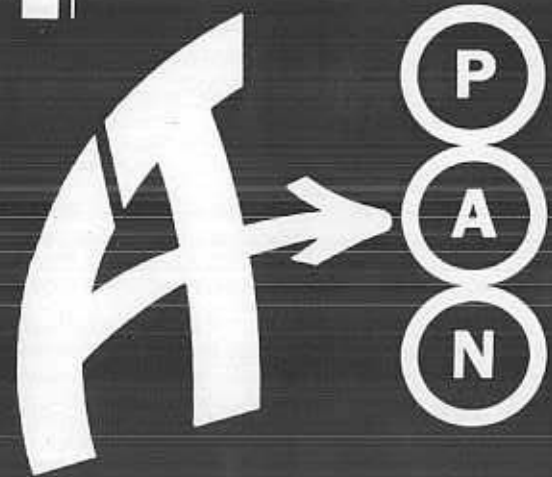


Revista de

**ANALISIS TRANSACCIONAL
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



AESPAT

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 35, 1º SEMESTRE '96, AÑO XIV

®

**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

Constituye para AESPAT una gran satisfacción recibir como participantes de esta Revista a los miembros de la **Asociación Catalana de A.T. (A.C.A.T.)**, de la misma forma que lo expresamos en el Número 33 respecto de la acogida que hicimos a la Asociación Aragonesa de A.T. (A.T.A.). Según los acuerdos de la Segunda Jornada de Encuentros de las Asociaciones de A.T. (AESPAT, ATA y ACAT), celebrada en Zaragoza el día 9 de marzo de 1996, se propone "**colaborar en la Revista con artículos, traducciones y noticias, aportados por cada Asociación**". Esperamos que estos acuerdos se traduzcan en colaboraciones efectivamente fecundas a todos los niveles.

En este **Número 35** presentamos los **artículos siguientes**, de temática variada:

- "Diferenciando nuestros rasgos naturales con caricias atributivas", de Jorge Oller Vallejo, que constituye, en este autor representativo del A.T., una aportación original, presentando dichas "caricias atributivas" como una forma adicional de caricias incondicionales;
- "Las paradojas de la integración y la necesidad de una epistemología para toda actividad clínica", de Josep Lluís Camino, que previene frente a los posibles riesgos de un integracionismo descontrolado en la práctica clínica;
- "Análisis transaccional y educación", de Juan Emilio González, como una reflexión en el contexto de la actual Reforma del Sistema Educativo Español;
- "El proceso de la Psicoterapia" (1ª parte), de J. García Moreno, que constituye una aportación más de la serie de artículos que el autor viene publicando en esta Revista sobre la efectividad de la Psicoterapia;
- "Autoanálisis de la contratransferencia en A.T. integrativo", de Michel Novellino, que trata de integrar el autoanálisis de la contratransferencia psicoanalítica en el contexto del A.T.;
- "El proceso de la psicoterapia integrativa" (1ª parte), de R.G. Erskine y R.L. Trautman, que proponen adecuadamente una forma específica de integración metateórica y práctica en psicoterapia fundamentada en las dimensiones de la persona humana: fisiológica, cognitiva, afectiva, conductual y social;
- "Caso Clínico: Anorexia nerviosa", tratado por M^a Angeles Ortega Rodríguez principalmente en el contexto del A.T.

Presentamos, además:

- El "**Resumen de las II Jornadas de encuentro de las Asociaciones de A.T. (AESPAT, ATA y ACAT)**", que invitamos a leer atentamente por lo que supone de encuentro prometedor para el A.T. en España;
- El "**Resumen del Acta de la Asamblea General Ordinaria de AESPAT**", celebrada en Madrid el día 16 de marzo del año 1996, informando acerca del "Segundo Encuentro de Asociaciones de A.T.", presentando el próximo VIII CONGRESO ESPAÑOL DE A.T., y dando información respecto de la Revista, la Tesorería, etc.;
- La presentación del próximo "**VIII CONGRESO ESPAÑOL DE A.T.**", con el esquema inicial del mismo, que se celebrará en Santiago de Compostela los días 6, 7 y 8 de septiembre de 1996;
- Y la "**Carta abierta a los presidentes de Delegación**", del Presidente de la FEAP, como respuesta a las actuaciones del COP respecto a las iniciativas de la misma FEAP.

SUMARIO

DIFERENCIANDO NUESTROS RASGOS NATURALES CON CARICIAS ATRIBUTIVAS Jorge Oller Vallejo	49
LAS PARADOJAS DE LA INTEGRACION Y LA NECESIDAD DE UNA EPISTEMOLOGIA PARA TODA ACTIVIDAD CLINICA Josep Lluís Camino	54
ANALISIS TRANSACCIONAL Y EDUCACION Juan Emilio González	56
EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA (1ª PARTE) Juan García Moreno	58
AUTOANALISIS DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN A.T. INTEGRATIVO Michel Novellino	63
EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA R.G. Erskine y R.L. Trautman	69
CASO CLINICO: ANOREXIA NERVIOSA Mª Angeles Ortega Rodríguez	74
RESUMEN DE LA II JORNADA DE ENCUENTRO DE LAS ASOCIACIONES DE A.T. (AESPAT, ATA y ACAT)	79
RESUMEN DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE AESPAT VIII CONGRESO ESPAÑOL DE A.T.	82
CARTA ABIERTA A LOS PRESIDENTES DE DELEGACION Alejandro Avila Espada	87
NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS	91

**DIFERENCIANDO NUESTROS RASGOS NATURALES
CON CARICIAS ATRIBUTIVAS**

(Este artículo ha sido publicado originalmente en Inglés, en
Transactional Analysis Journal, vol. 24, nº 3, Julio 1994, págs. 185-188)

JORGE OLLER VALLEJO

Certificado en Psicología por la U.B.
Analista Transaccional Clínico por la I.T.A.A.

RESUMEN

*Este artículo propone distinguir y usar una forma adicional de caricias incondicionales, llamadas **caricias atributivas**, las cuales van dirigidas a las diferencias físicas y psicológicas que hay entre las personas. Las personas, además de caricias incondicionales por existir, necesitamos recibir caricias específicas por nuestras diferencias idiosincrásicas. Después de dar una metódica, y ejemplos sobre su uso positivo, advierte sobre cómo podemos evitar reforzar mandatos de contraguion. Finaliza con una reflexión sobre cómo a veces las caricias atributivas negativas son inevitables, y qué hacer cuando esto sucede.*

INTRODUCCION

Es ya clásico en Análisis Transaccional distinguir entre caricias incondicionales y condicionales, y en cada caso entre positivas y negativas. Las caricias incondicionales se definen como caricias por "existir", por "estar vivos". Las caricias condicionales se definen como caricias por "hacer" o por "conductas". Sin embargo, en mi trabajo como psicoterapeuta y formador, me encuentro con frecuencia con que el concepto de caricias incondicionales positivas se interpreta como demasiado abstracto, especialmente si éstas son definidas como caricias "por existir". ¿Qué quiere decir el concepto de caricias "por existir"? Suelo aclarar que son aquellas que se dan precisamente por el simple hecho de "existir como persona", aunque por lo general la aclaración no sirve de mucho, pues no aclara demasiado,

¿qué es "existir como persona"? Aún menos, probablemente, entendería el concepto un niño. A un niño le es difícil separar la aceptación o rechazo hacia lo que hace, de la aceptación o rechazo hacia él como totalidad. Como escribe Gordon (1970-1977), "es hacia un *hijo en acción* sobre quien un padre tiene sentimientos de aceptación o de rechazo, no hacia una abstracción llamada *hijo*" (pág. 36). Análogamente, cuando damos caricias a alguien, no es a una abstracción llamada persona, sino a una persona concreta y singular, diferente de cualquier otra.

SOBRE LAS CARICIAS EN GENERAL

Berne (1964/1974) definió como caricia "cualquier acto que implique el reconocimiento de la presencia de otro" (pág. 15).

Sin lugar a dudas, las personas necesitan caricias, es decir, estímulos intencionales, tanto físicos como afectivos y sociales. Para demostrar la importancia de esta necesidad, es clásico citar a Spitz (1945), quien investigando grupos de niños abandonados en instituciones públicas, detectó que éstos sufrían un grave deterioro físico y psicológico, llegando a la conclusión que era por falta de estimulación sensorial. Sin embargo, sobre el estudio de Spitz, Seligman (1975/1981) señala que probablemente la causa del deterioro no es tanto la falta de estimulación sensorial, sino la falta de control que el niño tiene sobre ella. Análoga crítica, es hecha por Hobbs (1984), quien citando lo escrito por Soufre (1979, pág. 465) concreta que "es la experiencia del niño de una activa participación para lograr una efectiva estimulación, más que la cantidad de estimulación en sí, lo que es el punto central del desarrollo en la infancia" (pág. 177).

Por tanto, las personas necesitamos vivir las caricias como una respuesta que, aún viniendo de afuera, es en alguna manera "estimulada" por nosotros. Paradójicamente, en el supuesto de que aún recibiendo frecuentes caricias positivas, no tuviésemos esta vivencia de "control" (por ejemplo, porque las caricias nos llegasen a destiempo, o no fuesen pertinentes con nuestra realidad personal), el resultado sería una disminución de la fuerza del yo y la depresión (Seligman, 1975/1981).

Las caricias incondicionales, sean positivas o negativas, van dirigidas a la totalidad de nuestro existir natural como personas (seamos como seamos) o a los aspectos necesarios para nuestra autoexpresión natural (sean cuales y como sean). Son aspectos éstos que nos son dados por naturaleza, sin que destaque en ellos el haber hecho nada para tenerlos, aunque indiscutiblemente somos sus "propietarios por herencia" y por tanto podemos usar de ellos.

El ejemplo clásico de caricia incondicional positiva es un globalizado "te quiero", transmitiendo un "acepto totalmente tu existir". También es ejemplo clásico "me gustas". Otros ejemplos relevantes son: un tier-

no abrazo, una sonrisa de bienvenida, alentar el pensar, escuchar atentamente, mostrar agrado hacia algún aspecto físico, y dejar descansar. Recibir caricias incondicionales positivas es fundamental para nuestro "estar bien" incondicional.

Por contra, el ejemplo clásico de caricia incondicional negativa es un globalizado "te odio", transmitiendo un "no acepto en absoluto tu existir". También es ejemplo clásico "no me gustas". Otros ejemplos relevantes son: una muestra de aversión, no dejar hablar, impedir expresar los sentimientos, no escuchar, expresar desagrado hacia algún aspecto físico, y privar de alimento. Las caricias incondicionales nos invitan a vivir el "estar" mal incondicional.

En cambio, las caricias incondicionales, sean positivas o negativas, van dirigidas a aspectos en los que destaca haber hecho nosotros algo en concreto. Son ejemplos de caricias condicionales positivas: "has hecho esto bien", "me gusta este jersey que llevas", "has jugado un buen partido de tenis", "admiro cómo hablas" y "me gusta cómo expresas tus sentimientos". Recibir caricias condicionales positivas es fundamental para nuestro "estar bien" condicional, y además nos transmite información sobre nuestras habilidades y capacidades al hacer.

Son ejemplos de caricias condicionales negativas: "has hecho esto mal", "tus maneras en la mesa son horribles", "este pantalón te queda muy feo", "no me gusta verte triste", y "me molesta lo que piensas". Cuando recibimos caricias condicionales negativas que nos son dadas constructivamente, también contribuyen a darnos información sobre nuestras habilidades y capacidades al hacer, y aunque nos sintamos mal por recibir las, no afectan a nuestro "estar bien" incondicional. Pero si son usadas destructivamente, no sólo nos sentimos mal, sino que nos invitan a vivirmos "estar mal".

NUESTRAS DIFERENCIAS NATURALES

Las personas, además de existir y de autoexpresarnos, lo hacemos como seres con-

cretos y singulares, mostrando unos atributos que nos son propios y que nos diferencian de los demás. Poseemos características innatas que se manifiestan naturalmente en nosotros y que constituyen parte de "nuestro ser en el mundo". Algunos de estos atributos son físicos y otros son psicológicos.

Son atributos físicos diferenciales, por ejemplo: el sexo, la estatura, el color del cabello, el color de los ojos, la configuración facial y la complexión corporal. Son atributos que configuran nuestra singularidad física en el mundo. Las caricias por estos atributos físicos naturales, tanto si son positivas como negativas, son vividas con mucha fuerza. Algunos autores (Woolams & Brown, 1978) las consideran como caricias incondicionales positivas.

Pero las personas no sólo somos por naturaleza diferentes en aspectos físicos, sino que también lo somos en aspectos psicológicos. Por ejemplo, tenemos habilidades diferentes en cuanto a orientación espacial, talento musical, coordinación visomanual y capacidad empática. También nos diferencia el temperamento, el cual ya comienza a expresarse incluso al nacer (James, 1981/1982). Algunos bebés son más movidos que los demás, otros lloran más, otros duermen menos, y otros sonríen más fácilmente. Son diferencias temperamentales debidas también, al igual que la constitución física, a nuestra herencia genética.

El temperamento determina nuestro estilo conductual, o sea, el "cómo", de manera natural, hacemos lo que hacemos. Thomas & Birch (Burks & Rubenstein, 1979) llevaron a cabo un interesante estudio longitudinal sobre 136 bebés, desde su nacimiento hasta su vida de adultos, diferenciando nueve dimensiones temperamentales, o sea: el nivel de actividad, la regularidad del ritmo biológico, el acercamiento o aislamiento ante lo nuevo, la adaptabilidad en cambiar de conducta, la intensidad de reacción, el umbral de estimulación de respuesta, la calidad del estado de humor, la facilidad de distracción y la perseverancia de la atención. Las personas somos pues diferentes por la proporción en la que tenemos cada una de estas

dimensiones temperamentales, configurándose con ellas una pauta que nos es propia y que nos diferencia.

LAS CARICIAS ATRIBUTIVAS

Las personas necesitamos caricias positivas por nuestras diferencias naturales, tanto físicas como psicológicas. Son la clase de caricias que diferencio llamándoles *caricias atributivas* (Oller, 1986a, 1986b, 1988). Las caricias atributivas tienden un puente entre las caricias condicionales y las incondicionales. Es decir, por una parte se refieren a aspectos de nuestro "existir" en la vida, pero además también son aspectos que "hacemos" o "tenemos" de una manera natural.

Desde otra perspectiva, el uso de las caricias atributivas es un instrumento de ayuda para autorrealizarnos (Maslow, 1968/1972). Maslow escribió que "cada uno de nosotros posee una naturaleza interior esencial, de tipo instintivo, intrínseca, dada, natural, es decir, con un grado de determinación hereditaria apreciable y que tiende fuertemente a persistir" (pág. 190). Las caricias atributivas nos ayudan a conocer y actualizar dicha "naturaleza interior esencial".

