanálisis y la terapia de conducta.

Miller (1948) y **Dollard y Miller** (1950) trataron de relacionar los postulados específicos del psicoanálisis con los fenómenos específicos del aprendizaje (p. e. la generalización del estímulo-respuesta, como un modelo del desplazamiento en psicoanálisis).

Kazdin (1983) en la siguiente cita expone resumidamente el trabajo de los autores anteriores en esta línea de lo común en Psicoterapia:

"Uno de los intentos más ambiciosos de integrar los conceptos del aprendizaje con el psicoanálisis fue el que llevaron a cabo Dollard y Miller. Dollard era sociólogo y Miller psicólogo experimental, y ambos trabajaban en el Institute of Human Relations de la Universidad de Yale. (...) Los hallazgos procedentes de la investigación sobre el aprendizaje se aplicaron a la teoría y a la terapia psicoanalítica; esto es, Dollard y Miller intentaron traducir los conceptos psicoanalíticos a la teoría del aprendizaje. Así, por ejemplo, el principio del placer, la transferencia y el conflicto neurótico" (pág. 125).

Heine (1953) llevó a cabo un estudio comparativo entre la psicoterapia psicoanalítica, adleriana y de Rogers, concluyendo que hay aspectos comunes en todas ellas, responsable del cambio, y que en futuras investigaciones se deberían identificar tales factores comunes.

Garfield (1957) resalta que existen factores comunes a todas o casi todas las psicoterapias, como curador simpático y no moralizador, relación emocional y de apoyo, catarsis, oportunidad de comprender mejor el problema, y congruencia entre las expectativas del terapeuta y paciente respecto de los resultados favorables.

Frank (1971) afirma que:

"Todos los tipos de curación (mágica, religiosa, placebo, psicoterapia) pueden depender, al menos en parte, de la habilidad del psicoterapeuta para levantar la expectativa de ayuda en el paciente. El placebo es un factor omnipresente" (pág. 137).

Y este mismo autor enumera seis factores comunes a todo tipo de psicoterapia: Una *relación* intensa y confiada del paciente con el terapeuta; una *explicación* primera racional o mítica (teoría o "mito") del problema y del procedimiento curativo, y una ulterior información relativa a los problemas del paciente y posibles alternativas de tratamiento; las *expectativas* de curación del paciente; el *tratamiento* del problema (técnica o "rito"); la provisión de *experiencias exitosas* ("mejoría percibida por el paciente); y la *facilitación del arousal emocional*.

Marks & Gelder (1966) enumeran las semejanzas o aspectos comunes entre psicoterapia y terapia conductual: placebo, expectativas del paciente, sugestión, aliento, consejo, reafirmación, manipulación ambiental, señalización de fuentes comunes de estrés, y señalar patrones repetitivos de comportamiento.

Ehrenwald (1969) indica los elementos-factores comunes curativos de todo modelo

curativo: 1) ofrecer *seguridad* ante la inmensidad incontrolable del universo (muerte, impotencia física, frialdad de los humanos, etc.) a través del restablecimiento de las ilusiones necesarias por el saber, la orientación, y el saber comportarse correctamente ante estas situaciones; 2) movilizar la *esperanza* del paciente que se ve correspondida por la promesa (expresa o tácita) del terapeuta, pero se precisan otros *métodos terapéuticos* para consolidar lo obtenido por placebo y mejorar el funcionamiento personal del paciente. Tal promesa, que enlaza con la actitud expectante del paciente, forma un "feedback" circular que se autorrefuerza como en el mito; 3) *proceso educacional* por la enseñanza que lleva a la "complacencia doctrinal del sujeto" confirmando las teorías del terapeuta, y por el modelaje del terapeuta; y 4) la teoría o *mito* creíble por el paciente que es un elemento común al servicio del tratamiento terapéutico.

Hilgard y Marquis (1971), en su libro "Condicionamiento y Aprendizaje", dicen que una observación cuidadosa de la psicología de Freud revela varias y fuertes *similitudes* que los "teóricos del aprendizaje" encuentran muy atractivas: 1) la conducta está en parte determinada ("aprendida") por los sucesos ocurridos en el "pasado histórico"; 2) el enfoque que Freud da a la "motivación" es una variante del concepto de "homeostasis", que está implícito en el pensamiento de muchos teóricos del aprendizaje; 3) el "principio del placer" de Freud parafrasea obviamente la "ley del efecto"; 4) algunos aspectos de la descripción que hizo Freud de la personalidad en desarrollo parecen fácilmente traducibles a conceptos del condicionamiento clásico e instrumental. El desarrollo psicológico del individuo implica mecanismos que Freud llamó "proceso primario" (regulado por el principio del placer que incluye asociación entre objetivos reales o imaginados gratificantes y la reducción de la tensión, que parece no ser más que un condicionamiento clásico con aprendizaje que satisface sus necesidades y un reforzamiento secundario) y "proceso se-

cundario" (regulado por el principio de la realidad) que es totalmente análogo al condicionamiento instrumental que proporcionará los medios para que la satisfacción se convierta en realidad (Hull, 1954, pág. 29); 5) la dinámica freudiana del "conflicto" entre distintas pulsiones, y entre las instancias o aspectos de una misma instancia, aparece como el fenómeno conflictivo propuesto por N. E. Miller; 6) la "ansiedad", tanto en Freud como en teóricos y prácticos de la teoría del aprendizaje, está en la base de la alteración psicopatológica. "La ansiedad ocupa una posición central en las aplicaciones de la teoría del aprendizaje a los problemas de personalidad y es paralelo al del psicoanálisis en que se supone que la ansiedad (angustia, miedo) desempeña un doble papel como impulso y como fuente de reforzamiento debido a su reducción" (pág. 507); 7) ciertos fenómenos fundamentales del aprendizaje están representados, al menos aproximadamente, en el pensamiento psicoanalítico como el "pensamiento predicado" (un proceso implicado en el desarrollo del símbolo) que es una parte de la generalización o transferencia explicada por la simbología freudiana; 8) el concepto de "hábito" que aparece en la concepción freudiana de la compulsión a la repetición; y 9) los "impulsos adquiridos" que se representan mucho al estilo de Tolman (1943) como derivaciones instintivas o nuevas catexias de objeto; etc...

Torrey (1972a) especifica cuatro factores comunes a todas las orientaciones: la denominación o explicación del problema; las cualidades personales del psicoterapeuta; las expectativas del paciente; y las técnicas de la terapia.

Appelbaum (1982) enlista los siguientes factores comunes: "insight", experiencia emocional correctiva, relación interpersonal, superación del aislamiento, liberación de la emocionalidad, sugestión, coherencia y dominio, paso a la actividad, y alteración de la conscienciación.

Kazdin (1983) aborda la temática de la "conducta verbal", de tanta raigambre en el

contexto de la psicoterapia y que el autor trata de enfatizar, también, dentro de la terapia de conducta como un factor común. Según Kazdin, el interés por el estudio de la conducta verbal, por sí misma, procede de Skinner que empezó a aplicar los principios operantes a la conducta verbal a principios de los años 40. Skinner consideraba que la conducta verbal era como cualquier otra conducta y, por consiguiente, estaba sujeta a los mismos principios. Según Skinner, la conducta del receptor tenía un interés especial debido a que podía reforzar las verbalizaciones del hablante. La investigación sobre el condicionamiento operante de la conducta verbal comenzó a principios de los años 50. La primera investigación sobre el condicionamiento verbal fue llevada a cabo por Joel Greenspoon (1951) en la Universidad de Indiana. Durante los años 50 y 60 el condicionamiento verbal fue objeto de una gran atención (Krasner, 1958; Greenspoon, 1962; Bandura, 1965). Los estudios sobre condicionamiento verbal se extendieron rápidamente al campo clínico (Greenspoon, 1962; Krasner, 1962; Kanfer & Phillips, 1970). En un principio, el condicionamiento verbal se parece a la psicoterapia en la medida en que *ambos implican una interacción diádica en la que el medio fundamental de intercambio es verbal*. Desde el punto de vista del terapeuta, el condicionamiento verbal también se parece a la psicoterapia a través de la cual el psicoterapeuta con sus palabras y gestos está constantemente castigando o reforzando gestos, conductas y verbalizaciones del sujeto (Krasner, 1962; Truax, 1966). El considerar el proceso psicoterapéutico desde el punto de vista del condicionamiento verbal dio pie a un acercamiento entre psicología experimental y psicología clínica. Los hallazgos más importantes del trabajo experimental (concretamente el condicionamiento operante) parecían poderse aplicar a la psicoterapia. Este acercamiento guarda una relación con el trabajo de Dollard y Miller y otros que intentaron aplicar el aprendizaje a la psicoterapia. La aplicación de los con-

ceptos del aprendizaje a la psicoterapia aportó una forma distinta de considerar las prácticas tradicionales. Sin embargo, la mera explicación de la terapia en términos de la psicología del aprendizaje no generó por sí misma investigación sobre los procesos terapéuticos, ni tampoco sugirió técnicas terapéuticas nuevas. En algunos sentidos, la reinterpretación de la psicoterapia tradicional en términos del aprendizaje puede haber obstaculizado el cambio de las prácticas terapéuticas. Al expresar las prácticas terapéuticas en el lenguaje del aprendizaje, los tratamientos convencionales recibieron una nueva justificación teórica (Salzinger, 1959).

Frankel (1984) en su libro "Four Therapies integrated" (Terapia de Conducta, Gestalt, Análisis Transaccional y Psicología del Yo) afirma, refiriéndose a las "resistencias", que los cuatro sistemas utilizan términos diferentes, por ejemplo, "cadenas de conducta (Terapia de Conducta), resistencia al contacto (Gestalt), juegos (Análisis Transaccional) y mecanismos de defensa (Psicología del Yo), pero que *todos ellos intentan explicar y describir los mismos fenómenos*. Hablando de la "motivación", insiste en que "es definida similarmente en tres de las cuatro terapias, excluida la psicología del Yo". Los sujetos son motivados a actuar debido al estado de privación de "reforzadores" (Terapia C.), de "caricias" (A.T.), y de "contacto" (Gestalt). "Todas estas formas describen los mismos fenómenos asociados con conducta observable, que es absolutamente necesaria si el concepto ha de ser usado en una evaluación conductual activa. Respecto a los supuestos teóricos, estas definiciones afirman el control operante de la conducta y la posibilidad de manipular los estados de privación" (pág. 209). Y refiriéndose a los "sentimientos" mantiene que son una indicación de los estados presentes de privación, sugieren los reforzadores que motivan al sujeto, y son evaluados para conectarlos a las cadenas conductuales, de las que son una parte, y para identificar estados de privación.

Avia y Ruiz (1985) señalan que:

“La aproximadamente equivalente eficacia de unas formas de terapia sobre otras se explica por Frank en función de una serie de variables comunes que según la mayoría de los autores habían considerado inertes o poco activas en los resultados del tratamiento. Estas variables son básicamente cuatro: la propia relación terapéutica entre dos personas, la seguridad del contexto terapéutico, la nueva versión que el terapeuta ofrece al paciente sobre el origen y las posibilidades del cambio, y las prescripciones y exhortaciones específicas” (pág. 797).

Korchin y Sands (1985) hacen una enumeración de todos los “elementos comunes” de las psicoterapias. Distinguen entre: 1) el **clima terapéutico**: las creencias culturales compartidas, la fe, expectativas y motivación del paciente, las características del terapeuta (status, marco teórico, cualidades personales) y la alianza terapéutica; y 2) **procesos comunes**, en mayor o menor grado, denominados por Goldfried (1980) “estrategias terapéuticas comunes”, y que incluyen: sugestión y persuasión, arousal emocional, aprendizaje y reaprendizaje (condicionamiento clásico, operante y cognitivo, identificación y modelado), autoexploración y comprensión, feedback y comprobación de la realidad, práctica y ensayo, y dominio y experiencias de éxito dentro y fuera de la terapia.

El capítulo 11: “Some views on effective principles of psychotherapy” del libro de Goldfried (1986) (ed.) (“Converging Themes in Psychotherapy”) recoge las opiniones de 13 autores sobre los principios de efectividad psicoterapéutica. En la introducción al capítulo, Goldfried manifiesta que exista una afirmación ampliamente compartida: la *experiencia terapéutica* hace semejantes a los terapeutas. “Los terapeutas de diversos enfoques concuerdan más entre sí que los inexpertos de un sólo enfoque entre ellos mismos” (pág. 155). Y expone la metodolo-

gía, seguida por él mismo en su investigación: “preguntar a los expertos sobre lo que creen fundamental para el cambio en neuróticos (no psicóticos), para llegar a unos principios del cambio, pidiéndoles se rigieran por sus experiencias y no por sus teorías, y tratasen de responder como a personas inexpertas”. **Resumen** aquí el “comentario editorial” donde el mismo Goldfried expone resumidamente los aspectos fundamentales de las contestaciones dadas por los 13 expertos encuestados, y donde se aprecian aspectos comunes de la psicoterapia:

Es algo extraordinario juntar aquí las opiniones de grandes especialistas en el campo. Sus respuestas son un paso importante hacia un *consenso sobre los principios clínicos del cambio*. Es de esperar nuestros esfuerzos con diálogos más directos entre los representantes de los diversos enfoques en un contexto de colaboración. Aunque no se hace aquí un resumen integrativo y ordenado de tales principios, sí hacemos algunos comentarios para clarificar algunos aspectos:

- 1) gran énfasis en la importancia de las “nuevas experiencias” como cruciales, esenciales y básicas. Éstas se dan en la relación entre terapeuta y paciente, y fuera de la sesión sirven para crear cambios en la perspectiva del paciente respecto de él mismo y de los demás. El lenguaje es visto como un vehículo para facilitar e integrar tales nuevas experiencias. El feedback objetivo desde el terapeuta puede potenciar, a veces, el cambio de perspectivas del paciente;
- 2) la *interacción terapéutica* también es considerada como crucial y central para el proceso del cambio, ya que puede facilitar nueva conscienciación o perspectiva y una situación favorable a nuevas formas de relacionarse, generalizables a otras de la vida normal;
- 3) importancia de una *actitud cuidadosa, confiable y confidencial* del terapeuta que impulsa al paciente a ser más autó-

nomio y a experimentar un sentimiento más grande de autodominio;

- 4) es necesario observar, no dejándose llevar por teorías y prejuicios, lo que *realmente hacen los clínicos* para hallar los principios teóricos comunes a todas las psicoterapias. “Al tratar de especificar el tratamiento clínico, necesitamos estar continuamente en guardia contra el peligro de nuestra teoría e investigación, viniendo, así, a estar muy apartados de los fundamentos clínicos en nuestras generalizaciones” (pág. 190);
- 5) investigación de los *principios comunes* a través de la investigación de problemas específicos. Ya que la relevancia de cualquier principio clínico depende del caso particular a mano, cualquier diálogo u observación deberían llevarse a cabo en torno a la investigación de los *temas comunes* que existen, tratando con problemas clínicos específicos, e.g. miedos, depresión, adicción, problemas sexuales, etc.

Strupp (1986) insiste en el tema de los factores “no específicos” o comunes de la efectividad terapéutica:

“Los intentos de la investigación para desenredar la influencia terapéutica generalmente han resultado infructuosos, y los estudios diseñados para separar los factores específicos de los no específicos han resultado ampliamente inconclusos (Frank, 1973, 1976). De ahí, la tendencia general a interpretar como evidencia indicativa que: a) la psicoterapia está ampliamente dominada por factores no específicos o comunes (posición de Frank); y b) la experiencia profesional es insignificante a causa de que no conlleva significativamente resultados importantes sobre y más allá de los producidos por factores no específicos. (...) Evaluando los resultados, debe ponerse una cuidadosa atención a los factores limitados o potenciados por el paciente, terapeuta y su interacción” (págs. 125, 129).

Lynn (1988) propone un listado de aspectos comunes a todos los enfoques: Creación de una atmósfera y relación terapéuticas; procurar una actitud objetiva y adaptada hacia el cliente; explorar los orígenes históricos y los determinantes presentes de los problemas; estructurar la problemática conforme al enfoque seguido; perfilar las estrategias de intervención; procurar la generalización de lo conseguido a la vida ordinaria; y suministrar un modelo de actitudes y funcionamiento saludable.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS FACTORES COMUNES

- La investigación de los factores comunes proviene desde los años 30 y alcanza un lugar central durante la década de los 80;
- El término de factores “no específicos”, con que se les denomina a veces, no es muy correcto, ya que se trata de factores realmente específicos. Sería mejor denominarlos factores “comunes”, o convergentes, de las diferentes formas de psicoterapia;
- Persiste en gran medida el desconocimiento de su “especificidad” y naturaleza, aunque se les supone presentes en cualquier tipo de curación, desde la curación precientífica y el placebo, hasta nuestra psicoterapia científica;
- Los factores comunes parecen abarcar una serie de variables con “características individuales diferentes”. Según Haaga (1986) “la investigación sobre elementos comunes puede ser inapropiada debido a los supuestos absolutos de uniformidad que, a veces, la dirigen. Aun siendo comunes, poseen la configuración propia del enfoque en el que se integran como ‘contexto’ particular. No es lo mismo la dinámica y la intencionalidad de una interpretación en un contexto conductual que en uno psicoanalítico. Las convergencias nunca son tales que constituyan absoluta-

mente la misma realidad. Se trata de semejanzas o parecidos. Por ejemplo, las mismas técnicas aplicadas en el contexto de diferentes psicoterapias poseen su propia especificidad según la teoría, el contexto, el terapeuta y el paciente, la interacción, el contexto inmediato y el ambiente social. No hay procedimientos comunes absolutamente idénticos. Toda técnica aplicada sufre, en el proceso, su relativización" (Dewald, 1986, pág. 184). Appelbaum (1982) discute un número de factores del cambio psicoanalítico. Según él, no todos están en todos los psicoanalistas, y no son exclusivos del psicoanálisis ("factores comunes"), pero en el psicoanálisis son "únicos";

- Se estima que todos los *factores comunes* de la efectividad de la Psicoterapia se pueden integrar dentro del "esquema general" (teoría, técnicas, terapeuta, cliente, interacción entre ambos, contexto inmediato y ambiente), **que ya he expuesto en anteriores artículos de esta Revista**. Aquí sólo insistir, resumiendo, en que existen muchos puntos en común, respecto de la *teoría*, muchas veces bajo una terminología diferente. Según las observaciones directas realizadas durante sesiones de psicoterapia, y análisis de entrevistas transcritas, parece que los clínicos aplican muchas *técnicas y estrategias* comunes, aunque tales procedimientos no encajen en el marco teórico de los terapeutas. Una cosa es lo que éstos dicen que hacen y otra lo que realmente hacen. Los terapeutas expertos de diferentes orientaciones se parecen más entre sí que los inexpertos de un mismo enfoque. Parece que las exigencias de la realidad, impuestas a través de la práctica profesional, les hace más semejantes de lo que ellos quisieran por fidelidad a un sistema adoptado. Por ejemplo, un psicoanalítico llegará a utilizar multitud de refuerzos y castigos dentro de la in-

teracción sin saberlo, a veces, e incluso sin quererlo, a través de la palabra, gestos y comportamientos, y los terapeutas conductuales analizarán, interpretarán, favorecerán la abreacción catártica, disolverán resistencias, a la manera de los psicodinámicos, sin pretenderlo y quererlo por no caer dentro de su marco conceptual. Existen muchas características personales, relacionales, profesionales e institucionales comunes en todos los *psicoterapeutas*, sobre todo en los de una misma cultura; se dan características comunes en los *clientes* tanto a nivel personal como relacional, con problemáticas típicas parecidas, que pueden explicar resultados parecidos. Por ejemplo, ciertos pacientes poseen una capacidad curativa tal que hagan lo que hagan dentro de una psicoterapia específica realizarán un proceso de cambio evidente. Cambiarán de una manera parecida sometiéndose a una terapia conductual o a una gestalt-terapia. La *interacción* terapéutica entre terapeuta y cliente posee ciertas características comunes, con mayor o menor intensidad, en toda clase de orientación. El *contexto inmediato y el ambiente* presentan necesariamente una serie de aspectos comunes en todo tipo de tratamientos dentro de cualquier cultura, pero especialmente en el contexto de una misma cultura;

- Los factores comunes dan lugar a unos iguales o parecidos *procesos y resultados*. Los *microprocesos, subprocesos y proceso* de "intervención" y "cambio" pueden presentar muchos aspectos en común (como expondré en artículo aparte). Parece que aunque apliquemos procedimientos diferentes, en el contexto de enfoques diferentes, se darán iguales o parecidos procesos y resultados, quizás porque la intervención en un nivel estructural repercute necesariamente en los otros niveles de la persona;

- Tanto los factores comunes o específicos, como los procesos de intervención y de cambio, y los resultados últimos, están sometidos todos ellos a unos *principios fundamentales* que se supone están en la base de todo proceso de cambio;
- Se desea y se está iniciando una búsqueda de *lenguaje común* que fomente la comunicación y facilite la investigación, del mismo modo que se está consiguiendo en Psicopatología a través del "DSM". Esto constituiría un factor común de enorme potencia que clarificaría, además, otros muchos aspectos teóricos y prácticos comunes que hasta ahora eran denominados de modo diferente;
- Un nivel muy importante de la **integración** (como veremos en el próximo artículo) se basa en lo común o convergente de las diferentes psicoterapias;
- La insistencia en lo común, no excluye las *diferencias*, a veces, radicales tanto a nivel filosófico y teórico como práctico. La percepción de lo "común", incluso, favorecería por contraste la visión de lo diferente. Las "psicoterapias" son diferentes, pero tienen muchos aspectos convergentemente comunes;
- Estas convergencias comunes a toda forma de psicoterapia pueden explicar en gran medida, según autores representativos, su *parecida efectividad*;
- Lo común de las psicoterapias propicia un tipo de *integración* que lleva a concienciar lo convergente común y a **colaborar complementariamente** en todos los demás aspectos divergentes. La toma de conciencia de lo común puede impulsar la comprensión y la aceptación, lo que no está reñido con una crítica constructiva entre "psicoterapias";
- Patterson (1989) critica los factores comunes porque los considera abstractos y poco operativos. Esto ciertamente puede suceder por el gran descono-

cimiento que sigue envolviéndolos. La solución no está en pasar de los mismos, sino en seguir investigándolos para descubrir su propia especificidad;

- La crítica de Harter (1990) en el sentido de que la hipótesis de los elementos comunes no facilita una explicación del proceso de cambio, a partir de la cual aumentar la eficacia terapéutica, no parece verdadera. La eficacia terapéutica y su conocimiento se incrementará cuando sepamos más acerca de todos los factores de efectividad sean comunes o específicos.

FUNCIONALIDAD DEL ESTUDIO DE LOS FACTORES COMUNES

Ultimamente, aparece un cierto desinterés o desprecio por el estudio de los factores comunes de los distintos enfoques. Parece como si los tratamientos pretendiesen dar cuenta de su efectividad en virtud de sus procedimientos "específicos". Existe una tendencia a destacar y a intentar demostrar nuestra propia originalidad. La evidencia de lo común compartido puede ser vivido como una humillación o falta de admiración por lo propio específico. Puede costar mucho el compartir las glorias que podrían ser exclusivamente nuestras o el concienciar que lo que tanto resaltábamos resulta no tan diferente de lo de los demás. Según Frank (1971):

"Las características que todas las terapias comparten han sido relativamente descuidadas, ya que poca gloria se deriva de mostrar que un método determinado, que uno ha llegado a dominar con tanto esfuerzo, puede ser indistinguible de otros métodos en sus efectos" (págs. 350).

Lo cierto es que la investigación ha demostrado la efectividad de todas las psicoterapias controladas y no ha podido demostrar la superioridad de unas sobre otras, fuera del tratamiento de problemas muy es-

pecíficos que poseen todas las "psicoterapias". Esto no debe interpretarse como que ellas son efectivas sólo por los factores comunes, como han pretendido algunos autores. Las distintas terapias son efectivas por factores específicos, pero también, y parece que en una gran medida, por los factores comunes de todas ellas. Es importantísimo el estudio de los factores comunes de la efectividad psicoterapéutica. Voy a indicar resumidamente, a continuación, la funcionalidad de este estudio. Existen *muchas razones* que avalan la investigación de lo común y convergente:

- a) Su estudio clarificaría el problema de la *causalidad* de la efectividad de la Psicoterapia. Esta causalidad depende tanto de los factores específicos como de los comunes. Autores como Rosenzweig (1936), Frank (1971, 1973, 1986), Marmor (1971), Garfield (1980), Marmor & Woods (1980) incluso "...han analizado la posibilidad de que los efectos curativos de las psicoterapias pudieran asentarse más sobre las características que comparten que sobre aquellas que las distinguen" (Korchin y Sands, 1985, pág. 20).

La investigación de los mismos **factores específicos** está condicionada por el estudio de los factores comunes. La investigación de los factores comunes está facilitando el estudio de los específicos. No se pueden conceptualizar los factores específicos sin definir los comunes, y al contrario. "Sin embargo, si pudiéramos aislar y comprender aquellas características que son comunes, estaríamos en una mejor posición para descubrir los efectos diferenciales de determinadas técnicas, para determinados problemas, de diferentes pacientes" (Korchin y Sands, 1985, pág. 17).

- b) La convicción de que los psicoterapeutas comparten mucho en común en pro de la efectividad puede llevar al convencimiento de que es absurdo ata-

carse, reivindicar la verdad y la efectividad del cambio sólo desde su propio campo, y a *facilitar la aproximación y colaboración entre todos*. Según Korchin y Sands (1985): "El reconocimiento de tales propiedades comunes ha crecido rápidamente junto con un decidido movimiento hacia una aproximación entre teorías y métodos contendientes de psicoterapia (Goldfried, 1980, 1982; Marmor y Woods, 1980; Wachtel, 1977)" (pág. 14). La **aproximación y comprensión** aceptante de los enfoques entre sí mismos pueden ser incrementadas por la evidencia de que realmente comparten mucho en común. La evidencia de que compartimos mucho puede conllevar el esfuerzo por la unión y la integración. Si no somos tan diferentes como parecía, para qué estar tan distantes y separados. Unámonos para procurar una colaboración complementaria. La integración puede hacernos más efectivos. Asumiendo lo que nos falta podremos conseguir lo que es imposible a solas. Claro que una integración así exige un esclarecimiento de la efectividad de los elementos separados o de los conjuntos que aplicamos.

- c) El estudio de los factores comunes puede contribuir, también, a impedir la fragmentación de la misma Psicoterapia. Para Prochaska (1979):

"La fragmentación en el campo de la psicoterapia puede ser reducida por un análisis comparativo de los sistemas psicoterapéuticos que clarifique las semejanzas entre los sistemas sin borrar las diferencias esenciales" (págs. 2-3).

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

UN ENFOQUE EVOLUTIVO SOBRE LA "RABIA"

VANN S. JOINES

— ABSTRACT —

Este artículo describe cinco tipos de rabia, cada uno de ellos tiene su origen en una etapa evolutiva diferente y, por ello, requiere una forma de tratamiento distinta. Al definir estos tipos de rabia, el terapeuta puede trabajar con el cliente empleando la técnica más adecuada para ayudarle a resolver aquellos aspectos que supusieron un problema a lo largo de su desarrollo.