Las caricias atributivas positivas nos transmiten información sobre nuestras diferencias idiosincráticas, vistas como cualidades. Son caricias atributivas positivas, por ejemplo, "me gustan tus ojos oscuros", "me encanta tu mirada enigmática", "me ha gustado tu espontaneidad al hablar", "admiro tu tesón en hacer esto", "me atrae el rigor que has puesto en tu razonamiento", y "me ha fascinado tu sentido musical".

Las caricias atributivas negativas también nos transmiten información sobre nuestras diferencias idiosincráticas, pero vistas como limitaciones. Si son usadas destructivamente, nos invitan a vivir el "estar mal" incondicional. Son caricias atributivas negativas, por ejemplo, "no me gusta lo bajo que eres", "me ha disgustado tu lentitud en hacer esto", "me ha desagradado que te me acerques tanto", y "no entiendo por qué te desorientas tan fácilmente".

CONVERTIR LAS CARICIAS EN ATRIBUTIVAS

Las caricias atributivas positivas dan información precisa sobre nuestros rasgos y aptitudes naturales, por lo que con frecuencia puede ser útil convertir las caricias incondicionales (especialmente cuando se reciben como muy abstractas) y las condicionales (especialmente cuando se reciben como poco matizadas), en caricias atributivas. Supongamos, por ejemplo, que decimos a alguien "está bien esto que has hecho", o sea, que le damos una caricia condicional positiva. Desde luego, está bien dársela, pero aún puede ser mejor si la convertimos en caricia atributiva. Podemos pensar "¿a qué características tuyas se debe que esté bien esto que has hecho?" Supongamos que se trata de la claridad y simplicidad. Podemos, entonces, atribuirle dichas características y decirle "me gusta la claridad y simplicidad con que has hecho esto", convirtiendo en atributiva la caricia condicional. De esta manera, le transmitiremos más información que no la simple "está bien esto que has hecho".

Por otra parte, al igual que está bien dar y recibir caricias atributivas, también está bien pedir las. Por ejemplo, si alguien nos dice "me gusta cómo has hablado", podemos pedirle que convierta la caricia en atributiva, preguntándole "¿qué es lo que te gusta de como he hablado?" Supongamos que le ha gustado nuestro tono de voz pausado y regular. Puede, por tanto, atribuirnos dichas características y decirnos "me gusta el tono de voz pausado y regular con que has hablado", transmitiéndonos una positiva información sobre nosotros mismos.

PARTICULARIZAR LAS CARICIAS ATRIBUTIVAS

Cuando damos caricias atributivas, es importante particularizarlas respecto a la situación concreta en la que se está generando. Al hacerlo así evitaremos reforzar mandatos de contraguion y sus correspondientes sub-

yacentes mandatos inhibidores de guion. Por ejemplo, supongamos que en el guion de una persona es importante el mandato de contraguion "trabaja mucho", lo cual le lleva en su vida a trabajar mucho y a reforzar, por ejemplo, un mandato inhibitor "no disfrutes". Obviamente, si en una tarea dada, en la que admiramos cuánto ha trabajado, le decimos un generalizado "me gusta lo mucho que trabajas", lamentablemente sería una caricia atributiva que le invitaría a reforzar su mandato de contraguion. En cambio, si le decimos "me ha gustado lo mucho que has trabajado en esta tarea", particularizando la caricia atributiva respecto a la situación dada, ayudaremos a evitar reforzarlo.

Por otra parte, muchas veces cuando la persona acepta y expresa un mandato de contraguion, con ello expresa también, en parte, alguna predisposición natural positiva relacionada con el mandato. Por ejemplo, en el caso anterior de la persona regida por "trabaja mucho", es probable que ella tenga, por sí misma, una predisposición natural a la actividad. Por tanto, además de particularizar la caricia respecto a la situación, también es útil dirigirnos a la predisposición natural subyacente. Así, en el ejemplo, podemos decir a la persona "me ha gustado tu actividad trabajando en esta tarea", acariando sólo la predisposición natural y evitando reforzar el mandato de contraguion.

SOBRE LAS CARICIAS ATRIBUTIVAS NEGATIVAS

Las caricias atributivas negativas son inevitables cuando el talante natural de otra persona interfiere con el nuestro, creándose una situación de conflicto. Pero se trata entonces de un conflicto natural, que no es resultado del guion negativo de ninguno. Los dos "estamos bien", pero es natural que nos sintamos mal por aquella incompatibilidad natural. Supongamos, por ejemplo, que estoy con una persona para la cual su talante natural es acercarse a los demás, hasta tal punto que entra en mi espacio vital. En

cambio, mi talante natural es alejarme de los demás para mantener mi espacio vital. Es natural que me sienta molesto con esta persona por su "invasión", tanto como es también natural para ella que se sienta mal conmigo por mi "retirada". Generalmente, este tipo de situación suele resolverse intuitivamente, hasta lograr una distancia personal cómoda para los dos, pero supongamos que esto no se logra y sigo teniendo dificultad. Necesitaré, entonces, darle una caricia atributiva negativa. Lo mejor es también particularizar la caricia a la situación aquí-y-ahora, aceptando el talante natural de la otra persona y expresándole mi dificultad como una consecuencia de mi propio talante natural. Puedo decirle, por ejemplo, "comprendo que está bien para ti acercarte, pero yo necesito también mi propio espacio, ¿está bien para ti mantener más distancia?" Tal vez la persona puede igualmente sentirse mal, pero al menos así no le invitaremos a vivir "estar mal".

CONCLUSION

Las caricias atributivas constituyen un estímulo importante para actualizar y reforzar todo lo que, ya sea física o psicológicamente, somos de una manera única y singular. A nivel práctico, su uso en psicoterapia y en el trabajo de crecimiento personal, lo he experimentado como un poderoso instrumento para ayudar a tomar conciencia de nuestras particularidades, facilitando la consolidación de un sentido de autoestima diferenciado y de una sólida identidad personal. A nivel teórico, el concepto de caricias atributivas tiende un puente entre las caricias incondicionales y las condicionales, por lo general conceptualmente contrapuestas.

BIBLIOGRAFIA

- Berne, E. (1964) *Games people play: The psychology of human relationship (Juegos en que participamos)*. New York, Grove. (Traducción al Español publicada en 1974).
- Burks, J. & Rubenstein, M. (1979) *Temperament styles in adult interaction: Applications in psychotherapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Gordon, T. (1977) *P.E.T.: Padres eficaz y técnicamente preparados [P.E.T.: Parent effectiveness training]* (G. García, Trad.). México, Editorial Diana. (Trabajo original publicado en 1970).
- Hobbs, G.W. (1984) *Magister Dixit. Transactional Analysis Journal*, 14 (3), 174-179.
- James, M. (1981) *Breaking free, Self-reparenting for a new life (¡Libre!)*. Massachusetts, Addison-Wesley. (Traducción al Español publicada en 1982).
- Maslow, A.H. (1975) *El Hombre Autorrealizado [Toward a psychology of being]*. Barcelona, Editorial Kairós. (Trabajo original publicado en 1968).
- Oller, J. (1986a) Las caricias atributivas. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 12, 261-264.
- Oller, J. (1986b) Las caricias atributivas en la empresa. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 13, 329-334.
- Oller, J. (1988) *Vivir es autorrealizarse: Reflexiones y creaciones en Análisis Transaccional*. Barcelona, Editorial Kairós.
- Seligman, M.E.P. (1981) *Indefensión [Helplessness]* (L. Aguado, Trad.). Madrid, Editorial Debate. (Trabajo original publicado en 1975).
- Soufre, A. (1979). Socioemotional development. In J. Osofsky (Ed.) *Handbook of Infant Development* (462-516). New York, Wiley & Sons.
- Spitz, R. (1945) Hospitalism: Genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Wollams S. & Brown, M. (1978) *Transactional Analysis*. Dexter, Huron Valley Institute Press.

LAS PARADOJAS DE LA INTEGRACION Y LA NECESIDAD DE UNA EPISTEMOLOGIA PARA TODA ACTIVIDAD PROFESIONAL CLINICA Y EDUCATIVA

JOSEP LLUIS CAMINO

Presidente de ACAT
Barcelona

RESUMEN

La integración en psicoterapia surge como un contrapeso a la proliferación de formas de psicoterapia, pero la misma integración debe ser controlada mediante una adecuada epistemología de base para no caer en un eclecticismo de dudosa operatividad clínica.

Hoy se habla mucho de psicoterapias integradas y también de educación integrada. ¿Qué finalidad persigue esta tendencia?

Según Lázarus y Messer (1982) la integración en psicoterapia surge ante el descontento por la excesiva proliferación de psicoterapias. O sea, se busca una línea de unificación-homologación de diferentes técnicas, de donde surja una "sintaxis general" para aplicar al cambio de conducta. Esa fue la pretensión de Bandler y Grinder (1975), y surgió, como una consecuencia paradójica, otra nueva técnica de "cura": la PNL, que muchos terapeutas pretenden, a su vez, integrar.

La **Psicosíntesis**, nueva forma psicoterapéutica fundada por Roberto Assagioli, que pretendía una síntesis de la psicología dinámica junto con la filosofía india y la psicología oriental, llega a utilizar hasta 40 técnicas diferentes.

Las **Terapias Transpersonales**, por su parte, también pretenden una "integración" de todas las técnicas precedentes en una terapia integrativa trascendente (metafísica), que algunos pueden confundir con trascendental en sentido kantiano, o sea, de ciencia empírica.

En 1983 se creó "The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration" (SEPI) y posteriormente (1990) en Barcelona, como una filial de la anterior, nació la "Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia" (SEIP).

Nosotros nos preguntamos si a este paso podemos caer en una "estructura de comunicación psicótica", denunciada por P. Watzlawick, o, menos dramáticamente, favorecer el caos, confundiendo integración con eclecticismo. ¿Puede hacerse realmente una psicoterapia seria en estas condiciones?

El psicoterapeuta requiere, además de los recursos humanísticos y técnicos, los recursos teóricos, o sea, el conocimiento de paradigmas, modelos, métodos, normas y valores. La pregunta sería, entonces, ¿se reduce la psicoterapia a una tecnología o pretende ser una disciplina científica? Porque toda disciplina científica reflexiona críticamente sobre sí misma y así avanza hacia nuevos conocimientos, mientras la técnica sólo se preocupa de aplicarlos. La técnica sólo reproduce, se ritualiza, tiende a la repetición mecánica del modelo aprendido; incluso ignora su eficacia.

Es en este sentido que hablamos de la necesidad de una epistemología clínica y de la educación, que nos permita conocer el tipo de reflexión sobre el que nos basamos para el consecuente enfoque metodológico.

El propio Kuhn (1990), en "La estructura de las revoluciones científicas", nos advierte que los paradigmas, que engloban las teorías, resultan esenciales para toda actividad investigadora y profesional.

CONCLUSION: pensamos que no pueden integrarse teorías incompatibles, como, por ejemplo, el conductismo y el psicoanálisis, y las técnicas, sin teorías que las arropen, pueden formar un conjunto ecléctico (collage de poca calidad), de cuya operatividad habrá mucho que dudar.

La prudente integración, hecha con criterio, de una determinada técnica a un paradigma englobante, puede ser válida en el sentido que Messer la denomina **integración asimilativa**, siempre y cuando no se pierdan de vista el modelo de persona y de sociedad que respalda toda teoría psicológica y educativa. De lo contrario, el aparente

bienestar que logra en el sujeto una terapia tecnicista puede estar encubriendo lo más auténtico de la persona: actitud crítica, comunicación, solidaridad y el sentido de la vida, con la consiguiente reflexión sobre los valores como fundamento.

Desconocer estos aspectos puede conducir a "jugar a terapias" con el consiguiente riesgo para el cliente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bandler, R. y Grinder, J. (1975) **The structure of magic: Language and therapy.** Palo Alto, California, Science and Behavior Books, Inc.
- Kuhn, T.S. (1962) **The structure of scientific revolutions.** Chicago University of Chicago Press.
- Lázarus, A.A. y Messer, S.B. (1992) ¿Prevalece el Caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. **Revista de Psicoterapia**, III, 10-11, 129-144.

ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y EDUCACION

JUAN EMILIO GONZALEZ

Vocalía de Investigación (Asociación Catalana de A.T.)
Barcelona

RESUMEN

Existe un desfase entre los objetivos prometidos respecto de la actual Reforma del Sistema Educativo y su realización. No se está dando la importancia debida a las relaciones humanas como contexto de dicha reforma, falta el protagonismo ponderado del profesor debidamente preparado que no puede reducirse a un mero ejecutor de normas dictadas, y se presenta el riesgo de caer en una tecnología mercantilista marginadora del humanismo que tiene como centro incuestionable al hombre mismo en su propia realización.

Es sorprendente observar el abismo existente entre las bienintencionadas declaraciones oficiales sobre los fines de la educación formuladas en el "Libro blanco para la REFORMA DEL SISTEMA EDUCATIVO" español y la puesta en marcha de la misma. Como su organización y despliegue en la práctica impide y niega los mismos objetivos solemnemente proclamados por sus diseñadores y gestores.

Las propuestas iniciales de la última Reforma educativa eran y son totalmente aceptables para la mayoría de los ciudadanos. Recordémoslas: "La cuestión de la calidad de la enseñanza y de su mejora aparece vinculada a la cuestión de los fines de la educación: para qué se educa, a qué metas se desea que conduzca la educación". Sobre cuáles puedan ser las metas del sistema educativo, los legisladores no parecían tener la más mínima duda: "No existe discusión sobre el hecho de que la educación tiene por finalidad la socialización de los educandos, su preparación para la vida como personas responsables, autónomas y libres

en un cierto medio social y cultural". Además de la vertiente social de la educación se reconocía otra dimensión indiscutible y complementaria, la individual o personalizada, consistente en: "favorecer el desarrollo integral de los alumnos, para hacerles capaces de comprender y de desenvolverse en su mundo, natural y social, y de situarse en él de una manera autónoma, libre y crítica, contribuyendo así, activa y responsablemente, a la construcción de una sociedad más justa y solidaria".

¿Qué ha ocurrido para que los mismos diseñadores de metas tan encomiables propicien una política educativa que frustre e impida en gran medida el logro de los objetivos propuestos por ellos mismos?

De la extrema complejidad de las posibles respuestas, apuntamos algún "olvido" que puede detectarse como variable significativa en la explicación del fracaso de la Reforma educativa. La ausencia más significativa, desde la perspectiva del **Análisis transaccional**, consiste en pasar por alto la calidad de las relaciones humanas en la es-

cuela como objetivo en sí mismo y como medio para conseguir las metas educativas propuestas.

Otro "olvido" grave consiste en no darse cuenta de que el protagonista del cambio es el profesor. Que es absurdo pretender que el profesor genere unas actitudes en los alumnos, como la comprensión crítica del medio o el desarrollo de relaciones democráticas, cuando el profesor, por su formación, ha estado alejado de tales prácticas. Los responsables de la política educativa, por otra parte, refuerzan las actitudes contrarias al cambio al tratar al profesor como un mero ejecutor de los planes burocráticamente diseñados. La autonomía de profesores y centros, declarada en todos los documentos oficiales, no puede enmascarar la ausencia total de medidas administrativas, curriculares e institucionales encaminadas a dar la palabra y la responsabilidad al profesor. En su lugar, se abruma al profesor con un cúmulo de tareas, mayoritariamente burocráticas, que coartan las energías nece-

sarias para afrontar el propio cambio en el rol profesional y personal. Acercarse a las metas de la Reforma Educativa que suscribimos exigiría la puesta en marcha de un proyecto de actualización y cambio radical del paradigma educativo.

Ese cambio radical, en la manera de pensar la educación, ha de superar el enfoque meramente tecnológico, y su encantamiento por los últimos artilugios electrónicos, así como su servilismo a las leyes del mercado planetario que parecen consagrar el individualismo y la competencia por todas partes. La **psicología humanista** tiene que volver a reivindicar sin pudores posmodernos la centralidad del hombre, del mundo de la vida. Pensamos con Habermas que el proyecto de la modernidad que la Ilustración puso en marcha no ha acabado, que hemos de seguir reivindicando la exigencia kantiana de que el hombre no puede nunca tomarse como medio, sino siempre y únicamente como fin.

EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA (1ª PARTE)

JUAN GARCIA MORENO

Universidad Complutense de Madrid
Miembro de AESPAT

RESUMEN

En esta primera parte de la publicación, se da una breve información histórica sobre el estudio del proceso psicoterapéutico, se plantean sus principales cuestiones, se ofrece una clasificación, y se trata de conceptualizar y definir el proceso de intervención y de cambio en el contexto de la Psicoterapia moderna.

1. INTRODUCCION

La "situación terapéutica" se refiere a todo lo que sucede en la sesión en un momento determinado, integrado dentro de la integración de psicoterapeuta y cliente. La secuencias de situaciones constituye el **proceso situacional**.

Hasta principios de los años 50 hubo, dentro de la psicoterapia, un **apreciable interés por el proceso de la psicoterapia**. Lo que ocurría a lo largo del proceso, era objeto de observación clínica para obtener los mejores resultados del mismo. Ya **Freud** llevó a cabo observaciones minuciosas de sus intervenciones relacionándolas con los resultados inmediatos, para conceptualizar el resultado final terapéutico. Ejemplo son sus famosos "casos clínicos" que admiran por la meticulosidad de tales observaciones y anotaciones *después de cada sesión*. Estas observaciones se presentan mezcladas con apreciaciones, reflexiones e interpretaciones subjetivas de las intervenciones y de los mecanismos subjetivos de cambio en el paciente.

Rogers, desde los años cuarenta, inicia con su equipo grabaciones magnetofónicas y filmaciones de todas las interacciones del

terapeuta y cliente para someterlas a un minucioso análisis utilizando, incluso, esquemas codificadores, como el de Porter (1950). La preocupación de Rogers, no consiste en observar, analizar e interpretar subjetivamente el proceso, como hiciera Freud, sino en comprobar (basándose en los registros de las sesiones) lo más objetivamente posible lo que había sucedido dentro de la interacción terapéutica, tanto a nivel de intervención como de reacción y cambio en el cliente. Este análisis investigador objetivo le llevará a especificar "a posteriori" los procedimientos terapéuticos utilizados (p.e. variedad de reflejos de la comprensión empática del psicoterapeuta) y de los cambios que se van sucediendo a lo largo del proceso en el propio cliente, llegando, incluso, a describir las etapas del proceso general. Fruto de estas observaciones e investigaciones son sus inferencias inmediatas que constituyen su "Teoría de la Terapia", de la que deducirá su "Teoría de la Personalidad y de la Dinámica de la Conducta", la "Teoría del Funcionamiento Óptimo de la Personalidad", y la "Teoría de las Relaciones Humanas". Rogers fue el iniciador, en sentido moderno, de la investigación basada en registros objetivos de *aspectos puntuales del proceso*

de intervención de la psicoterapia relacionados con la *efectividad puntual*. Para **Bastine, Fiedler & Kommer** (1990):

"Las investigaciones procedentes de la Terapia Centrada en el Cliente, en las que se analizaban objetivamente aspectos del proceso terapéutico estrechamente relacionados con el resultado, representaban una excepción a la tendencia dominante (v. p.e. Rogers & Dymond, 1954)" (pág. 40).

A partir del año **1952** (y hasta los años 80), en que Eysenck cuestiona la eficacia de la psicoterapia tradicional, se generaliza absolutamente la investigación del **resultado global de todo el proceso**, dando de lado al estudio continuado del curso del proceso. Según **Bastine, Fiedler & Commer** (1990):

"A principios de los años 50 aún prevaecía en la psicoterapia un interés teórico-conceptual por el curso del proceso terapéutico, a semejanza de lo que sucedía en la casuística clínica de orientación psicoanalítica, aunque con exigencias metodológicas diferentes. Pero, estos estudios sobre la eficacia, tales como las investigaciones pioneras del Instituto Psicoanalítico de Berlín sobre el éxito de los tratamientos psicoanalíticos (v. Fenichel, 1930), eran relativamente escasos y poco elaborados metodológicamente" (pág. 39).

A partir de 1952, el susodicho cuestionamiento de Eysenck dará lugar a una verdadera inundación de investigaciones y publicaciones en torno al estudio de la eficacia global de la psicoterapia que culminará en años más recientes en un reconocimiento de la efectividad de la psicoterapia globalmente considerada (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Bergin & Lambert, 1978; Smith, Glass & Miller, 1980), y de la no superioridad demostrada, en general, de unos enfoques sobre otros (Bastine, 1982; Grawe, 1982a).

Esta falta de éxito en la demostración de la "eficacia comparativa" de unas formas de psicoterapia sobre otras contribuirá a empujar la investigación a fondo del *proceso puntual y global de la psicoterapia*. ¿Cómo es posible que sistemas tan dispares obtengan los mismos o parecidos resultados globales? ¿Qué ocurre a lo largo de todo el proceso? ¿Qué relación existe entre lo que realmente se hace (no lo que se dice que se hace) durante el proceso situacional terapéutico y lo que verdaderamente se obtiene como resultado?

Por ello, **desde los años 80** se retoma el interés general por la investigación del *curso del proceso de la efectividad de la psicoterapia*, pero con un contexto científico, unos objetivos y metodología más operativos y eficientes. Según **Bastine et al** (1990):

"Desde principios de los años 80 la investigación del proceso psicoterapéutico vuelve a constituir un centro de interés, de forma que podríamos hablar de una 'nueva perspectiva del proceso' en psicoterapia" (Greenberg & Pinsof, 1986a, b, pág. 39).

Se pasó, por tanto, del estudio de la efectividad global y comparativa de la psicoterapia al estudio de los **factores de efectividad del "curso" del proceso** de la psicoterapia. A partir de ahora, no interesará tanto el estudio de la efectividad global de los sistemas psicoterapéuticos ("procesos globales") cuanto la investigación de intervenciones específicas relacionadas con resultados específicos ("subprocesos específicos"). Estos subprocesos específicos, que tienden a repetirse en muchas situaciones, deben de ser investigados, pues su especificidad puede propiciar hallazgos más significativos y replicables en la psicoterapia aplicada de cualquier orientación. **Goldfried** (1991) afirma que:

"Un renovado interés ha emergido en los últimos años sobre la investigación del proceso de la psicoterapia, como

reacción al frecuente hallazgo de la no superioridad de unos enfoques sobre otros, (...) centrándose en las unidades que ocurren dentro del tratamiento, intentando aislar las variables que contribuyen al cambio, y asumiendo una orientación no tanto teórica, respecto de los enfoques, sino transteorética (e.g. alianza terapéutica)" (pág. 13).

El estudio actual del proceso psicoterapéutico está siendo abordado desde distintos puntos de vista y es verdaderamente complejo. Comprende problemas metodológicos, evaluativos y de contenido. Al principio de la psicoterapia el clínico intentaba controlar el proceso mediante juicios, impresiones y asunciones teóricas para guiar y valorar el tratamiento, y obtener unos resultados finales que a él, al cliente y allegados les parecieran adecuados. Pero se pudo comprobar que esto era realmente insuficiente por falta de rigor objetivo (Beutler, 1990). Se precisó de instrumentos evaluativos más objetivos para el control de las variables intervinientes. La vuelta al interés objetivo (Rogers fue el iniciador) por el estudio del curso del proceso se hace actualmente dentro de un contexto científico, metodológico y temático renovado.

Las características principales de la nueva situación, de más madurez investigadora, se podría concretar en las siguientes:

- Un interés por *superar la dicotomía entre proceso y efectividad*, resaltando la interdependencia de procesos específicos de intervención y resultados específicos en el paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico. La susodicha dicotomía entre la investigación del resultado global (¿la psicoterapia es efectiva?) y la del proceso (¿por qué es efectiva?) es poco realista y nada práctica. Actualmente, como ya apunté antes, se estudia no tanto la efectividad global-final de cada tratamiento (que ya quedó demostrada) cuanto la puntual de cada unidad o evento de efectividad, a través de la investigación de los subprocesos y microprocesos del cambio;

- Una conceptualización del *proceso global como algo heterogéneo* y, por tanto, divisible en etapas y unidades sujetas al análisis de la investigación;
- *Nuevos y mejores instrumentos evaluativos* para el mejor control de las variables intervinientes;
- *Perfeccionamiento del registro técnico* (audio, video) de los acontecimientos acaecidos durante el proceso y de los procedimientos estadísticos para el análisis de los datos;
- Un *interés por romper la separación entre "praxis terapéutica" e "investigación"* confirmado tanto por encuestas como por entrevistas (Morrow-Bradley & Elliot, 1986; Cohe, Sargent & Sechrest, 1986). La norma debe ser: caso tratado, caso investigado.
- Por otra parte, *se está intentando superar la separación entre los factores terapéuticos que se ofrecen dentro de las sesiones y los que se producen entre ellas*. El terapeuta y cliente son sistemas interactivos con todas sus circunstancias, contexto inmediato y ambiente. Aunque la investigación de lo que ocurre "inter-sesiones" es mucho más difícil, debido al control de otras muchas variables.

2. CUESTIONES FUNDAMENTALES

Las cuestiones fundamentales que se plantea el estudio del curso del proceso son las siguientes: ¿Qué se hace realmente dentro de las sesiones de psicoterapia? Pues, parece que una cosa es lo que decimos que hacemos y otra lo que verdaderamente hacemos al margen de nuestras teorías. ¿Cómo los diversos factores curativos afectan al cambio? ¿Qué procesos psicológicos específicos están implicados? ¿Cómo conseguir tratamientos integrados en el contexto de una teoría o, incluso, de una metateoría, procedentes de diferentes orientaciones, para conseguir más y mejores resultados? ¿Cuáles son las unidades del cambio. ¿De qué manera están relacio-

nadas el resultado puntual de cada "evento" o unidad de intervención con el resultado final del proceso terapéutico? Estas y otras cuestiones se plantea la investigación actual del proceso de la psicoterapia. Son cuestiones espinosas que aún no han sido claramente definidas, ni adecuadamente contestadas (Slipp, 1982).

2. CLASIFICACION DEL PROCESO

Por lo que vengo exponiendo, también aquí se puede hablar del "mito de la uniformidad del proceso". El término "proceso terapéutico" puede ser entendido y utilizado de muchas formas diferentes. Según **Garfield** (1986):

"Existen demasiadas clases de psicoterapia como para tratarlas como un proceso unitario, y los procesos y procedimientos utilizados son muchos y frecuentemente complejos" (pág. 135).

Los diversos enfoques disponen de manuales y antologías para describir metodológicamente el proceso de la intervención de la psicoterapia, y frecuentemente aparecen artículos especializados en revistas para conceptualizar y describir las fases de algún tratamiento determinado (Goldfried, 1991). Cada enfoque describe su propio proceso.

Basado en la literatura representativa del campo de la psicoterapia, ofrezco la siguiente **clasificación** que podría después ayudar a conceptualizar y definir el proceso terapéutico.

Según su *amplitud*, el proceso puede ser: "proceso" (con una secuenciación de fases), "subprocesos" (unidades globalizadas del proceso) y "microprocesos" (basado en eventos específicos que constituyen las unidades mínimas específicas del proceso terapéutico);

Según la *importancia* y repercusión en el resultado global y final de la psicoterapia: subprocesos "básicos" o fundamentales, y "secundarios" o accesorios;

Teniendo en cuenta la *generalidad o especificidad de los subprocesos entre enfo-*

ques, población de clientes y problemas tratados: subprocesos "comunes" o "específicos";

Considerando las *variables dependientes de la persona* sobre las que incide el tratamiento: subprocesos "biológicos", "psicológicos" (cognitivos, emocionales, conductuales) y sociales;

Enfocando a la *situación*: subprocesos "intra" e "inter" sesiones;

Según el *nivel de intervención y de resultado subjetivo*: subprocesos "de intervención" (debido a técnicas y estrategias), y "subjetivos de cambio" (mecanismos subjetivos en el cliente que median el cambio) y subprocesos "interactivos-mixtos" (complementariamente, intervención y mecanismos subjetivos de cambio).

4. CONCEPTUALIZACION Y DEFINICION DEL PROCESO TERAPEUTICO

El **Diccionario de la Lengua Española** de la R.A.E. de la L., define en general el término "proceso" (Del lat. *processus*): "Acción de ir hacia adelante. Transcurso del tiempo. Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno, etc."

El psicoanalista **Etchegoyen** (1986) distingue dentro del "proceso terapéutico", entre lo que deviene y fluye en el tiempo fuera del sujeto ("situación analítica" o "campo dinámico") y lo que acontece dentro del sujeto ("dinámica interna") precediendo al resultado.

Según **Kiesler** (1973) la investigación del proceso terapéutico está constituida por:

"...cualquier investigación que, totalmente o en parte, contiene como datos alguna medida directa o indirecta de la conducta del paciente, del terapeuta o de la diada (interacción paciente-terapeuta) en la entrevista terapéutica" (pág. 2).

Como se ve, las anteriores definiciones del proceso terapéutico tienen en cuenta sólo el proceso intra-sesión. La siguiente definición de **Greenberg & Pinsof** (1986) considera a terapeuta y cliente no como

personas aisladas, sino como sistemas que implican a todas las personas y circunstancias relacionadas con el proceso dentro y fuera de las sesiones terapéuticas:

"La investigación del proceso terapéutico es el estudio de la interacción entre los sistemas del paciente y del terapeuta. El objetivo de la investigación del proceso es identificar los procesos de cambio que tienen lugar en la interacción entre esos sistemas. La investigación del proceso cubre todas las conductas y experiencias de esos sistemas, dentro y fuera de las sesiones de tratamiento, que afecten al proceso de cambio" (pág. 18).