Cuando trabajamos en terapia con la rabia solemos abordarla sin establecer la necesidad de utilizar distintos métodos de intervención según el tipo de rabia de que se trate. El método de tratamiento a emplear dependerá del tipo de rabia que presente el cliente.

1. La **"rabieta"** surge cuando se ignora una necesidad durante la niñez. El niño la expresa para conseguir que le hagan caso.
2. La **frustración** aparece cuando la persona cree que no le comprenden o le ocultan algo. Su propósito consiste en que le respondan de otra forma.
3. La **ira** se manifiesta cuando la persona se siente invadida y la utiliza para establecer los límites adecuados.
4. El **enfado** se presenta ante una falta de información. Su intención es obtener la información que precisa para que lo que le están diciendo tenga sentido.
5. El **resentimiento** aparece cuando nos sentimos maltratados y queremos culpar al otro.

1. LA "RABIETA": SU ORIGEN

La rabieta se origina en el nivel del desarrollo que Freud denominó "fase oral" (1915-

1917/1963) y Erikson "etapa de confianza vs. desconfianza" (del nacimiento a los 18 meses). Lo prioritario para el bebé "al salir del útero" consiste en garantizar que su entorno cubrirá sus necesidades básicas. Es durante este período cuando el niño desarrolla un sentido de adecuación o inadecuación (Babcock y Keepers, 1976). Cuando el niño experimenta una necesidad y la expresa en forma de comportamiento, el entorno puede responderle de dos formas: cubriendo esa necesidad, o sin cubrirla. Si se atiende a esa necesidad el niño experimenta una sensación de adecuación y espontáneamente se orienta hacia otra. Si no se satisface, inicialmente el niño tendrá un comportamiento más activo. Por ejemplo, si tiene hambre y llora, pero no acude nadie, el niño llorará con más fuerza. Si continúa la espera, el niño, con el tiempo se rinde y aprende a ser pasivo con la sensación de inadecuación sobre cómo conseguir que su entorno le responda. O, si alguien acude, pero en lugar de alimentarle, le aparta y le dice, ¡basta ya!, el niño también aprenderá a ser pasivo quedándose con la misma sensación de inadecuación.

Cuando la respuesta el entorno no se acomoda a sus necesidades, el niño decidirá que éstas no están OK, que el comportamiento no es OK o ambas. Si el niño sustituye su comportamiento por la espera y le

alimentan, entonces la pasividad sustituye a la agresividad natural y saludable como medio de satisfacer las necesidades. Si esa energía se reprime, finalmente irrumpe como "rabieta" cuando el niño ya no puede más. Perls (1969) solía decir que tenemos "wars" (guerras) cuando suprimimos esa agresividad natural y saludable. Schiff y Schiff (1971) señalaron que la pasividad conduce a la incapacitación o a la violencia y no a la resolución de los problemas. Por lo tanto, la rabieta se debe a un sentimiento de indefensión en el niño de conseguir que el entorno responda de forma adecuada a sus necesidades y supone una expresión de la exasperación del niño y liberación de la energía reprimida. Representa el último esfuerzo para conseguir que le respondan.

Para Pessó (1975) la energía saludable nos permite interactuar para satisfacer nuestras necesidades. Según este autor, existen tres esferas donde la energía emocional actúa: (1) el cerebro, (2) el cuerpo y (3) la interacción con otros cuerpos (figura 1).

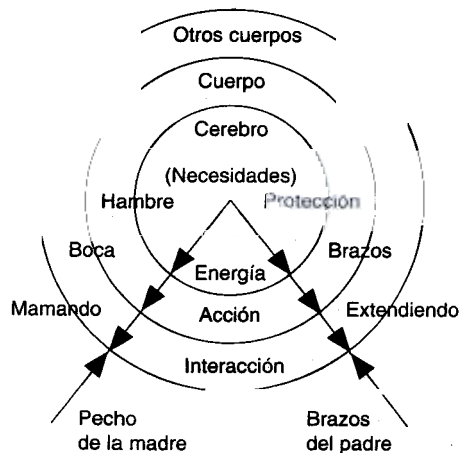


Fig. 1.-Esferas de Energía.

Pessó considera el cerebro como la esfera de la energía, el cuerpo como la esfera de la acción y, a los otros cuerpos como la esfera de interacción. Ante una necesidad el cerebro responde y el cuerpo se carga de

energía e interactúa con otros cuerpos como medio de obtener lo que necesita. Por ejemplo, si el niño tiene hambre energiza su boca, y busca el pecho de su madre. Si le da de comer, el niño espontáneamente va tras otra necesidad.

Pero, ¿qué ocurre si no obtiene lo que necesita? Supongamos que el niño se asusta y extiende los brazos para que su padre le coja, pero él le rechaza diciéndole "eres muy mayor para que te coja". Ante este comportamiento del padre, el niño decide que hay algo malo en esa necesidad, en el comportamiento o en ambos. Puede volver esa energía hacia sí y retenerla cuando lo que en realidad quiere es que le cojan. Si el trauma es muy fuerte, puede retener la energía en el cerebro y sentirse seguro. También puede atender esa necesidad fantaseando que le abrazan porque ha hecho algo valioso. Esa energía que retiene el niño, por supuesto no es una energía saludable. Como hemos visto anteriormente, si esa energía se retiene demasiado tiempo el niño tiene una rabieta.

Tres posibles adaptaciones

Como los padres no somos perfectos, toda parentalización fallará en alguna de estas tres formas: (1) por defecto, (2) por exceso, o (3) por inconsistente. Cuando es deficitaria, el niño percibe la inseguridad de sus padres y, como teme agobiarles, para protegerse decide ser "bueno" y no pedir para ver si de esa forma su padre está bien y le cuida. Si, a pesar de esto el niño sigue sin satisfacer sus necesidades, decide "no te necesito, yo puedo cuidarme" y se refugia en la fantasía. Si el niño suprime sus necesidades durante demasiado tiempo, se enrabietará cuando ya no pueda contenerse más. Esta adaptación ha sido tradicionalmente denominada como **esquizoide**.

Cuando hay una parentalización excesiva, el padre/madre está muy pendiente del niño, no porque empaticé con sus necesidades sino, para demostrar al mundo lo buen padre/madre que es. Están continuamente haciendo cosas, incluso antes de que el niño necesite o pida algo. De esta forma, el

niño aprende a ser pasivo y a obtener lo que necesita sin esforzarse. Inevitablemente, el padre/madre deja de prestarle atención si se ausenta o si está cansado. Entonces el niño se siente abandonado y se pregunta qué está sucediendo y empieza a hacer cosas para que le presten atención. Si esto no funciona, el niño tiene la sensación de que tiene derecho a conseguir lo que necesita, lo obtendrá como sea, y aprende a manipular a su entorno con sus rabietas. El niño se convierte en un manipulador. Esta adaptación tradicionalmente se denomina **antisocial**.

Si los modelos parentales son inconsistentes, la parentalización resulta incoherente: el padre/madre unas veces permite y otras rechaza el mismo comportamiento del niño. Esto al niño le coge desprevenido y decide andarse con mucho cuidado para así asegurarse una respuesta positiva. Cuando esto no funciona, se vuelve suspicaz y ataca al otro. La rabia que procede de un supuesto recelo sobre el otro, es una respuesta para evitar que le sorprendan. Esta adaptación se denomina **paranoide**.

La rabieta: recomendaciones terapéuticas

A los adultos que sufrieron problemas en la etapa oral les resulta difícil encontrar un sentido a su vida, se sienten inadecuados, creen que, hagan lo que hagan, las cosas seguirán igual, no confían en que la gente cubrirá sus necesidades y tampoco cooperan ayudándoles a cubrir las suyas. Estas personas se benefician cuando expresan su rabieta y experimentan una respuesta adecuada del entorno. Necesitan comprobar que son capaces de recibir ayuda y cuidados de su entorno. Cuando utilizan su poder y consiguen lo que quieren, empiezan a sentirse adecuados y dejan de sentirse indefensos. Resulta muy útil hacer que los miembros del grupo representen los aspectos negativos de los padres del paciente; de esta forma, el cliente tiene la oportunidad de ser el que triunfe. Otros miembros del grupo pueden representar simbólicamente unos padres ideales; con estas personas el clien-

te puede interactuar de una forma apropiada y darse cuenta de que consigue lo que necesitó de niño. El cliente recupera su sentido de adecuación y percibe que lo que hace le sirve para satisfacer sus necesidades y que los otros se preocupan y cooperan ayudándole a conseguir lo que necesita cuando descubre que, al utilizar su poder e interactuando con los demás, consigue sus objetivos.

2. LA FRUSTRACION: SU ORIGEN

El segundo tipo de rabia, la frustración, se origina en la fase que Freud denominó "anal" (1915-1917/1963) y Erikson "etapa de autonomía vs. vergüenza y duda" (18 meses a 3 años). Este es el período de separación e individuación (Mahler, Pine y Bergman, 1975) en donde el niño necesita experimentar que puede ser autónomo, es decir, que no sólo puede hacer las cosas a su modo sino también conseguir lo que desea. En estos momentos de la vida del niño la labor del padre/madre consiste en resolver el problema y no en controlarle. Por ejemplo, si el progenitor decide salir de la pastelería y el niño dice que "no" y tiene una pataleta, ante esto le coge, se marchan y le deja que siga protestando y, mientras tanto, le distrae con otra cosa, el niño poco a poco irá calmándose. De esta forma, aprende que hay cosas que aunque no quiera tiene que hacerlas pero que, no tiene por qué gustarle hacerlas, y se sentirá contrariado hasta que pueda hacer algo diferente. Es decir, aunque no esté de acuerdo con su padre, puede tener sus propios deseos y seguir estando bien. Sin embargo, si el padre en lugar de resolver el problema lo que hace es controlarle, discutiendo para que se calle, el niño tiene la sensación de que no está bien tener deseos propios; supone que tiene que pensar y sentir como su padre. Por lo tanto, se encuentra en un callejón sin salida: (1) si hace lo que él desea su padre no le quiere, o (2) su padre le quiere si no hace lo que él desea. Ninguna de las dos opciones le hace sentirse bien.

Hasta este momento del desarrollo evolutivo cuando el niño necesitaba alimento, cuidado, protección, etc., dependía por completo de sus padres; es decir, tenían el poder de decisión. Es en esta fase cuando el niño se da cuenta de que también es poderoso y que depende de él si quiere o no cooperar cuando le piden algo. Además, durante la etapa anterior, los padres tenían un niño dulce, adorable, con quien daba gusto estar. Ahora tienen un testarudo, obstinado, un mocosito que se queja y con quien es muy difícil tratar. Por estos motivos, tanto los padres como el niño se sienten frustrados. Esta frustración le permite al niño pensar cómo conseguir lo que necesita teniendo también en cuenta las necesidades de sus progenitores. La frustración en su justa medida es beneficiosa. Si ésta es excesiva, el niño aprende a sobreadaptarse, es decir, piensa más en los deseos de su padre que en los propios como medio de obtener autonomía. Cuando la frustración es mínima, el niño permanece en una relación simbiótica con el padre/madre y aprende a ser pasivo dejando que sea el padre/madre quien tome la iniciativa.

Cuarta adaptación

Si los padres son cooperativos los niños aprenden a cooperar. Cuando los padres son muy controladores y se sitúan en la posición "esto son lentejas si las quieres las tomas o si no las dejas" los niños aprenden a resistirse y no cooperan. También los que han estado excesivamente controlados aprenden a ser muy tenaces cuando intentan conseguir lo que quieren. Si esto no funciona se cierran en banda: "si no puedo conseguir lo que quiero, tú tampoco". Se sienten poderosos **negándose**. Se frustran cuando piensan que no les comprenden, o les ocultan algo, y se resisten como medio de conseguir que sus padres respondan de otra forma. Esta adaptación ha sido tradicionalmente denominada **pasivo-agresiva**.

La frustración: Recomendaciones terapéuticas

Los adultos con problemas en la fase anal tienden a ser muy resistentes en la te-

rapia y les resulta difícil creer que los otros van a cooperar para que él consiga lo que necesita. Tienen que aprender a decir "no" directamente, a expresar la frustración en lugar de constreñirla. Estos clientes, a menudo, se encuentran en una lucha de poder y tienen que darse cuenta de que la única forma de ganar consiste en dejar de luchar, no tienen que luchar para vivir y pueden encontrar personas que les ayuden a satisfacer sus necesidades.

3. LA IRA: SU ORIGEN

El tercer tipo de rabia se origina en la etapa denominada por Freud (1915-1917/1963) "fase edípica" y Erikson "de iniciativa vs. culpa" (3 a 6 años). Este período se destaca por la presencia de un pensamiento mágico. Antes de que el niño tenga un estado Padre del Yo (P2) potente que le permita dirigir adecuadamente su comportamiento, utilizará su Padre arcaico (P1) para asustarse y no hacer aquellas cosas que por intuición sabe que no le benefician. Durante este período del desarrollo es importante que el niño pueda diferenciar entre lo que son sus sentimientos y lo que es la realidad (p.e., aprender que aunque algo le parezca que es así no tiene por qué serlo) y aprender que su poder está limitado. Por consiguiente, el niño en esta etapa tiene a menudo fantasías omnipotentes sobre su ira; "si me enfado, mi madre se volverá loca, o mi padre sufrirá un ataque de corazón, o destruiré a todo el mundo". La ira edípica es a menudo grandiosa en algunos aspectos, conviene corregir esta grandiosidad para que la persona pueda expresar su enfado libremente.