5. PROCESO, SUBPROCESOS Y MICROPROCESOS

La división del proceso en subprocesos y microprocesos para hallar la realidad básica de la intervención terapéutica en relación con la realidad básica del cambio personal, es la gran originalidad de la ciencia psicoterapéutica de los tiempos presentes. Es la única forma de desvelar los mecanismos del cambio, y de poder llegar a especificar los "principios terapéuticos", para reconfigurar radicalmente la psicoterapia.

El **proceso** cubre todo el devenir de la intervención y todo el resultado global. Era lo que se consideraba al investigar la efectividad global y comparativa de las psicoterapias. Interesaba estudiar globalmente si eran o no efectivos los tratamientos aplicados en el contexto de los diversos enfoques psicoterapéuticos.

El proceso integra los **subprocesos** que se constituyen por aquellas intervenciones y mecanismos subjetivos de cambio que contribuyen mediatamente al resultado global de un tratamiento. Son unidades menos amplias que los procesos y más amplias que las constitutivas de los microprocesos. Lo que frecuentemente se denomina, dentro

del factor de efectividad del cliente, como procesos o mecanismos subjetivos del cambio, son exactamente subprocesos que contribuyen al proceso global del cambio. Por ejemplo, "la abreacción catártica", "la experiencia emocional correctiva", "el insight", etc., son subprocesos mentales de cambio debidos a intervenciones por la aplicación de variadas técnicas y estrategias específicas. Para ser exactos y no perderse en este campo, se debería distinguir, por lo dicho, entre "procesos globales", sea de intervención ("tratamiento general") sea de cambio interno y conductual ("resultado general"), "subprocesos" como serie de intervenciones y de resultados que median entre los procesos generales y los microprocesos que constituyen las unidades mínimas de dicho proceso.

Los **microprocesos** están constituidos por aquellas unidades mínimas de intervención y cambio subjetivo. Actualmente la investigación trata de aislar, dentro de los subprocesos, aquellas unidades terapéuticas, que se supone están en la base misma de la efectividad terapéutica. Se trata de averiguar lo que realmente y específicamente se hace aquí y ahora en la interacción, comprobar cómo está relacionado puntualmente con un resultado específico observable y evaluable, e inferir lo más objetivamente posible los mecanismos de cambio "más fundamentales" que probablemente se están dando dentro del sujeto. Este estudio podrá, en un futuro más o menos lejano, reconfigurar el panorama de la Psicoterapia en pro de una mayor efectividad.

Nota.—En la **segunda parte**, a publicar en el próximo Nº 36, completaré la exposición sobre el "proceso".

Las **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS** se publicarán al finalizar esta serie de artículos de temática centrada en la "efectividad de la Psicoterapia".

AUTOANÁLISIS DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN A.T. INTEGRATIVO

(Este artículo fue publicado originalmente en *Transactional Analysis Journal*, 1984, 14, 63-67)

MICHEL NOVELLINO

RESUMEN

Se presenta un marco para la integración del autoanálisis de la contratransferencia en la orientación actual del A.T. Se introducen los conceptos de análisis pragmático y genético. Se describen las reacciones de contratransferencia más comunes.

INTRODUCCION

El propósito de este artículo es presentar las líneas generales clínicas y teóricas que pueden ser usadas como base para la inserción del análisis de la contratransferencia en la actual orientación "integrativa" del A.T. El concepto de "A.T. integrativo" se relaciona aquí con la actual tendencia de encajar los conceptos psicoanalíticos en el marco de referencia del A.T. Algunos ejemplos son los artículos sobre tipos de personalidad (Haykin, 1980), condiciones borderline (Woods y Woods, 1982), resistencia (Novellino, 1981) y transferencia (Moiso, 1983).

En la práctica del psicoanálisis el uso clínico de la contratransferencia ha tenido una notable evolución (Orr, 1954). Al principio, este fenómeno se veía como un elemento de perturbación de la relación terapéutica; pero la tendencia actual es considerarlo como un importante elemento en la comprensión de la dinámica más profunda del paciente.

Langs (1974) fue más allá al afirmar que detrás de cada error técnico hay un problema de contratransferencia. Por lo demás es suficiente recordar que la profesión de psicoterapia asume, generalmente, el significado de lo inconsciente (Gitelson, 1952) negando la situación depresiva básica, y como una consecuencia, frente al deseo de cura,

existe una tendencia a no curar (Langs, 1974). Todo esto se apoya en un deseo inconsciente privado muy real de ligar el paciente al terapeuta. La falta de comprensión y aceptación de este y otros fenómenos internos en el terapeuta bloquean el proceso terapéutico que de otra forma sería efectivo y bien planeado: El mismo principio es aplicable tanto al marco psicoanalítico como al marco psicoterapéutico.

DEFINICION

En la literatura psicoanalítica hay dos definiciones comunes de contratransferencia. La primera se refiere a la respuesta psicológica total del terapeuta al paciente. La segunda considera, de una manera restrictiva, la reacción psicológica del terapeuta basada en una reviviscencia de su experiencia infantil. En este artículo usaré la segunda definición; ésta está cerca de la descripción de Berne de transferencia y contratransferencia (1961) como una relación clínica basada en transacciones cruzadas.

Clínicamente es útil considerar los siguientes tipos de contratransferencia:

1. **Identificación conforme:** El terapeuta, en su empatía, descubre algo que pertenece al paciente como si fuera

suyo propio; por ejemplo se siente triste y descubre que el paciente está sintiendo alguna pérdida sin darse cuenta de ello. Aquí la identificación es Niño-Niño, pero puede implicar cualquier otro estado del yo.

2. **Identificación complementaria:** El terapeuta, se identifica con el objeto que el paciente proyecta; por ejemplo, se siente irritado con las quejas del paciente y vence la contra-resistencia del paciente.
 3. **Positiva:** El proceso interno que proporciona la energía para entender al paciente y vence la contra-resistencia del terapeuta.
 4. **Negativa:** El proceso interno que causa el fenómeno de la contra-resistencia.
- El concepto de A.T. que describe los fenómenos equivalentes a la contratransfe-

rencia es el de "goma elástica". En esta perspectiva el proceso de contratransferencia consiste en la activación de una "goma elástica" en el terapeuta en respuesta a un estímulo procedente del paciente. Este mecanismo conduce al terapeuta al pasado, a una escena del protocolo, reactivando las creencias del guión y los sentimientos parásitos conectados con esa escena (Erskine y Zalcman, 1979). La revivencia de este material da lugar a cuatro tipos de fenómenos:

1. **Procesos de comportamiento:**
 - a) Microcomportamientos: "impulsos".
 - b) Macrocomportamientos: "Juegos", acting-out (ver tabla 1).
2. **Procesos cognitivos:** fantasías, sueños, mecanismos de "descuento", prejuicios.
3. **Procesos emocionales:** ansiedad y fenómenos depresivos (ver tabla 1).

4. **Procesos somáticos:** manifestaciones hipocondríacas, síntomas psicósomáticos.

Estos fenómenos tendrán dos resultados dependiendo del diálogo interno del terapeuta cuando se confronta las manifestaciones que percibe. Si la respuesta consiste en un mensaje de contraguion, como del tipo "Sé fuerte / Sé perfecto" y un mandato del tipo "No sientas", la tendencia será a reprimir el material contratransferencial que emerge. La consecuencia de la represión será una inevitable "contra-resistencia" (Kernberg, 1965) que amenazará las bases de la alianza terapéutica. La relación estalla en un diálogo de sordomudos en la medida en que el terapeuta, en respuesta a su propia contratransferencia, se bloquea para observar las señales del paciente que han estimulado la contratransferencia misma. Alternativamente, el material de contratransferencia puede ser constructivo; esto es, el material puede estar bajo "control".

El presupuesto de esta posición es que el diálogo interno del terapeuta será "permissivo" ("está bien que sientas, tengas fantasías", etc.).

Esto alivia al Niño del peso de "no debes sentir X" en tu relación con el paciente. El Adulto del terapeuta puede entonces entender los fenómenos internos que experimenta frente al paciente y utilizarlos metódicamente al servicio de la terapia.

El corolario indispensable de esta situación intrapsíquica del terapeuta es que se adhiere a un sistema de referencia teórico que promueve los siguientes aspectos:

1. **La existencia de fenómenos definidos como de "contratransferencia".**
2. **Su importancia clínica.**
3. **Su utilidad metodológica.**

IMPORTANCIA CLINICA DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Transferencia y contratransferencia son dos lados de la misma moneda que se originan recíprocamente el uno frente al otro. Ambos están siempre presentes (Money-

Kyle, 1956) y la contratransferencia es estimulada en el terapeuta porque el paciente representa a alguno de sus objetos internos. Por ejemplo, el paciente adopta el rol social de "Víctima", y el terapeuta se da cuenta de que está irritado con el paciente (tiene tendencia a entrar socialmente en el rol de "Perseguidor"). Entonces desde el punto de vista del autoanálisis de la contratransferencia, el rol social de "Víctima" del paciente ha enganchado el rol psicológico de "Víctima" ("Debilidad") del terapeuta. Este fenómeno fue definido anteriormente como "identificación complementaria", en la cual el terapeuta intenta defenderse proyectando.

Este análisis encaja con el modelo de Kahler (1978) referente a la secuencia del diálogo interno. De acuerdo con este autor una relación "Perseguidor-Víctima" es analizable basándonos en el concepto de que el "Perseguidor" social proyecta su propia "Víctima" psicológica sobre otro que a su vez proyecta su rol psicológico de "Perseguidor". Todo ello es como el juego de los espejos en el que cada jugador guarda para sí mismo uno de los roles y atribuye el segundo al otro. La contratransferencia surge del proceso por el cual el terapeuta se convierte, paradójicamente, en ambos: el objeto y el intérprete del mismo fenómeno.

Estamos ahora enfrentados con una relación circular en la que la contratransferencia y la transferencia reflejándose y reforzándose una a otra, crean las premisas acerca de cómo y por qué la alianza terapéutica es reforzada o socavada. Es reforzada si la contratransferencia está bajo "control", o socavada si la contratransferencia es auto "reprimida".

El inconsciente funciona de acuerdo con el principio de "ojo por ojo" (Little, 1957), y por tanto una contratransferencia negativa corresponderá a una transferencia negativa y viceversa. Podemos por tanto deducir que el trabajo del terapeuta es analizar su propia contratransferencia negativa mientras mantiene la positiva; de este modo, ayuda al paciente a redescubrir la transferencia positiva por debajo de la negativa (Langs,

EXPRESION POR EL TERAPEUTA	
<p style="text-align: center;">HOSTILIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rabia manifiesta. • Hostilidad. • Sobredetallismo. • Provocaciones. • Demandas obsesivas. • No creen al paciente. • Intervenciones que son demasiado profundas. • Acting-out (llegar tarde, etc.). • No intervenir cuando es necesario. 	<p style="text-align: center;">SEDUCCION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentarios seductores. • Excesivo interés en materia sexual. • Excesiva referencia al material terapéutico por el terapeuta. • Caricias inapropiadas (especial físicas).
EXPRESION POR EL PACIENTE	
<p style="text-align: center;">HOSTILIDAD</p> <p style="text-align: center;">Críticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erotismo enmascarado. • Deseo de escapar. • Hostilidad desplazada. • Depresión. • Fantasías auto-agresivas. • Acting-out. • Regresión. • Aumento de los síntomas. 	<p style="text-align: center;">SEDUCCION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actuación sexual directa o enmascarada. • Escapadas homosexuales. • Rabia. • Depresión. • Interrupción de la terapia. • Regresión. • Aumento de los síntomas.

Tabla 1.-Contratransferencia negativa.

1974; Racker, 1968; Reich, 1957). Un ejemplo clínico lo proporciona el paciente deprimido: A menudo la irritación del terapeuta hacia el paciente, que "no puede hacerlo... de ninguna manera lo hace", es un reflejo de la rabia que el paciente reprime y dirige contra sí mismo. La contratransferencia es el factor que ayuda al psicoterapeuta a controlar el rol que el paciente induce inconscientemente en el terapeuta y, por tanto, ayuda a entender de manera más completa la relación en marcha. Para hacer esto el terapeuta debe dividirse en una parte que observa de manera racional (A2) y en una parte irracional que se identifica con el paciente (A1).

AUTOANÁLISIS DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Se han identificado los siguientes estadios:

1. **Permiso para tener contratransferencia.**
2. **Comprensión.**
3. **Evitar una intervención.**
4. **Análisis de la contratransferencia** (realizado por medio de autoanálisis, análisis dado por otro terapeuta, o por supervisión).
5. **Uso de la contratransferencia.**

Vamos ahora a analizar cada fase en más detalle.

1. El primer estadio **permiso**, no es una estrategia técnica sino una premisa intrapsíquica descrita anteriormente como "definición".
2. **Comprensión** se refiere a reconocer las siguientes señales:
 - a) **Ansiedad:** Ésta puede ser depresiva: "Yo he destruido al paciente", o paranoide: "El paciente quiere destruirme";
 - b) **Agresividad:** Ésta ocurre generalmente como reacción a una frustración, actual o fantaseada, en los deseos del terapeuta;
 - c) **Sentimiento de culpa:** El terapeuta teme el castigo de su Padre,

por ejemplo, después de un deterioro del paciente;

- d) **Enojo:** Normalmente es una respuesta inconsciente a la separación del afecto por parte del paciente, de acuerdo con la ley del "ojo por ojo".

Otras señales de alarma importantes son:

- a) **Fantasías sexuales y agresivas;**
- b) **Sueños repetitivos;**
- c) **Pobres avances en la terapia;**
- d) **Antipatía crónica;**
- e) **Simpatía excesiva;**
- f) **Preocupación por el paciente fuera de la sesión.**

3. Es una buena regla **evitar las intervenciones**, sobre todo profundas, hasta que la contratransferencia haya sido analizada (Langs, 1974).

Un psicoterapeuta, que está trabajando bajo la influencia de una reacción de contratransferencia negativa, usará una técnica inapropiada o cualquier otra apropiada usando un estado del yo funcional negativo.

4. **El análisis de la contratransferencia** se basa tanto en material originado en el paciente como en el terapeuta. Consideremos este material en más detalle:

- a) El material significativo, con origen en el paciente, consiste tanto en las respuestas descritas en la Tabla 1 como en el llamado "síndrome hiatrogénico" (Langs, 1974). Estos síndromes son reacciones psicopatológicas agudas del paciente (depresión, síndromes paranoides, reacciones obsesivas, transferencia erotizada) que, aunque toman su forma particular según la estructura y el guión del paciente, son desencadenados por errores técnicos que resultan de contratransferencia negativa no resuelta. Esto no es disminuir la importancia de la llamada "Cura por contratransferencia" (Money-Kyrle, 1956), que son escapes rea-

les de la terapia en reacción a la contratransferencia negativa. Durante estos procesos el paciente, para protegerse de la agresividad o seducción del terapeuta, finge, con su Niño Adaptado, una cura y un cambio sin ninguna reestructuración interior básica.

- b) El análisis del material, con origen en el terapeuta mismo, puede ser trabajado durante la sesión o después de la sesión en supervisión. Un análisis, como éste, toma dos formas que están interrelacionadas: **pragmática y genética.**

El **análisis pragmático** se refiere al "qué" y es "funcional" en el sentido de que está relacionado con las manifestaciones externas no OK de la contratransferencia:

- 1) estados del yo funcionales negativos;
- 2) roles dramáticos;
- 3) impulsores;
- 4) comportamientos pasivos.

El **análisis genético** se refiere al "por qué" y es estructural en el sentido de que está relacionado con las raíces intrapsíquicas de las manifestaciones no-OK. Esto se basa principalmente en el autoanálisis de las "gomas elásticas":

- "¿A quién me recuerda mi paciente?"
- "¿Con quién hago yo cosas semejantes o siento sentimientos semejantes?" La pregunta fundamental es:
- "¿Cómo encaja esta persona en mi guión?"

La toma de conciencia (insight) puede ser suficiente, dependiendo de la intensidad de la respuesta de contratransferencia y del grado de impasse que esté implicado. Una revivencia muy intensa de la decisión de guión con un "impasse" de segundo o tercer nivel podría requerir trabajo terapéutico de tipo redecisional.

5. **El uso de la contratransferencia** es

una consecuencia directa del material que emerge durante el análisis de la contratransferencia. Las cuestiones fundamentales son:

- a) ¿Qué hace el paciente que causa mi reacción y cómo puedo usar este conocimiento en el problema del paciente?

- b) ¿Qué comportamiento exhibo y qué impacto tiene en el paciente?

El método a seguir podría ser resumido en la siguiente cuestión:

- "Si el material que emerge en la contratransferencia hubiera sido una parte del paciente, ¿qué me podría haber dicho sobre este problema?"

EJEMPLOS CLINICOS

Frecuentemente aparecen círculos viciosos en la relación paciente-terapeuta en psicoterapia, causados por contratransferencia no analizada. Los siguientes ejemplos constituyen momentos de "impasse" terapéuticos clásicos:

1. El paciente proyecta en el terapeuta su propio "Padre Nutritivo Negativo", asume el rol social de "Víctima" y comienza a jugar "Patéame". El terapeuta se identifica a sí mismo como el "Padre Nutritivo Negativo" del paciente (identificación complementaria), se siente irritado y, entonces, adopta el rol social de "Perseguidor". De este modo, la falta de comprensión del proceso por el terapeuta crea una pseudo-alianza sadomasoquista "Perseguidor-Víctima".
2. El paciente, con el fin de defenderse de la anterior posición, se identifica con su propio "Padre Nutritivo Negativo", proyectado en el terapeuta su propio rol psicológico de "Víctima". El terapeuta acepta esto, entrando en una contratransferencia depresivo-paranoide.
3. Otra situación a considerar es cuando el terapeuta se da cuenta de que

ha cometido un error. Este se convierte en una prioridad terapéutica absoluta. Una vez que el error ha sido identificado, el primer paso es hacérselo saber al paciente (Langs, 1974) sin, no obstante, caer en un estado resignado que cree el peligro de una pseudo-alianza de "Víctima-Salvador o Perseguidor". Después de haber admitido el error, el siguiente paso es analizar con el paciente cómo reacciona él al error del terapeuta y al hecho de que admita haberlo hecho.

Traducción: **Jesús Cuadra Pérez**, Psicólogo. Analista Transaccional

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Berne, E. (1961) **Transactional analysis in psychotherapy**. New York, Grove Press.
- Erskine, R.G. & Zalcman, M.J. (1979) The racket system. **Transactional Analysis Journal**, 9, 1, 51-59.
- Gitelson, M. (1952) The emotional position of the analyst of the psychoanalytic situation. **International journal of psychoanalysis**, 3, 1-10.
- Haykin, M. (1978) Type casting. **Transactional Analysis Journal**, 10, 4, 354-364.
- Kahler, T. (1978) **Transactional analysis revisited**. Little Rock, Human Development Publications.
- Kernberg, O. (1965) Notes on countertransference. **Journal of the American psychoanalytic association**, 13, 38-56.
- Langs, R. (1974) **The technique of psychoanalytic psychotherapy**. New York, Jason Aronson.
- Little, M. (1957) Countertransference and the patient's response to it. **International journal of psychoanalysis**, 32, 32-40.
- Moiso, C. (1983) Analisi strutturale delle relazioni transferali. **Neopsiche**, 1, 1, 14-20.
- Money-Kyrle (1956) Normal countertransference and some of its deviations. **International journal of psychoanalysis**, 36, 360-366.
- Novellino, M. (1981) Un approccio triadico alla resistenza in psicoterapia. **Paper presented at First Italian TA Congress**. Rome.
- Orr, D. (1954) Transference and countertransference: A historical survey. **Journal of the American psychoanalytic association**, 2, 621-670.
- Racker, H. (1968) **Transference and countertransference**. London, The Hogarth Press.
- Reich, A. (1957) On countertransference. **International journal of psychoanalysis**, 32, 25-31.
- Woods, K. & Woods, M. (1982) Treatment of borderline conditions. **Transactional Analysis Journal**, 12, 4, 288-300.

EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA (1ª parte)*

RICHARD G. ERSKINE, PH.D.
REBECCA L. TRAUTMAN, RN., M.S.V.

Institute for Integrative Psychotherapy
New York, N.Y.

De la misma forma que las personas y sus relaciones son procesos dinámicos, lo mismo ocurre con el desarrollo de la teoría que se origina desde el proceso dinámico de cada reacción terapéutica que guían e informan esta teoría. De esto es de lo que nos gustará tener la oportunidad de hablar en este Seminario; de cómo se ha desarrollado la Psicoterapia Integrativa, lo que pensamos de ella y de cómo la practicamos.

El término "Integrativa" de la Psicología Integrativa, tiene numerosos significados. Se refiere al proceso de integrar la personalidad, ayudando al cliente a asimilar y armonizar los contenidos de sus Estados del Yo, relajar sus mecanismos defensivos, renunciar al guión de vida y reengancharse al mundo en contacto total. Es el proceso de hacer un todo, tomando aspectos del yo, rechazados, desconocidos, no resueltos y haciéndolos parte coherente de uno mismo.

A través de la integración les es posible a las personas tener el valor de enfrentarse a cada momento de su vida de forma nueva y abierta sin la protección de una actitud, una expectativa o un juicio previo.

"Integrativa" también se refiere a la inte-

gración de la teoría, poner juntas teorías sobre lo afectivo, lo cognitivo, lo conductual, lo psicológico y las diversas tendencias de la psicoterapia.

Se utilizan los conceptos dentro de una perspectiva del desarrollo humano, en el que cada fase de la vida, presenta tareas de desarrollo complicadas, necesidades sensitivas, crisis y oportunidades de aprendizaje nuevas. La "Psicoterapia Integrativa" tiene en cuenta muchos puntos de vista de las teorías del desarrollo humano: Psicodinámica, Centrada en el cliente, Conductismo, Terapia Familiar, Terapia Gestalt, Terapia Reicheniana, Teorías de las relaciones objetales, Psicología Psicoanalítica del Self y Análisis Transaccional.

Todas ellas dan una explicación válida de la conducta humana y cada una se refuerza en una integración selectiva con las otras.

Las intervenciones psicoterapéuticas están basadas en conocimientos validados, en investigaciones de procesos de desarrollo normales, y las teorías que describen la defensa propia protectora que se usa cuando se dan interrupciones en el proceso de desarrollo normal.

* **Nota:** El artículo del Dr. Richard Erskine sobre Psicoterapia Integrativa dado que es muy interesante, pero demasiado extenso para incluirlo todo entero en este número, vamos a dividirlo en dos partes, publicaremos ahora la primera parte que contiene una exposición general sobre la Psicoterapia Integrativa así como abundantes citas de autores que lo validan. La segunda parte que amplía conceptos y trata de los "Métodos de Psicoterapia", la publicaremos en el próximo número.

TEORIA: EL A, B, C y P

La idea preliminar de la Psicoterapia Integrativa fue presentada por primera vez por Richard G. Erskine en la Universidad de Illinois en 1972. Un resumen de estas ideas fue publicado en el artículo "El A, B, C de la Psicoterapia Efectiva" (Erskine 1975) y más tarde elaboradas en el artículo "Cura del Argumento" (Erskine 1980). Algunos de los métodos clínicos que describimos aquí brevemente, han sido presentado transacción a transacción en el libro "Psicoterapia Integrativa en Acción" (Erskine y Moursund 1988).

La integración se focaliza en tres dimensiones primarias del funcionamiento humano y, por lo tanto, objetivos psicoterapéuticos: lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual.

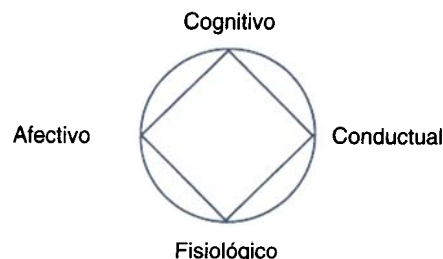
Las **teorías cognitivas** enfatizan el proceso mental de la persona y se focaliza en la pregunta: ¿Por qué? El enfoque cognitivo explica y provee de un modelo de entendimiento: ¿Por qué tenemos los problemas que tenemos?, ¿Por qué funciona nuestra mente como lo hace? Presume que la psicoterapia es un proceso intelectual y, que cuando el cliente llega a entender el porqué se comporta y piensa de una determinada manera, resuelve los conflictos que existe.

Significativamente diferente de lo cognitivo, es el **enfoque conductista** que se ocupa del ¿qué? La terapia conductista describe lo que existe e intenta moldear la conducta adecuada. ¿Cuál es el problema específico?, ¿Qué contingencias dan forma y ahora mantienen la conducta?, ¿Cuáles son los cambios necesarios en el sistema de recompensas para crear nuevas conductas? Como la terapia conductista nace de la psicología experimental se presta mucha atención a las medidas que se han de aplicar para evaluar los cambios. La aplicación de la terapia conductista supone un salto fuera de la pregunta ¿por qué?, y se focaliza en el ¿qué? El objetivo de la terapia conductista es el identificar y fortalecer las conductas deseadas.

Ambas terapias, cognitiva y conductual, son significativamente diferentes de la psicoterapia afectiva. Un **enfoque afectivo** trata con la pregunta ¿cómo?, ¿Cómo siente la persona. Aquí el foco de atención está en el proceso experiencial interno: el modo en que cada persona experimenta emocionalmente lo que ha ocurrido. El principal centro de atención no es el ¿por qué? de la terapia cognitiva, ni el ¿qué? de la terapia del comportamiento, sino el **cómo** nos experimentamos emocionalmente a nosotros mismos en el aquí y ahora. Una premisa básica de la terapia afectiva es que las personas a menudo no están en contacto con sus sentimientos. Se cree que eliminar bloqueos de emociones y expresar plenamente el afecto reprimido produce un cierre emocional y proporciona una mayor gama de experiencias afectivas.

Además de las dimensiones de afecto, conducta y cognición, hemos incluido la "dimensión fisiológica".

Debido a que muchas de las teorías mente/cuerpo han avanzado, incluyendo la investigación de la psiconeuroinmunología, es obligatorio incluir la atención al cuerpo como un aspecto integral de la psicoterapia. Las perturbaciones del afecto o de la cognición pueden afectar adversamente al cuerpo y, asimismo, las disfunciones fisiológicas pueden causar cambios en la conducta, el afecto y la cognición.



El yo en el sistema de relaciones.

Las bases del comportamiento, afectividad, cognición y fisiología del organismo

humano se observan desde una perspectiva de sistema: un modelo cibernético, donde cualquier dimensión tiene un efecto interrelacionado con las demás dimensiones. Tal y como el individuo se ve afectado por los demás integrantes en un sistema de familia o de trabajo, ellos a su vez, contribuyen a la unicidad del sistema. De un modo similarmente sistémico, las dimensiones intrapsíquicas y observables de un individuo se ven inherentemente influenciadas por la función psicológica del individuo. La perspectiva de sistema nos lleva a la cuestión: "¿Cuál es la función de una particular conducta, afecto, creencia o gesto del cuerpo en el organismo humano como un todo?" Un punto de atención importante de una psicoterapia integrativa, es el establecer si cada uno de estos aspectos (afectivo, de conducta, cognitivo y fisiológico) están abiertos o cerrados al contacto, y a la aplicación de métodos que posibiliten un contacto pleno (Erskine, 1982a).

Algunos de los métodos clínicos que describiremos brevemente en este artículo han sido presentados transacción a transacción en "Psicoterapia Integrativa en Acción" (Erskine y Mowisund, 1988).

CONTACTO Y RELACIONES

Una premisa importante de la psicoterapia integrativa es que el contacto constituye la principal experiencia motivadora de la conducta humana. El contacto tiene lugar simultáneamente tanto a nivel interno como externo: incluye la plena consciencia de sensaciones, sentimientos, necesidades, actividad sensorimotora, pensamientos y memoria que ocurren dentro de un individuo y un cambio a plena consciencia de hechos externos tal y como se registran por los órganos sensoriales.

Con pleno contacto interno y externo, se integran continuamente experiencias. En la medida en que el individuo se encuentre en pleno contacto surgirán necesidades, serán experimentadas, y se actuará en conse-

cuencia según la relación con el entorno, de un modo que sea saludable para el organismo. Cuando surge una necesidad, ésta es satisfecha y extinguida, y la persona pasa a la próxima experiencia.

Si por cualquier causa se interrumpe el contacto, las necesidades no son satisfechas. Si la experiencia de la necesidad surgida no se satisface de forma natural, se tiene que encontrar un cierre artificial. Estos cierres artificiales son la base de las reacciones de supervivencia y decisiones argumentales que pueden llegar a fijarse. Son evidentes en el rechazo del afecto, modelos de comportamiento habituales, inhibiciones neurológicas del cuerpo y creencias, que limitan la espontaneidad y la flexibilidad en las soluciones de problemas y en las relaciones sociales (Erskine, 1980).

Cada interrupción defensiva de contacto, impide la plena consciencia. El objetivo de la psicoterapia integrativa, son las fijaciones de las interrupciones de contactos, tanto internos como externos.

El contacto también se refiere a la calidad de las transacciones entre dos personas: la plena consciencia tanto de uno mismo como de la otra persona, una percepción sensitiva de la otra persona y una auténtica consciencia de uno mismo.

Las relaciones entre personas están basadas en el contacto, que son las principales motivaciones para establecer y mantener relaciones (Erskine 1989).