Pesso (1975) señaló que durante el proceso de formación del Yo (Figura 2), siempre y cuando se establece una influencia recíproca adecuada entre el Self y el Otro (p.e., tenemos una imagen clara de dónde termina nuestro self y dónde empieza el del Otro) además de una imagen clara de cómo interactuar con el otro para satisfacer nuestras necesidades, tendremos unos límites claros de nuestra imagen del Self.

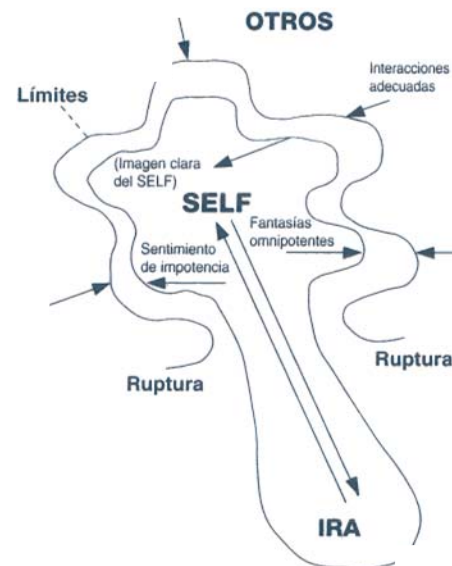


Fig. 2.-Límites del SELF.

Cuando esto no sucede, percibimos que existe una ruptura en los límites (p.e., la pérdida de una imagen clara del SELF) y nos resultará difícil saber cómo interactuar para conseguir lo que necesitamos. En esta última dimensión del Yo, tenemos simultáneamente fantasías de omnipotencia y sentimientos de impotencia. Por ejemplo, atendiendo a la ira, si nos enfadamos podemos creer que somos capaces de destruir el mundo y, al mismo tiempo, temer que sea éste quien nos destruya. Esta representación de grandiosidad aparece cuando al expresar la ira durante la infancia percibimos que invaden nuestros límites de forma inadecuada. Es importante mantener una interacción adecuada correctora que nos permita corregir los modelos erróneos del pasado.

Quinta y Sexta adaptación

Cuando una familia le concede mucha importancia a ser "bueno" y, si asocia que sólo le quieren si hace las cosas bien, el niño teme expresar su ira por miedo a que piensen que no es bueno y no le quieran. Si una niña desarrolla la fantasía grandiosa de

que si expresa su ira la condenarán al ostracismo y todo el mundo le dará la espalda, se esforzará en ser buena. Si no consigue que la quieran como desea se esforzará aún más con la esperanza de conseguirlo algún día. Se enfada cuando los otros no implican tanto como ella. En el área laboral, cuando están en juego los sentimientos propios o ajenos, le resulta difícil enfadarse para establecer los límites necesarios a sí misma y a los otros. Esta adaptación se llama **obsesivo-compulsiva**.

Cuando una familia se centra en ser encantadora, en hacer que todo el mundo sea feliz y se sienta bien, el niño aprende "sólo me quieren cuando les presto atención". No expresa su ira por temor a que los otros ya no piensen que es encantador y entonces le rechacen. Desarrolla la fantasía grandiosa de que si él expresa su ira ya no complacerá a las personas de su entorno y le ignorarán. Aprende a complacer a la gente para que le atiendan positivamente y, si a pesar de esto no se siente importante, tiende a exagerar sus emociones. Se enfada con la gente cuando cree que le ignoran y actúan como si no fuera importante. Tienen dificultades en utilizar su enfado para poner límites a sí mismo y a los otros cuando hay que prestar atención a los sentimientos propios y ajenos. Esta adaptación ha sido tradicionalmente denominada **histérica**.

La ira: recomendaciones terapéuticas

Las personas con problemas durante la fase edípica del desarrollo presentan dificultades para determinar cuáles son los límites adecuados y para mantenerlos. Acostumbran a expresar sus creencias grandiosas cuando hablan de su ira. Tienen que saber que pueden expresar su ira sin que sus fantasías grandiosas se hagan realidad. El ejercicio de "estructura limitante" resulta muy útil para este tipo de personas. En este ejercicio, la persona se tiende sobre una colchoneta y mientras otros miembros del grupo la sujetan puede ponerse de pie utilizando libremente su poder. Con este ejercicio comprueba que pueda enfadarse sin recibir daño o herir a los demás. También la

permite incorporar esos límites a un nivel corporal y, de esa forma, puede sentirse a salvo estando enfadada, y puede utilizar su ira para poner límites adecuados.

4. EL ENFADO: SU ORIGEN

El cuarto tipo de rabia, el enfado, se origina en la etapa del desarrollo a la que Freud denominó "fase de latencia" (1915-1917/1963) y Erikson (1950) "etapa de laboriosidad vs. inferioridad" (6 a 12 años). Durante este período, el niño incorpora en su estado Padre del Yo la información que necesita para actuar por sí mismo para adquirir las habilidades y competencia necesarias. El niño se enfadará cuando no entienda algo y así podrá incorporar la información que necesita del Adulto para que tenga sentido la información que está recibiendo del Padre. Si le piden que haga algo y pregunta ¿por qué? y sus padres le contestan "porque si no lo haces te cortaré la cabeza", aprende a obedecer por miedo. Sin embargo, cuando sus padres no estén él desechará esa información porque para él carece de significado. En cambio, si pregunta ¿por qué? y sus padres se lo explican permitiéndole discutir hasta que obtenga la información necesaria, entonces, aunque sus padres no estén, la información proveniente del estado padre del Yo seguirá siendo valiosa. Mientras que discutir con un niño de 2 años es disfuncional, a un niño de ocho le permite incorporar la información del Adulto que necesita para que los mensajes del Padre tengan sentido.

El enfado: recomendaciones terapéuticas

Los adultos que no han resuelto algunos aspectos de la etapa de latencia presentan dificultades para sentirse competentes o libres a la hora de discutir sobre la información que no entienden. O bien tienen escasa información en el Padre o tienen un Padre rígido que casi no presta atención al contexto, a la hora de comprender la información. En terapia, a estas personas, les ayudará el discutir la información que les proporciona el terapeuta para que puedan

tener la oportunidad que no tuvieron con sus padres. El terapeuta, con paciencia, les alentará a preguntar hasta que estén satisfechos. El tener libertad para discutir, también les da la oportunidad para incorporar información en su estado Padre del Yo.

5. EL RESENTIMIENTO: SU ORIGEN

El quinto tipo de rabia, el resentimiento, se origina en la etapa del desarrollo que Freud (1915-1917/1963) denominó "fase genital" y Erikson (1950) "etapa de Identidad vs. confusión de rol" (12 a 18 años) y a la que habitualmente llamamos adolescencia. Es el momento para reelaborar asuntos previos del desarrollo estableciendo un sentido de identidad. Es, en este momento, cuando el niño realmente ha adquirido la complejidad necesaria para ejercitar el resentimiento, ya que esto requiere tener la sensación de estar equivocado antes de ser capaz de sentir resentimiento. El propósito del resentimiento supone el culpar al otro. Hasta este momento, el niño no ha adquirido la identidad o autoconfianza necesaria para adoptar este tipo de rabia. Sin embargo, en la adolescencia el niño desarrolla la capacidad para adoptar una postura y defenderla.

El resentimiento: recomendaciones terapéuticas

Los adultos que vienen arrastrando problemas desde la adolescencia tienen dificultades para dar su opinión y mantenerla. En lugar de expresar y descargar su resentimiento, lo guardan. Estas personas necesitan expresar su resentimiento abiertamente, que les escuchen, que pidan lo que quieren para liberarse de éste. Esto les permitirá vivir su propia vida en lugar de conservar su energía bloqueada en su interior.

Diferencias entra la ira como rebusque y la ira genuina

Como ya hemos indicado, la ira genuina permite determinar si alguien está invadien-

do tus límites o ignorando tus necesidades. Es un estímulo que sirve para establecer los límites apropiados o lograr lo que queremos. El proceso de la ira y su disolución comprende cinco pasos: El primer paso consiste en reconocer que te estás sintiendo rabioso; el segundo, en identificar qué te hace sentir enfadado; el tercero en considerar las posibles alternativas para resolver el problema; el cuarto, en seleccionar las alternativas y llevarlas a cabo o decidir no hacerlo; y el quinto, en calmarte (Goulding, 1973).

Si no expresas la ira, esto es un rebusque, y lo más probable es que hayas aprendido que los otros te presten atención y se interesen por ti cuando no te expresas. Si temes la cercanía, puedes utilizar este rebusque para que se alejen. También, para que el otro cambie o como modo de justificar el no resolver un problema cuando la persona que está encolerizada no quiere cambiar. El fin oculto se encamina a conseguir que la otra persona se moleste y resuelva el problema. Tal y como SCHIFF y SCHIFF (1971) señalaron la última escalada es la incapacitación o la violencia. Sin embargo, cuando expresamos adecuadamente la ira la energía sirve para resolver el problema.

RESUMEN

Existen diversos tipos de rabia; cada uno requiere un tratamiento específico encaminado a solucionar aquellos aspectos del desarrollo evolutivo que quedaron bloqueados durante la infancia. La terapia nos permitirá detectar el tipo de rabia y los problemas asociados. Ese problema evolutivo puede identificarse observando a lo largo de la terapia cómo se relacionan esos aspectos con la rabia. Existe una relación entre el tipo

de rabia y las distintas adaptaciones de personalidad, cuando los clientes tienen la posibilidad de relacionarse como no lo hicieron en su niñez a través de interacciones que les permitan utilizar su rabia de una forma más satisfactoria para resolver los problemas del aquí y ahora.

Traducción: **Concha Aguiñiga Benito**,
Psicóloga Clínica, Socia de AESPAT

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Babcock, D.E., & Keepers, T.D. (1976) **Raising kids OK: Transactional analysis in human growth and development**. New York, Grove Press.
- Erikson, E. H. (1950) **Childhood and society**. New York, Norton.
- Freud, S. (1963) **Introductory lectures on psycho-analysis: Parte III: General theory of the neuroses**. In J. Strachey (Ed. and Trans.), **The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud** (Vol. 16, 243-463). London, Hogarth Press (Original work published 1915-1917).
- Goulding, R.L. (1973) **Workshop presented at Mt. Madonna**. Watsonville, CA.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975) **The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation**. New York, Basic Books.
- Perls, F. S. (1969) **Ego, hunger and aggression**. New York, Random House.
- Pesso, A. (1975) **Workshop on psychomotor therapy**. Chapel Hill, N.C.
- Schiff, A. W. & Schiff, J. L. (1971) **Passivity**. *Transactional Analysis Journal*, 1 (1), 71-78.

**TRANSCRIPCIÓN DEL DISCURSO DE PRESENTACIÓN
DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL
IV CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO
(Viena, 1968)**

ERIC BERNE

Publicado en "Transactional Anal. J.", III,
January 1973

Lo primero que quiero decirles es de qué trata el Análisis Transaccional.

Cuenta en la actualidad con diez o doce años de vida y su práctica se encuentra ahora muy extendida en los Estados Unidos.

Está representado por una organización llamada Asociación Internacional de A.T.

Lo primero que quiero enfatizar lo que el A.T. es un descubrimiento independiente, no es algo que ha sido hecho a partir de muchas otras teorías o materia de sillón.

Es una teoría empírica que se ha formado del hecho de escuchar a las personas en terapia individual y grupal.

Sólo después de que su cuerpo teórico emergió, de esta manera, empezamos a relacionarla con otras cosas que se habían hecho anteriormente, y es de esto de lo que voy a hablar ahora, para que sepan, para que Uds. puedan saber, de dónde proviene.

Está dividida en varios componentes a los que llamamos "análisis estructural". Todo empezó cuando un paciente una vez me dijo: "Tengo un niño pequeño dentro de mí". Por esa época yo estaba practicando lo que yo llamaba psicoanálisis ortodoxo y la interpretación psicoanalítica ortodoxa sobre eso, como puedes encontrar en cualquier libro de texto psicoanalítico, fue: "Oh, eso es un pene introyectado". En cambio pensé que podía ser probable que llevara un niño

pequeño dentro de sí y pensé "es posible que eso quiera decir algo", y por escucharle hemos decidido que tenía un niño pequeño dentro de sí.

A partir de ese momento yo pude decirle ¿quién crees que está hablado? De esta manera, éramos capaces de diferenciar y separar su personalidad en dos partes. Después de que esto fuera hecho, el paciente decía que había cosas que no cuadraban en ninguna de estas dos partes. Otros pacientes también decían lo mismo, y nos vimos forzados a postular que al tiempo que al tiempo que existían estas dos partes existía una tercera a la que llamamos "Padres".

El análisis estructural es el estudio de estos tres estados del Yo: el Padre, el Adulto y el Niño.

Ahora, pienso que voy a hacerles a Uds. un dibujo muy rápido que ilustre un diagrama de la personalidad.

Cada persona consta de tres estados del Yo diferentes. Después, la primera cosa que descubrimos fue que estos tres estados del Yo, a pesar de que en el primer diagrama está incluido todo, tenía que ser subdividido en otros varios aspectos. Descubrimos, por ejemplo, que el estado Niño del Yo, del que volverán a oír hablar más adelante tiene que ser subdividido.

Esto es buena biología porque el estado Niño del Yo representa en la actualidad al Niño real que la persona fue. Los niños actuales tienen ya estos tres estados del yo de tal modo que llegamos a una especie de análisis estructural de segundo orden, cuando separamos cada uno de estos estados del Yo en varios componentes. Habiendo decidido dividir a las personas en tres estados del Yo, en vez de una unidad, el próximo problema que se planteaba cuando la gente estaba en terapia de grupo y se hablaban los unos con los otros era ¿qué estado del yo estaba hablando a quién?