La psicoterapia integrativa hace uso de muchas perspectivas del funcionamiento humano. Para que una teoría sea integrativa, como opuesta a ecléctica, también debe separar aquellos conceptos e ideas que no son teóricamente consistentes para poder formar un núcleo de estructuras cohesivo que informe guíe el proceso psicoterapéutico.

El concepto sencillo más consistente en la psicología y en la literatura de la psicoterapia, es la relación. Desde el inicio de una teoría de contactos por Laura y Fredrick Perls (1944; Perls, Hefferline y Goodman, 1951) a la premisa de Fairbairn (1952) de

que las personas tienen tendencia a buscar relaciones desde la infancia y durante toda su vida, el énfasis de Sullivan (1953) sobre el contrato interpersonal, a las teorías de relaciones y sus correspondientes aplicaciones clínicas de Guntrip (1971) y Winnicott (1965), a las teorías de los estados del yo y el guión de Berne (1961, 1972), a la terapia centrada en el cliente de Rogers (1951), a la aplicación de la "Sustained Emphatic Inquiry" de Kihot (1971, 1977) y sus seguidores (Stolorow, Brandschaft y Atwood, 1987), y a las teorías sobre la relación desarrolladas por el Stone Center (Surrey, 1983; Miller, 1986, Bergman, 1991), ha habido una sucesión de profesores, escritores y terapeutas que han enfatizado que la relación, tanto en las etapas tempranas de la vida como de adultos, es la fuente de aquello que da significado y validación al "Self" (Erskine 1989).

El principio que guía una psicoterapia orientada al contacto, es la de respetar la integridad del cliente, con respeto, amabilidad, compasión y manteniendo el contacto se establece una presencia personal que permite relaciones interpersonales que provee la afirmación de la integridad del cliente.

La literatura del desarrollo humano también lleva al entendimiento de que el sentido del Yo y de la autoestima surge del contacto con la relación. Las etapas del desarrollo humano a lo largo de todo el ciclo vital (Erikson, 1950) describen la formación de identidad (ego) como el resultado de relaciones interpersonales (confianza frente a desconfianza, autonomía frente a vergüenza y duda, etc.). La descripción de Mahler (1968, 1975), Mahler, Pine y Bergman (1975), de las etapas del desarrollo primario de los niños, destaca la importancia de la relación entre madre e hijo. Bowlby (1969, 1973, 1980) destacó la significación del establecimiento de vínculos tanto tempranos como prolongados físicos para la creación de un núcleo visceral del cual emergen todas las experiencias del Yo y de los otros. Cuando dicho contacto no ocurre en con-

cordancia con las necesidades del niño, tiene lugar una defensa fisiológica contra la pérdida de contacto, detalladamente descrita por Fraiberg (1982) en "Defensas patológicas en la infancia".

Desde las bases teóricas del contacto en las relaciones, emparejado con el concepto de Berne (1961) de los estados del Yo (particularmente el estado niño del yo), surge un interés natural por el desarrollo del niño.

Los trabajos de Daniel Stern (1985, 1995) y John Bowlby (1969, 1973, 1980) actualmente son los más influyentes en la formación de una psicoterapia integrativa, sobre todo a causa de su énfasis en el vínculo temprano y la necesidad natural de relaciones durante el ciclo vital.

Basado en sus investigaciones sobre niños, Stern define un sistema para comprender el desarrollo del sentido del Yo que surge de cuatro campos de las relaciones: Relaciones emergentes, relaciones nucleares, relaciones intersubjetivas y relaciones verbales.

Si consideramos este aspecto de la persona en desarrollo en nuestra práctica psicoterapéutica, tenemos un profundo conocimiento de la vitalidad y la construcción activa; una parte esencial de quién es nuestro cliente. Observando al cliente desde una perspectiva simultánea de lo que necesita un niño y de cómo procesa experiencias, así como de los procesos de una vida en evolución dinámica, nos utilizamos a nosotros mismos de un modo directamente enfocado para asistir al proceso de desarrollo e integración.

Lo que es frecuentemente muy significativo en la psicoterapia es el proceso de sintonía, no sólo con pensamientos, sentimientos, conductas o sensaciones físicas discretas, sino también con lo que Stern llama "afectos vitales", de modo que tratamos de crear una experiencia de una sensación ininterrumpida de conexiones de sentimientos. La sensación del Yo y la sensación de relación que se desarrollan son cruciales para el proceso de curación, particularmen-

te si han existido traumas específicos en la vida del cliente, y para el proceso de integración y de totalidad cuando aspectos del Yo han sido rechazados o denegados a causa de la ruptura de contacto en las relaciones.

CONSTRUCTOS PSICOLÓGICOS

La psicoterapia integrativa correlaciona estructuras de muchas escuelas teóricas distintas, resultando una organización única de ideas teóricas y sus métodos de intervención clínica correspondientes. Los conceptos de contacto en las relaciones, estados del Yo y guión de vida son primordiales para nuestra teoría de integración.

Traducción: Concepción de Diego,
Psicóloga, Psicoterapeuta, Supervisora,
M. Clínico A.E.S.P.A.T., M.P.D. y
Supervisora de
E.A.T.A., I.T.A.A., A.L.A.T.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bary, B. y Hufford, F. (1996) Comprensión de seis ventajas de los juegos y su uso en el plan del tratamiento. *T.A.J.*, 20 (4), 214-220.
- Bach, S. (1985) **Estados narcisistas y el proceso terapéutico.** N.Y., Basic Books.
- Bach, M. (1988) **Entendiendo la psicoterapia. La ciencia detrás del arte.** N.Y., Basic Books.
- Berne, E. (1961) **Análisis Transaccional en Psicoterapia.** Buenos Aires, Edit. Psique.
- Berne, E. (1963) **La Estructura y la dinámica de las organizaciones y los grupos.** N.Y., Ballantine Books.
- Berne, E. (1964) **Juegos que juega la gente: psicología de las relaciones humanas.** México, Diana.
- Berne, E. (1966) **Principios de tratamiento en grupo.** N.Y., Univers. Press.
- Berne, E. (1972) **¿Qué dice Vd. después de decir hola? La psicología del destino humano.** Barcelona, Grijalbo.
- Bowlby, J. (1969) **Apego**, Volumen I. **Apego y pérdida.** N.Y., Basic Books.
- Bowlby, J. (1973) **Separación, ansiedad y cólera**, Volumen II de **Apego y pérdida.** N.Y., Basic Books.
- Bowlby, J. (1980) **Perdida: tristeza y depresión**, Volumen III de **Apego y pérdida.** N.Y. Basic Books.
- Brebber, C. (1980) Trabajando la alianza, alianza terapéutica y transferencia. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 27, 137-158.

CASO CLINICO: ANOREXIA NERVIOSA

M^a ANGELES ORTEGA RODRIGUEZ

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

RESUMEN

En el siguiente caso clínico se exponen los datos de interés encaminados a realizar un diagnóstico fiable, algunos fundamentos teóricos que nos ayuden a su mayor comprensión, y la estrategia terapéutica que consideramos adecuada para el mismo.

Mujer joven, en la etapa final de la adolescencia. Es la menor de tres hermanos. Cuenta con un nivel medio de estudios y trabaja en el momento en que acude a solicitar ayuda. Vive en el domicilio familiar.

Motivo de consulta:

Refiere "encontrarse muy rara y agresiva con su madre, a la que no aguanta".

Además, desde hace un año ha dejado de comer normalmente.

Características observables en la primera entrevista:

Es una persona muy delgada, de estatura 1.55± y 45 kgs. de peso.

No obstante, es atractiva, va bien arreglada.

Emociones que presenta: tristeza y rabia, incluso ganas de llorar.

Espera del tratamiento resolver sus alteraciones del estado de ánimo y no, precisamente, llevarse mejor con su madre sino que, únicamente, desea que esa relación no la agobie y la preocupe tanto como en la actualidad.

Mi contratransferencia hacia ella es bastante positiva; me doy cuenta de que tiene un problema grave; mi hipótesis es una

anorexia nerviosa, pero no obstante, me parece ver en la cliente un alto grado de motivación para el cambio y, sobre todo, una gran sinceridad desde el principio que contribuye al establecimiento de una buena empatía.

A lo largo de esta primera entrevista obtengo más datos que me confirman la hipótesis establecida: la cliente no sólo ha dejado de comer sino que en muchas ocasiones presenta vómitos después de las comidas, sobre todo, si éstas han sido algo más abundantes. Al mismo tiempo, hace episodios de bulimia; los cuales son a base de alimentos ricos en hidratos de carbono, especialmente, dulces. Siempre a los episodios mencionados se suceden los vómitos. La cliente identifica dichos episodios con la rabia que siente en ese momento por alguna interacción con su madre.

Cuando yo la veo por primera vez, presenta una amenorrea de seis meses consecutivos. A lo largo de este último año ha sido así: presenta una menstruación aislada cada cinco-seis meses.

Entre sus antecedentes cuenta que su abuela materna era obesa y comía en exceso, presentaba también accesos de bulimia.

En resumen: la cliente presenta conduc-

tas dirigidas a la pérdida de peso con patrones peculiares en el tratamiento de la comida; evita, incluso, el sentarse a la mesa. Existe pérdida de peso, miedo intenso a engordar, trastornos en la percepción de la imagen corporal y amenorrea. Presenta, además, alteraciones en el estado de ánimo, fundamentalmente tristeza.

FUNDAMENTOS TEORICOS

La primera descripción de casos de anorexia nerviosa se debe a Richard Morton (1689), pero no se individualizó como entidad clínica hasta que aparecieron los trabajos de Gull (1868) y de Lasegue (1873); trabajos muy distintos, pues mientras Gull se limitaba a describir el estado patológico, Lasegue analizaba los problemas psicológicos de estos pacientes. En España Lafora publicó un trabajo titulado "La anorexia psicogenética de las mujeres adolescentes" (Lafora, 1927).

Las características esenciales de la anorexia nerviosa, según el DSM-IV, consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la imagen corporal. Además existe amenorrea, como consecuencia de la pérdida de peso, a la que se añaden otras alteraciones somáticas derivadas de la misma inanición y de la disfunción hipotalámica que lo acompaña.

Actualmente se describen dos subtipos (DSM-IV):

- **Tipo restrictivo:** En estos casos la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso;
- **Tipo compulsivo/purgativo:** En este subtipo, el individuo recurre regularmente a "atracones" o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que ganan peso por los episodios bulímicos también recurren a purgas, provocando el vómito o utilizando diuréticos,

laxantes o enemas de una manera excesiva.

Síntomas asociados:

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, trastornos en el ritmo del sueño, etc. Se observan, con frecuencia, características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no.

Existen asimismo características que, a veces, pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación de comer en público, el sentimiento de incompetencia, necesidad de controlar el entorno, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional.

Aspectos psicodinámicos:

Se ha supuesto que la anorexia nerviosa expresa una incapacidad para asumir el papel adulto e integrar las transformaciones de la pubertad. El conflicto central parece situarse, más que en las funciones alimentarias, en la función simbolizante del cuerpo como totalidad y como expresión de sentido (Pankow, 1970). Para Bruch (1973), el cuerpo no se vivencia, en estas condiciones, como amenazado sino como amenazante, siendo a la vez negado e hipervalorado. La anorexia y el adelgazamiento podrían significar una manera de negar la forma adulta del cuerpo. Para Binswanger (1945), el horror a engordar es la concreción de un grave terror existencial, miedo a deshacerse o dejar de ser, tal como observó este autor en el caso de Ellen West. Hilde Bruch comprueba que estas niñas fueron físicamente bien cuidadas, pero no en respuesta a sus demandas (hambre, etc.) sino como imposición.

Indicativos de su desarrollo disarmónico son la interpretación rígida de las relaciones humanas, las distorsiones en el concepto de sí mismas y el concepto, casi

delirante, de su imagen corporal. La base de estos trastornos está, según Bruch, en un desarrollo conceptual detenido a un nivel primitivo. En terminología de Piaget, el futuro paciente funciona más a través del proceso de "acomodación" a lo que el entorno le presenta, que a través del de "asimilación" de las cosas como realmente propias; siempre se la ha empujado a seguir las normas, sin haberse estimulado el criticismo o el descontento, de modo que no llega a superar la fase de "egocentrismo cognoscitivo". Los deseos de los padres han sustituido los propios hasta en detalles mínimos. Incluso, al adelgazar obedecen a lo que la sociedad aprueba: la delgadez.

A nivel de dinámica familiar se habla de padres sobreprotectores, dominados por la preocupación de "alimentar" (en sentido amplio); tienden a promover mecanismos obsesivos; se ha llegado a hablar de "madre agresivamente hiperprotectora" (Selvini, 1967) y de "madre anorexiante" (Fernández y Gómez, 1973). Para Laxenaire y Marchand (1978), la madre ha tomado posesión de la hija sin considerarla persona con sus propios derechos; el padre, unas veces por inconsistencia y otras por rigidez, deja a la hija prisionera de la pasividad hechicera de la madre. En conjunto, los padres muestran unas expectativas exigentes y perfeccionistas hacia la hija, que ésta suele cumplir; al llegar a la adolescencia, cambia la situación y la niña empieza a reclamar la autonomía oportuna. Esto es inaceptable y empieza la enfermedad como expresión de esta lucha que no es reconocida (Bruch, 1973). Mara Selvini (1967) sostiene que el problema de la relación con la madre se encuentra siempre como fondo de los cambios psicopatológicos de la vivencia corporal.

CARACTERÍSTICAS DEL CASO CLÍNICO

La psicopatología de los estados del yo nos muestra algo más que una simbiosis

con la madre, en realidad esta paciente ha operado una fusión total de su propio cuerpo con el objeto incorporado (la madre) en sus aspectos malos y desvalorizantes, a fin de poder combatirlos y separarlos de sí. Según dice María Selvini, "el cuerpo de la anoréxica no contiene el objeto malo sino que es el mismo objeto".



Al intentar destruir a la madre a la que está indisolublemente unida, se destruye a sí misma; simultáneamente rechaza su femineidad.

Las relaciones que mantiene con el resto de la familia son más o menos normales. Se lleva bien con ellos, aunque se queja de no conocerlos bien, especialmente a la familia de origen del padre, con quien tiene una estrecha relación. Se queja de que siempre les ha visto bajo la óptica de su madre. Con su madre se siente agobiada porque intenta decidir sobre todo lo que a ella se refiere. Esto antes lo llevaba bien porque no la suponía conflicto, incluso era cómodo para ella decidir qué relaciones tener según lo que opinara su madre. ("Yo la presentaba o hablaba del chico que me gustaba, y si a ella no le gustaba, a mí inmediatamente ya, tampoco me parecía bien".)

Parece que fue bien cuidada, tanto en alimento y vestido como en oportunidades educativas, pero no en respuesta a sus de-

mandas sino como una imposición. Esto ha impedido que de niña adquiriese la capacidad de discriminar las sensaciones corporales y la vivencia de control sobre ellas. Estas imposiciones maternas no sólo originan alteraciones en la percepción del hambre sino que, también, privan al sujeto del sentimiento de vivir su propia vida; por el contrario, se siente propiedad de sus padres, desvalida por influencia de impulsos internos y demandas externas y sin guías interiores.

A la madre, además, la describe como histérica y agresiva. Parece que ésta ha tomado posesión de la hija sin considerarla persona con sus propios derechos, tal como diría Laxenaire. El padre ha dejado a la hija prisionera de éste. No se ha consentido la autonomía.

Toda la sintomatología se va a derivar de lo señalado: de esta relación de estrecha dependencia en la que no hay distinción del yo-no yo. Se encuentra en un "impass" de tercer grado; el conflicto se establece entre el NA y el NL. Su hipótesis básica es "no existo a menos que mi existencia sea confirmada por otro".

La terapia va a suponer un enfrentamiento entre sus dos aspectos en oposición: NA y NL. Se romperá el "impass" con la decisión de vivir.

Los síntomas se manifiestan a nivel fisiológico con la desnutrición, a nivel psicológico con las alteraciones del estado de ánimo, y a nivel existencial con un pobre auto-concepto.

De forma resumida vemos, también, los siguientes aspectos:

La comunicación que establece con su madre, preferentemente, se da a base de transacciones tipo transferencial y contra-transferencial; como consecuencia de esto, se involucran en juegos psicológicos como "sólo trato de ayudarte" (iniciado por la madre), "déjame hacerlo a mí", "patéame", etc., y muchos más en los que la cliente va pasando por los tres roles del triángulo dramá-

tico; generalmente, comienzan con una provocación de la madre en la que la cliente engancha sintiéndose víctima y humillada, pero se defiende de este papel persiguiendo ("me pongo muy borde!") y a continuación pasa a ser Salvador ("me da pena"), para pasar de nuevo a Víctima.

La simbiosis, antes la perpetuaba por medio de sobreadaptación y, ahora, con las conductas disfuncionales la mantiene por la agitación. Por debajo de esa simbiosis hay una descalificación total de ella misma y por tanto de sus propias necesidades.

Los "ratkets" más comunes son de falsa rabia, culpa, inadecuación, enfado, irritación, etc.

Tiene dificultad en aceptar y dar caricias incondicionales positivas. Aceptarías las caricias de lástima y no rechazaría las caricias negativas.

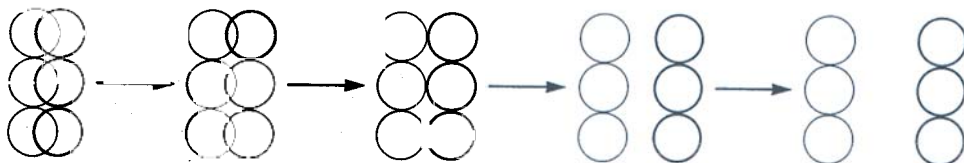
Podemos sugerir que tiene como mandatos: "no crezcas", "no existas si no es por mí", "no te separes", "no sientas", "no hagas". Como contramandatos, el fundamental es "COMPLACE" y "Trata más".

En la conducta del miniargumento, posiblemente, se encuentre casi siempre entre -2 y -3, es decir, entre -/+ y +/-; ésta última en NAR vengativo que es como estaba, preferentemente, en el momento de acudir a consulta y fue lo que favoreció la motivación al cambio.

Estrategia terapéutica

- Establecer la empatía;
- Favorecer la nutrición con contratos de comer y de no vómitos;
- Hacer la separación, primero a nivel cognitivo, a nivel de todos los estados del yo: en el PADRE a nivel de pensamientos, ideologías, creencias. En el ADULTO, ver diferencias entre la madre y ella, físicas, en el vestir, en el hacer, etc.

En el NIÑO a base de dibujos y juegos. Todo este proceso muy lento según el gráfico:



- Favorecer la vivencia de los impulsos y la expresión de sentimientos que ha negado. Al principio, sin haber hecho la separación o la individuación de la madre no hubiera sido adecuado expresar la rabia, ya que la internalizaba hacia ella misma.
- Tiene que impedir la invasión: después hacer la protesta, expresar la rabia. En el siguiente proceso expresar sus necesidades, sentirse importante y recuperar su poder; de forma que haya decidido vivir, tener cuerpo y aceptarle, aceptando su reconocimiento físico.

Después de 7-8 meses de terapia, nos encontramos finalizando el proceso de individuación y favoreciendo la expresión de sus sentimientos. Actualmente, no se siente tan agobiada por su madre. Asimismo, estamos trabajando en la aceptación de su propio cuerpo con bastantes buenos resultados.

En el aspecto clínico de la Anorexia, en el momento actual no presenta vómitos, hace regularmente las comidas principales sin que éstas sean abundantes y ha recupera-

do la menstruación: son menstruaciones escasas pero regulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Binswanger, L. (1945) El caso de Ellen West. Estudio antropológico-clínico. En R. May, E. Angel y H.F. Ellenberger (eds.) (1977) **Existencia**, págs. 288-434. Madrid, Edit. Gredos.
- Bruch, H. (1973) **Eating disorders: Obesity, Anorexia nervosa and the person Within**. New York, Basic Books.
- DSM-IV** (1995). Barcelona, Masson.
- Gull, W.W. (1868) Anorexia nervosa. **Trans. Clin. Soc.**, 7, 22-28.
- Lasegue, C. (1873) On hysterical anorexia. **Med. Times Gaz**, 2, 265-269.
- Laxenaire, M.; Marchand, P. (1978) Une mystique du corps: L'anorexia mentale. **Evol. Psychiat.**, 43, 597-606.
- Pankow, G. (1970) **Estructura familiar y psicosis**. Buenos Aires, Paidós.
- Selvini, M.P. (1967) Le vécu corporel. **Evol. Psychiat.**, 32, 149-173.

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

JESUS CUADRA PEREZ,
Secretario de la AT

IGNACIO TUTOR PARDO,
Presidente de ATA

Nos reunimos en Zaragoza el día 9 de marzo de 1996, 17 personas pertenecientes a las Asociaciones: ACAT (3 personas), AESPAT (2 personas), ATA (5 personas) y dos (2) personas no afiliadas todavía a ninguna Asociación, una de Zaragoza y otra de Bilbao.

El secretario de la A.T.A. recibió y distribuyó entre los asistentes una carta del presidente de la FEAAT, Juan Antonio Ibarra Iriguiel en la que manifiesta que el procedimiento en sí de convocatoria del primer encuentro le parece inaceptable y da a entender que tampoco en esta segunda jornada participarán.

Los asistentes delegaron en la A.T.A. la tarea de dar contestación al presidente de la FEAAT en el sentido de alegrarnos de que haya habido una respuesta de su parte e invitándole a incorporarse al proceso que ahora estamos iniciando cuando lo consideren oportuno.

Como en la anterior jornada el clima fue participativo, creativo, cordial y sincero.

En primer lugar cada Asociación expuso sus respuestas y conclusiones en relación con las "propuestas para un proyecto de futuro" elaboradas en el primer encuentro.

AESPAT manifiesta que se trataron en su Junta Rectora y decidieron en principio aceptar la iniciativa surgida de la primera jornada. Están de acuerdo en la dirección

que se ha tomado y plantean que el objetivo fundamental que proponen es el trabajo común de las Asociaciones. El camino es lo que debemos concretar. Ofrecen la revista como ámbito común y anuncian que el Congreso de este año está en marcha y esperan con la participación de todos. Anuncia que después de este encuentro tienen convocada una Asamblea donde informarán de este encuentro para que la Asamblea decida lo que le parezca oportuno.

ACAT informa que están de acuerdo con la idea de reforzar la unión de las Asociaciones. Ellos por su parte no desean estar vinculados con la EATA, pero quieren mantener las relaciones con ella en alguna forma, no desean estar totalmente aislados. Manifiestan que están reestructurando su lista de asociados y revisándola para sanear su situación económica. Su idea es aprovechar el modelo universitario para introducir el Análisis Transaccional a través de los estudios universitarios como masters, postgrados, etc. No desean estar supeitados a las estructuras de formación de la EATA, pero sí estar unidos a las otras Asociaciones aunque no coincidamos en las opciones formativas.

ATA informa de las decisiones que se tomaron en la asamblea general extraordinaria de noviembre del 95 en relación con las

conclusiones del primer encuentro. Estamos de acuerdo en unirnos y formar una organización eficaz con los fines acordados en el primer encuentro. Para ello piensan que lo mejor es crear un Órgano de Coordinación y gestión de las tareas comunes con representación de las Asociaciones. Mantienen su posición como Asociación de estar vinculados plenamente a la EATA y de seguir sus estándares de formación. Aceptan las propuestas de condiciones y compromisos del primer encuentro así como las propuestas de realizaciones concretas inmediatas (revista, traducciones, Congreso, etc.). Por último proponen que la forma concreta de estructuración de esta unión sea una Coordinadora de Asociaciones de Análisis Transaccional con comisiones específicas para la realización de las tareas comunes.

Después del informe inicial se pasó a debatir lo expuesto y se llegaron a las siguientes conclusiones:

ACUERDOS DE LA SEGUNDA JORNADA

EN CUANTO A LA FORMA DE ORGANIZACION

1. Crear un órgano denominado COORDINADORA DE ASOCIACIONES DE ANALISIS TRANSACCIONAL (ACAT, AESPAT, ATA), sin una estructura jurídica y por tanto legal específica.
2. Se reunirá al menos una vez al año y antes tantas veces como parezca oportuno por las actividades o trabajos que se organicen.
3. Se mantendrá un contacto informativo permanente a través de cartas, fax y contactos telefónicos, para compartir actividades que realice cada Asociación o las actividades comunes.
4. Crear Comités para trabajos comunes cuando sea necesario.

EN CUANTO AL TRABAJO COMUN

VIII CONGRESO ESPAÑOL DE ANALISIS TRANSACCIONAL

5. Convocar el VIII Congreso de Análisis Transaccional, que organizará AESPAT el 5, 6 y 7 de septiembre de 1996 en Santiago de Compostela, la Coordinadora de Asociaciones de Análisis Transaccional.
6. Crear un Comité del Congreso con la participación de un representante de ACAT y de ATA junto con la Junta Rectora de AESPAT.
7. Crear un Fondo del Congreso con aportaciones de las Asociaciones que se revertirá con beneficios si los hubiera en proporción a lo aportado por cada Asociación.

REVISTA "ANALISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGIA HUMANISTA"

8. Colaborar en la revista con artículos, traducciones y noticias aportados por cada Asociación.
9. Que el control y Comité de redacción de la revista recaiga en AESPAT.
10. Continuar con el procedimiento de suscripciones colectivas como el iniciado con los socios de la ATA.

DIRECTORIO DE SOCIOS

11. Iniciar el proceso para la confección de un Directorio de miembros de las Asociaciones de la Coordinadora con el fin de facilitar la relación y comunicación individual de los miembros y las referencias recíprocas.
12. A tal fin, decidir en cada Asamblea los datos que debería contener el directorio además de nombre, dirección, teléfono y Asociación de cada socio.
13. Con las decisiones de cada Asamblea recogidas en la Coordinadora, recoger los datos oportunos y confeccionar el Directorio y un procedimiento de actualización.

CENTRO DE DOCUMENTACION

14. Aportar un índice del fondo de documentos, libros, revistas, artículos y traducciones que cada Asociación dispone para elaborar uno general con la información recogida y poder arbitrar una forma de acceso a esa información en el futuro.

TAREAS CONCRETAS A REALIZAR EN CADA ASOCIACION

- Promocionar el VIII Congreso difundiendo para conseguir asistentes, proponiendo ponencias y talleres de manera que el 15 de abril pueda haber un programa general y a finales de mayo un programa concreto.
- Decidir el representante de cada Asociación en el Comité del Congreso. Comunicarlo a AESPAT (teléfono de la Asociación: (91) 320 43 11, Pepe Alvarez Custodio: teléfono (91) 738 76 02, fax (91) 738 87 07).
- Decidir la aportación de cada Asociación al Fondo del Congreso. Comunicarlo a AESPAT.
- Aportar al menos un par de artículos o traducciones al año por Asociación. Enviarlos a AESPAT.
- Concretar los datos a recoger en el Directorio. Aportarlos a la próxima reunión de la Coordinadora.

- Elaborar el Índice de documentos, libros, revistas, artículos y traducciones. Aportarlos a la próxima reunión de la Coordinadora.

PROXIMA REUNION DE LA COORDINADORA

Se celebrará en Santiago de Compostela con ocasión del Congreso. Se anunciará oportunamente el día y la hora y el Índice de temas a tratar. Se responsabiliza de la coordinación de esta reunión a la ATA.

CIERRE

Al terminar las sesiones de trabajo dedicamos un rato a relajarnos y visualizar el proyecto que estamos poniendo en marcha y siguiendo la creatividad de los participantes esculpimos cuatro esculturas grupales del mismo. Fue una experiencia divertida, energizante y relajante a la vez y valiosa para el crecimiento personal de los asistentes del grupo.

El encuentro terminó con una cata de jamón serrano de Aragón y una cata de vinos nacionales y extranjeros, en la que actuó como maestro de ceremonias el entrañable Pepe Alvarez Custodio para delicias del paladar y del oído de todos los asistentes.

Zaragoza, 9 de marzo de 1996

RESUMEN DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

(Celebrada el día 16 de marzo de 1996)

SEGUNDO ENCUENTRO DE ASOCIACIONES A.T.

Se celebró en Zaragoza el día 9 de marzo y se continuó en los trabajos de coordinación de actividades y progreso en nuestro proceso hacia la unión.

Se publicará en la Revista información detallada de los acuerdos tomados.

Lo más importante es constitución de una "Coordinadora" que tome el testigo del trabajo realizado en los dos encuentros celebrados en Zaragoza.

La Coordinadora, en principio, no supone la creación de ningún ente jurídico nuevo.

FEAP

Se informa de la reunión celebrada en días pasados con el Presidente Sr. Avila y la Asamblea toma al respecto los siguientes acuerdos:

- Posponer la aportación económica correspondiente al año 96 hasta la celebración del Congreso de Santiago en el que según lo tratado con el Sr. Avila asistiría algún miembro de la Junta Directiva de FEAP.
- Estudiar, y en su caso condicionar, la permanencia de AESPAT a que se establezca como obligatorio para obtener la titulación de Psicoterapeuta ser básicamente médico o psicólogo.
- Asistir a la Asamblea General del FEAP del día 27 de abril.
- Estudiar en la Asamblea General Extraordinaria de AESPAT que se celebrará en Congreso la forma en que los pagos de la cuota FEAP repercutirá en los diversos tipos de socios de AESPAT.

VIII CONGRESO ESPAÑOL DE A.T.

Fechas: de celebración días 6, 7 y 8 de septiembre de 1996.

Convocado: por la "Coordinadora de Asociaciones de A.T." (ACAT, AESPAT y ATA) y organizado por AESPAT.

Lugar: Santiago de Compostela.

Sede: San Martín Pinario (Edificio Histórico lindando con la Catedral).

Lema: "ESTAR BIEN Y UNIDOS".

Comité Organizador: En Santiago: Carmen Vázquez Alemán y los socios de AESPAT de Galicia. En Madrid: José Alvarez Custodio, María Angeles Díaz Veiga, José Gutiérrez Valiño, Iciar Garmendia, Miguel Angel Millán (ATA), Mercé Sáez (ACAT) y Esther Cruz (ACAT).

REVISTA

La Revista se seguirá editando por AESPAT desde Madrid manteniendo la línea actual con la participación de ACAT y ATA.

Se decidió publicar los "casos" presentados por los miembros Clínicos y Especiales en los exámenes, consultando previamente con los titulares correspondientes.

TESORERÍA

Se dio cuenta y fueron aprobadas las cuentas de los años 94 y 95, al 31 de diciembre de 1996.

Hay que destacar que al pasar las cuotas del 96 se han producido algunas devoluciones de los recibos que se comunicarán personalmente a los socios afectados para que se proceda al pago directo correspondiente.

VIII CONGRESO ESPAÑOL DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL



ORGANIZA:
AESPAT

CONVOCA:

LA COORDINADORA DE ASOCIACIONES DE A.T.
ASOCIACIÓN CATALANA DE A.T. (ACAT)
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE A.T. (AESPAT)
ASOCIACIÓN ARAGONESA DE A.T. (ATA)

Santiago de Compostela 6, 7 y 8 de Septiembre 1996
Monasterio de San Martín Pinario

OBJETIVOS:

Ofrecer a los congresistas las novedades de las aplicaciones de A.T. en las diversas áreas, a través de las intervenciones de los profesionales más cualificados, así como su combinación con otras disciplinas (Bioenergética, Gestalt, etc.).

Hacer del Congreso un foro para compartir experiencias entre los profesionales, realizando debates, mesas redondas, talleres y conferencias.

Aunar esfuerzos para el desarrollo y conocimiento del A.T. dado que es este el primer congreso convocado conjuntamente por las asociaciones más importantes de España lo que permitirá conseguir un alto nivel científico y experimental.

Proporcionar un marco de conocimientos básicos en A.T. para aquellos participantes que deseen introducirse en las aplicaciones de estas técnicas, asistiendo al Curso 101 oficial (básico de A.T.) o asistiendo a los talleres y conferencias durante el desarrollo del Congreso.

ACTIVIDADES:

Técnicas científicas

Conferencia de Apertura desarrollada por un Catedrático de la Facultad de Psicología de Santiago.

Conferencia de Clausura, presentada por un Catedrático de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Santiago.

Conferencias, talleres, mesas redondas desarrolladas por personalidades españolas y extranjeras destacadas en las materias de cada área del Congreso.

De Asociaciones

Charla y coloquio con un representante de la Junta Directiva de la FEAP (Federación Española de Psicoterapeutas).

Charla y coloquio con el Presidente de la EATA (Asociación Europea de Análisis Transaccional).

Charla y coloquio con la Presidenta de ALAT (Asociación Latino Americana de Análisis Transaccional).

Asamblea General Extraordinaria de AESPAT (Asociación Española de A.T.).

Reunión de la Coordinadora de Asociaciones de A.T.

Curso 101

Curso 101 Oficial impartido por AESPAT los días 4 y 5 de septiembre en la Sede del Congreso.

Lúdicas

- Copa de bienvenida (Jueves 5, noche).
- Queimada y noche de baile (Viernes 6).
- Cena de Clausura, amenizada por la tuna, en el comedor de personalidades del Monasterio (Sábado 7).

Otras

Ofrenda del Congreso a Santiago con contestación de la Autoridad Eclesiástica correspondiente y funcionamiento del Botafumeiro (Viernes 6, mediodía).

AREAS Y COORDINADORES

Clínica:

Concha De Diego
José Chumillas

Social

Jesús Cuadra
José Luis Camino

Organizacional y Empresarial

Antonio Ares
Jorge Oller

Pedagógica

Carmen Vázquez
José Miguel San Martín

Lúdica

José Gutiérrez Valiño

DESARROLLO

Se celebrarán actividades simultáneas de dos en dos áreas durante la mañana y tarde del viernes día 6 y sábado día 7 con intervenciones teóricas y prácticas (talleres, conferencias, mesas redondas y comunicaciones) realizadas por personalidades nacionales y extranjeras de un alto nivel.

SEDE Y FECHAS

El Congreso se celebrará los días 6, 7 y 8 de Septiembre de 1996. Comienzan las actividades el día 5 por la noche con la copa de bienvenida y terminan el domingo 8 a las 12 con la conferencia de clausura.

La Sede será en el Monasterio de San Martín Pinario (ver folleto adjunto) donde los congresistas podrán disponer de alojamiento completo en habitaciones dobles o individuales (con ducha, lavabo y wc) y aparcamiento privado. **El alojamiento lo gestiona Viajes Atlántico.**

INSCRIPCIONES

Las inscripciones se realizarán cumplimentando el boletín adjunto según las instrucciones del mismo, y remitiéndolas a la SECRETARÍA DEL CONGRESO, Apartado de Correos 8222, 28080 MADRID o al fax (91) 320 43 11 o (91) 738 87 07.

Para solicitar información adicional puede hacerse al apartado y fax indicados o a los teléfonos de Madrid 320 43 11 ó 738 87 07.

Se adjuntan dos boletines:

- INSCRIPCIÓN al Congreso o Curso 101 pago en cuenta de AESPAT (Caja Madrid Santiago).
- ALOJAMIENTO pago en la cuenta de Viajes Atlántico (Banco Popular Santiago).

Toda la documentación se remite a la SECRETARÍA DEL CONGRESO.

UN CONGRESO CON MAGIA

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

VIII CONGRESO ESPAÑOL DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Santiago de Compostela 6, 7 y 8 de Septiembre 1996

CONGRESISTA

Apellidos _____ Nombre _____
 Domicilio _____
 Población _____ Provincia _____ C.P. _____
 Teléfono _____ Fax _____
 Asociación Profesión Area de interés

PRECIOS

Congreso

- Socio 15.000 pts
 No socio 20.000 pts
 Estudiante 8.000 pts

(Incluye asistencia al Congreso, copa de bienvenida, queimada y cena de clausura)

Curso 101

- No congresistas 10.000 pts
 Congresistas 5.000 pts

FORMA DE PAGO

- Cheque a nombre de AESPAT
 Transferencia bancaria cuenta de AESPAT de la Caja Madrid en Santiago de Compostela
 Nº 6000066335 - Entidad 2038 - Oficina 4007 - D.C. 67

Cumplimentar a máquina o en letra de imprenta y remitir con cheque o justificante de transferencia a la
SECRETARIA DEL CONGRESO - APARTADO 8222 DE MADRID (28080)
 o por Fax (91) 320 43 11 o (91) 738 87 07

CARTA ABIERTA A LOS PRESIDENTES DE DELEGACION

Documento B: Respuesta de fecha 20 de noviembre de 1995

de la Presidencia de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en forma de carta abierta a los presidentes de Delegación, Miembros de la Junta de Gobierno del COP

ALEJANDRO AVILA ESPADA, Coleg. M-216

Ex-miembro de la Junta de Gobierno Estatal del C.O.P.
 Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas

Estimados compañeros:

Ante el pronunciamiento de la Junta de Gobierno Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos hecho público en *Papeles del Psicólogo* número 62, páginas 4 y 5, bajo el título de "Sobre los Psicólogos y la Psicoterapia", tengo la obligación de informarte de algunos aspectos que en la mencionada declaración pueden contribuir a confusión o a interpretación equívoca.

La citada declaración, que hace mención a una carta dirigida por un colegiado, no puede separarse del contenido del artículo firmado por mí y publicado en el número 61 de *Papeles*, a cuyo texto haré referencia y que te ruego consultes.

Conviene recordar que la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)* fue creada y liderada desde el Colegio Oficial de Psicólogos en un co-patrocinio con la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Sociedad de Psiquiatría, como instrumento esencial en una política de desarrollo y especialización profesional ante los retos que las legislaciones actuales de los diferentes países europeos imponen en materia de ejercicio profesional de la psicoterapia y previendo la evolución futura de este campo. No se puede ignorar este deci-

dido patrocinio, fruto de la política colegial habida hasta 1992.

Tal y como está precisa y detalladamente expresado en los Estatutos de la FEAP y comentado en el mencionado artículo, la FEAP está luchando activamente contra la creación de la profesión de psicoterapeuta, en cuanto profesión separada o independiente. Por ello la FEAP rechaza la Declaración de Estrasburgo que así lo define y en cambio defiende la psicoterapia como un espacio de especialización y práctica interdisciplinar a compartir entre Psicólogos Clínicos y Psiquiatras.

Precisamente por la indefinición legal que hasta el presente tiene el Estatuto profesional del Psicólogo Clínico, es especialmente importante que se contemplen procedimientos de homologación flexibles para los profesionales que ya vienen ejerciendo dichas funciones. Lo que la FEAP defiende es la necesidad de deslindar la realidad del ejercicio profesional en el pasado y presente (que nos remite al problema de la homologación) del acceso presente y futuro a las especialidades en el ámbito de la Salud, cuando todavía no está regulado cuáles y cuántas van a ser.

Supone una profunda ingenuidad hacer idénticas Psicología Clínica y Psicoterapia,

como afirma la Junta de Gobierno Estatal con su acción de "evitar la entrada de profesiones distintas a la del psicólogo a la psicoterapia". Argumentos tan ignorantes del contexto real del ejercicio profesional, como de las legislaciones ya existentes en Austria, Alemania, Suiza, Italia u Holanda, no pueden sino causar honda preocupación.

Si van a existir o no directrices o normas comunitarias sobre el ejercicio profesional de la psicoterapia es una cuestión que se sabrá en el futuro, y la lucha de grupos de presión en favor y en contra continúa y en modo alguno está decidida. Haya o no regulación en la Unión Europea, ésta vendrá produciéndose inexorablemente a nivel de los países, y es ahí donde las organizaciones que sólo contemplan los intereses de los psicólogos, en España y otros países, se pueden encontrar en dificultades.

La insistencia en la falsa argumentación de que en la FEAP no importa la cualificación académica previa cuando precisamente esta cuestión ha sido y es una de las principales preocupaciones de la FEAP, sólo puede pretender confundir a los colegiados. La FEAP defiende el ejercicio de la psicoterapia para Psicólogos Clínicos y Psiquiatras formados específicamente como psicoterapeutas (en alguna de las muy variadas orientaciones existentes) a la par que propone para una homologación muy flexible para psicólogos y médicos que ya ejercen como psicoterapeutas. Al tiempo la FEAP establece restricciones severas para la homologación de otros titulados que ejercen como tales, no previendo esa posibilidad en el futuro. Por cierto que no es pequeño el

número de colegiados que sí ofrecen sistemáticamente formación en tratamientos psicológicos a asistentes sociales, enfermeros, maestros, auxiliares de clínica; posición que ni comparto ni apoyo, y que la FEAP desaconseja claramente, si con ello se alimentan falsas esperanzas de ejercicio profesional en psicoterapia.

No son estas delicadas cuestiones la mejor oportunidad para hacer demagogia entre los colegiados. Parece más oportuno desarrollar un extenso debate interno que clarifique las vías de homologación para los psicólogos que ejercen con pleno derecho como psicoterapeutas, por su experiencia y formación, pero que no están amparados por titulación alguna de especialidad y, lógicamente, expresan su inquietud. En este sentido la FEAP, hija genuina del Colegio Oficial de Psicólogos, ha insistido en la urgencia de que desde el Colegio se organicen verdaderas secciones científico-profesionales, entre ellas la de Psicología Clínica, y que en ella se articule el debate sobre qué hay de común y qué de específico en las formaciones especializadas de Psicólogos Clínicos y Psicoterapeutas.

El COP y la FEAP, cada cual en su rango asociativo y ámbito de actuación pueden cooperar en la resolución satisfactoria de problemas de interés común para los psicólogos. Sería una lástima perder esta oportunidad para hacer crecer nuestra profesión.

Ruego que esta carta se le dé amplia difusión y, en uso del derecho de réplica, se publique en *Papeles del Psicólogo*.

Gracias por vuestra atención y cordiales saludos.

ATA ASOCIACIÓN
ARAGONESA DE
ANÁLISIS
TRANSACCIONAL

APARTADO DE CORREOS N° 325
50080 ZARAGOZA

TALLERES DE FORMACIÓN CON CARLO MOISO

CICLO SOBRE PARENTAMIENTO

TERCER TALLER:

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

FECHAS DEL TALLER: 1 Y 2 DE JUNIO (Sábado y Domingo)

HORARIO: Sábado, de 16 a 20,30. Domingo de 9,30 a 14 y de 16 a 20,30.

LUGAR: En Zaragoza. En el colegio "Compañía de María - La Enseñanza". Calle Bilbao 10, esquina calle Canfranc.

PRECIO: Alrededor de las 22.000 ptas. en función del número de participantes. Los socios de la COORDINADORA DE ASOCIACIONES DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL (ACAT, AESPAT, ATA) y FEAAT tendrán una reducción de 2.000 ptas. sobre el precio.

PARA INSCRIBIRSE EN ESTE TALLER Y PARA TENER MAS INFORMACION SOBRE ESTAS U OTRAS ACTIVIDADES DE LA A.T.A.: Dirigirse a la secretaria de la A.T.A., C/ Cervantes, 39, 1º C. 50006 Zaragoza.

TELÉFONO: (976) 22 97 28 (contestador).

TALLER DE FORMACIÓN EN ANÁLISIS TRANSACCIONAL APLICADO A EDUCACIÓN.

IMPARTIDO POR *Claudie RAMOND*. Doctora en Sociología de la Educación. T.S.T.A. en Análisis Transaccional en EDUCACIÓN. Autora del libro "GRANDIR. Education et Analyse transactionnelle".

LUGAR: En Zaragoza. En el colegio "Compañía de María - La Enseñanza". Calle Bilbao 10, esquina calle Canfranc.

IDIOMA: Francés con traducción simultánea.

FECHAS: Días 25 y 26 de mayo de 1996.

HORARIO: Sábado de 9,30 a 14 y de 16 a 20. Domingo de 9 a 13,30.

PRECIO: Precio aproximado de 18.000 ptas.

INSCRIPCIONES: Hasta el 11 de mayo.

TELÉFONO para informarse o inscribirse Blanca Robles Pellejero: (976) 34 70 84 (contestador).

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

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

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



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

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 al propio Banco o CA.