Dibujamos flechas para indicar, por ejemplo, el estado del Yo llamado estado Padres, hablando al estado Niño del Yo de la otra persona; a esta flecha la llamamos VECTOR. A todo el sistema le llamamos Análisis Transaccional. El análisis de las transacciones entre dos personas es denominado con propiedad Análisis Transaccional. Las transacciones son unidades de acción social y una transacción a mi entender es la única unidad de acción social.

Ahora ya no usamos la palabra interacción así como tampoco usamos la palabra interacción interpersonal que es muy popular en América, usamos la palabra transacción, en la creencia de que si la gente se habla entre sí es porque haciéndolo consiguen algo, lo que nos lleva a las preguntas:

- ¿Por qué las personas se molestan en hablarse entre sí?
- ¿Por qué existe una cosa llamada sociedad?
- ¿Cómo podemos hacer terapia de grupo?

Las personas se hablan entre sí porque obtienen ciertas ventajas o ganancias.

Algunas de estas ventajas vienen de conjuntos estereotipados de transacciones o patrones.

Lo primero que yo percibí es un patrón que tiene que ver con alguien que advierte, o sugiere, dando consejos, alguien presenta un problema y todo el mundo puede que diga: "por qué no haces esto, o por qué no

haces aquello", y la respuesta invariablemente es: "Sí, pero no puedo hacer esto porque..." o "no puedo hacer aquello porque". "Por qué no..." "Sí pero..." Cuando todo termina ninguno de los consejos fue aceptado.

La persona que presenta el problema, y "parece" que pide un consejo, realmente gana, porque derrota, rechaza a todos los demás que le tratan de dar consejos. Esta fue simplemente una observación del patrón.

Otro patrón fue el de una mujer que decía que ella podría hacer toda clase de cosas si no fuera por su marido. Bien, según fue estando mejor empezó a dominar al marido. El no podía por más tiempo impedirle hacer cosas, como ir a nadar, tomar lecciones de equitación... Entonces fue cuando descubrió que tenía fobias a los caballos y a los bailes, pero que lo que realmente hacía era disimular sus fobias diciendo: "Si no fuera por él, haría todas esas cosas", cuando en realidad no las hacía porque a ella le daban miedo.

Así que aquí tenemos otra clase de situación ulterior en la que la expresión favorita era "Si no fuera por ti" o "si no fuera por él".

En este punto ya tenemos dos patrones, y cuando se tienen dos patrones pueden establecerse diferentes clases. El resultado fue que cuando existen diferentes clases de patrones con razones o motivos ulteriores, se les llama juegos y en ellos siempre alguien parece ganar.

La próxima cosa que conseguimos con este sistema fue el análisis de los juegos.

Más tarde, nos pareció que cuando las personas jugaban juegos tenían un proyecto e, incluso, cuando hacían cualquier cosa, en otras palabras, tenían un plan de vida. Este plan no es inconsciente es pre-consciente y le llamamos argumento... o el drama de la vida.

Lo próximo que se nos planteó fue el análisis del argumento, análisis del plan de vida, en el cual se puede predecir, como en un gran escenario, el esquema de sus vidas.

Por ejemplo, sobre si querían matarse, o matar a alguien, si tendrán éxito o serán psicóticos. Todo ello decidido de antemano, así justo como un gran argumento teatral, o un juego de escenificación que las personas tienen en sus cabezas.

Al llegar aquí Uds. pueden tener un toscos bosquejo del sistema.

Algunas personas han tenido ideas similares, ahora que el hecho de que alguien haya tenido ideas similares no quiere decir que necesariamente sea la misma cosa.

Todos los buenos clínicos son buenos observadores, así que hay personas que van a ver las mismas cosas. La ventaja del análisis transaccional, creo yo, es el haber puesto nombre a estas cosas observadas, así que nos permite tener una teoría consistente del comportamiento humano. Por ejemplo cuando alguien habla como el niño pequeño que fue, o cambia de posición y habla como una persona madura y luego cambia otra vez y habla como una madre o un padre típico lo haría con un niño o una niña pequeña ¿cómo los llamaríamos?

Yo los he llamado estados del Yo. Yo conozco el trabajo del Dr. Paul Feder (él me conoce a mí mejor que yo le conozco a él), y su trabajo en estados del yo. Decía cosas como "estados del yo" y "reprimir", "fijar" que es lo mismo que lo que estamos diciendo, excepto que nosotros no estamos tan interesados en la represión como en la fijación.

El diagrama del estado Niño del Yo de la pizarra puede haber sido fijado en un cierto punto de su infancia por una variedad de causas, quizás un trauma aunque no necesariamente.

Cuando hablamos del Adulto no usamos nunca la palabra "maduro", que no tiene sentido, sino que nos referimos a la habilidad de ver la realidad, o una realidad y un proceso de datos muy similar a una computadora.

El estado del Yo parental está tomado prestado por imitación de otras personas, por introyección o por incorporación.

Así que para nosotros los "estados del Yo" no son meros constructores, son realidades fenomenológicas.

Cuando las personas aprenden a distinguirlas, las pueden sentir. Dicen "ahora estoy realmente sintiendo a mi Niño, o ahora puedo realmente sentir a mi Adulto (el procesador de datos) o puedo sentir a mi Padre que llega". Estas expresiones significan que en estos momentos están activos. Son realidades sociales, y es muy fácil diagnosticar en qué estado del yo está una persona, observando su conducta y la conducta de aquellos que les responden.

Por ejemplo, si Ud. tiene en un grupo, lo que podemos llamar un Niño rebelde (o alguien que está en un estado del Yo de Niño Rebelde) funciona como una especie de papel de tornasol para otras personas. En el momento en que alguien llegue con un estado Padre del Yo se enfadará con esa persona.

Los estados del Yo son también realidades conductuales, son toda suerte de tensiones musculares, gestos y formas de hablar que acompañan cada estado del Yo.

Déjenme hablar de estos aspectos muy brevemente.

El problema fenomenológico en Análisis Transaccional, o en este aspecto particular que se llama análisis estructural, es "¿quién soy yo? ¿Cuál es mi verdadero yo?" Pues bien, son todos yo reales, en otras palabras, cada persona tiene tres yo reales y así postulamos una especie de "catexis" que llamamos "pre-catexis" que puede moverse desde un estado del Yo a otro y darnos la experiencia de yo real. Luego esto puede residir en cualquiera de los tres estados del Yo; se puede decir que la persona tiene tres yo reales. Cada uno de estos "yos" tiene una manera distinta de experimentarse.

Cuando una persona está en su "Padre" experimenta a sus padres como su yo real en su estado del yo "Padre". Cuando está sumando una columna de números, por ejemplo, y está en su estado de yo Adulto experimenta a ese adulto como su "yo real".

Aquí entramos en diferentes maneras de experimentar el Yo. Cada estado del Yo tiene su propia forma de experimentarse. La realidad social de estos estados del Yo se encuentra en el reino de la Psicología Social, pero nosotros tenemos un abordaje muy diferente, porque la Psicología Social tiende muy a menudo a considerar para sí los mecanismos freudianos.

Nosotros estamos interesados en motivaciones y gratificaciones más que en defensas y es por eso que nos gusta la palabra "transacción" en la que hablas a alguien porque obtienes algo de ello. La defensa más completa es justo no decir nada, sólo estar silencioso. Por eso nosotros estamos interesados más en el vivir que en las defensas, en las motivaciones y en las gratificaciones.

Los estados del Yo no son "roles"; un niño o una niña pequeña pueden tomar el rol de los padres o el rol del niño pequeño, o el de niña, o el de procesador de datos.

Por ejemplo, veamos una forma clásica de un juego de niños: "tú eres la mamá", "tú la niña pequeña, yo seré el doctor". La mamá, es el "Padre", el doctor, el procesador de datos, la computadora el que averigua lo que está mal en ti, y la otra persona será la niña, actuando como una real niña pequeña. Todos ellos son roles pero todos los juegan desde el estado Niño del yo.

Es muy importante la distinción entre estados del Yo y roles. Yo me siento herido en mis sentimientos cuando la gente se refiere a los estados del Yo como "roles", y mis sentimientos se hieren fácilmente, así que espero que durante esta discusión nadie confunda "estados del Yo" con "roles".

La realidad conductual del hoy tiene que ver con la actividad muscular, y la forma en que hablas, por el hecho de que posturas y gestos fueron reforzados en la edad infantil y otras posturas y gestos fueron prohibidos.

Por ejemplo, en la vida familiar, especialmente para niños muy pequeños, si la madre o el padre sonríen o por el contrario fruncen el entrecejo, todo esto tiene sentido

al modo de los refuerzos paulovianos de la conducta.

También estamos muy interesados en los refuerzos verbales, que son cosas que los padres dicen con gran determinación; a esto es a lo que me referí antes como argumento. Todo el plan de vida se decidió sobre esto, a una edad muy temprana, en su forma más rudimentaria y arcaica, lo más probable a la edad de 4 años. Más tarde es elaborada de manera más práctica, se revisa el plan de vida entre los 4 y los 11 años y se refina más tarde durante la adolescencia temprana.

Al ser la conducta en sí, y en cierto sentido, una reacción condicionada, puede ser combinada por influencias externas y esto es el trabajo del terapeuta.

Habiendo postulado que hay tres "yo" diferentes en uno mismo, veamos ahora los conceptos freudianos.

Uno de los problemas es la diferencia entre los estados del Yo Padre, Adulto y Niño, y Superyo, Yo, Ello.

Decimos que el Superyo, el yo y el Ello son conceptos, mientras que los estados del Yo son conductas fenomenológicas y realidades sociales. En otras palabras, yo puedo enseñarle unos padres, puedo enseñar un niño y puedo enseñar a alguien que esté en estado Adulto. Sentimos que esta terminología, la cual hemos dividido, es mucho más idónea para la Psicología Social y para hablar de grupos que la terminología freudiana; reconozco que esta actitud puede haber despertado algún antagonismo, y señálmeme como antifreudiano.

Todo lo que digo es que Freud no diseñó el psicoanálisis como una psicología social, lo formuló como una psicología individual; para encontrar algo sobre conducta social en el lenguaje freudiano tienes que leer párrafos de polisílabos, mientras que en el lenguaje transaccional puedes decir la misma cosa en una sola frase de muy pocas palabras, así que resulta más fácil la comprensión.

Ahora hablaré brevemente de la diferencia entre los conceptos freudianos y los estados del Yo.

El estado Niño del Yo es diferente del Ello, el estado Niño del Yo contiene todas las experiencias y los patrones de conducta de un niño.

El Ello, como dice Freud, no tiene organización y no puede decir "no".

El Yo, como testigo de la realidad, es muy parecido al Adulto.

El Superyo es esencialmente un concepto negativo.

Para justificar ciertas formas de conductas usamos el concepto de Super-yo, tenemos que ir a través de cierta clase de cambio, en otras palabras, primero postulamos que hay un Superyo y luego decimos que tiene agujeros. Lo hacemos de forma diferente, lo hacemos transaccionalmente con fenomenológica franqueza. Los niños son delincuentes porque sus padres les dicen que sean delincuentes.

Psicológicamente tenemos dos tipos de energía: atada y desatada. Postulamos una tercera clase a la que llamamos energía libre que puede ir de un estado del Yo a otro, y es como una empresa de transporte que lleva todas esas cosas de las que hablan los filósofos: el sentido del yo, el sentido de la inspiración, etc. La repetición compulsiva, que hemos visto en la gente cuando juega juegos, también la vemos en el argumento. Muchos de los argumentos están diseñados para toda la vida y son esencialmente repetitivos; veamos un hombre que puede tener tres divorcios seguidos, o ir al hospital tres veces por alcoholismo y todo esto es parte del argumento, de manera que es en esto donde la repetición compulsiva tiene lugar.

El concepto de transferencia lo extendemos al significado de todas las reacciones arcaicas del niño.

En esto volvemos a tener ventaja; en Psicoanálisis no hay palabra para designar la situación original de la que la transferencia se deriva, como es lo que el padre y la madre hacen. Nosotros llamamos a esto el "protocolo del argumento".

En A.T. hablamos de ganadores y perdedores y la terapia está diseñada para hacer ganadores en vez de perdedores o para usar la terminología de los cuentos, para hacer príncipes en vez de ranas y es en esto en lo que consiste nuestro trabajo; lo tomamos muy seriamente, no queremos mejores ranas queremos que después del tratamiento salgan príncipes.

Obviamente, el argumento tiene mucho que ver con el barómetro del estilo de vida basado de una forma muy amplia en la familia. Todo esto tiene mucho que ver con lo que Adler, Jung y K. Horney han dicho del rol de los padres en la formación del argumento. En terapia llegamos a muchas cosas existenciales.

La terapia del A.T. está dirigida a conseguir la autonomía ya recobrar la intimidad. Queremos establecer otro elemento existencial: la claridad del yo.

Para hacer eso reconocemos que son tres diferentes "yo". El problema que tienen las personas que se sientan diciendo "¿Quién soy yo? ¿quién soy yo?" está basado en el hecho de que quieren ser una sola persona y no lo son. No hay forma de ser una sola persona, todo el mundo son tres "yo" diferentes. En el momento en que tomamos conciencia de esto tenemos muy poca dificultad en el problema del Yo.

Más tarde viene el problema del libre albedrío, como opuesto al argumento. El hecho de que todo el mundo esté programado y se pueda programar a sí mismo, que es lo opuesto a la libertad, a la espontaneidad y, por lo tanto, a la autenticidad.

Podemos considerar una analogía como cuando una persona está sentada al piano (pianola) y el papel se mueve; es el piano (pianola) el que interpreta. Mucha gente pasa su tiempo sentada frente a una pianola, moviendo los dedos y dicen: "¿te gusta la música que estoy tocando?" bajo la ilusión de que ellos la interpretan, mientras que es el rollo de la pianola la que hace la música; o como los discos de una computadora que fueron puestos en sus cabezas

por sus padres cuando eran muy jóvenes.

Así que cuando dicen "¿Te gusta la música que estoy tocando?" les respondemos: "¿Te gustará dejar la pianola y aprender a tocar tu propio piano?" Puede que al principio te encuentres un poco desconcertado y torpe, pero en realidad es mucho más digno que sentarse delante de una pianola y decir "¿Te gusta lo que estoy tocando?" Así es como nosotros manejamos el problema del libre albedrío, opuesto al hecho de que todo el mundo está programado por un argumento. Para poder hacer todo esto, por supuesto que tenemos que hacer muchas confrontaciones y ser bastante tenaces.

Muchos analistas transaccionales son sanos, felices, ricos y valientes, viajan por todo el mundo y muchos de ellos están ahora aquí.

La parte de valientes viene por el hecho de que toman riesgos que otros terapeutas no toman, son arriesgados, y otros no lo son.

A menudo pueden decir a sus pacientes las cosas más asombrosas, cosas que pueden hacer estremecerse a los observadores de fuera, y quizás se tengan que repetir y ver dos a tres veces, pero empiezan luego a hacerlas los pacientes y se ponen bien más deprisa. Esto no quiere decir que apoyen cosas sinsentido del paciente, pero si el paciente dice algo que no tiene sentido se lo hacen saber.

Es por esto que preferimos tener grupos heterogéneos porque en un grupo homogéneo no existe la confrontación. Si hay un grupo de 8 alcohólicos y un solo terapeuta que no bebe, sus confrontaciones son muy débiles, porque es uno a ocho. Mientras que si todos los del grupo son diferentes, se confrontarán unos a otros porque a cada uno los "juegos" de los otros les parecen raros.

Si vas a curar personas, lo tienes que hacer individualmente, por ello no estamos enteramente de acuerdo con usar terapia analítica grupal, porque para nosotros lo que hace el grupo puede ser interesante, pero

no cura una esquizofrenia. La forma de curar a un esquizofrénico es hablarle como a una persona individual. Estos encuentros de hablar con franqueza y directamente están apoyados por la idea de que muchas personas están confusas y como en una neblina, pero al llegar a cierta clase de grupos, las cosas pueden volverse reales; esto es lo que creemos y, además, funciona.

En América existe la costumbre de que las tiendas de comestibles dan cupones cuando compras comestibles y con ellos rellenas una libreta; cuando tienes bastantes los cambias por un premio.

Nosotros a cierta clase de sentimientos los llamamos "cupones". Una persona puede ir por ahí y arreglárselas de modo que la gente la patee, verbal o físicamente y, de esta manera, colecciona cupones; así que cuando ha logrado 100 patadas obtiene un premio mayor, como puede ser un suicidio.

Si la persona tira los cupones, en vez de seguir coleccionándolos, llega a una situación existencial y a un estado de desesperación que puede parecer una depresión, pero que no lo es.

La agresión en nuestro lenguaje de A.T. es un diálogo interno entre los estados del Yo Padre y el estado del Yo Niño, que no es demasiado distinto a como lo explica Freud.

La desesperación es un diálogo entre el Adulto y el mundo exterior: "¿Qué voy a hacer ahora que he dejado mi proyecto? A toda la gente que conozco, que tan 'atentamente' hirió mis sentimientos, la tengo que dejar si es que no quiero que sigan dañando mis sentimientos. ¿Qué hacer ahora? ¿Cómo me puedo relacionar con la gente de manera distinta para no dejarme herir?" Así que esto que llamamos "sentimientos heridos" lo conocemos como "racket". Porque en nuestra experiencia, no en nuestra filosofía, el 90% de los sentimientos humanos son espúreos y nosotros los llamamos "rackets" (trampas, chantajes).

Los "sentimientos heridos", a los que llamamos "rackets", son con lo que puedes conseguir un suicidio gratis; el "racket" de

culpa es cuando en la interacción consigues sentirte culpable y, entonces, también cometes suicidio; el "racket" de rabia es para coleccionar rabias y a veces pregunto: "¿Puede esto poner rabioso a alguien?" y digo "No, no puede". Si llegas a coleccionar 100 de estas rabias, tú obtienes un homicidio gratis.

Así que la desesperación significa dejar estos "rackets" y buscar una nueva forma de sentir.

En otras palabras, tus padres no sólo te enseñaron a cómo ponerte de pie, cómo sentarte, cómo hablar, sino también cómo sentir, cómo pensar, cómo escuchar, etc., y tú haces exactamente lo que te dijeron. Si tu madre dijo: "En nuestra familia, si alguien pensaba... nos sentíamos culpables", tú cuando pienses eso te sentirás culpable. Y si dice "en nuestra familia cuando alguien nos tocaba... nos enfadábamos", tú si alguien te toca... te sentirás enfadado.

Después de esto, lo que nos interesa es saber cuál va a ser la elección del terapeuta, que forma parte del argumento. Los pacientes vienen a ti si su argumento te implica a ti. Cuanto antes nos demos cuenta de esto más pronto comenzaremos el cuidado del paciente. (Ahora vamos a descansar siete minutos, pues creo que voy un poco deprimida.)

Quiero hablar ahora de la Terapia Gestalt que está siendo promocionada fuertemente por Fritz Perls, que vive en California.

Congeniamos con muchas de sus ideas, y muchas de nuestras ideas congenian mucho con él, aunque hay una diferencia: nosotros no le permitimos cerrarse, si esto es peligroso, como el matarse. Decimos no a los cierres, tienes que empezar otra vez, y es así como se llega a la desesperación, pero no permitimos los cierres. También estamos muy interesados en la semántica y en las manifestaciones no verbales. De hecho, uno de nuestros modelos es el esfínter. El esfínter es el paciente que retiene. Un criterio de obtener beneficio es que en vez de hacer progresos se relaja este esfínter particular.

Nosotros con frecuencia interpretamos los sueños más funcionalmente que simbólicamente, que es también muy similar a la forma en que la Gestalt interpreta los sueños. También creemos en los efectos positivos al modo en que lo expresa Adler. En América la gente usualmente entiende por resultados positivos rabia o llanto. Suelen decir "hemos tenido un magnífico encuentro, en el grupo si alguien se pone furioso o llora". Yo no sé por qué esto es una buena sesión de grupo si las personas no mejoran. He conocido personas que han llorado en grupos durante veinte años o han estado enfadados durante 20 años. Hacen buenas sesiones de grupo pero no mejoran.

Nosotros creemos en los resultados positivos. Reírse es un resultado y es mucho más divertido estar en un grupo donde todo el mundo se ríe que en uno en que todos están enfadados y, sobre todo, que mejoran antes.

No creemos en las solemnidades, no existe evidencia científica de que si el terapeuta se muestra solemne el paciente cure más rápidamente, que si se ríe. No existe ninguna evidencia de este resultado. No obstante el 95% de los terapeutas deciden mostrarse muy solemnes. Los que practican A.T. no lo hacen, y creo que nuestros pacientes mejoran antes. Es mucho más fácil dar permiso al paciente para ponerse mejor, que el dar permiso al terapeuta para no aparecer solemne. Algunos terapeutas están muy nerviosos al tratar de parecer solemnes y severos. Nosotros tampoco hacemos en nuestros grupos algunas cosas que hacen los terapeutas Gestálticos.

También usamos mucho psicodrama, por ejemplo, lo que llamamos terapia de regresión, en la que se dice al paciente: "Bueno, me gustará hablar con tu niño, yo también soy un niño de cinco años, así que vamos a hablar". Hay algunas experiencias que se pueden hacer con los pacientes, por ejemplo el paciente dice: "Tendrías que haber visto lo que hizo mi esposa, y etc..." y cuenta una larga historia en la que se supone que tú tienes que decir: ¡oh! ¡ah!, sí tienes

razón. Yo lo que digo es "tienes razón, ¿cómo te sientes ahora?" y luego digo: "Tú estás equivocado, ¿cómo te sientes ahora?" No existe ninguna diferencia, normalmente esta manera de trabajar funciona en esta experiencia particular.

Si digo sólo "estás equivocado" se siente culpable... bueno voy a empezar otra vez, le dices: "Tú tienes razón", así que se siente feliz, luego cambias y dices: "No, estás equivocado", bien "yo sabía ya eso". Así lo que pasa es que no descubrimos nada.

La parte Niño de la personalidad no entiende los chistes, incluso si la parte Adulta sabe que estás haciendo algo a propósito, y ya lo has hecho con anterioridad, la respuesta nunca será real y espontánea. Así que haciendo esto algunas veces puedes ver lo bien que funciona este argumento.

Otra vez quiero enfatizar que los estados del Yo no son roles, tampoco creemos en estados del Yo débiles. El "ego" está siempre ahí, puede ser "catectizado" fuertemente o débilmente. Si le dices al paciente que tiene un "ego" débil, él obligatoriamente tendrá un "ego" débil. Mis pacientes son buenos deportistas. Ellos creerán todo lo que yo les digo, así que si les digo "ten un ego débil", ellos tendrán un "ego débil", o ten un "ego" fuerte, ellos tendrán un "ego" fuerte. No existe eso de un "ego" débil. Lo que sí puede ser es un "ego" poco catectizado. Si "catectizas" el Adulto puede ser tan fuerte como el de cualquier otro, incluso más fuerte que el del terapeuta. Una de las razones por la que muchas personas tienen un Yo débil es porque el terapeuta tiene "yo" débiles y no saben qué hacer si el paciente tiene un "yo" más fuerte que ellos. Es una experiencia horrorosa, créeme.

Lo peor que le puede pasar a un terapeuta es tener un paciente que sea más honesto que él. Yo he tenido esa experiencia. Realmente te asusta (risas).

También creemos que podemos dar Permisos a los pacientes; los pacientes no necesitan consejos o exhortaciones, necesitan permisos. Veamos un ejemplo clásico, el de

un hombre que es jugador. Lo que él necesita no es una exhortación a que deje el juego, lo que necesita es el permiso de dejar de jugar, porque él juega porque su estado del Yo Padre le ordena que juegue.

Voy a dedicar los últimos cuatro minutos a hacer un resumen del A.T. Lo primero, decir que los estados del Yo son la llave del A.T. Si no dividís en estados del Yo no es Análisis Transaccional y esta división funciona muy bien.

Lo segundo, que el A.T. es una terapia contractual, es una manera de describir lo que se está haciendo, y no se hacen contratos con palabras como "amistad" "interpersonal", "ansiedad social", etc. Estas palabras carecen de significado. El paciente tiene que venir con algo que se pueda entender funcionalmente.

Cuando hablan de "problemas de relación" se dice: "¿qué significa eso?", él contesta: "bueno si entro en una habitación y hay personas desconocidas mi estómago se contrae"; esto sí nos llevará a un contrato. Así que dices "bueno para lo que estás aquí es para que cuando entres en un sitio donde hay personas extrañas tu estómago no se contraiga". El dice: "Sí esto es un contrato". El va a saber cuándo está mejor y nosotros también y todos en el grupo también, y su estómago dejará de contraerse. El estará mejor socialmente como es obvio y lo demás viene solo. O, "quiero curarme mi dolor de cabeza". Ahora el contrato... haces una tentativa contractual con el paciente. El paciente dice: "Quiero ser curado de mi dolor de cabeza". "Bien, veamos cómo tratar de curar tu dolor de cabeza", y tú estás en marcha para curar su dolor. Es para eso que te pagan. Sí, ahora puedes modificar el contrato. Después puedes decirle: "¿Quieres ser curado de alucinaciones auditivas?" (risas).

Las consultas que hago con mis colaboradores son todas hechas en presencia del paciente, no importa de lo que se esté hablando, incluso si hablamos de tratamiento de "shock" los pacientes están presentes,

en otras palabras, los pacientes son personas como nosotros.

Después también analizamos las transacciones, no el contenido; lo que hace que se libere de ello. Mi impresión es que el 90% de las cosas que se llaman inconscientes en realidad son pre-conscientes. Así que no le llamemos inconscientes a menos que sean inconscientes. Probablemente la furia original edípica es realmente inconsciente. Todo lo demás es pre-consciente, a menos que se muestre lo contrario.

Usamos un pequeño vocabulario coloquial. Yo uso arqueo-psyque, neo-psyque y exero-psyque. Esto es para demostrar que una vez estudié griego y me gustan las "grandes" palabras. No son necesarias para la teoría, pero aquí están.

También creemos que la neurosis proviene de jugar "juegos" y la cura consiste en que cese el ser golpeados.

Creemos que el terapeuta debe ser potente, no tenemos miedo de ser potentes, y

tampoco tenemos miedo cuando alguien viene y dice: "¿Son Uds. omnipotentes?" Decimos, no hombre, no soy omnipotente, pero lo que sí estoy seguro es de que soy potente (risas).

Tenemos que ser más potentes que el Padre del paciente, obviamente esta potencia nos permite dar permisos al paciente para mejorar. Cuando el paciente está en situación de desesperación tenemos que tener suficiente potencia para protegerle de sí mismo.

Quiero terminar diciendo que no estamos interesados en hacer progresos. Estoy seguro de que muchos terapeutas tienen pacientes que llevan haciendo progresos durante 10, 15 ó 20 años, y eso es estupendo. Nosotros no estamos interesados en eso. Queremos curar al paciente. Eso es lo que tratamos de hacer, y por eso tenemos que ser potentes.

Traducción: **Concepción de Diego**

COMUNICACION:

LA JUNTA ESTATAL DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS INFORMA SOBRE LOS PSICOLOGOS Y LA PSICOTERAPIA

— INTRODUCCION —

Por su interés con relación a nuestros contactos con la FEAP, reproducimos el comunicado de la Junta Estatal de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos aparecido en el nº 62 (1995) de "Papeles del Psicólogo".

Han sido numerosos los colegiados que, tanto a nivel personal como por escrito, se han puesto en contacto con esta Junta de Gobierno Estatal, expresando sus dudas y preocupaciones, sobre la necesidad de unos requisitos mínimos para que los psicólogos puedan ejercer como psicoterapeutas en España.

Es por ello, que nos vemos en la obligación de aclarar la postura del Colegio Oficial de Psicólogos sobre el tema, a la vez que publicamos una de las cartas remitidas por un colegiado (ver pág. 96).

Tanto en Europa, como en algunos sectores de la sanidad española, los psicólogos clínicos carecen de un campo de actuación acotado por ley. En estas circunstancias, otras profesiones pugnan de forma solapada por apropiarse de funciones características de la psicología clínica. Tengo en mente, en estos momentos, el interés de enfermeros y asistentes sociales (trabajadores sociales) por ejercer como psicoterapeutas, sin que exista una adecuada cualificación y con unos resultados que, en ocasiones, llevan al descrédito de este instrumento profesional. Como reacción, los psicólogos pueden verse tentados a buscar un referente externo ajeno a su profesión que regule o garantizase la buena práctica profesional. En Europa además, algunas asociaciones

de psicólogos (Alemania, Austria, Italia, etc.) están interesadas en regular la psicoterapia como una profesión. Ya que carecen de la capacidad legal de facturar a la Seguridad Social los servicios que prestan sin la participación de un médico. Esta situación les lleva a pensar que si se regula la profesión de psicoterapeuta desaparecerá la discriminación entre psiquiatras y psicólogos. La solución que se propone es, básicamente, superar el problema disolviendo, por elevación, la sustancia de la profesión de psicólogo clínico.

Si bien la FEAP es hija de estas circunstancias, nace como reflejo de otras Asociaciones Europeas, siendo su propósito básico agrupar a las Asociaciones de Psicoterapeutas, sin importar cuál es su cualificación académica previa (pueden ser médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, auxiliares de clínica, etc.). En España, una organización de estas características, desde nuestra perspectiva, carece de sentido por:

- a) La representación de la profesión del psicólogo (incluida la del psicólogo clínico) está regulada por ley, y la ostenta el COP.
- b) Los psicólogos no tienen trabas legales para ejercer plenamente su profesión, incluida la psicoterapia.

- c) La formación de los psicólogos clínicos incluye la plena capacitación para el ejercicio de la psicoterapia, y esta formación estará regulada en un futuro por la Comisión Nacional de la Especialidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- d) Los psicólogos españoles consideramos especialmente perjudicial y nos opondremos con decisión a la creación de una profesión de psicoterapeuta, ya que vacía de contenido la profesión del Psicólogo Clínico. Es verdad que, actualmente, es una actividad sin regulación. Pero creemos, que dicha regulación tendrá que venir contemplada en el Estatuto Profesional del Psicólogo que está desarrollando el COP.
- e) El COP se ha venido oponiendo, en el marco europeo, a cualquier regulación comunitaria que afecte a los llamados psicoterapeutas. Esta oposición se acompaña con un apoyo para armonizar la formación y las funciones de los psicólogos en el seno de la Unión Europea.

Así pues, el COP está teniendo especial cuidado en:

- Evitar la entrada de profesiones distintas a la del psicólogo a la psicoterapia, presentando para ello denuncias ante los tribunales por usurpación de funciones profesionales.
- Apoyar la formación y clarificar el perfil profesional del psicólogo clínico.

En respuesta a las preguntas formuladas en la carta anteriormente mencionada (pág. 96), es necesario indicar que:

- El Colegio Oficial de Psicólogos es el único organismo que puede dar acceso a los psicólogos al ejercicio profesional en España incluido uso de la psicoterapia.

- Que el único requisito para poder ejercer como psicólogo en cualquiera de las diversas áreas de intervención (como es la psicología clínica), así como para poder hacer uso de las diversas técnicas y orientaciones psicoterapéuticas, es estar colegiado.
- Que cualquier Licenciado en Psicología, debidamente colegiado, puede ejercer la Psicoterapia, aunque no pertenezca a ninguna Asociación o Sociedad psicológica.
- Que las normas de una Asociación o Sociedad de Psicólogos, sólo vinculan a los miembros que pertenecen a dicha asociación y sociedad y no al resto de los profesionales de la psicología.
- Que las Asociaciones y Sociedades de Psicología no tienen mayor rango institucional ni legal que el COP, ya que éste es una corporación de derecho público creada por Ley.
- Que desde el COP se está potenciando la especialidad de la Psicología Clínica a través de los cauces legales reglamentarios, como es el Ministerio de Sanidad.
- Que no existe ninguna obligación de pertenecer a asociación psicológica alguna para ejercer como psicólogo y como psicoterapeuta.
- Que no existe relación personal alguna, fuera del ámbito formal, entre los dirigentes de la FEAP y los miembros de la Junta de Gobierno Estatal actual.

Creemos que es bueno para la psicología, la existencia de asociaciones y sociedades, que cristalizan por intereses científicos o profesionales, ya que dinamizan nuestra profesión; pero dichas asociaciones tienen un marco legal concreto y no pueden realizar funciones que no les pertenecen, o que van en detrimento de la profesión.

Junta de Gobierno Estatal

RESEÑAS BIBLIOGRAFICAS

Responsable: CONCEPCION DE DIEGO

Iniciamos en este número la presentación y un pequeño comentario de aquellos números que hayan sido publicados en español o en cualquier otra lengua y que creemos que tienen un interés especial para todas aquellas personas que estén interesadas por razones profesionales o personales en el A.T. y sus campos de aplicación.

El libro que hoy presentamos pertenece al área de Educación y la aplicación práctica del A.T. en un aula de enseñanza primaria.

Título: MATERIAL TEORICO-PRACTICO PARA LA ACCION TUTORIAL

Guía didáctica para la prevención de conductas disfuncionales en el aula, enseñando al alumno a conocerse a sí mismo desde el Análisis Transaccional.

Autores: José Javier Indurain Arrue.
Pilar Ricarte González.

Editorial: Escuela Española, S.A.
235 págs. Precio 1.660 ptas. (Al 1 de noviembre de 1995).

A través de estas líneas deseo presentar este libro sobre el interesante mundo de la formación de la personalidad y el aprendizaje de la comunicación que los autores exponen con todo lo necesario para que resulte ameno, sencillo, eficaz y de fácil comprensión, sin que por ello se desvirtúe su contenido científico.

Es una obra eminentemente creativa, resultado de su trabajo de aprendizaje y crecimiento personal. En definitiva, un manual claro y manejable sobre los contenidos y la práctica del Análisis Transaccional, aplicados al mundo infantil.

Ofrece una panorámica sobre este tema presentando conceptos teóricos y ejercicios prácticos que muestran una particular manera de enseñar. Los dibujos de simples trazos son muy expresivos y clarificadores.

Supone un gran esfuerzo pedagógico al acercar conocimientos de la Psicología Humanista al mundo de la educación. La responsabilidad como profesionales de la enseñanza en las distintas áreas exige hoy en día una formación teórica y práctica de los temas tratados en el libro.

Los profesores, como figuras coparentales, hacen algo más que transmitir conocimientos: cumplen una tarea importantísima en la formación de la personalidad y su desarrollo y en facilitar el aprendizaje de una comunicación libre y sana.

Quiero resaltar la claridad y originalidad didáctica de los autores, que demuestran su habilidad profesional en la práctica de muchos años en la enseñanza.

Este libro era necesario. Es un instrumento útil a todo profesional de la educación infantil que desee avanzar por nuevos caminos, disfrutando al aprender y al enseñar.

Concepción de Diego,
Psicóloga

ATA ○ ○ ○ ASOCIACIÓN
ARAGONESA DE
ANÁLISIS
TRANSACCIONAL

APARTADO DE CORREOS Nº 325
50080 ZARAGOZA

**TALLERES DE FORMACIÓN CON
CARLO MOISO**
Médico. Miembro Didáctico de EATA

CICLO SOBRE
PARENTAMIENTO

EN ZARAGOZA

PROGRAMA

FEBRERO 16 Y 17, 1996:

"TÉCNICAS POSTBERNIANAS DE REPARTEMENTO".

JUNIO 1 Y 2:

"DIFERENTES FORMAS DE REPARTEMENTO SEGÚN LAS DISTINTAS
PATOLOGÍAS (NEUROSIS, ESTADOS LÍMITES Y PSICOSIS)".

LAS PERSONAS INTERESADAS PUEDEN INSCRIBIRSE EN **TODO EL CICLO** O EN
CUALQUIERA DE LOS TALLERES **POR SEPARADO**.

**EL PRECIO SERÁ ALREDEDOR DE LAS 22.000 PTAS., EN FUNCIÓN DE LOS PARTICI-
PANTES EN CADA TALLER. LOS SOCIOS DE LAS ASOCIACIONES DE AT Y LAS
PERSONAS QUE SE INSCRIBAN A TODO EL CICLO TENDRÁN UNA REDUCCIÓN DE
2.000 POR TALLER.**

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES: JESÚS CUADRA PÉREZ (SECRETARIO DE LA
A.T.A.).

TELÉFONO (976) 22 97 28

**GABINETE DE
ANÁLISIS
TRANSACCIONAL**

Cl. Cervantes, 39, 1º C
50006 ZARAGOZA
Teléfono: 22 97 28

Programa de Formación de
ANALISTAS TRANSACCIONALES
y Formación de Base en
ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Dirige:

JESÚS CUADRA PÉREZ

Analista Transaccional Docente y Supervisor en Formación
y Psicólogo Clínico*

* Miembro de la Asociación Internacional [ITTA], Europea [EATA] y Aragonesa [ATA] de Análisis Transaccional.

ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

LOS CURSO 101 DE AT

Duración: de 12 a 16 horas, dependiendo del
formato.

*El costo será de 15.000 ptas. a 18.000 ptas. según
formato.*

PRIMER CURSO: 6 y 7 de octubre (viernes de
9,30 a 14 y de 16 a 20,30, sábado de 9 a 13,30).

*Habrá uno cada trimestre. Pedir calendario de
fechas concretas. Pueden también programarse a
fechas convenidas y precios pactados para grupos
concretos: Colegios, Empresas, Asociaciones, Enti-
dades, etc.*

**CURSO DE FORMACIÓN DE BASE EN AT
(CFBAT)**

Duración: 120 horas; de las que 80 horas serán
acreditadas como de enseñanza teórico-práctica a
los asistentes. Las otras 40 serán de terapia o creci-
miento personal.

El curso se desarrollará en 10 sesiones de 12 horas

*de duración a lo largo del año, en sesiones de un fin
de semana cada mes, de octubre a julio. Sábados 8
horas y domingos 4 horas.*

Precio de cada sesión: 18.000 ptas.

*En cada sesión se producirá una combinación de
enseñanza, ejercicios vivenciales, de crecimiento
personal y terapia. La combinación se hará según la
conveniencia para el buen desarrollo de cada sesión
y el logro de los objetivos formativos y de creci-
miento personal de los participantes.*

Participantes:

*Personas que hayan realizado un Curso 101 de
AT o que, conociendo el AT por cualquier medio,
aprueben un examen (de libros abiertos) 101 de AT.*

*En las sesiones de este grupo participarán tam-
bién las personas que estén inscritas en el Semina-
rio de Profundización en AT.*

*(Ver calendario. Pueden también programarse a
fechas convenidas y precios pactados para grupos
concretos, Colegios, Empresas, Asociaciones, Enti-
dades, etc.)*

SEMINARIO DE PROFUNDIZACIÓN EN AT (SPAT)

Duración: 50 horas de enseñanza teórico-práctica que se les acreditará a los asistentes.

El curso se desarrollará en 10 sesiones de 5 horas de duración a lo largo del año.

Las sesiones se desarrollarán un viernes de cada mes de octubre a julio, justo antes del fin de semana en que se realice el Curso de Formación de Base en AT.

Participantes:

Personas que su conocimiento del AT sea similar al que proporciona el Curso de Formación de Base en AT y que estén decididas a continuar su formación como Analistas Transaccionales.

Esos dos aspectos serán evaluados conjuntamente por el candidato y el formador en una o varias entrevistas previas en las que el candidato aportará un dossier de su formación, trabajos teóricos o prácticos realizados integrando el AT, certificaciones, etc.

En todo caso deberán tener el Certificado de haber realizado un Curso 101 de AT. De no tenerlo, tendrán que realizar el Examen del 101 (de libros abiertos) y superarlo dentro de los tres primeros meses del Seminario.

A los participantes en este Seminario se les invitará a formalizar un Contrato de Formación de la EATA, con vistas a certificarse como Analistas Transaccionales.

Los miembros de este Seminario, el primer año que se inscriban, deberán participar conjuntamente en el Curso de Formación de Base en AT en el que tendrán la ocasión de hacer presentaciones de distintos conceptos de AT, hacer intervenciones terapéuticas bajo supervisión, dirigir ejercicios vivenciales, cooperar en la formación de otras personas de nivel de formación inferior, verificar su progreso, recibir supervisión, terapia y crecimiento personal.

Este Seminario podrá cursarse más de una vez.

El precio será de 8.000 ptas. si la persona asiste sólo a la sesión del viernes. Si la persona asiste a la sesión del viernes y a la del Grupo de Formación de Base en AT, el precio conjunto será de 21.000 ptas. por sesión.

(Ver calendario. Pueden también programarse a fechas convenientes y precios pactados para grupos concretos, Colegios, Empresas, Asociaciones, Entidades, etc.)

SEMINARIO DE PERFECCIONAMIENTO Y SUPERVISIÓN

Duración: 60 horas de enseñanza teórico-práctica que se les acreditará a los asistentes.

El curso se desarrollará en 10 sesiones de 6 horas de duración a lo largo del año.

Participantes:

– Personas con Contrato de Formación que hayan realizado al menos un Seminario de Profundización en AT.

– Profesionales en activo en el área clínica con una buena formación en AT que será evaluada en una o varias entrevistas previas a integrarse en el Seminario.

El precio de cada sesión será de 10.000 ptas.

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

El programa se completará con varios Seminarios (cortos) sobre temas específicos con Docentes invitados (de las distintas áreas) y Sesiones de Preparación de Exámenes de Nivel I de la Comisión de Certificación de la EATA (C.O.C.) y de la ITAA (B.O.C.).

Las Sesiones de Preparación de Exámenes de Nivel I serán organizadas con una estructura similar a las sesiones del Seminario de Perfeccionamiento y Supervisión en lo referente a horario y precio de cada sesión.

SUPERVISIÓN INDIVIDUAL

Para recibir supervisión de la actividad profesional que uno realiza y de la aplicación del Análisis Transaccional a esa actividad. Precio 7.000 ptas. la hora.

CALENDARIO DEL CURSO 1995-96

27 OCT.: SPAT.	24 NOV.: SPAT.	15 DIC.: SPAT.
28 OCT.: CFBAT.	25 NOV.: CFBAT.	16 DIC.: CFBAT.
29 OCT.: CFBAT.	26 NOV.: CFBAT.	17 DIC.: CFBAT.
12 ENE.: SPAT.	9 FEB.: SPAT.	8 MAR.: SPAT.
13 ENE.: CFBAT.	10 FEB.: CFBAT.	9 MAR.: CFBAT.
14 ENE.: CFBAT.	11 FEB.: CFBAT.	10 MAR.: CFBAT.
12 ABR.: SPAT.	10 MAY.: SPAT.	7 JUN.: SPAT.
13 ABR.: CFBAT.	11 MAY.: CFBAT.	8 JUN.: CFBAT.
14 ABR.: CFBAT.	12 MAY.: CFBAT.	9 JUN.: CFBAT.
	5 JUL.: SPAT.	
	6 JUL.: CFBAT.	
	7 JUL.: CFBAT.	

HORARIOS

Seminario de Profundización en AT (SPAT):
Viernes de 16 a 21,30 h.

Curso de Formación de Base en AT (CFBAT):
Sábados de 9,30 a 14 y de 16,30 a 21 y Domingos de 9,30 a 14 h.

¿A QUIÉN VA DIRIGIDO?

El Curso 101 de AT está abierto a cualquier persona interesada. El Curso de Formación de Base en AT también (con las condiciones que se indican).

El programa completo va orientado a personas que quieran certificarse como Analistas Transaccionales por la Comisión de Certificación de la EATA (C.O.C.) y de la ITAA (B.O.C.). En el área de la psicoterapia, preferentemente a psicólogos y médicos o estudiantes de los últimos cursos de estas carreras.

Las personas interesadas en formarse en otras áreas (orientación, educación y organizaciones) dentro del AT, pueden iniciar su formación con este programa pero necesitarán completarlo con la concurrencia de otros docentes y supervisores en sus respectivas áreas.

LAS BASES DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

El programa se basa en tres pilares:

1.–Formación teórico-práctica. Que comprende la formación teórica y la adquisición de las herramientas, habilidades y estrategias terapéuticas básicas del Análisis Transaccional.

2.–Práctica profesional supervisada. Que comprende la creación de un espacio profesional y la puesta en escena de las habilidades y estrategias usando las herramientas adquiridas, y la supervisión de esa práctica profesional.

3.–Resolución de los conflictos personales básicos mediante terapia personal, análisis y autoanálisis de la contratransferencia, en cantidad suficiente para adquirir una aptitud terapéutica básica.

LA FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA

El programa estará compuesto de un Curso 101 de AT, un Curso de Formación de Base en AT, un Seminario de Profundización en AT, un Seminario de Perfeccionamiento y Supervisión y una serie de Seminarios cortos de temas específicos.

Los objetivos y metodología de cada uno de ellos están desarrollados en un folleto aparte que puede solicitar.

INICIO DE LA PRÁCTICA COMO TERAPEUTAS

Las personas en formación para ser Analistas Transaccionales clínicos, tendrán la oportunidad de empezar a practicar sus habilidades terapéuticas con otros compañeros de grupo bajo supervisión directa de Jesús Cuadra en los distintos Cursos y Seminarios.

Se estimulará la práctica de la coterapia y el aprendizaje por modelado a partir de la propia terapia y/o del visionado y análisis de sesiones o talleres de terapia grabada (con autorización expresa de ser utilizada para usos docentes).

Se espera de todos los participantes en el programa, que deseen ser Analistas Transaccionales clínicos, que creen su espacio terapéutico propio, de modo que, al finalizar su Contrato de Formación, hayan podido reunir los requisitos, en cuanto a horas de práctica profesional, que exige el C.O.C.-B.O.C. para acceder al examen oral de nivel I. (Pedir información parte sobre Contratos de Formación.)

DURACIÓN GLOBAL

El proceso de preparación para certificarse como Analista Transacción Clínico con este programa llevará aproximadamente cuatro años, dependiendo de la preparación inicial y del avance de la persona en formación.

RESUMEN DE LA I JORNADA DE ENCUENTRO DE LAS ASOCIACIONES DE AT

Con el lema ¿POR QUÉ CAMINOS LLEGAMOS AL AT? nos reunimos en Zaragoza los días 22 y 23 de septiembre, 17 personas pertenecientes a las Asociaciones ACAT (3 personas), AESPAT (5 personas), ATA (8 personas) y una persona no afiliada todavía a ninguna Asociación y residente en Bilbao.

Se había invitado también a la FEAT y no asistió nadie; no obstante, recibimos una llamada excusando su asistencia en esta ocasión y con la petición de que les comunicáramos las conclusiones por si en otra ocasión pudieran arreglarse para asistir.

El clima fue participativo, creativo, cercano, en algunos momentos incluso de gran intimidad y en todo momento de sinceridad sin ocultar ninguna posición por discrepante que pareciera.

Después de la primera parte dedicada más a lo personal, en la que los participantes compartimos por qué caminos llegamos al AT, en la segunda parte nos centramos más en lo asociativo con el fin de analizar las posiciones actuales de cada Asociación y de llegar a la parte final para aportar sugerencias que condujeran a un proyecto de futuro.

Lo que sigue a continuación es el resultado de este trabajo cooperativo durante estos dos días.

PROPUESTAS PARA UN PROYECTO DE FUTURO

PROPUESTAS DE OBJETIVOS

- O1.** UNIRNOS, establecer una vinculación entre las Asociaciones con los siguientes FINES:
 - Fortalecer y difundir y promocionar el Análisis Transaccional.
 - Formar profesionales competentes y éticos.
 - Aumentar nuestra potencia organizativa.
 - Conseguir más medios de formación de todos los socios.
 - Tener un foro de intercambio de experiencias y mejora profesional y personal.
 - Después de unirnos, potenciar el nacimiento de nuevas Asociaciones en otras zonas.
- O2.** Editar una *Publicación conjunta* que sirva como órgano de identificación, comunicación, debate, información y difusión.
- O3.** Crear un *Centro de Documentación* para recoger, guardar y facilitar documentos relacionados con el Análisis Transaccional, la formación, los asociados, etc.
- O4.** Realizar un *Congreso bienal*, como lo es, hasta ahora, el de AESPAT, de forma que sea el Congreso de todas las Asociaciones o de la unión que se cree.
- O5.** Comenzar a trabajar dentro para luego, si es adecuado, comenzar a ir fuera, más allá, recopilar información contrastada, analizarla y decidir sobre estar o no vinculados a la EATA-ITAA.

PROPUESTAS DE CONDICIONES Y COMPROMISOS

- C1.** Que la unión sea responsable.
- C2.** Con rigor e información de lo que es y lo que hace cada Asociación.

- C3.** Mantener las actuales Asociaciones.
- C4.** Mantener los contactos, intercambios de información y servicios.
- C5.** Participar en los próximos encuentros y reuniones para dar forma a este proyecto.

PROPUESTAS DE REALIZACIONES CONCRETAS INMEDIATAS

- P1.** Transformar la actual *Revista de Análisis Transaccional* de AESPAT en nuestro órgano de identificación conjunto.
- P2.** Traducir el libro de Berne *Estructura y Dinámica de las Organizaciones y los Grupos*.
- P3.** Traducir artículos del *Transactional Analysis Journal* de la ITAA.
- P4.** Que el próximo Congreso lo organice AESPAT, como estaba previsto.

PROPUESTAS A MÁS LARGO PLAZO

- L1.** Dar forma y nombre a la unión que establezcamos:
 - Una sola Asociación.
 - Una Federación de Asociaciones.
 - Una Confederación de Asociaciones con tronco común.
 - Una Coordinación.
- L2.** Establecer una Sede Social y el Centro de Documentación.
- L3.** Establecer la periodicidad de las reuniones de encuentro y coordinación: una vez al año, más, menos...
- L4.** Establecer una Junta, Comisiones concretas con tareas específicas u otra fórmula de coordinación y dirección.
- L5.** Realizar jornadas específicas de las distintas áreas de aplicación del AT, a iniciativa de cada Asociación y con apoyo interasociativo.
- L6.** Cooperar en los programas y actividades de formación de las distintas Asociaciones.
- L7.** Organizar los Congresos de forma rotatoria en cuanto a la organización y ubicación.
- L8.** En los Congresos, realizar talleres específicos de las distintas áreas de aplicación (clínica, organizaciones, educación, asesoramiento...).
- L9.** Decidir sobre la vinculación a la EATA y a la ITAA.
- L10.** Presentar a la EATA peticiones de excepciones u homologaciones en algunos casos de personas formadas.

CALENDARIO, PROCESO, PASOS A DAR Y RESPONSABILIDADES CONCRETAS

- 1.-La ATA se responsabiliza de **elaborar el resumen** de esta Jornada con las propuestas que se han elaborado y de enviarlo a las otras Asociaciones.
- 2.-**Cada Asociación** se responsabiliza de **difundir** entre sus socios, debatir y tomar decisiones sobre cada una de las propuestas contenidas en este documento **lo más pronto posible** y las **envían a la ATA a la dirección arriba indicada**.
- 3.-La **fecha límite** para enviar las respuestas será **EL 1 DE ENERO DE 1996**. Si en esa fecha no se ha tenido respuesta de alguna Asociación se entenderá que no desea participar en este proceso.
- 4.-La ATA se responsabiliza de **preparar y coordinar una segunda Jornada de encuentro** de las Asociaciones para el mes de **MARZO de 1996** con el fin de darle forma a ese proyecto de futuro. En este encuentro habrá una **cata de vinos y jamón**.
- 5.-Toda sugerencia, aclaración, aportación, sobre estas propuestas por parte de los socios será bien venida, recogida y tenida en cuenta a través de **cualquiera de las Asociaciones**.

Zaragoza, 23 de septiembre de 1995

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 ésto, si las citas son "**literales**", el texto citado se enmarcará con un "entrecorrido" al principio y al final, mencionando a continuación y entre paréntesis la página del susodicho texto publicado. **Ej.:** Según Tyler (1977): "El éxito parece depender tanto de lo que es el terapeuta como de lo que dice y hace" (pág. 266).
 - Las **Referencias Bibliográficas**, relacionadas con las citas de autores del texto y que dan categoría a una publicación, serán listadas al final del artículo, ateniéndose a las siguientes normas:
 - **Si se cita un libro**, se menciona(n) el(los) **apellido(s)** y la letra inicial del **nombre** de cada autor; después, se coloca el **año** de la publicación entre paréntesis y a continuación el **título del libro** en negrilla, y los nombres de la ciudad y **editorial**. **Ej.:** Dandler, R. y Grinder, J. (1980) **La estructura de la magia**. Santiago de Chile, Cuatro Vientos.
 - **Si se cita el capítulo de un libro**, de autor(es) diferente(s) al del capítulo, se menciona el autor(es) del capítulo, como anteriormente; después del año entre paréntesis, se pone el título del capítulo poniendo a continuación: En - Inicial del nombre - apellido(s) - título del libro (**en negrilla**) - páginas del capítulo - ciudad y editorial. **Ej.:** Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1986) Trastornos asociados al stress y su tratamiento. En J.M. Buceta (Ed.) **Psicología clínica y salud: Aplicación de estrategias de intervención**, págs. 245-298. Madrid, UNED.
 - **Si se trata del artículo de una Revista**, se pone en negrilla, no el título del artículo sino el nombre de la Revista, poniendo después el tomo, número (**en negrilla**) y páginas del susodicho artículo publicado. **Ej.:** Abadi, J.E. (1987) Teorías del yo y del sujeto psíquico en psicoanálisis. **Revista de Psicoanálisis**, XLIV, 3, págs. 375-397.

5. Deberán evitarse en lo posible las notas **al pie de página**. 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.



Consultores
Ares Asociados

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 1996 (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, 1996, 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: _____

Cortar y enviar a:

