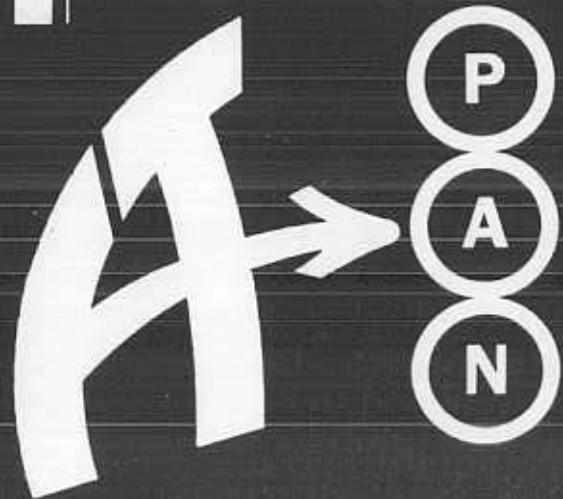


Revista de

**ANALISIS TRANSACCIONAL
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



A E S P A T

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 36, 2º 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

Junta Directiva de AESPAT

Presidente: José Álvarez Custodio
Secretaria: M.^a Angeles Díaz Veiga
Tesorera: Iciar Garmendia Izaguirre
Vocal Biblioteca
y Documentación: Marco Aurelio Granado
Vocal Contratos: M.^a Angeles Ortega Rodríguez
Vocal Galicia: Isabel López Arias

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.º 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

Nos congratulamos por el éxito del recién celebrado **VIII CONGRESO ESPAÑOL DE ANALISIS TRANSACCIONAL** en Santiago de Compostela, los días 6, 7 y 8 de septiembre, 1996. Es un evento periódico que hay que resaltar por la importancia que tiene dentro de AESPAT. La "**Crónica**" que integramos en este n.º 36 de la Revista subraya los aspectos más destacados de su celebración. Esperamos que su éxito se renueve en los próximos Congresos cuya función principal estriba en reunir a todos los interesados por el A.T., para actualizarles y motivarles en su quehacer vital y profesional.

Ofrecemos, además, algunas de las **Comunicaciones** presentadas en el Congreso: Las de la "Mesa Redonda", centrada en la **Estructura y Dinámica de la Psicoterapia de grupo**, con seis participantes que nos dan una visión heterogénea e interesantemente vivencial del grupo terapéutico, desde la perspectiva del A.T., en distintos marcos institucionales y privados; la comunicación de Lola Campos con el tema "**Vida, amor y muerte**" ofreciéndonos su teoría vivencial sobre estas realidades omnipresentes en la vida cotidiana; la de Jesús F. Serrano sobre "**El éxito en la venta y el A.T.**" con finas observaciones en este campo; y "**El miniguión, un puente entre la psicoterapia A.T. y el ser transpersonal**", de José Antonio Chumillas, con un esquema completo de las corrientes psicoterapéuticas, resaltando la dimensión "transpersonal" con sus implicaciones trascendentes.

Y al margen del Congreso, presentamos las siguientes colaboraciones: la 2ª parte del "**Proceso de la Psicoterapia**", del profesor Juan García Moreno, subrayando la problemática de la investigación de dicho proceso en favor de una psicoterapia más integrada y eficiente; y "**Los aspectos motivacionales de la Intervención en drogodependencias**", de Llinares, Olcina, Escalera y Carmanera, con especificaciones muy a tener en cuenta en la psicoterapia actual.

Incluimos la lista de nuevos Socios de AESPAT a los que damos nuestra más cariñosa bienvenida deseándoles una plena incorporación a todas las actividades de la Asociación.

SUMARIO

CRONICA DEL VIII CONGRESO ESPAÑOL DE ANALISIS TRANSACCIONAL	95
MESA REDONDA: ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO	99
ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA PSICOTERAPIA EN GRUPO	99
Coordinadora: Concha de Diego	
VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO DE GRUPO	102
M^a Angeles Ortega Rodríguez	
CRITERIOS DE ELECCION DE LOS PACIENTES PARA EL GRUPO	105
Milagros Goyanes	
EL CONTRATO EN LOS GRUPOS DE AT	106
Isabel López Arias	
ESTRUCTURA Y DINAMICA DE GRUPO	109
Carmen Ruiz	
ESTRUCTURA Y DINAMICA DE UN GRUPO DE TRANSICION ORIENTADO AL TRATAMIENTO DE CRISIS	111
José M. Martínez Rodríguez y M^a Nieves Fernández Rodríguez	
VIDA, AMOR Y MUERTE	120
Lola Campos	
EL EXITO EN LA VENTA Y EL A.T.	123
Jesús F. Serrano	
EL MINIGUION, UN PUENTE ENTRE LA PSICOTERAPIA A.T. Y EL SER TRANSPERSONAL	125
José Antonio Chumillas	
EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA (2 ^a PARTE)	148
Juan García Moreno	
LOS ASPECTOS MOTIVACIONALES DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS	162
Llinares, Olcina, Escalera y Carmarena	
LISTA DE NUEVOS SOCIOS DE AESPAT	171
NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS	173

CRONICA DEL VIII CONGRESO ESPAÑOL DE A.T.

El pasado 6, 7 y 8 de septiembre se celebró en Santiago de Compostela el **VIII Congreso Español de Análisis Transaccional** con el lema "ESTAR BIEN Y UNIDOS".

Es importante señalar en primer lugar que la convocatoria de este Congreso se realizó conjuntamente, a través de la Coordinadora de Asociaciones de A.T.: ACAT, AESPAT y ATA, siendo este evento el primer acto oficial de la citada Coordinadora que está demostrando ser un foro importante de trabajo en común de las Asociaciones de A.T.

El marco en el que se celebró el Congreso fue el Monasterio de San Martín Pinario, situado en las proximidades de la Catedral de Santiago, uno de los edificios emblemáticos de esta Ciudad y que resultó un lugar idóneo tanto para la estancia de los congresistas como para el desarrollo de las actividades.

PONENCIAS Y CONFERENCIAS

La Conferencia de apertura fue desarrollada por Don Antonio Rodríguez López, Catedrático de Psiquiatría y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Galicia, con el título de "LOS LIMITES DE LA PSIQUIATRIA (LAS NUEVAS PSICOTERAPIAS)".

Las actividades se dividieron en cuatro áreas:

- Clínica;
- Organizacional y Empresarial;
- Social;
- Pedagógica;

desarrollándose en dichas áreas diversas mesas redondas, conferencias y talleres, algunos de cuyos resúmenes se incluyen en esta revista y se irán completando en sucesivos números.

La Conferencia de Clausura la presentó Doña Claudie Remond, Doctora en Sociología de la Educación, bajo el título "LA VIOLENCIA EN LA JUVENTUD".

Como actividades previas al Congreso se impartió un Curso de Iniciación (101) y una Conferencia de presentación del A.T., en la Universidad de Santiago.

Se realizaron los exámenes correspondientes para acceder a los títulos de Miem-



bro Clínico y Regular resultando nombrados dos Miembros Clínicos y un Miembro Regular.

ACTOS

La Inauguración fue presidida por el Ilmo. Señor D. Máximo García Serrano, Secretario General de la Consejería de Educación y Desarrollo Universitario de la Xunta de Galicia.

En la Catedral tuvo lugar un acto emotivo de ofrenda al Apóstol realizada por un congresista peregrino cuyo texto fue el siguiente:

Señor Santiago:

Un grupo de peregrinos hacia la comprensión del fenómeno humano por los caminos de la Salud, la Educación y el Trabajo Social te ofrecemos el esfuerzo que, en el privilegiado marco de San Martín Pinario, desarrollaremos en trabajo compartido con miras al bienestar físico, mental y espiritual de personas, grupos e Instituciones para hacer realidad el lema de nuestro Congreso: **"Estar bien y unidos"**.

Como peregrinos, pues, nos hacemos eco del clamor **"¡Ultreia e suseia!"**, **"¡Más allá y más arriba!"** de esos otros esforzados peregrinos que llegan a tu santuario tras recorrer la Sagrada Ruta, rogando tu intercesión para que, desde el **MAS ARRIBA, el Altísimo** nos aporte **LUZ, ENTENDIMIENTO y VOLUNTAD**, que lleve **MAS ALLA** el impacto social de nuestra labor responsable, profesional y entusiasta.

Que, por todo ello, seamos dignos de participar en el desarrollo integral de las personas en su vivir en comunidad.

¡Estar bien y unidos!...
¡Ultreia e suseia!

Tras la Ofrenda y contestación de la Autoridad Eclesiástica se puso en funcionamiento el tradicional "BOTAFUMEIRO". Posteriormente el Ayuntamiento ofreció en su Sede una recepción a los Congresistas.

La cena de clausura se celebró en el Comedor de Honor del Monasterio dentro de un marco relevante y en un ambiente entrañable.

AREA LUDICA

En el inicio del Congreso se ofreció una "copa de bienvenida" en uno de los bellos claustros en un clima alegre y distendido que propició el encuentro entre "viejos" colegas y amigos.

La noche del viernes, después de la cena, el inefable Pepe Gutiérrez Valiño deleitó a los concurrentes con una de sus famosas "QUEIMADAS" y sus correspondientes "conjuros", lo que contribuyó a caldear aún más el ambiente y dando paso al baile que se celebró en una de las más modernas discotecas del lugar.



ASISTENCIA

El número de asistentes fue aproximadamente de 90, entre congresistas, invitados y participantes en el curso 101.

Cabe destacar la presencia de los Presidentes de E.A.T.A. (Asociación Europea de Análisis Transaccional) y de A.L.A.T. (Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional) que compartieron con los congresistas sus puntos de vista sobre el futuro del A.T. en el Mundo, estableciéndose los cimientos de una futura colaboración con las Asociaciones Españolas.



RESULTADOS ECONOMICOS

El presupuesto de gastos previsto	1.265.000 ptas.
Los ingresos previstos por inscripciones	1.200.000 ptas.
Aportación de AESPAT	250.000 »
Total ingresos presupuestados	1.450.000 »
Gastos reales (-6% del presupuesto)	1.180.000 ptas.
Ingresos reales:	
- Inscripciones	1.180.276 ptas.
- Aportación de AESPAT	250.000 »
- Xunta de Galicia	186.276 »
Total Ingresos (+11% sobre lo previsto)	1.616.552 »

Se ha producido un superávit de 436.207 pesetas que se ingresará en la Cuenta de AESPAT, con lo que se compensa las 250.000 pesetas aportadas en principio y se obtiene un beneficio neto de 186.207 pesetas.

JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA

Como ya es tradicional se convocó una Junta General Extraordinaria de AESPAT

en la que además de la presentación de la Gestión realizada por la Junta Directiva se procedió al nombramiento de nuevos miembros resultando elegidos los siguientes:

José Álvarez Custodio.
M^ª Angeles Díaz Veiga.
Iciar Garmendia Izaguirre.
Marco Aurelio Granados.
M^ª Angeles Ortega Rodríguez.
Isabel López Arias.

PROXIMO CONGRESO

La Coordinadora de Asociaciones acordó convocar conjuntamente un nuevo Congreso y encargó de su organización a ATA (Asociación Aragonesa de A.T.).

COLABORACIONES

La Xunta de Galicia nombró al Congreso de Interés Sanitario y realizó una aportación económica.

La Agencia Viajes Atlántico de Santiago se ocupó eficazmente del alojamiento de los Congresistas participando en la organización y desarrollo del resto de las actividades.

Nota.—Las fotos incluidas corresponden a un grupo de Congresistas en la entrada de San Martín Pinario y a la cena de clausura.

MESA REDONDA: ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA PSICOTERAPIA EN GRUPO

(Santiago de Compostela, 5 a 8 de Septiembre de 1996)

PARTICIPANTES

1. Concha de Diego, Coordinadora.
2. M^a Angeles Ortega.
3. Milagros Goyanes.
4. Isabel López Arias.
5. Carmen Ruiz.
6. José Manuel Martínez y M^a Nieves Fernández.

1. ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LA PSICOTERAPIA EN GRUPO

Concha de Diego, Coordinadora
Miembro Clínico de AESPAT

INTRODUCCION

De una forma muy simple, cuando hablamos de tratamiento en grupo nos referimos al hecho de que una persona, líder (terapeuta), se encuentra en un sitio específico por un período de tiempo determinado y con una frecuencia constante, previa negociación y BAJO reglas "contractuales" con un pequeño grupo de personas (clientes, pacientes).

El ideal son ocho, con un objetivo central común: Desde el punto de vista del líder, ayudar a curar; desde el punto de vista de los participantes, cambiar, curarse.

DESARROLLO

En el grupo todos los problemas de cada paciente son de la consideración de todo el grupo. Cada participante debe permitirse y permitírsele presentarse y revelarse a sí mismo, sin que el terapeuta intervenga y sin que dé sus opiniones profesionales.

Toda transacción debe ser pública y clara. Es preceptivo confrontar rápidamente los temas de puntualidad, dinero, drogas, así como suicidio (intenciones) o daños a sí y/o a otros.

El terapeuta debe tener conocimiento de:

- 1) Su actitud terapéutica.
- 2) De sus métodos de tratamiento.
- 3) El ajuste o acomodo de cada individuo al grupo.
- 4) Del tipo de grupo que lidera.
- 5) De la dinámica del grupo.

A) Tres actitudes terapéuticas:

1. Terapia de grupo institucional social.
2. Tratamiento de grupo contractual.
3. Tratamiento personal en grupo.

B) Métodos de tratamiento:

1. Terapia de apoyo.
2. Terapia analítica de grupo.
3. Tratamiento de grupo psicoanalítico.
4. Tratamiento en grupo desde el Análisis Transaccional.

C) Tipos de grupos que puede encontrar un terapeuta:

- | | |
|-----------|------------------------|
| Tipo I. | Pasatiempos. |
| Tipo II. | Complaciente Sumiso. |
| Tipo III. | Esperando a Papá Noel. |
| Tipo IV. | Juegos. |

- D) **Ajuste individual al grupo.** (Consideraciones necesarias. Tipo de necesidades que aporta el individuo al grupo)
1. Necesidades biológicas (hambre de estímulos).
 2. Necesidades psicológicas (hambre de estructura).
 3. Necesidad de intimidad.
 4. Poner en acción sus juegos y guión de vida (patrones carenciales).
 5. Experiencias del pasado (idea provisional del grupo).
 6. Necesidad de ajuste al grupo (habilidades).
- E) **Dinámicas de grupo:**
- 1) **Diagramas de grupo:** Hay seis diagramas básicos de grupo:
 - a) Diagrama posicional (estructura física por observación visual directa).
 - b) Diagrama de autoridad, para un grupo de tratamiento:
 - Autoridad personal.
 - Esquema organizacional.
 - Precedentes históricos.
 - Cánones culturales.
 - c) Diagrama estructural de un grupo de tratamiento: Existen tres fronteras muy delimitadas en grupos de tratamiento:
 - Límite externo: entorno que separa a los miembros de grupos del resto del mundo.
 - Límite mayor: entorno que separa al terapeuta de los pacientes.
 - Límite menor: entorno que separa a los componentes del grupo, unos de otros.
 - d) Diagrama dinámico de un grupo de tratamiento: La dinámica de un grupo consiste en:
 - Proceso externo (interrupciones, salidas, entradas).
 - Proceso interno mayor (transferencias, contratransferencias).
 - Proceso interno menor (transacciones entre los del grupo).
 - e) Imago grupo (estructura privada del grupo según es vista a través de los ojos de cada miembro).
 - f) Diagrama transaccional.

- 2) **Ajuste de la Imago grupal:** El proceso completo del ajuste de la "imago grupal" tiene cuatro etapas diferentes:
 - a) Imago provisional (rituales, participación, pregrupo).
 - b) Imago de adaptación (pasatiempos, Tipo I).
 - c) Imago operativa (juegos, Tipo II y IV).
 - d) Imago de ajuste secundaria (intimidad, pertenencia a).
- 3) **Trabajo de grupo:** Es lo que ocurre en el grupo; lo clasificamos según el resultado:
 - a) Actividad grupal (grupos de trabajo con propósitos: reuniones, horas, sitio, asistencia, reglamento).
 - b) Proceso grupal externo (cuando se engancha con problemas externos y fuerzas disruptivas). Se llama grupo de combate.
 - c) Proceso grupal interno (todo lo que tiene que ver con el cambio de la estructura del grupo: conocimiento de los miembros entre sí, transacciones entre los miembros que lleven a modificar las estructuras privadas, etc.) A todo se le llama proceso grupal.
- 4) **Cultura grupal:** Cada grupo tiene 3 diferentes culturas:
 - a) Cultura técnica (Adulto): Objetivo Racional.
 - b) Cultura social (Padres): Tradición heredada.
 - c) Cultura individual (Niño): Emocional -mecanismos psicológicos de control individual-, de ansiedades y expresiones permitidas.
- 5) **Salud grupal:** Berne ha señalado seis aspectos de un grupo sano:
 - a) La mayor preocupación del grupo sano es que dure lo más posible o, al menos, hasta que el objetivo se cumpla para cada uno de sus miembros.
 - b) Se han de cuidar los dos conjuntos de influencias que pueden amenazar la existencia de un grupo: la presión externa y la agitación interna.

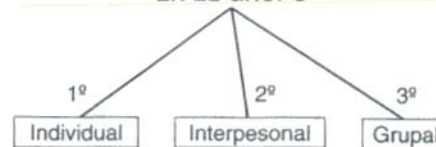
- c) La continuidad de un grupo como fuerza efectiva depende de mantener su estructura organizacional.
- d) Todo fracaso de un grupo en mantener su existencia efectiva se debe a fallos en el aparato del grupo.
- e) Todo trabajo en grupo entra en una de las siguientes categorías:
 - Actividad grupal.
 - Proceso externo del grupo.
 - Proceso interno del grupo.
- f) La existencia de un grupo está en continua amenaza si no puede movilizar suficiente fuerza cohesiva para apoyar los tres tipos de procesos.

Algunas veces en el transcurso del trabajo grupal los participantes tienen y exhiben, ocasionalmente, algunos patrones conductuales que pueden causar dificultades al líder en su trabajo. Diagnosticarlos y confrontarlos ayudarán a evitar conductas negativas.

No es necesario, y a veces tampoco apropiado, intervenir cada vez que un miembro del grupo manifiesta una conducta disfuncional. Sólo cuando la conducta es repetitiva o tiene un efecto muy negativo en el grupo, o a veces le resulta muy irritante al líder, y si se confirma que no es una conducta aislada sino un patrón conductual, se pueden hacer intervenciones.

Y no olvidar nunca que una conducta no es la persona, sino sólo un aspecto de su personalidad.

NIVELES DE INTERVENCIÓN DEL LÍDER EN EL GRUPO



- Ejemplo de intervención en los tres niveles:
1. "María realmente valoro tu voluntariedad en expresarte. Eres valiente pues tomas riesgos".

2. "Juan, Pedro y Pilar parece que no termináis de resolver vuestras diferencias, vamos a dedicar unos minutos a ver de qué conflicto se trata".
 3. "Ya se han hecho algunas sugerencias, qué es lo que os gustará analizar primero".
(Después del encuentro grupal).
- Conductas disfuncionales más frecuentes que son exhibidas por los miembros de tratamiento psicoterapéutico.** Lo primero es hacer un diagnóstico de la conducta:
- El Salvador.
 - El Pasivo Agresivo.
 - El que se disculpa por todo.
 - El introvertido.
 - El frívolo.
 - El preguntón.
 - El peleón.
 - El monopolizador.
 - El sabelotodo.
 - El quejicazo.
 - El distraído.
 - El intelectualizador.
 - El proyectivo.

Veamos un ejemplo de cómo trabajar en el grupo:

El Salvador: Las personas que exhiben esta conducta tienden a ser agradables, el objetivo final es "evitar el conflicto". Para ello, explican, defienden, disculpan, interpretan a otros y hablan de sus sentimientos y de los de otros.

El Salvador debe aprender que "existen los conflictos" y que eso está bien, que es posible tener conflictos y estar bien con uno mismo y con el otro.

El objetivo del líder es ayudar al Salvador a sentirse más cómodo ante los conflictos

Intervenciones posibles: Cuando el Salvador intenta explicar y/o interpretar a otro,

- a) "Me doy cuenta de que hablas por María y lo que te sugiero es que dejes que María hable por sí misma".

- b) "Yo prefiero que las personas hablen por sí mismas; la comunicación se estanca cuando las personas interpretan a otros".

c) Cuando el Salvador trata de evitar conflictos, se puede decir: "pareces inquieto cuando ves a María que se enfada, ¿es eso así?"

Veamos otro ejemplo: El Proyectivo.

Inconscientemente atribuye sus pensamientos y/o sus sentimientos a otros.

La mayoría de las veces, son sentimientos o pensamientos con los que se encuentran incómodo, molesto o asustado.

Pueden decir: "No creo que nadie entienda el material presentado" o "La gente se puede enfadar si no hablas de..."; "Me da cuenta de que Ana se molestó cuando decías..."

Aunque aparentemente hablan por otros, en realidad hablan de sí y hacen pocas declaraciones personales.

A veces pueden acertar en sus proyecciones pero eso no cambia la proyección.

Estrategias de intervención:

T.-"Acabas de hacer una declaración para el grupo. ¿Es eso cierto para ti también?"

T.-"Me pregunto si tú, también, sentirás así".

T.-"Vamos si esas personas verdaderamente sienten los sentimientos que tú les atribuyes".

2. VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO DE GRUPO

M^a Angeles Ortega Rodríguez,
Médico-Psiquiatra y
Miembro Clínico de AESPAT

La vida del hombre transcurre en grupos. Aún más, la vida se constituye en la interacción con otros, quienes a su vez se forjan en la interacción con nosotros. Y así, en círculo indefinido se van engarzando las múltiples conexiones que explican la complejidad del comportamiento humano en su vertiente social.

Ofrecemos el A.T. como método de tratamiento de grupo porque creemos que es un sistema racional y natural derivado de la propia situación del grupo y, por tanto, va a tener múltiples ventajas. Vamos a ver primero las ventajas puramente formales, comunes a todo tratamiento de grupo para posteriormente ver las que se desprenden de la propia teoría del A.T.

Una de las ventajas más importantes del tratamiento de grupo es su economía en términos de las necesidades del cliente, el tiempo, personal y dinero. En el tratamiento de grupo unas 8 personas pueden ser atendidas al mismo tiempo con menor coste para el cliente.

El método es aplicable a casi todas las edades y a distintos fines de tratamiento.

La efectividad del mismo puede ser estimada por el grado en que el programa de grupo hace al paciente más aceptable a los demás, y más capacitado para beneficiarse con otros enfoques terapéuticos.

En A.T. hacemos un enfoque contractual que intenta mantenerse tan libre, como sea posible, de supuestos enunciados injustificados y de objetivos, actitudes y roles institucionalizados.

A partir de las realidades concretas de la situación, intentamos llegar a un contrato que sea aceptable por ambas partes. El objetivo del tratamiento en grupo es combatir lo que hay del pasado en el presente, con el fin de asegurar el futuro.

En palabras de Berne, "está bien" todo lo que favorece el programa terapéutico, y no está bien todo aquello que lo impide.

En la situación de grupo operan cuatro **fuerzas terapéuticas:**

1. El impulso natural hacia la salud de todo ser humano.
2. La salubridad biológica resultante de ser acariciado o reconocido por otras personas.
3. Las experiencias, confrontaciones y encuentros sociales correctores.
4. Las operaciones del terapeuta.

Las tres primeras operan continuamente en cualquier situación social, de modo que en estos aspectos el tratamiento de grupo no ofrece ventaja alguna sobre otras formas de actividad social. Por consiguiente, son sólo las operaciones terapéuticas lo que justifica el tiempo y la energía que el terapeuta ha dedicado a su formación.

Sabemos que casi todo lo que se puede llamar un "grupo de terapia" es consustancialmente beneficioso para sus miembros; un respetable porcentaje de ellos mejorarán independientemente de lo que haga el terapeuta e, incluso, a pesar de lo que haga. Esto va a constituir una ventaja pero, también, supone una limitación y un peligro muy a tener en cuenta, en el caso en que nos conformemos sencillamente con esto y no nos tracemos objetivos serios y concretos con un plan terapéutico destinado a conseguir esos objetivos. El profesional auténtico quiere hacerlo cada vez mejor y no se debe conformar con lo que viene por sí mismo; se sigue y se guía por un procedimiento, en donde cada uno de los pasos tiene una justificación y una necesidad racionales, de modo que, en interés del cliente, no se puede omitir en conciencia ninguno de ellos.

Cuando el terapeuta es excesivamente conformista y poco creativo corre el riesgo de institucionalizar el grupo, haciendo intervenciones y cosas sin revisión crítica que confirmen si siguen siendo de utilidad. De ahí la importancia de la creatividad y el replanteamiento día a día de lo que estamos haciendo y de nuestra tarea, sin olvidar los objetivos y el plan terapéutico de cada cliente.

Uno de los supuestos básicos de la terapia de grupo institucionalizada es que la terapia es buena, pero rara vez se enuncia que es buena. En nuestros grupos es importante que todos los miembros tengan una idea clara de por qué están allí y una concepción precisa de lo que intentan hacer, así como de la manera de hacerlo.

En la fase preliminar, el hecho de facilitar o pedir al cliente, o candidato a entrar en un grupo, que precise las fantasías o expectativas de lo que sucederá en el grupo; es decir, que nos facilite la "imago provisional" del grupo, nos da valiosas indicaciones de cuál será el procedimiento más provechoso para él, además de darnos una idea de las motivaciones subyacentes de sus transacciones con otros clientes. En el lenguaje transaccional, la imago provisional del grupo ayuda al terapeuta a anticipar cuáles son los juegos que más probablemente jugará un cliente en el grupo, una información útil para formular el plan terapéutico apropiado para el cliente.

Uno de los primeros objetivos y ventajas del grupo de terapia es descubrir cómo se presenta entre sí la gente; si el terapeuta organiza un ritual de presentación en la primera reunión o cuando aparece un recién llegado, se perderán sin remedio observaciones importantes. Rituales así sirven para mitigar la ansiedad del terapeuta. Sin embargo, resulta más ventajoso e instructivo el preguntarnos por nuestro temor a lo que pueda suceder si nos presentamos nosotros mismos a los clientes. Sí es cierto, también, que para algunas personas muy deprimidas y para algunos psicóticos, los saludos y las presentaciones pueden tener más importancia de lo habitual y nuestra intuición nos advertirá de cuándo hacer excepciones.

En el grupo vamos a poder comprender la naturaleza de las transacciones entre ellos, así como los juegos y guiones sobre los cuales se basan dichas transacciones.

Al estar las personas en interacción, podemos observar con mayor facilidad el tipo de comunicación, a la vez que se pueden estudiar otras opciones alternativas que el mismo grupo ofrece. Se analizan, también, con mayor precisión los juegos psicológi-

cos: En definitiva, el grupo nos permite analizar cómo la persona se mueve en el mundo, cómo se presenta ante él mismo —argumento—, cómo le tratan, cómo interactúa; qué caricias da y recibe, qué extorsiones, si las hay, son las preferidas, cuál es su rol favorito, cuáles son los descuentos, las descalificaciones y posición existencial preferida; en qué posición está preferentemente en su miniargumento, etc.

El cliente, además, obtiene un buen feedback del resto del grupo a través del diagnóstico social de los estados del yo; toma conciencia de quién es a través de lo que otros hacen con él o a través de cómo le responden.

El grupo favorece la expresión de sentimientos o emociones auténticas, pero no en las primeras fases en que la tendencia es a mostrar los rackets o sentimientos parásitos aprendidos y preferidos; ello se da cuando se ha establecido la confianza básica y la cohesión de grupo, cuando comienzan a aflorar los sentimientos auténticos, cuando los permisos recibidos van cobrando potencia y se da la adecuada y necesaria protección. Hay que tener en cuenta que una de las limitaciones en las primeras etapas del tratamiento de grupo es la que viene dada por esa confianza básica; se establece más lentamente que en la terapia individual; la cohesión de grupo se va realizando lentamente, pero de manera progresiva. No debemos desanimarnos por esto en las primeras semanas cuando se den pasatiempos, u otras formas de estructurar el tiempo distintas de la intimidad, que debe ser la forma predominante cuando el grupo está formado; es cuestión de recordar cómo hacemos las relaciones en nuestro mundo: habitualmente no comenzamos directamente desde la intimidad, probablemente si esto sucediera podría ser más bien pseudointimidación. Tanteamos mediante el pequeño profesor con quién vamos a intimar, por eso no hay que descalificar los pasatiempos u otras formas, los cuales, en muchos momentos son un claro vehículo hacia la intimidad.

El grupo, en definitiva, da al cliente mayor oportunidad de exhibir un repertorio más

amplio de comportamientos espontáneos y de ver qué es lo que hace a —o con— las otras personas del grupo y qué hacen éstas con él.

Por ejemplo, es extraordinariamente útil para ver las conductas de seducción que, a veces, en terapia individual se nos pueden escapar más fácilmente, por la posibilidad de engancharnos en las mismas.

Existe mayor probabilidad de apreciar con más claridad conductas de rebelión y de boicot. El grupo da un margen para un repertorio más amplio de conductas de lo que es posible en terapia individual y, por tanto, el terapeuta puede obtener información directa sobre las propensiones del paciente.

Por último, el grupo FACILITA la decisión de cambio ya que el cliente, con la protección ofrecida por el grupo, tiene la oportunidad de experimentar qué pasa en el aquí y ahora con esa decisión.

No obstante, un terapeuta no es menos válido por tener dificultades en los grupos. Como ya he mencionado, la formación de un grupo requiere un proceso y todos sabemos lo que eso significa; el grupo requiere su tiempo para realmente hacerse y formar la cohesión de grupo. La confianza básica se establece más lentamente que en terapia individual.

En todo tipo de terapia, el diagnóstico adecuado ocupa un papel sumamente importante que no es necesario explicar; para el tratamiento de grupo, éste ha de ser determinante en la selección de los pacientes.

A veces, se requiere que algunos pacientes tengan una preparación inicial antes de entrar en un grupo; en algunos casos la información adecuada es suficiente, pero en otros se requerirá más tiempo.

Entre algunos psicóticos, por ejemplo, para obtener mejores resultados deben demostrar cierta estabilidad en su relación con el terapeuta antes de que se introduzca en un grupo, para tener asegurada la protección. Ya en el grupo, es importante evitar introducirse en aspectos ocultos de la psicosis mientras el paciente no esté completa-

3. CRITERIOS DE ELECCION DE LOS PACIENTES PARA EL GRUPO

Milagros Goyanes

Elegido el grupo como una buena alternativa terapéutica, a la vista de sus ventajas, vamos a realizar un recorrido por tres cuestiones básicas.

Cabría preguntarse en primer lugar: **¿qué pacientes son susceptibles de entrar en un grupo terapéutico?**

Salvo algunas excepciones, como puede ser el caso de sordos, pacientes con delitos graves, ancianos con deterioros irreversibles, etc... Se puede decir, que casi todos los participantes pueden ser incluidos en una terapia grupal; teniendo en cuenta que determinados casos necesitan un período de intervención individual previa, que les permita llegar al momento de preparación y predisposición adecuada, para ser introducidos en grupo.

Otra excepción y criterio de selección válido, desde el punto de vista clínico, tiene que ver con el método terapéutico que el profesional decide utilizar en su práctica grupal.

Una vez hemos dado respuesta al primer interrogante planteado, vayamos con el segundo: **¿a qué tipo de grupo hay que asignar cada paciente?**

En este punto quiero hacer referencia a grupos homogéneos o específicos y a grupos heterogéneos o generales.

Los primeros (los específicos), son grupos donde existe un diagnóstico común en todos los pacientes que lo integran, por ejemplo: esquizofrénicos, psicósomáticos, anoréxicas, etc... O también se crean teniendo en cuenta una característica o cualidad concreta, por ejemplo: tener edades similares, niveles culturales parecidos, etc...

Se pueden formar grupos específicos con una duración y unos objetivos determinados. Cumplidos estos, los participantes pueden ser incluidos en grupos generales. Un caso que ilustra lo referido, es trabajar en

mente preparado para enfrentarse con lo que durante tanto tiempo mantuvo oculto; debemos cuidarnos de ser demasiado rápidos en coincidir con las apreciaciones negativas de un cliente respecto a las personas más cercanas e influyentes de su entorno. No debemos entrometernos en dominios traumatizados mientras no estemos preparados para terminar lo que se comienza y nos sintamos seguros de que el cliente puede sobrevivir al procedimiento. La primera tarea es, por tanto, localizar estos dominios y calcular su extensión para así poder evitarlos hasta que haya llegado el momento de explorarlos.

Teniendo en cuenta el impulso natural a la salud, tanto física como emocional, la otra tarea importante será localizar los aspectos sanos de la personalidad de cada cliente para alimentarlos y reforzar su potencial, de manera que el cliente crezca en la dirección que le es propia, sin los obstáculos que en su día tuvo.

En definitiva, lo que hacemos es preparar al paciente para que la cura se produzca, tratándole lo mejor que sabemos, utilizando terapéuticamente todo nuestro conocimiento y nuestra energía, teniendo muy en cuenta el no dañar, y favoreciendo que ese impulso natural hacia la salud siga su curso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Barriga, S. (1982) **Psicología del Grupo y del Cambio Social**. Barcelona, Hora.
- Berne, E. (1961) **Análisis Transaccional en Psicoterapia**. Buenos Aires, Psique.
- Berne, E. (1983) **Introducción al Tratamiento de Grupo**. Barcelona, Grijalbo.
- Bion, W.R. (1985) **Experiencias en Grupos**. Barcelona, Paidós.
- Blakeney, R.N. (1979) **Manual de Análisis Transaccional**. Buenos Aires, Paidós.
- Kadis, A.L.; Krasner, J.D.; Winick, CH.; Foulques, S.H. (1982) **Manual de Psicoterapia de Grupo**. México, F.C.E.
- Rogers, C. (1979) **Grupos de Encuentro**. Buenos Aires, Amorrortu.

un principio, con drogodependientes, bajo la estructura de un grupo institucional social, con el propósito de intervenir en el síntoma.

En el segundo tipo o general, existe diversidad con respecto a estos criterios.

Definidas las diferentes clases de grupos, nos adentramos en la tercera pregunta: **¿cuál es la alternativa que cada terapeuta hace?**

La elección puede realizarse en función de preferencias personales o bien en función de unos objetivos y un plan terapéutico concreto.

La experiencia clínica nos demuestra, que la dinámica grupal, y en última instancia el pronóstico, no es más favorable sentando bases de homogeneidad. Por el contrario, la diversidad da lugar a vivencias interesantes y enriquecedoras para el progreso grupal, que de otra forma no tendría lugar. Me estoy refiriendo con esto, a la movilización de sentimientos, juegos psicológicos, tipos de transacciones y demás aparatos del A.T., que afloran entre los miembros de un grupo y propician el abordaje del terapeuta.

En ocasiones, los terapeutas se inclinan hacia grupos específicos, por cuestiones personales, es decir, por prejuicios o quizás miedo a explorar situaciones desconocidas, parapetándose en interrogantes del tipo: ¿cómo voy a poner juntos a este hombre de cincuenta años, con esta joven de veinte?, o ¿cómo voy a juntar en el mismo grupo a estas personas, cuando una de ellas es médico y la otra no tiene la E.G.B. terminada? Además no olvidemos que el pronóstico que realicemos del funcionamiento grupal, será más veraz, si nos permitimos un tiempo de observación y de evaluación.

Aseverar que un paciente no va a encajar, sin confrontarlo con la situación real de grupo, a veces no es del todo fiable, sobre todo si el terapeuta no tiene mucha experiencia.

Me gustaría detenerme un momento aquí, para contaros alguna experiencia personal en mi ámbito laboral.

Aún partiendo de una perspectiva institucional, puesto que me voy a referir a una O.N.G. cuya población objeto son las familias de los drogodependientes, por mi formación en A.T. los grupos que lidero, son grupos contractuales. Lo que quiero señalar es que cuando existe heterogeneidad en los participantes: madres, padres, hermanos,

esposos, esposas..., se pueden generar esas experiencias a las que me refería anteriormente.

Recuerdo que un día, un padre hizo referencia a una discusión que su hija no afectada había provocado con ellos. Otro participante (una hermana) le contestó con la emoción en la piel: "¿qué va a tener que hacer tu hija para que le hagáis caso... ¿prostituirse?"... Aquel momento permitió que esa joven trabajara la emoción que sentía por su propia situación con respecto a sus padres. Al igual que el padre tomó conciencia con la motivación de la queja de su hija.

En algunas ocasiones, por azar, el grupo se constituye sólo con padres de drogodependientes, por lo que ocurre que cuando se da esta circunstancia de mayor homogeneidad, la diversidad de experiencias es menor.

Para concluir, deciros que salvo excepciones mencionadas con anterioridad, cualquier participante puede ser incluido en un grupo. Estos, cuando se forman heterogéneamente, bajo un plan terapéutico concreto y fuera de prejuicios personales, son muy recomendables.

Berne, en su libro "Introducción al tratamiento de grupo", decía: "no es bueno seleccionar los pacientes", de hecho hacerlo puede ser perjudicial para el progreso del tratamiento.

Una vez hecha la selección de los pacientes, el siguiente paso importante es establecer objetivos, para ello los participantes delimitarán por qué y para qué formarán parte de un grupo.

Mi compañera **Isabel** os hablará de esta cuestión.

4. EL CONTRATO EN LOS GRUPOS DE AT

Isabel López Arias,
Psicóloga, psicoterapeuta y
Miembro de AESPAT

La terapia transaccional, tanto individual como en grupo, es explícitamente contrac-

tual. El contrato es uno de sus instrumentos básicos. Es un acuerdo que se establece entre los Adultos de cada uno de los clientes del grupo y el del terapeuta, de mutuo acuerdo, sobre lo que van a hacer juntos, sobre los objetivos terapéuticos, las etapas y las condiciones para lograrlo. Su misión es lograr un cambio positivo en los clientes del grupo.

El contrato es fundamental en AT por varias razones:

- Permite establecer la tensión psicológica necesaria para la participación real en la psicoterapia de grupo.
- Ofrece al cliente la posibilidad de alcanzar y experimentar el éxito.
- Produce el efecto Zeigarnick o de retorno a las tareas incompletas. Con el contrato, el cliente se asigna un objetivo a cumplir que se constituye en una tarea inacabada; y la tensión va a persistir hasta conseguirla, incluso si dicha tarea se interrumpe. Esto da una continuidad al contrato, también, fuera de las sesiones de tratamiento de grupo.
- Puesto que se hace Adulto-Adulto, refuerza al Adulto del cliente, ya que crea un compromiso para efectuar un cambio.
- Se manifiesta una voluntad de asociar al cliente a su propia evolución y se evitan ciertas situaciones de simbiosis y pasividad.
- El hecho de formularlo ya constituye un acto de ayudarse a sí mismo y adquiere, por tanto, el valor de un primer paso terapéutico.

Los contratos deben de reunir una serie de **condiciones** para establecerse:

- Centrarse en un área de conductas en las que el cliente tiene problemas que no puede resolver solo.
- El cambio propuesto será observable, concreto y específico.
- La fórmula del contrato estará expresada en términos positivos y en relación a una meta integradora.
- Será inteligible para un niño de unos 8 años.
- La conducta deberá ser legal y ética.

- Se referirá al propio cliente, y no a terceras personas.
- Tendrá, dentro de lo posible, un plazo de cumplimiento.

Para Steiner (1992) las **características básicas a reunir por un contrato** son el consentimiento mutuo, la retribución, la competencia y la legalidad:

1. El consentimiento mutuo se refiere a que el terapeuta debe de hacer su oferta en términos claros y explicitando sus servicios, técnicas y condiciones. El cliente debe expresar claramente lo que desea.
En algunos casos el cliente no viene por sí mismo sino presionado por otros, o expresa lo que desea en términos confusos o vagos; es adecuado, en estos casos, tomarse el tiempo necesario hasta precisar y clarificar lo que quiere y eso en sí mismo puede constituir un contrato parcial, al término del cual se decidirá si continuar adelante con un contrato establecido o interrumpir la relación.
2. La retribución o intercambio de bienes es lo que aporta cada uno y de qué manera se retribuye.

Hay cuatro bienes que los seres humanos podemos intercambiar: información, tiempo, bienes materiales y caricias.

El terapeuta aporta su tiempo, conocimiento, formación y afecto; el cliente aporta bienes materiales (dinero) y afecto a veces.

Si la retribución no existe, el terapeuta ha adoptado un rol de salvador y propiciado, por tanto, juegos psicológicos.

Hay algunos casos específicos de adultos que dependen económicamente de otros; por ejemplo, estudiantes mayores de 18 años. Esto también se valora individualmente pudiéndose contratar alguna vez que una parte la paguen ellos con su asignación.

3. La competencia mutua para establecer el contrato. Por parte del terapeuta implica tener entrenamiento, capacitación, estar preparado. Usar la totali-

dad de sus técnicas, habilidades y métodos para cumplir el compromiso establecido; así como supervisor su trabajo y haber trabajado en sí mismo en la consecución de su autonomía.

El cliente, también, debe presentar competencia, fundamentalmente usar su Adulto para convenir la retribución y para trabajar en el cumplimiento de sus objetivos.

Esto implica que no son válidos los contratos con un psicótico, porque no dispone de Adulto. No se establecen contratos iniciales, ya que aquí lo adecuado es la protección, contención y sostén hasta obtener la confianza básica que permita la descontaminación y la desconfusión. Esto favorece la activación del Adulto y es, entonces, y sólo entonces, cuando se puede establecer un contrato.

4. La legalidad del objetivo. No debe violar la ley y debe de estar en conformidad a los estatutos profesionales.

Los contratos psicoterapéuticos según sus cualidades e importancia se clasifican en contratos de control social y contratos de autonomía.

Los de control social se orientan a un cambio conductual; por ejemplo: perder peso, contrato de no suicidio, dejar de golpear a otros, terminar la carrera, cambiar de trabajo...

En los contratos de autonomía que afectan al cambio de guión, el tema será respecto a los mandatos: vivir, existir, sentir, pensar, expresar, confiar, tener éxito, amar, pertenecer... Se trabaja con la redecisión. No hacemos contratos para pensar o sentir, sino para expresar lo que pensamos o sentimos; ejemplo: expresar tristeza cuando la sentimos.

Gellert y Wilson plantean otra clasificación según la importancia o trascendencia del contenido, y diferencian contratos menores, intermedios y mayores.

Los menores se establecen en el aquí y ahora, y se refieren a un tema puntual que generalmente afecta al Niño Adaptado.

Los intermedios que afectan a modificaciones de conducta, modelan comporta-

mientos sustitutivos que reportan éxito, o caricias positivas o sentimientos auténticos, en lugar de los beneficios que reportaban los juegos psicológicos o la obediencia al argumento de vida. Estos no afectan al argumento, pero facilitan su abordaje porque reconcilian al cliente con el éxito, con las conductas eficaces, con su capacidad de gozar y disfrutar. En los casos en que la persona no desea cambiar su argumento, éstos pueden ser suficientes.

Los contratos mayores son los que afectan directamente al argumento, ya que implican una redecisión y propician cambios radicales que pueden afectar a la estructura de la personalidad.

En los casos en que hay varios contratos a hacer, Berne (1983) recomienda considerarlos como diferentes y plantearlos por separado para ordenarlos sistemáticamente en un programa terapéutico bien planteado, donde los objetivos se encadenen en fases y se tenga claro la conclusión de una y el paso a la siguiente.

En los grupos, lo primero a establecer es qué están haciendo el terapeuta y cada uno de los miembros del grupo ahí, para que clarifiquen cómo sabrán si están consiguiendo algo.

En caso de que se refiera a grupos en instituciones, hay otro contrato a hacer, que es el del terapeuta con los objetivos y las leyes de la institución.

En el contrato grupal se hablará de qué es lo que se espera lograr con el tratamiento de grupo, qué síntomas serán motivo de principal atención y qué puede ofrecer el terapeuta.

La regla de que el paciente puede decir cualquier cosa que quiera, sin excepción, es claramente enunciada. Se establecen compromisos iniciales que están relacionados con la protección: de no agresión o violencia ni hacia uno mismo ni hacia los otros, ni hacia los instrumentos; de confidencialidad; de no acudir bajo efectos de alcohol o drogas y de no tener relaciones sexuales ni de negocios entre los miembros del grupo.

Los contratos requieren un seguimiento, además del propio, de alguien interesado en apoyarnos, para ello es ideal el grupo te-

rapéutico, ya que alcanza importantes éxitos de solidaridad e intimidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Berne, E. (1975) **Análisis Transaccional en Psicoterapia**. Buenos Aires, Psique.
- Berne, E. (1983) **Introducción al Tratamiento de Grupo**. Barcelona, Grijalbo.
- De Diego, C. () **Apuntes del curso avanzado de Análisis Transaccional**.
- Román, J.M.; Senlle, A.; Pastor, E.; Poblete, M. y Gutiérrez, G. (1983) **Análisis Transaccional. Modelo y aplicaciones**. Barcelona, Ediciones CEAC.
- Steiner, C. (1992) **Los Guiones que Vivimos**. Barcelona, Ed. Kairós.

5. ESTRUCTURA Y DINAMICA DE GRUPO

Carmen Ruiz

El propósito de esta ponencia, es presentar a esta mesa redonda una alternativa a una dinámica de grupo muy concreta. Estamos hablando de la dinámica de grupo que se establece dentro de un avión, enfocado desde la relación auxiliar de vuelo-pasajeros.

En primer lugar, en nuestro grupo de trabajo existe un contrato, contrato implícito que nosotras como auxiliares de vuelo establecemos con la compañía en la que vamos a trabajar, donde el objetivo del mismo es la protección y seguridad del grupo de pasajeros que vamos a transportar. Nuestro contrato no se realiza con el grupo en cuestión como en una situación terapéutica sino con la empresa donde vamos a realizar nuestras funciones; es decir, la compañía por su parte, obliga a pasar por un curso preparatorio de un mes. Estos cursos son exigidos por Aviación Civil donde se nos ofrece toda la información necesaria para realizar este

contrato y llevarlo a buen fin; se nos prepara para realizar todas las funciones en el medio en que nos encontramos; se estudian todas las posibilidades tanto en situación de emergencia como en situación normal y todas las alternativas posibles para proteger a los pasajeros.

La preparación de estos cursos es fundamental y de hecho sólo se puede pasar si se alcanza un 85% sobre la nota final. En estos cursos se valora la puntualidad, la imagen personal y hay una observación continua de cada una de las futuras auxiliares y su interacción con el grupo. En realidad se observa sus rasgos de personalidad y su estructura ya que debe tener un adulto adecuado capaz de ofrecer protección y seguridad al grupo de pasajeros con el que va a interactuar; nos referimos a la estructura de segundo orden, desde el padre de su adulto al adulto y niño del pasajero.

La azafata, como cualquier terapeuta, antes de intervenir debe tener una clara definición de sus objetivos.

Según Berne, es un requisito importante para el terapeuta, mantenerse bien en el orden fisiológico, y tiene la obligación de mantenerse sano, de dormir lo suficiente y no llegar a la sala de tratamiento bajo ninguna influencia. Así, los auxiliares de vuelo tienen la misma obligación: está prohibido beber antes de un vuelo o no haber dormido las horas suficientes para realizar el mismo. Los Auxiliares de Vuelo, deben estar totalmente preparados para actuar en situación normal y, si fuera necesario, en situación de emergencia. De hecho si se observa alguna anomalía de alguno de los tripulantes en la hora previa a la realización del vuelo, el comandante tiene autoridad como para sacar a un auxiliar de vuelo de imaginaria (tripulación en reserva con disponibilidad inmediata). Antes de la hora del embarque de los pasajeros, el sobrecargo realizará un examen oral sobre los procedimientos de emergencia, el cual debe ser superado, requisito imprescindible antes del vuelo.

No hay que olvidar que las auxiliares del vuelo somos la base de seguridad de todos los pasajeros con un objetivo claro que es la

protección de los mismos. Los pasajeros observan cualquier movimiento que nosotros realizamos; así que el disimulo de un cansancio, es percibido por ellos inmediatamente afectando al grupo irremediamente. Asimismo nuestros gestos y actuaciones deben ser auténticas, ya que estas incongruencias son captadas automáticamente y ofrecen inseguridad a los pasajeros. Es muy importante que como bases de seguridad nuestra imagen personal (uniformidad y aseo) sea lo más correcto posible, no como método publicitario sino como un punto importante de nuestro objetivo, que es ofrecer protección.

La puntualidad es un aspecto importante a cuidar en las compañías aéreas, ya que además de los problemas que a nivel práctico tiene, la poca fiabilidad en cuanto a la seguridad de protección que percibe el grupo de pasajeros, los altera de tal manera que este hecho, tiene una influencia decisiva en el desarrollo del vuelo.

La información asimismo de lo que está sucediendo es imprescindible para calmar al grupo y conseguir que puedan volver a fiarse de que van a ser atendidos y protegidos durante el trayecto.

Igual que en cualquier grupo terapéutico la puntualidad del terapeuta y la información en cualquier momento del proceso terapéutico del paciente es muy importante, asimismo estos dos aspectos de "puntualidad" e "información" son de vital importancia para la protección y seguridad del grupo de pasajeros.

No hay que olvidar que los pasajeros, se encuentran muy sensibles y vulnerables, y hay unas razones reales para ello. En primer lugar, no tienen control alguno sobre la situación, están en un medio que desconocen totalmente; algunos de ellos es la primera vez que montan en un avión; quizás, es la primera vez que van a ese lugar de destino y no saben qué es lo que les espera. Han dejado familia, amigos, lugar de residencia y seguridades en el sitio de origen.

A veces, hay situaciones conflictivas que se dan en el avión que son fruto del estado en el que se encuentran los pasajeros.

En situaciones terapéuticas a veces existen presiones externas como son influen-

cias de las instituciones donde se realiza la terapia de grupo, etc. De igual forma, en las compañías aéreas existen conflictos que son problemas directos con la empresa, parte negociadora del contrato, que da como resultado una actitud por parte de los auxiliares de vuelo a bordo negativa e incluso a veces dejando de cumplir los objetivos establecidos, descuidando la seguridad y protección del grupo.

El lugar donde está emplazado el grupo, está estudiado detenidamente; así por ejemplo, no existen aviones con una decoración estridente (excepto los logotipos publicitarios). Bajo ningún concepto los colores son llamativos, ya que esto afecta definitivamente al grupo. La música que hay dentro de los aviones, tiene un volumen determinado estudiado exhaustivamente para no alterar a los pasajeros.

El espacio y comodidad son de suma importancia. Es por todos sabido que la proximidad física puede aumentar el estrés y con ello la agresividad; este hecho tiene sus variaciones dependiendo del grupo cultural al que nos referimos. En este aspecto se reciben muchas más quejas del pasaje inglés donde la proximidad física está menos permitida culturalmente que de un pasaje italiano.

Así pues, dependiendo del grupo con el que estemos, los auxiliares de vuelo deben relacionarse de una forma más táctil y corporal con un grupo que con otro. Es necesario para ello una gran flexibilidad, así como un terapeuta debe tener flexibilidad dependiendo del grupo del que se trate.

La importancia del espacio es tan fundamental que algunas compañías Charters, donde durante mucho tiempo han tendido a reducir el espacio entre los asientos para incluir más pasajeros; en estos momentos cuando la competencia de precios de viajes está en auge están remodelando las estructuras internas de los aviones e incluso cambiando la flota en algunos casos.

Según Berne, cualquier persona puede ser aceptada en un grupo terapéutico. Asimismo cualquier pasajero puede ser aceptado en nuestro grupo dentro del avión. Estamos hablando de un grupo heterogéneo donde no existe ningún tipo de selección

previa, así pues, nos podemos encontrar con cualquier tipo de pasajero. Nuestro objetivo, que es la protección de estos, se debe adecuar con una gran flexibilidad a ese grupo en cuestión, teniendo atenciones especiales con los niños que haya a bordo, con pasajeros discapacitados, etc. De hecho, los pasajeros especiales, como los minusválidos, son embarcados antes que el resto de los pasajeros y reciben instrucciones especiales por parte de las auxiliares de vuelo antes de empezar el vuelo. Si observamos que hay pasajeros que es la primera vez que vuelan, debemos estar atentas con mayor interés a sus gestos y actuaciones.

La única gran clasificación que podemos realizar en estos grupos es dependiendo de su nacionalidad; esta clasificación es un elemento importante a tener en cuenta por parte de los auxiliares de vuelo. Haciendo un diagnóstico cultural, observamos que los alemanes se caracterizan por tener un padre muy grande y un niño pequeño; luego existe una gran diferencia con el grupo de italianos donde su parte niño es muy grande, y es necesario poner límites muy claros y concisos desde el primer momento que suben a bordo para el bien y la seguridad de todos los pasajeros. Para el grupo de alemanes tendrá una gran importancia la calidad del servicio de comida a bordo y la relación precocalidad. Es más importante que para otros grupos la puntualidad, la corrección y la amabilidad distante de las azafatas.

En los países del Este que en estos momentos empiezan a viajar, se observa que los pasajeros tienen un gran niño sumiso. Este hecho hay que tenerlo en cuenta para no contar con su iniciativa en una situación de emergencia.

La flexibilidad de los auxiliares de vuelo debe estar en función, como he mencionado anteriormente, del grupo en cuestión.

El objetivo de toda la tripulación a bordo, es conseguir la seguridad y protección de todos los pasajeros en situación normal y de emergencia. Es, por ello, muy importante que haya un nivel alto de caricias. El entendimiento de la tripulación como grupo ayudará a conseguir este objetivo.

El grupo del que estamos hablando es un grupo muy particular de una sola sesión y en un tiempo determinado, y es obligación de los auxiliares de vuelo ofrecer el máximo de tranquilidad, bienestar, confort y seguridad posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Berne, E. (1972) *¿Qué dice Vd. después de decir hola?* Barcelona, Grijalbo.
Blakèney, R.N. (1977) *Manual de Análisis Transaccional*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
Velasco, C. () *Medicina Aeronáutica*. Madrid, Ed. Paraninfo.

6. ESTRUCTURA Y DINAMICA DE UN GRUPO DE TRANSICION ORIENTADO AL TRATAMIENTO DE CRISIS

José M. Martínez Rodríguez,

Psiquiatra. Director Médico

M^a Nieves Fernández Rodríguez,

Trabajadora Social

Centro Hospitalario Benito Menni. Valladolid

INTRODUCCION

En la presente comunicación se presenta la experiencia de tres años de trabajo en un **Grupo de Transición** que hemos puesto en marcha en la Unidad de Tratamiento de Crisis de nuestro Centro. En esta unidad, que consta de 22 camas, se tratan en régimen de hospitalización pacientes que padecen distintos tipos de patología, especialmente Psicosis, Trastornos afectivos y Trastornos de la Personalidad severos.

El Grupo, que denominamos "de Transición" por las razones que exponemos más abajo, se realiza cinco veces a la semana a las 10,30 y tiene una duración de 60 minutos. No hay selección de pacientes.

Se procura que todas las personas que son hospitalizadas se incorporen al grupo tan pronto como sea posible, y ello aunque sufran sintomatología delirante, maniaca o depresiva severa. La única excepción es que el paciente esté tan agitado que sea impracticable mantenerle sentado. No obstante, tenemos la experiencia de que con pacientes maniacos, la hiperactividad se reduce notablemente a los dos o tres días de estar en el grupo.

El grupo está dirigido por un psiquiatra o una psicóloga y está encuadrado en un conjunto más amplio de actividades terapéuticas desarrolladas en la Unidad. La inspiración teórica del abordaje que realizamos en ella, así como las estrategias terapéuticas derivadas de la misma, está basada en la **Teoría de Crisis** (Caplan, 1964; Haber, 1983).

OBJETIVOS DEL GRUPO DE TRANSICION

El grupo lo denominamos de Transición porque está pensado para intervenir de una forma protectora sobre la situación de cambio y transitoriedad que experimenta el paciente durante la crisis y ello en un triple sentido. En primer lugar se procura que el grupo disminuya el estrés suplementario que supone para el paciente trasladarse desde su hogar a un entorno desconocido para él, vivido como extraño o amenazador. En el contexto de una situación de angustia, pérdida de contacto con la realidad o depresión intensa el sujeto ha de trasladarse a un entorno donde no conoce a nadie y ha de renunciar al contacto con aquellas personas que hasta el momento venían constituyendo para él, en mayor o menor medida, un apoyo en sus rutinas diarias y a sus rituales de compensación. El grupo es la primera de las actividades terapéuticas en las que participa el paciente al ser admitido en la Unidad y el trabajo durante la sesión está dirigido a ofrecerte un entorno seguro que le facilite la transición desde su medio natural.

Por otra parte el grupo, al ser la primera actividad que los pacientes efectúan diariamente, sirve para que éstos realicen una

transición del descanso diario a la inmersión en distintas actividades terapéuticas. El paciente tiene la ocasión de examinar día a día el punto evolutivo en el que se encuentra y establecer un programa diario de carácter personal orientado a resolver los focos activos de dificultades intrapsíquicas o interpersonales.

El grupo apunta a facilitar ulteriormente el paso que el paciente hace del Hospital a su domicilio, cambio que, tras haber disminuido la sintomatología aguda que motivó la hospitalización, es de nuevo inquietante para el paciente. Éste, tras haber conseguido recuperar el control de su sintomatología y recuperado el equilibrio interno, se ve compelido a regresar al medio en el que se produjo la situación de crisis. Muchos pacientes experimentan inseguridad acerca de la fortaleza de sus recursos para afrontar la vuelta a su medio y, por otra parte, han de aceptar la pérdida del entorno seguro que la Unidad ha supuesto durante un tiempo para ellos.

El grupo es una pieza clave en el conjunto de actividades terapéuticas de la Unidad, siendo su función principal facilitar un tratamiento intensivo de las crisis durante y después de la hospitalización, conseguir la colaboración del paciente en el tratamiento y vincular a éste con el personal asistencial. El grupo se constituye como un espacio privilegiado donde diagnosticar el sistema defensivo del paciente mediante la observación de su estilo interaccional, donde ponderar las ayudas situacionales de que dispone, valorar la percepción que tiene de su problema, elaborar una hipótesis de trabajo y donde establecer contratos terapéuticos que sirvan al paciente para responsabilizarse de su situación personal y colaborar en el tratamiento. A lo largo de las sesiones el paciente tiene la oportunidad de elaborar los conflictos relacionados con la crisis actual.

Entre otros objetivos el grupo sirve, además, como un espacio donde facilitar posibilidades de socialización y encuentro a los pacientes, así como un lugar donde dar información a quienes la precisan acerca de la organización y cultura de la institución (ver Figura 1).

OBJETIVOS DEL GRUPO DE TRANSICION

- Favorecer la transición del paciente:
 - desde su hogar a la Unidad,
 - del descanso diario a la actividad diurna,
 - de la Unidad a su hogar.
- Valorar la percepción del problema que tiene el paciente.
- Tomar conciencia de las defensas utilizadas.
- Valorar las ayudas situacionales.
- Elaborar una hipótesis de trabajo.
- Establecer objetivos terapéuticos:
 - en el momento del ingreso,
 - antes del alta, para prevenir recaídas.
- Conseguir colaboración en el tratamiento.
- Vincular al paciente con el personal asistencial.
- Elaborar los conflictos relacionados con la crisis.
- Suministrar información general.
- Ofrecer oportunidades de socialización.

Figura 1.

Un grupo abierto de este estilo conlleva un importante mensaje contextual a los pacientes, quienes perciben cómo otras personas que fueron hospitalizadas con anterioridad mejoran su sintomatología, recuperan su autocontrol, elaboran los conflictos que condujeron a la crisis y planean estrategias que prevengan recaídas tras su alta.

ESTRUCTURA DEL GRUPO

Desde la perspectiva de la Teoría General de Sistemas puede conceptualizarse el Grupo de Transición como un Sistema social con sentido propio. Los miembros del grupo, junto con los terapeutas, constituyen un subsistema. La Unidad de tratamiento de Crisis constituye un suprasistema, a su vez incluido en otro más amplio que es el Hospital como institución dividida en diversas Unidades.

En general, los Grupos psicoterapéuticos para pacientes hospitalizados poseen una frontera externa definida por los límites de tiempo, espacio, pertenencia y tareas a desarrollar durante las sesiones, y que vienen definidas por los objetivos del grupo arriba comentadas (Beeber, 1988).

El Grupo de Transición pertenece a un tipo de grupos de psicoterapia en régimen de hospitalización denominados "open-ended", en los cuales los miembros se incorporan al grupo en algún momento de su historia y le abandonan tras un número variable de sesiones. Esta es una gran diferencia respecto a los denominados "grupos cerrados" (Babender, 1988), en que todos los miembros hospitalizados comienzan el grupo un día dado y permanecen en el grupo por un número predeterminado de sesiones.

Sin embargo la frontera externa descrita por Berne (1966) en un tipo de grupo como el que comentamos, es altamente permeable e inestable. Al tratarse de un grupo abierto, en el que la rotación de los miembros es muy rápida, debido a que la estancia media en la Unidad es de 22-24 días, existe una gran tendencia a que los participantes experimenten una sensación de "estar siempre empezando". Rice y Rutan (1981) han observado que en este tipo de grupos los participantes están continuamente enfrentados a la necesidad de desarrollar confianza mutua a expensas de las tareas de diferenciación y autonomía.

Durante las sesiones es preciso utilizar estrategias dirigidas a establecer y mantener la cohesión del grupo y compensar así el continuo cambio de pertenencia de sus miembros. Es muy importante en este sentido dar la bienvenida a los nuevos miembros, orientarlos y permitirles presentarse. Algunos terapeutas, como Yalom, se resignan a conseguir cohesión grupal únicamente durante la sesión en desarrollo. Cada sesión es tratada como constituyendo la vida entera del grupo.

DINAMICA DEL GRUPO

Su funcionamiento viene a reflejar, por una parte, la dinámica relacional de sus

miembros entre sí y de cada uno con el grupo como un todo. Estas interacciones son a veces emocionalmente muy intensas dado el estado de desequilibrio de las personas en crisis.

Por otra, viene a reflejar la dinámica de la Unidad de crisis y del Hospital como un todo, pero también a influenciar a estos sistemas de rango superior. Desde la puesta en funcionamiento del grupo la atmósfera de la Unidad de Crisis experimentó un cambio radical. El clima en el resto de las actividades terapéuticas pasó a ser más cooperativo, cordial y solidario. Este ambiente benéfico alcanzó al resto de las Unidades, bien a través del estilo de interacción que los pacientes de la Unidad de Crisis mantienen con los de otras Unidades, o a través de las expresiones de satisfacción de los miembros del grupo, que generan en el personal y los pacientes de otras Unidades cierta expectación.

El grupo acusa la influencia del sistema social constituido por la Unidad y el Hospital en su conjunto. Klein (1977) ya había observado que el sistema social de la Unidad, con sus normas, expectativas y valores desempeña un importante papel en cómo el paciente se conduce durante las sesiones y, así, tiene un impacto significativo sobre el proceso terapéutico. Esta influencia es tan acusada que Kibel (1981) plantea la hipótesis de que el grupo de psicoterapia en una Unidad de corta estancia, más que un grupo con fronteras claramente definidas, es un subgrupo de la unidad en sí misma.

También Astrachan (1970) señala la importancia de considerar la influencia de las variables estructurales sobre la terapia de grupo. Sin esta consideración la tentación es percibir la conducta del paciente como individualmente determinada, sea consciente o inconscientemente, e ignorar la forma en la que el setting facilita o inhibe sentimientos y acciones. En definitiva, las tensiones del sistema se expresan y reflejan a través de todas las interacciones, de todo el staff y todos los pacientes en el grupo. Ber-

ne (1966) resaltó la enorme importancia que tiene para el terapeuta tomar conciencia de las influencias que diversas variables de la estructura organizativa, de la cultura profesional e institucional, así como la personalidad de sus superiores, ejercen sobre sus decisiones terapéuticas, especialmente en los momentos de estrés.

FASES DEL GRUPO DE TRANSICION

Cuando las fronteras se mantienen adecuadamente se pueden percibir fases de desarrollo del grupo similares a las descritas por Beeber (1988) aunque no se llega a conseguir el nivel de intimidad y cooperación posible en los grupos de terapia ambulatorios. Esta situación es más fácil de conseguir cuando se dan períodos extensos de tiempo en que se reducen los cambios en los miembros del grupo. Cada fase se caracteriza por los problemas de establecimiento de límites grupales y por las intervenciones necesarias.

El primer estadio es denominado por Beeber como "Reinicio", puesto que algunos acontecimientos fácilmente predecibles, tales como el alta simultánea de varios pacientes o el cambio de terapeutas, conducen a una rápida desestabilización de las fronteras externas haciendo que el grupo regrese a una fase inicial de desarrollo. En el grupo de Transición, cuyo funcionamiento es ininterrumpido, este fenómeno ocurre periódicamente por lo que es adecuado denominar esta fase como reinicio.

La desestabilización de la frontera externa del grupo se aprecia conductualmente en que los miembros empiezan a llegar tarde, en que ninguno cierra la puerta, los miembros experimentados del grupo olvidan orientar a los nuevos, los pacientes que tienen un nivel más alto de funcionamiento empiezan a funcionar como si hubieran ingresado al grupo por primera vez, etc. (ver Figura 2).

GRUPO DE TRANSICION			
PRIMER ESTADIO	TEMA	FENOMENOS OBSERVABLES	INTERVENCIONES TERAPEUTICAS
REINICIO	Estabilización del Límite Principal Externo.	Retrasos, Puerta abierta, Desorientación, Regresión.	Estabilizar límite externo, Identificación de la fuente de disrupción, Redefinir objetivos, Desarrollar sentido de comunidad, Desarrollar sentido de continuidad, Puntualidad, Sillas vacías.

Figura 2.

Beeber (1988) destaca que el grupo está abierto en áreas en las que debería estar cerrado (tiempo, espacio, pertenencia), y está cerrado en áreas en que debería estar abierto (compartir experiencias, aprendizaje y apoyo mutuo). La tarea del terapeuta es ayudar al grupo a reafirmar su separación del medio, redefinir sus objetivos, ayudar a desarrollar de nuevo el sentido de comunidad y de continuidad con el pasado reciente. Para ello, el terapeuta debe reestabilizar el grupo identificando y clarificando la fuente de la disrupción en su funcionamiento, por ejemplo, repasando quién ha dejado el grupo, ayudando a orientarse a los nuevos miembros y formalizando cualquier cambio de terapeutas. Para mantener la continuidad con el pasado se puede apelar a los miembros establecidos como sostenedores de la cultura grupal. Además, se debe volver a definir activamente el propósito del grupo.

Otras técnicas útiles para subrayar la frontera externa del grupo es cerrar la puerta puntualmente, dejar sillas vacías para los miembros ausentes (pacientes pertenecien-

tes al grupo, pero demasiado afectados para asistir, y animar a los que llegan tarde a ser puntuales.

En esta fase de desarrollo el terapeuta debe permitir que las fronteras entre miembros del grupo sean fluidas y se mantenga un sentimiento de similaridad y de aceptación mutua no crítica ya que el grupo no ha desarrollado aún la fuerza interna suficiente como para tolerar la confrontación y el conflicto entre los miembros. El grupo resuelve la ansiedad de los conflictos que se plantean mediante desplazamiento, intelectualización, proyección y negación. El grupo proyecta los "objetos malos" fuera del grupo idealizando así al grupo y sus miembros. Sin embargo no es conveniente confrontar las afirmaciones de los miembros del grupo que idealizan a éste y devalúan a los extraños al mismo. Apoyando esta defensa por escisión los terapeutas contribuyen al sentido grupal de seguridad. Es habitual ver cómo se utiliza el staff externo o al hospital como objetos de agresión.

Para el terapeuta es importante comprender que la regresión del grupo era predecible

ble y no un defecto de manejo. Temas con-
tratransferenciales típicos son que el tera-
peuta empieza a llegar tarde o despistarse
con los pacientes que entran y salen.

La **segunda fase** se caracteriza por la
formación de subgrupos. Una vez que la
frontera externa se ha estabilizado, los pa-
cientes dirigen su atención al interior del
grupo. La primera frontera interna se consti-
tuye, durante una subfase inicial, entre los
pacientes y el terapeuta, y es lo que Berne
(1966) denomina "límite interno principal".
Durante esta fase los pacientes adoptan
una postura pasiva y dependiente hacia los
terapeutas (ver figura 3).

Dirigen sus observaciones al terapeuta
como si otros miembros del grupo no tuvie-
ran nada que ofrecer. Se alienan frente al
terapeuta y le miran expectantemente. Bra-
bender (1985) considera que la tarea funda-
mental para los miembros del grupo en esta

fase es aceptar la decepción y abandonar la
imagen idealizada de los terapeutas. Los pa-
cientes empiezan a percibir los límites de lo
que los terapeutas harán o no, esto es, qué
responsabilidades son de los terapeutas y
cuáles del grupo. Esta fase puede verse
como un proceso de diferenciación entorno al
Límite principal interno o frontera interna entre
los pacientes y el terapeuta (ver Figura 3).

El grupo adopta expectativas más realis-
tas de los terapeutas a medida que éstos
demuestran que pueden aceptar las verbal-
izaciones grupales de su frustración. Se em-
pieza así a crear una cultura según la cual
la ayuda no emana únicamente de los tera-
peutas y los miembros del grupo tienen algo
que ofrecerse mutuamente. Los miembros
del grupo que ya han experimentado esta
fase ayudan a los demás a afrontar este
tema y se convierten en líderes de una eta-
pa de transición a una segunda subfase en

GRUPO DE TRANSICION			
SEGUNDO ESTADIO	TEMA	FENOMENOS OBSERVABLES	INTERVENCIONES TERAPEUTICAS
FORMACION DE SUBGRUPOS	Límite Principal Interno entre pacientes y terapeuta.	Enfasis en el terapeuta, Postura pasiva y dependiente, Disposición frente al terapeuta,	Aceptar la verbalización de la frustración,
	Límites Secundarios entre subgrupos	Disposición agrupada de los pacientes, Más interacción, Más participación, Posicionamiento en bandos, Clima de desacuerdo y conflicto.	Aclarar la formación de subgrupos, Recordar experiencias pasadas.

Figura 3.

la que los pacientes afrontan la formación
de fronteras entre subgrupos de pacientes.

En la segunda subfase hay menos énfasis
en los terapeutas y más interacción entre
los pacientes. Teniendo ya un sentido
definido de pertenencia al grupo, los miem-
bros han tomado conciencia de que si quie-
ren beneficiarse del mismo han de participar
activamente. Ahora el grupo es suficiente-
mente cohesivo como para explorar las dife-
rencias entre sus miembros. Empiezan a
emerger subgrupos de pacientes que se de-
finen a sí mismos sentándose juntos. Pue-
den agruparse los miembros antiguos frente
a los nuevos, los hombres frente a las muje-
res, los que hablan frente a los silenciosos,
los que tienen un funcionamiento de alto ni-
vel frente a los de bajo nivel. Los miembros
del grupo se sienten compelidos a posicio-
narse en un bando. El clima grupal es de
desacuerdo y conflicto. En esta fase se

asigna el rol de "objeto malo" a un subgru-
po. Por ejemplo, los miembros veteranos
pueden sentir que son ellos los que tienen
que hacer todo el trabajo mientras los nue-
vos están callados. Pueden sentir que los
nuevos no hacen más que recibir, pero no
dan nada; lo que conduce a que los vetera-
nos se sientan vaciados. "Si no fuera por
ellos el grupo funcionaría mejor".

Es necesario que el terapeuta ofrezca in-
terpretaciones situadas en el aquí y ahora
que clarifiquen el proceso de formación de
subgrupos. Es necesario señalar que el gru-
po funciona como si hubiera dos grupos,
uno bueno y otro malo, y señalar a los vetera-
nos que ellos pasaron por una fase similar
cuando entraron al grupo, siendo acusados
en su día de detener la evolución.

La **tercera fase** se denomina **fase de
trabajo**. Se percibe la entrada en esta fase
cuando las fronteras entre subgrupos se

GRUPO DE TRANSICION			
TERCER ESTADIO	TEMA	FENOMENOS OBSERVABLES	INTERVENCIONES TERAPEUTICAS
FASE DE TRABAJO	Límites Secundarios entre pacientes,	"No somos iguales", Confrontación mutua, Feed-back mutuo, Mayor autorrevelación, Mayor compromiso mutuo, Disposición abierta de los asientos,	
	Límites intrapsíquicos.	Aparición de chivos expiatorios, Diferencias entre: - consciente e inconsciente, - hablado y ocultado, - aceptado y negado.	Interpretar proceso de chivos expiatorios.

Figura 4.

abren, lo cual se puede percibir en una nueva disposición de los asientos. En este estadio el foco de interés de los pacientes son los límites entre individuos y, hasta cierto punto, dentro de sí mismos. Los pacientes del grupo abandonan la ilusión grupal de "ser iguales" y se dan más feedback mutuo. De forma creciente se confrontan con otros miembros revelando más acerca de sí mismos. La frontera entre el material consciente o inconsciente, negado o reconocido, hablado u ocultado es más obvia. Los pacientes realizan más introspección y están más abiertos a reconocer aspectos negados o escindidos del sí mismo (ver Figura 4).

Este estadio se caracteriza por una disminución de los conflictos y un aumento de la cohesión grupal; los pacientes están más genuinamente comprometidos entre sí. Sin embargo, se utilizan chivos expiatorios de modo defensivo. Los miembros más frágiles del grupo, ansiosos por la intimidad que empieza a desarrollarse en el grupo, adoptan posturas que son desviadas de las normas grupales establecidas. Otros miembros del grupo promocionan de forma encubierta estas conductas en un intento de negar sus propias ansiedades y miedos acerca de la intimidad.

Es necesario interpretar este proceso. Cuando el grupo puede aceptar la idea de que el chivo expiatorio es en realidad un portavoz de las preocupaciones negadas compartidas por el resto del grupo, la ansiedad colectiva disminuye. Esto se sigue de un incremento en el proceso de autorrevelación, de apoyo mutuo y resolución de problemas.

La fase de trabajo es muy breve. Tan pronto como se inicia, los pacientes de más elevado nivel de funcionamiento se preparan para ser dados de alta, emergen temas en relación con la terminación y la separación. Con el alta de estos pacientes los soportes de la cultura grupal desaparecen.

La fase de terminación es muy específica en un grupo que se desarrolla en una Unidad de corta estancia que como plantea Beeber (1988) podría caracterizarse por estar "siempre acabando", o como señalan Rice y Rutan (1981) por estar "siempre empezando". La atención del grupo se desplaza al problema de fronteras entre ellos mismos como individuos y el mundo externo (ver Figura 5).

Los miembros del grupo toman conciencia con las altas que se producen diariamente del carácter breve de la experiencia

GRUPO DE TRANSICION			
PRIMER ESTADIO	TEMA	FENOMENOS OBSERVABLES	INTERVENCIONES TERAPEUTICAS
TERMINACION	Límites entre el individuo y el mundo externo.	Altas, Sentimientos de tristeza y pérdida, Apoyo mutuo y feed-back.	Dirigir la atención del grupo a las separaciones inminentes, Discutir planes de alta, Reparar incidentes importantes de semanas previas, Fijar estrategias para prevenir recaídas, Preparar la inclusión de nuevos pacientes.

Figura 5.

grupal, de manera que tanto los pacientes dados de alta como los que permanecen experimentan sentimientos de tristeza y pérdida. Este proceso es especialmente agudo cuando marchan de alta varias personas a la vez que han venido trabajando juntas durante algún tiempo. De nuevo la atención colectiva se dirige a la frontera externa del grupo. A pesar de que el apoyo mutuo y el feedback continúan, los terapeutas han de dirigir específicamente la atención del grupo a las separaciones que parecen inminentes. Los terapeutas han de animar a los miembros a discutir los planes de alta, repasar los incidentes importantes en la vida del grupo durante las semanas previas, y resaltar los problemas individuales detectados durante las sesiones de grupo que pueden constituir objetivos de trabajo durante el seguimiento o la psicoterapia post-alta del paciente.

Los pacientes que permanecen pueden aprender del proceso de separación en la medida en la que se pueden repetir temas de separación previa en sus vidas. Por otra parte, ver mejorar y partir a otras personas contribuye a dar un sentimiento de esperanza y optimismo. En este punto, los terapeutas deben preparar a los miembros de grupo para la inclusión de nuevos pacientes. A veces, las altas se producen al final de semana y los ingresos al comienzo de la semana siguiente, con lo cual el fin de semana sirve como período natural de transición.

Dependiendo de la capacidad de los miembros del grupo para actuar como sostenedores de la cultura grupal, y del número de nuevos pacientes admitidos, el grupo generalmente regresará al "Estadio dos" caracterizado por la formación de subgrupos. Sin embargo, si se produce un elevado número de altas y admisiones a la vez, o cambia alguno de los terapeutas el grupo puede

regresar al "Estadio uno", conllevando una desestabilización de la frontera externa. En las sesiones subsiguientes es especialmente importante para los terapeutas diagnosticar los problemas de fronteras que presenta el grupo. Cuando se identifican correctamente las intervenciones terapéuticas pueden diseñarse con mayor eficacia para potenciar el desarrollo del grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Astrachan, B.M. (1970) Towards a social systems model of therapeutic groups. *Social Psychiatry*, 5, 110-119.
- Beeber, A.R. (1988) A Systems model of short-term open-ended group therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (5), 537-542.
- Berne, E. (1983) *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona, Grijalbo.
- Brabender, V.M. (1985) Time limited-inpatient group therapy: a developmental model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 373-390.
- Caplan, G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books.
- Haber, J. (1983) Resolución de problemas contra crisis. En *Psiquiatría: Texto Básico*. Barcelona, Salvat Editores.
- Kibel, H.D. (1981) A conceptual model for Short-term inpatient group psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, 138 (1), 74-80.
- Klein, R.H. (1977) Inpatient group psychotherapy: practical considerations and special problems. *Int. J. Group Psychother*, 27, 201-214.
- Rice, C.A. y Rutan, J.S. (1981) Boundary maintenance in inpatient therapy groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 297-309.

VIDA, AMOR Y MUERTE

LOLA CAMPOS PEREZ

Psicóloga, Psicoterapeuta Humanista
Miembro Clínico de AESPAT y Miembro Titular de AETG

RESUMEN

El proceso de vida de cualquier organismo está íntimamente unido al proceso de muerte de dicho organismo.

Igualmente, los procesos de relación afectiva, ya sea entre padres e hijos, en las parejas, entre amigos, conllevan desde el principio, desde el momento en que se establecen, la aceptación de su desaparición.

Para amar a alguien, con plenitud, con respeto, con proximidad, se hace necesario aceptar su muerte.

"El hecho de no poder seguir ignorando a la muerte me hace prestar más atención a la vida".

Treya K. Wilber

PRESENTACION

En esta comunicación no pretendo principalmente aportar datos teóricos, sino compartir una experiencia de vida.

Quiero compartir con vosotros una serie de reflexiones hechas a partir de una experiencia personal que ha resultado ser caótica, confusa y, también, muy fructífera.

Ahora la Vida, el Amor y la Muerte los vivencio de otra manera. Y este cambio me muestra, de una forma directa, la dirección para seguir aprendiendo. Lo que me queda por aprender no lo sé todavía, pero sí sé lo que ocurre y cómo me afecta.

Como profesionales de la Psicología hemos aprendido una serie de teorías que nos ayudan a comprender los procesos humanos y nos ofrecen las referencias necesarias para hacer una lectura adecuada del momento que vive cada persona. En esta

ponencia voy a servirme de esos conocimientos teóricos para ir más allá de la experiencia personal y llegar a conclusiones, que por ser experiencias comunes a los seres humanos, puedan servir a muchos de nosotros. El marco de referencia preferente es el A.T., pero no sólo ese, sino también las aportaciones de la Psicología Transpersonal.

LA EXPERIENCIA

Relataré brevemente los hechos. Algunos padres, con hijos adolescentes que estáis aquí, os sentiréis, posiblemente, identificados.

Se dio una situación de peligro físico real para una de mis hijas. Mi conducta externa fue eficaz, serena, resolutive. Desde el AT y desde lo que se veía, el Adulto me funcionó, en el aquí y el ahora, con responsabilidad y adecuación. La vivencia interna fue muy distinta: no hacía más que preguntarme "qué está pasando; qué pasará si hago esto o aquello; es mejor que haga otra cosa"... La sensación era de descontrol, es decir, que yo —y resalto este yo— no controlaba la situación. La emoción que emergió con fuerza fue el miedo, el pánico más absoluto.

En medio de este caos llegué a comprender que por ser una situación sobrevenida no había ni culpables ni responsables. Por tanto, no hubo reproches ni críticas. Felizmente, no ocurrió ningún daño real.

En los días y semanas siguientes la sensación de bloqueo interno fue aumentando. El terror, que no miedo, se disparaba ante cualquier imprevisto. Mi conducta cambió: en las situaciones cotidianas que mi imaginación catalogaba de riesgosas, o bien atosigaba a mi hija con mil y un consejos, o bien me enfadaba con ella porque se rebelaba y hacía caso omiso del consejo, o bien, como último recurso, me distanciaba física y afectivamente de ella. Mi sensación psíquica y corporal era de "tope"; esto me hacía sufrir, me daba cuenta de que el miedo me impedía acompañarla en su proceso de vida. Sentía que la abandonaba. Y precisamente, y por tratarse de mi hija, y porque la quiero, me urgía encontrar una solución.

LA COMPRESION DESDE LA PSICOLOGIA

Hasta aquí la experiencia.. Vamos a ver qué lectura posible nos aporta la Psicología.

Sabemos que el Ego es una construcción mental de carácter defensivo. Se perfila esquivando las amenazas, reales o hipotéticas, del exterior, y funciona de la mejor manera posible ante esas amenazas. Sabemos que en la estructura Padre se ubica una escala de valores, un código personal de lo que es bueno y de lo que es malo, y del cual el Yo se va a servir como guía para funcionar en el Mundo. Sabemos que desde el Adulto contactamos con la realidad, con lo obvio, y valoramos qué elementos de esa realidad nos perjudican y qué elementos nos ayudan. Y por último, sabemos que desde la inocencia y la espontaneidad aprendemos a manipular el exterior para asegurarnos la satisfacción de nuestras necesidades de afecto, reconocimiento, protección y libertad. En esta estructura Niño quedan grabadas las zonas prohibidas, esto es: las conductas y actitudes que en la re-

presentación interna son objeto de maldición. Sobre los 6-7 años decimos que estas estructuras quedan consolidadas.

Al llegar a la Adolescencia se da una fuerte crisis de identidad. El adolescente revisa y contrasta con el exterior los introyectos acumulados en la infancia. Necesita reconocerse en un mapa —el Ego— que le ofrezca la seguridad de atender, en mayor o menor grado, sus necesidades emocionales y mentales. Este mapa ha de ser el "suyo", no el de otro, y mucho menos el de sus padres. De aquí, la rebeldía, el egocentrismo y la prepotencia que caracterizan esta etapa.

Para cuando empieza la Juventud hay una compacta identificación entre el Yo y el Ego —la persona y la construcción mental—. Esta identificación perdura hasta bien entrada la madurez cronológica y en algunos casos, toda la vida.

La mayoría de las personas que acuden a las consultas de clínica vienen con temáticas que tienen su origen en esa identificación; hay conflictos y sufrimiento cuando el mapa del Yo queda obsoleto para responder a las demandas del Presente. Las terapias que venimos desarrollando ayudan a las personas a aventurarse en las zonas prohibidas y recuperar las áreas hipotecadas. Es decir, las ayudamos a ampliar el Mapa Egoico y a integrar sus diferentes funciones para vivir con adecuación en la realidad cotidiana.

Entramos en la Madurez más o menos satisfechos de nosotros mismos. Con mayor o menor consciencia de estar en un proceso de crecimiento. Y la consciencia de esa consciencia aumenta el placer por sí mismo. Es precisamente este narcisismo perpetuado el que nos crea las situaciones de conflicto. Discutimos con los hijos, con nuestros padres, pareja o amigos, cuando trazamos, de manera automática, las líneas invisibles de nuestro Ego sobre sus conductas. Nos queremos asegurar de que nada de lo que hagan o digan altere nuestro mundo. Son batallas campales entre Egos por cuestiones de Amor Propio, y nunca mejor dicho, por temor a perder el dominio conocido.

Avanzamos en edad y lo que nos satisfacía —el trabajo, la familia, los hobbies— empiezan a perder sentido. No de golpe y no todos a la vez. A ratos nos sentimos desencantados, a ratos distantes, a ratos vacíos. Estamos constatando que nuestros códigos egoicos no ocupan todo el Ser; intuimos que hay algo más allá, pero se nos escapa de nuestra percepción. Podemos decir que hay un “pacto de silencio” entre el Padre, el Adulto y el Niño: hablan de ello, conviven con ello, y sin embargo niegan sistemáticamente que les afecte directamente a ellos.

Me refiero a la Muerte. Vivimos en una fantasía de eternidad. El pensamiento mágico alarga hasta el infinito la sonrisa de nuestros hijos, el abrazo de nuestra pareja, la compañía de nuestros padres, incluso las delicias de una buena comida. Tanto es así que decimos que nos golpean por sorpresa las noticias de sufrimiento, enfermedad y muerte; como si no tuvieran que ocurrir; como si se hubieran colado de rondón en el baile de la vida.

En la experiencia de pánico que he relatado, mi Ego fue arrasado por el darse cuenta de su impotencia para conservar el objeto amado; por darse cuenta de que no dependía de él que el bienestar de la hija amada fuera constante y para siempre.

La vivencia de Muerte hiere al Ego en su fantasía de omnipotencia y eternidad. Esta herida narcisista produce un colapso: el Ego ha tomado contacto con su “tope”. Es, entonces, cuando tiene la posibilidad de abrirse a la comprensión de la magnitud de los procesos que no controla. Se abre a la magnitud del Destino y del Ser. El Ego toma contacto con su posibilidad de muerte.

La Muerte, en este sentido, abre las puertas al Amor como energía no identificada, como más allá de las confrontaciones del Yo y del Tú.

CONCLUSIONES

La primera conclusión a la que llegamos, la más evidente, es que en la relación con los hijos adolescentes es bueno que los padres mantengan ese “pacto de silencio”, y que admitan las propias limitaciones para protegerlos de lo imprevisible. De esta manera el adolescente puede fortalecer la confianza en sí mismo, puede aprender a cuidarse y, sobre todo, puede superar al Padre de modo incruento.

La segunda conclusión es que este proceso, la fisura en el Ego, por doloroso que resulte, es bueno que suceda. Marca un punto de inflexión en el desarrollo de la persona: la madurez psíquica.

Y una tercera conclusión, que además quiero resaltar, es que este aprendizaje nos viene de la mano de las personas a quienes amamos. En la vida cotidiana surgen situaciones en las que sufrimos por lo que pueda ocurrirle a ellas. Hay algo que nos hace permanecer cerca, como mejor nos dejan, las mil y una manipulaciones del Ego. En esa permanencia es donde recuperamos la proyección del miedo a la propia muerte, y pasamos la frontera que separa el Amor Propio del Amor en el Ser.

Para terminar, quiero expresaros la certeza de que practicar y ahondar en esta Muerte del Ego es una de las mejores maneras de prepararnos para ese otro paso que es la muerte física de la persona.

EL ÉXITO EN LA VENTA Y EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

JESUS F. SERRANO GARCIA

Miembro de ATA y AESPAT

En la venta, tiene vital importancia que el vendedor esté en armonía con todos sus clientes, aun con aquellos, que por su peculiar forma de comportamiento, esté en conflicto o en desacuerdo.

Punto ineludible de partida es el autoconocimiento, el “cómo soy y cómo actúo”. De este conocimiento y del estudio del comportamiento de mi grupo de influencia familiares, amigos, superiores, clientes, etc., podré conseguir respuestas acertadas a preguntas de la importancia como:

¿Cómo puedo llevarme mejor con mis clientes y claro está, conmigo mismo.

¿Cuál es el costo, a nivel emocional, el fingir delante del cliente lo que no se siente y, hacer de esto nuestra profesión habitual?

Bajo este criterio, podemos contemplar como válidos los siguientes mensajes:

La venta es: SATISFACER AL CLIENTE Y SATISFACERSE A SI MISMO.

El ideal es: VENDER Y SENTIRSE BIEN.

CONCEPTOS SOBRE LA VENTA Y LOS VENDEDORES

Concepto tradicional: Aplicación de técnicas de venta agresivas

Tradicionalmente, se concibe la venta como una lucha o pelea.

El vendedor quiere vender y el comprador no quiere comprar.

Pero, ¿existe verdaderamente esa barrera?, o ¿es el vendedor el que lleva consigo ambas realidades? ¿Es una realidad o bien

es un rechazo inconsciente del vendedor hacia la profesión?

Hay que conciliar nuestra personalidad, nuestro comportamiento tanto particular como profesional.

No se trata de enseñar técnicas específicas de venta para aplicarlas independientemente de nuestros propios criterios, sino de realizar un entrenamiento integral que permita el citado equilibrio personal.

Concepto actual: El entrenamiento integral para la venta

Sobre esta idea, analicemos el triángulo siguiente:



SABER

Acumulación de conocimientos de manera tradicional

(Sólo Técnicas de Venta).

SABER HACER

Aplicación de los conocimientos (Del AT: el PAN, las transacciones, las caricias, etc.).

Utilización real de las Técnicas de Venta en el trabajo diario.

FASES DEL ENTRENAMIENTO INTEGRAL

1. Análisis Previo

Recordando los 4 elementos para el diagnóstico, de Berne, los clasificamos en:

- **Funcionales** (Externamente observables), Conductual y Social;
- **Estructurales** (Internos, subjetivos), Histórico y Fenomenológico.

Los dos primeros, funcionales, se pueden estudiar, adecuadamente a mi juicio, desde las técnicas de venta (presentación personal, argumentos, ademanes, modales, etc.), por lo que prefiero centrarme, en este caso, en los **estructurales o internos**.

"Histórico", buscar en el pasado los antecedentes históricos de nuestro comportamiento actual. Investigar a quiénes imitamos, qué voces escuchamos y atendemos y, sobre todo, identificar la voz o voces, en concreto, que nos "obligan" a actuar en un sentido o en otro.

¿Qué me dicen sobre la profesión de vendedor?

Intimamente unido al Histórico está el "Fenomenológico".

¿Qué siento y pienso cuando actúo de vendedor? y ¿por qué?

¿Estoy actuando de una manera verdaderamente autónoma?

Psicopatologías

Dentro del Análisis Previo, y como apoyo al ejercicio Explorando Nuestra Personali-

dad, se debería tener presente (una somera definición de las "contaminaciones" por ser las posibles patologías más comunes a los vendedores.

2. Explorando nuestra Personalidad

Ejercicio muy útil para que los asistentes al seminario, reconozcan su conducta habitual en su profesión de vendedor. Conviene definir claramente las 4 variables fundamentales: lo que pienso, lo que siento, lo que digo y lo que hago.

3. Vender y sentirse bien.

POTENCIANDO LA PERSONALIDAD DEL VENDEDOR

Está claro que para conseguir unos diálogos fluidos con nuestros clientes, unas conversaciones de ventas que, además de ser productivas para ambas partes nos hagan sentirnos bien, debemos establecer un plan de entrenamiento para conseguir un equilibrio en nuestro P.A.N.

Así pues, vuelvo a insistir sobre la conveniencia de separar claramente, para realizar decisiones autónomas:

LO QUE CREO-LO QUE PIENSO-LO QUE SIENTO

Llegado a este punto, concluyo con una adaptación para vendedores del contrato clásico que se usa en AT.

EL MINIGUION, UN PUENTE ENTRE LA PSICOTERAPIA A.T. Y EL SER TRANSPERSONAL

(Conferencia presentada al VIII CONGRESO ESPAÑOL DE ANALISIS TRANSACCIONAL Santiago de Compostela, 6-8 Septiembre 1996)

JOSE ANTONIO CHUMILLAS TALAVERA

Psicólogo, Miembro Clínico de AESPAT, Miembro Regular de ALAT e ITAA

"Estamos en el umbral de un gran despertar y también al filo de un gran desastre.

¿Cuál será nuestro destino? ¿Acabaremos destruyendo el mundo por nuestro egoísmo y también a nosotros mismos con él?

¿O seremos capaces de liberarnos de las ataduras del tiempo? ¿Aflorará por fin a la superficie nuestra verdadera identidad?

¿Llegaremos a contemplar la luz interna con la misma claridad con la que vemos la luz externa? Esos son los desafíos a los que hoy en día nos enfrentamos" (Russell, 1996, pág. 212).

tampoco una visión integral del hombre", y la considera más bien como un "allanamiento del camino hacia una Cuarta Psicología aún más elevada, una Psicología Transpersonal".

Encajado en la Psicología Humanista, el Análisis Transaccional es, fundamentalmente, una psicología y una psicoterapia del ego, que considero como un enfoque parcial, aunque necesario y previo, de encarar al ser humano total, como una realidad **bio-psico-social-espiritual**. En este sentido, el trabajo que presento es un intento de expandir el A.T. hacia la Psicología Transpersonal, utilizando el Miniguión como un "puente" entre el Análisis Transaccional y el Ser Transpersonal.

RESUMEN

La **Psicología Humanista** surge como una alternativa frente a la "psicología objetiva, behaviorista, y el freudismo ortodoxo" (Maslow, 1973, pág. 12), constituyendo la que se ha denominado la "Tercera fuerza", aglutinando un extenso bagaje de tendencias que parten de una revisión crítica del planteamiento psicoanalítico, y se centran en una nueva visión del hombre.

Con el tiempo, estas nuevas doctrinas se manifestarán insuficientes para ofrecer una comprensión más cabal y holística del ser humano y alumbrará una "Cuarta fuerza" o Psicología Transpersonal, como el mismo Maslow reconocerá. He aquí sus palabras: "Esta Tercera Fuerza psicológica no ofrece

INTRODUCCION

"El individuo sinceramente interesado en aumentar y enriquecer su conocimiento de sí mismo, se encuentra con una variedad tan asombrosa de sistemas psicológicos... ¿No podría ser que estos enfoques tan diferentes, lejos de estar en conflicto o de ser contradictorios, reflejen realmente diferencias muy concretas en los diversos niveles del espectro de la conciencia? ¿Y no sería posible que estos diferentes enfoques sean todos ellos más o menos correctos cuando se emplean en su propio nivel principal" (Wilber, 1979, pág. 26).

La psicología, como "tratado del alma" según su significado etimológico, en su devenir histórico ha pasado por distintas fases en las que se ha puesto el acento en un aspecto parcial del ser humano. De hecho podemos considerar el desarrollo de la psicología como un lento proceso de descubrimiento de esa realidad tan compleja que es la persona. Se suelen destacar, de manera resumida, **cuatro grandes etapas**, que ofrecen, cada una, una visión específica de la persona. Abraham H. Maslow (1982) se ha referido a ellas con estas palabras:

"En la actualidad, la psicología está dividida y desgarrada, y se podría decir que, de hecho, existen tres (o más), ciencias o grupos de científicos aislados e incommunicados entre sí. En primer lugar, está la **corriente conductista**, objetivista, mecanicista y positivista. En segundo lugar, el enjambre de psicologías que se originaron con Freud y el **psicoanálisis**. Y en tercer lugar, las **psicologías humanistas**, o la denominada "Tercera Fuerza" (págs. 21-22).

A estas tres "fuerzas", añade una cuarta perspectiva que se conocerá como **psicología transpersonal**:

"También debo confesar que considero a la Psicología Humanista, esta Tercera Fuerza Psicológica, como algo transitorio; como un allanamiento del camino hacia una Cuarta Psicología aún más elevada, una psicología transpersonal" (1973, págs. 11-12).

He aquí configuradas claramente las cuatro etapas de la evolución de la Psicología. Vamos a detenernos en una breve descripción de cada una de estas corrientes.

La primera fuerza: El Conductismo

En el contexto de los avances en las ciencias naturales y los descubrimientos empíricos del siglo XIX y albores del XX, la psicología pierde su consideración metafísica de desvelar los misterios del alma para

definirse como una ciencia experimental influenciada por la fisiología y el positivismo racionalista sobre los hechos experimentales que definen la conducta humana.

Aunque es verdad que bajo la denominación de "conductismo" se han desarrollado diversas tendencias, su presupuesto básico puede describirse como una **psicología de la conducta en la que se rechazan todas las referencias a la introspección y a la consciencia, centrada en la conducta manifiesta y observable y considerada en términos de estímulo y respuesta.**

La segunda fuerza: El Psicoanálisis

El Diccionario de Psicoanálisis de J. Laplanche y J.B. Pontalis (1981) define el Psicoanálisis como una "disciplina fundada por Freud y en la que es posible distinguir tres niveles:

- Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantiza la validez de la interpretación.
- Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo.
- Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento" (pág. 316).

La Psicología Humanista

Después de la guerra mundial, se abren nuevos horizontes de vida para la humanidad que quiere dejar definitivamente atrás los horrores pasados y curar las secuelas psicológicas que ha dejado tras de sí. Es el momento en el que la Psicología se enfrenta con el reto de dar respuesta a las nuevas exigencias y al nuevo orden surgido des-

pués de esta conflagración y así aparecen otros planteamientos diferentes al Conductismo y al Psicoanálisis.

Se suele citar a Abraham H. Maslow (1982) como el iniciador de esta corriente que la considera como "una revolución en el sentido prístino y más verdadero de la palabra". De hecho, en un ensayo escrito durante marzo y abril del año 1968, el autor se expresa de esta manera:

"En los años treinta me interesé por ciertos problemas psicológicos, y descubrí que no podía resolverlos o tratarlos adecuadamente por medio de la estructura científica clásica de la época (la psicología conductista, positivista...) Planeaba cuestiones legítimas, y tuve que inventar otro modo de abordar los problemas psicológicos para poder tratarlos" (pág. 21).

Esta corriente integra un extenso bagaje de tendencias, muy diversas entre sí, pero con un denominador común que el autor citado (1973) propone así:

- "una corriente que aporta nuevas formas de percibir y pensar, nuevas representaciones del hombre y de la sociedad, nuevos enfoques de la ética y de los valores, nuevas direcciones a seguir";
- "una nueva filosofía de la vida, una nueva concepción del hombre...";
- "esta psicología no es puramente descriptiva o académica sino que induce a la acción e implica consecuencias. Contribuye a la realización de una manera determinada de vivir una persona, no sólo en cuanto individuo, dentro del propio psiquismo, sino también en cuanto ser social, miembro de la sociedad. De hecho, colabora a que adquiramos conciencia de cuán interrelacionados están en la práctica estos dos aspectos vitales" (pág. 12).

La Psicología Transpersonal

En el texto citado anteriormente, Maslow consideraba a la Psicología Humanista

como una fase transitoria que preparaba el camino hacia "una cuarta psicología aún más elevada" y que denominó Psicología Transpersonal.

Maslow (1973) colabora en la creación del "Journal of Transpersonal Psychology", como un órgano que sirviera de cauce para esta nueva orientación que, según él, va a dar respuestas a las necesidades más profundas de las nuevas generaciones y la presenta como "todo un programa vital que tales personas echan de menos". Lo justifica con estas palabras:

"Sin lo trascendente y transpersonal, nos volvemos enfermos, violentos y nihilistas, y quizás también desesperanzados y apáticos. Necesitamos algo **superior a nosotros mismos** a lo que respetar y en que confiar en un sentido nuevo, naturalista, empírico, no-eclesial" (pág. 12).

Voy a describir a continuación lo que considero la esencia de lo "transpersonal" de la mano del médico-psiquiatra veneciano Roberto Assagioli (1888-1974) disidente, como tantos otros en su tiempo, del Psicoanálisis ortodoxo, creando su propia teoría conocida como "Psicosíntesis".

Assagioli (1993) incorpora el término "transpersonal" -introducido en psicología por Maslow- que le parece más apropiado que el término "espiritual" por las connotaciones que éste puede tener y que desfigurarían su verdadero sentido. En este sentido, dice:

"Por una parte es neutro, e indica aquello que está más allá o por encima de la personalidad ordinaria. Por otra, evita la confusión que resulta de mezclar todo aquello que genéricamente se engloba bajo el término espiritual, pero que en realidad no es más que pseudo-espiritual o parapsicología" (pág. 14).

En la base de su planteamiento subyace una concepción radicalmente nueva del hombre como **una realidad bio-psico-espiritual**. Esta visión se afirma en la convicción

de que en el ser humano, en su propia inmanencia hay una realidad trascendente, más allá de la experiencia fenoménica, que constituye su verdadera esencia y que él denomina "la transpersonalidad". Estas son sus palabras:

"En toda persona se encuentra latente un ámbito del Ser que se encuentra más allá de la experiencia fenoménica común: la transpersonalidad... La transpersonalidad es el ámbito del ser donde reside una cualidad superior...; la dimensión personal se encuentra a disposición de cualquiera que la evoque y la intente desarrollar con un empeño consciente..."

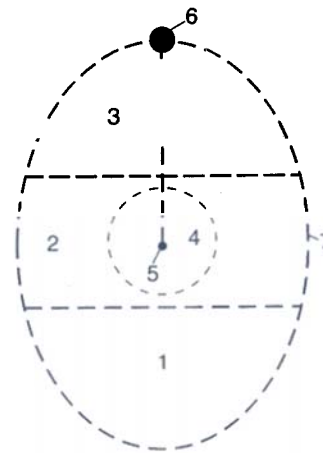
"la primera y última certeza del 'fenómeno humano' es el Sí Mismo: el centro de gravedad del cual es imposible prescindir y peligroso alejarse" (pág. 14).

Desde estos supuestos, Roberto Assagioli, afirmará que "la búsqueda interior y la realización del Sí Mismo representan una auténtica y verdadera praxis que activa, cuando la madurez psíquica lo permite, la dimensión transpersonal".

Una aportación que yo considero importante de este autor es su esquema de la "constitución psicológica del ser humano", ya que, además de ser una síntesis integradora de los conceptos del inconsciente freudiano y del inconsciente colectivo de Jung, integra su nueva visión del hombre añadiendo los conceptos del Superconsciente y el Sí Mismo Superior, proponiéndolos, al mismo tiempo, en un diagrama intuitivo muy sugestivo.

La Psicología Transpersonal se asienta sobre la concepción del hombre como CUERPO-MENTE-ESPIRITU, conectando con la filosofía oriental y, en definitiva, con la tradición que arranca del Génesis cuando afirma:

"Y entonces Yaveh formó al hombre con polvo del suelo, e insufló en sus narices aliento de vida, y resultó el hombre un ser viviente" (Gen 2,7).



1. Inconsciente "inferior".
2. Inconsciente medio.
3. Superconsciente.
4. Campo de consciencia.
5. Ser personal o "Yo".
6. Yo transpersonal.
7. Inconsciente colectivo.

Esta nueva perspectiva transpersonal no hay que entenderla como una ruptura con las teorías psicológicas anteriores ni, tampoco, como una nueva forma de terapia que sustituiría a las terapias tradicionales; es decir, no se trata de que el camino espiritual ocupe el lugar de un proceso terapéutico, sino como una continuación y un complemento. En este sentido, comenta Frances Vaughan que "el problema surge cuando consideramos a la espiritualidad como una alternativa al desarrollo psicológico, más que como su prolongación... La consciencia espiritual sólo contribuye a la totalidad cuando se basa en la salud psicológica y en la integración de todos los niveles de consciencia" (Cf. Almendro, 1995, pág. 19).

EL A.T. UNA PSICOLOGIA CENTRADA EN EL EGO

"El mejor método es, a mi entender, el del análisis transaccional, que preserva lo

esencial de Freud, pero lo incluye en un contexto simple, claro y conciso; reconoce además en términos generales la posibilidad de niveles más profundos del ser, de manera que no sabotea las intuiciones más profundas" (Wilber, 1979, pág. 137).

El A.T. un modelo integrador

Centrándonos, ahora, en el Análisis Transaccional, considero que se encuentra en una situación singular por cuanto realiza una integración de las tres corrientes citadas, como se desprende de las consideraciones siguientes:

a) por un lado, se integra en el amplio espectro de las psicologías humanistas, ya que:

- tiene su origen en los años sesenta que es cuando se inicia propiamente esta tercera fuerza;

- surge, además, como tantas otras teorías de este movimiento, en oposición al Psicoanálisis ortodoxo que, en el caso del A.T., como dirá Berne (1973) es más bien una prolongación porque "los analistas de guiones suscriben las doctrinas de Freud en su totalidad y sólo desean añadir algo a la luz de las experiencias posteriores" (pág. 436);

- y también participa de sus postulados que Steiner (1982) los concreta en sus "hipótesis básicas del A.T.":

- * **La persona nace buena**, que Berne expresa en su aforismo: "Las personas nacieron príncipes y princesas, hasta que sus padres los volvieron ranas";
- * **Las personas aquejadas de dificultades emocionales son, con todo, seres humanos completos e inteligentes**,
- * **Todas las dificultades emocionales son curables cuando se proporciona un conocimiento y un acercamiento o enfoque adecuado**" (pág. 18).

b) Por otro lado, tiene una clara raigambre con el Psicoanálisis como el mismo Berne (1973) reconoce cuando

dice: "como doctrina el análisis de guiones no es independiente del Psicoanálisis, ni ajeno a él, sino que es más bien una extensión del mismo... Las diferencias entre la visión ortodoxa y la del análisis de guiones son de énfasis. En realidad, los analistas de guiones son mejores freudianos que los analistas ortodoxos" (pág. 436).

c) Pero, también, se emparenta con el Conductismo por su énfasis diagnóstico en la conducta. Para Kertesz (1985), el A.T. como método de trabajo "constituye un enfoque racional de la conducta humana, habiendo demostrado ser una herramienta muy eficaz para producir cambios positivos..." Y más adelante, dirá que el A.T. se centra en considerar la conducta observable, la que se manifiesta aquí y ahora por medio del lenguaje verbal y no-verbal" (pág. 28).

El A.T. una psicología del ego

Una de las influencias más destacadas en el pensamiento de Berne se debe al médico y psicoanalista Paul Federn (1871-1952), que formó parte del pequeño grupo inicial que se reunió en torno a Freud a partir de 1902 y uno de los fundadores de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Pues bien, la aportación original que Federn hizo al acervo psicoanalítico fueron sus teorías sobre la psicología del yo. Su obra "La Psicología del yo y las psicosis" constituye un buen testimonio de ello.

Federn define el yo "como una vivencia, como la sensación y conocimiento que el individuo tiene de la continuidad duradera o recurrente, en cuanto al tiempo, al espacio y la causalidad, de su vida corporal y psíquica. Esta continuidad es sentida y aprehendida como una unidad" (o.c.). Por otro lado, nos advierte que el yo es **sujeto**, que se conoce por el pronombre "yo", y **objeto** al mismo tiempo, o "el sí mismo" (self). Destaca, además, la "paradoja única" que hace que el yo difiera de todas las otras entidades existentes y que consiste en que el yo es el portador de la consciencia, pero el individuo es consciente de su propio yo.

Eric Berne (1910-1970) inició su formación de psicoanalista en 1941 en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York y realizó su análisis personal con Paul Federn. Es natural, por lo tanto, que las ideas de Federn sobre la psicología del yo influyeran en él. De hecho, él mismo se refiere a esto cuando en el prefacio a su libro "Análisis transaccional en Psicoterapia" (1976), comenta:

"y que el concepto que tiene el autor sobre la función del ego es diferente del que sustentan la mayoría de los psicoanalistas ortodoxos, y se aproxima más a los puntos de vista de Federn y su pupilo Edoardo Weiss" (pág. 11).

Y más adelante, en su Introducción a la obra citada, dice:

"el estudio de los estados del ego completos emergió como la forma **natural** de encarar la psicología y la psicoterapia... Al buscar en la literatura una confirmación de sus hallazgos sobre los análisis estructural y transaccional, el autor ha tenido la satisfacción de descubrir, o redescubrir, que estaba siguiendo los pasos de dos de los más notables de sus maestros (Penfield y Federn)" (pág. 15).

Y en la misma Introducción, citando expresamente las obras de Federn y de Weiss, describe su propia versión de los estados del yo con estas palabras:

"Fenomenológicamente, un estado del ego se puede describir como un sistema coherente de sentimientos relacionados a un sujeto dado, y operacionalmente como un conjunto de normas coherentes de conducta; o, pragmáticamente, como un sistema de sentimientos que motiva a un conjunto relacionado de normas de conducta" (pág. 15).

El enfoque de esta conferencia, de carácter más operativo que filosófico, no permite entrar en la discusión de la naturaleza del yo, la distinción entre el yo y el ego, etc....,

sino más bien destacar los límites del Análisis Transaccional especialmente como psicología del yo que supone una frontera para el reconocimiento de unas posibilidades de desarrollo más elevadas en el ser humano.

Como psicoterapeuta, siento la necesidad de tener una comprensión adecuada de la persona que se presenta en mi consulta, y no sólo de sus aspectos patológicos (dimensión preferente investigada por los enfoques anteriores), sino también de sus recursos psicológicos, y todavía más, de su realidad esencial como un ser **BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUAL**. Desde esta perspectiva, considero que el A.T. es una teoría de la personalidad, un instrumento terapéutico válido para mí, pero siento que se me queda corto como enfoque reduccionista de la naturaleza humana basado en el modelo bio-psico-social. Desde mi punto de vista, el A.T. nos ha ofrecido un "mapa de superficie" de la naturaleza humana; es decir, ha cartografiado lo que entendemos por "personalidad", que designa las características propias y externas de un individuo. Efectivamente su origen etimológico deriva de la palabra latina "persona" que significaba la "máscara del actor". En este sentido, comenta Almendro (1995): "en esa personalidad podrían reflejarse todas esas capas: patrones de conducta, aspectos atávicos extraños e involutivos que recubren al ser espiritual" (pág. 362). Yo pienso que este "mapa de superficie" está necesitado de complementarse con otro "mapa de profundidad", que es lo que pretende la Psicología Transpersonal.

Ésta es la dimensión que ofrece Assagioli (1993) cuando dice que dentro del estudio de la constitución psíquica del ser humano, ha llegado el momento de examinar la parte superior del inconsciente: el superconsciente y el Sí Mismo espiritual"; y lo distingue del Yo consciente personal: "no obstante, la continuidad del Yo consciente es solamente un pálido reflejo de la perenne e inmortal esencia del Yo espiritual: el Sí Mismo" (pág. 33). Para Assagioli la búsqueda interior y la realización del Sí Mismo espiritual representan la meta más alta del desarrollo personal y

que solamente es accesible cuando la madurez psíquica de la persona lo permite.

Entiendo que todos los modelos representacionales del ser humano sirven mejor a su objetivo de acercarnos a la comprensión del hombre, en tanto que son fieles a su intuición original, pero estando abiertos a nuevas ampliaciones de sus modelos teóricos, consecuentes con los nuevos descubrimientos. El trabajo que aportó en este congreso es un intento de expandir o soldar el A.T. como psicología del ego con la dimensión esencial del hombre, su espíritu, amplificando el enfoque reduccionista hacia lo transpersonal y recuperando así una visión más integral de la persona como un ser **BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUAL**.

EL MINIGUION, UN PUENTE HACIA LO TRANSPERSONAL

*"El desarrollo se entiende aquí como un ensanchamiento y expansión de los propios horizontes, una ampliación de los propios límites, exteriormente en perspectiva e interiormente en profundidad. Pero ésa es con toda exactitud la definición de **descender** por el espectro o de **ascender** por él"* (Wilber, 1979, pág. 27).

Introducción

Intentaré ahora, en esta parte de mi conferencia, bosquejar la idea de una terapia integradora, teniendo en cuenta las fases del desarrollo humano total, más allá de la dimensión psicopatológica que ha constituido el objetivo exclusivo o prevalente de los enfoques psicoterapéuticos anteriores. Considero el enfoque psicopatológico, centrado exclusivamente en la curación, válido pero incompleto, ya que no tiene en cuenta la dinámica esencial de la naturaleza humana hacia la plena realización, o como Maslow decía en su formulación de "hacia una psicología de la salud", que no se trata de negar la concepción freudiana tradicional, sino completarla: "es como si Freud adujera la parte de enfermedad de la psicología, y nosotros tuviéramos que completarla con la otra mitad, la de la salud..." En definitiva, se

trata de tener un marco más amplio y más adecuado a la realidad evolutiva de la naturaleza humana, y en lugar de estar preocupado solamente en "cómo curarse", puede ser más provechoso tener como referencia el criterio que el mismo Maslow (1973) propone con estas palabras:

"Quizás podamos utilizar pronto como principio rector y modelo al ser humano desarrollándose íntegramente y autorrealizándose, aquel en quien todo alcanza un estado de pleno desarrollo, cuya naturaleza interior se manifiesta libremente en vez de resultar doblegada, oprimida o negada" (pág. 31).

La idea central de este planteamiento, por lo tanto, es la consideración del hombre como un ser implicado en un proceso evolutivo que no tiene fin y que, por su propia naturaleza, está llamado a las más altas vivencias espirituales.

Para articular este marco referencial del proceso evolutivo personal, me voy a valer de:

- por una parte, del **MINIGUION**, en la nueva versión ofrecida por Capers y Goodman (1992), en forma de "doble escalera" o "escalones para sobrevivir" y "escalones para vivir" y que propone una imagen dinámica del "ser humano subiendo o descendiendo", que sugiere una metáfora adecuada del proceso interior (pág. 67).

Este nuevo diagrama me parece sumamente sugerente y entronca con uno de los presupuestos básicos de la psicoterapia del "Ensueño Despierto Dirigido" formulada por Robert Desoille (1880-1966): "**el movimiento imaginario en un eje vertical**" (1973, pág. 30). Su hipótesis se fundamenta en un reflejo condicionado adquirido a partir de la experiencia humana ancestral y según la cual:

- * "se relaciona la **ascensión** con la representación de nuestros sentimientos, emociones y aspiraciones más nobles;

- * mientras que el **descenso** evoca instintos de muerte primarios y las tendencias depresivas del ser humano" (pág. 55).

Según esta hipótesis, el desplazamiento imaginario de descenso y ascenso, permiten aflorar al plano consciente:

- * "las representaciones más arcaicas de nuestra biografía personal, depositadas en nuestros niveles de conciencia más profundos,
 - * y también, otras representaciones cualitativamente diferentes, que permiten vislumbrar, en un plano simbólico, las tendencias inhibidas" (pág. 55).
- Y por otra parte, el esquema propuesto por Assagioli (1993) en su interpretación personal de la Divina Comedia: "La divina Comedia, dice, puede ser considerada como el poema de la psicósíntesis, porque describe sus tres grandes estadios:
- * primero, la **bajada al Infierno**, que es la fase psicoanalítica; el descenso al abismo del inconsciente inferior;
 - * luego, la **subida al Purgatorio**, que representa la evolución interior;
 - * después, la **ascensión al Paraíso**, que indica siempre los más altos estadios de la realización espiritual" (pág. 41).

Pienso que la interpretación presumiblemente se ajusta a la intención de su autor. Así lo entiende uno de sus más fieles intérpretes como es Giovanni Papini (1949) cuando afirma que "La Comedia no quiere ser únicamente poesía para placer estético... Quiere ser obra práctica, obra activa y formativa, obra que no se propone tan sólo ser poéticamente bella y moralmente buena, sino cambiar el estado del hombre y cambiarlo de un modo radical, conducir a los hombres de la miseria a la felicidad, del martirio a la beatitud, del infierno presente al paraíso futuro" (pág. 279).

Papini piensa que el problema fundamental del Dante es el de si se puede cambiar el alma humana y de qué manera y, sobre todo, se formula la cuestión ¿por qué cam-

biar el alma humana? Su respuesta rezuma compasión y es todo un programa y un talante terapéutico:

"Porque los hombres sufren y hacen sufrir; el mundo es lugar de sordidez y de tortura. El que ama a los hombres no puede menos de sentir en sí, como un deber absoluto, la necesidad de actuar para que haya menos infelices en un mundo menos sucio" (pág. 318).

Y se propone como meta la transformación del hombre:

"Para obtener una verdadera transformación total y duradera, es necesario cambiar en el fondo las potencias y virtudes internas del hombre, sus pensamientos y sus pasiones" (pág. 318).

Las tres fases de la terapia A.T.

Primera fase: PSICOTERAPIA, "RECUPERAR EL NIÑO INTERIOR"

*"Regresa al origen,
Hazte niño"* (Tao Te Ching)

Siguiendo los presupuestos anteriores, esta primera fase tendría un carácter propiamente psicoterapéutico, recuperando su significación etimológica de "tratamiento del alma o mente". En este sentido me parece acertado el criterio de Steiner (1982) cuando decide suprimir de su nuevo libro "Libretos en que participamos", las palabras "cura" y "paciente" utilizadas con profusión en su obra anterior "Games Alcoholics Play" (1971), porque dice: "en mi opinión, están atadas ambas intrincadamente con la práctica médica, la cual... no tiene nada que ver con la práctica de la psicoterapia" (pág. 13).

Objetivo de esta primera fase: "RECUPERAR EL NIÑO INTERIOR"

Estimo que puede ser clarificador tener en cuenta lo que C.G. Jung dice en su tratado "Psicología del Arquetipo Infantil". Él

considera que el arquetipo infantil es "un símbolo vivo de potencialidad futura que aporta equilibrio, unidad y vitalidad a la personalidad consciente". Resulta interesante esta cita:

"El motivo del niño no sólo representa algo que existió en un pasado remoto sino, también, algo que existe ahora; es decir, no se trata simplemente de un vestigio, sino de un sistema que opera en el presente... El niño allana el camino para un cambio futuro de personalidad. En el proceso de individuación, anticipa la figura que proviene de la síntesis de los elementos conscientes e inconscientes de la personalidad" (Citado en la **Recuperación del Niño interior**, pág. 288).

Berne, a su vez, introdujo una idea revolucionaria en el panorama psicoanalítico de su tiempo en su aforismo: "las personas nacieron príncipes y princesas, hasta que sus padres las volvieron ranas". Entonces, la terapia analista transaccional trata de recuperar su prístino estado natural. Propuesto de una manera precisa y operativa, se trata de: "la creación de nuevos estados del yo Niño arcaicos..., crear nuevos estados del yo a los niveles de crecimiento y desarrollo psicofisiológicos anteriores" (Clarkson, 1990, págs. 52-62).

Las tres ideas básicas

Las tres ideas básicas sobre las que propongo estructurar esta etapa, son:

- **"la bajada al infierno**, que es la fase psicoanalítica, el descenso al abismo del inconsciente", como contenido y objetivo;
- **el mini-guión negativo** o "escalera descendente", en el sentido de proceso metodológico;
- y **el Sueño Despierto Dirigido**, como una "nueva vía regia para llegar al inconsciente", según la define su autor, Robert Desoille (1973).

Para Ken Wilber (1979) el objetivo del psicoanálisis es: "remediar la radical escisión entre los aspectos conscientes e in-

conscientes de la psique, de modo tal que la persona se ponga en contacto con la **totalidad de su mente**". Es decir, se trata de lograr un "ego sano y fuerte" (pág. 137).

Berne (1973), fiel a la consigna "cúrate primero y analizate después", propone como primera etapa para la terapia transaccional el análisis estructural, y considera que con esto puede darse por finalizada la terapia, bien de manera provisional o permanente; y también plantea la posibilidad de seguir un proceso psicoanalítico, en la versión A.T. o como él mismo (1976) define:

"El psicoanálisis, en términos estructurales, consiste en librar de su confusión al Niño y resolver los conflictos entre el Niño y el Padre" (pág. 93).

La estructura que se indica en esta conferencia no entra en contradicción con el orden operativo berniano, sino que se propone ofrecer una perspectiva "lógica" conceptual e, incluso, como otra forma alternativa de plantearse la terapia. Como terapeuta, tengo muy presente el criterio de Berne, ya que, efectivamente, un cliente que viene a terapia es una persona que tiene una responsabilidad familiar, laboral, social que pueden verse afectados por su trastorno mental y estimo prioritario facilitarle su integración personal lo más pronto posible y así evitar las secuelas negativas en su contexto social.

Al margen de las prioridades operativas, me interesa destacar que, como analista transaccional, el equivalente al psicoanálisis clásico en esta fase, es el "análisis de guiones". Berne dedica el capítulo XI de su libro, antes citado, a este tema y, por supuesto su obra magna: "¿Qué dice usted después de decir hola?" (1973). También, puede consultarse el libro de Claude Steiner (1982) "Libretos en que participamos".

No es objeto de esta conferencia exponer la dinámica del análisis de guiones, y solamente me quiero referir al énfasis que pone Berne (1973) al afirmar que los analistas de guiones son mejores freudianos que los analistas ortodoxos:

"Los analistas de guiones suscriben las doctrinas de Freud en su totalidad y sólo desean añadir algo a la luz de las experiencias posteriores. Las diferencias entre la visión ortodoxa y la del análisis de guiones son de énfasis. En realidad, los analistas de guiones son mejores freudianos que los analistas ortodoxos" (pág. 436).

En lo que concierne a la proposición "El mini-guion negativo", o "escalera descendente", en el sentido de proceso metodológico, me voy a permitir una explicación. Los autores Capers y Goodman (1992) denominan este proceso descendente como "escalones de supervivencia" y afirman:

"Nosotros hemos adquirido una convicción: si las personas se bloquean aquí, es para sobrevivir, pues ellas no realizan su capacidad de vivir plenamente la vida en lo que ésta comporta de mejor" (pág. 66).

Esto marca un modo de vivir repetitivo, estereotipado, a modo de proceso neurótico, cuyas raíces se hunden en la infancia del individuo y que dan lugar a los patrones de conducta estereotipados, e incluso fijaciones, que sumen a la persona en su "propio infierno interior". La metáfora de los "escalones para sobrevivir" con su diagrama intuitivo la "escalera descendente" ejemplifica bien este proceso interno en el que la persona viaja, por así decirlo, hacia su pasado una y otra vez, repitiendo y reforzando sus viejos patrones de conducta y sus sentimientos negativos.

– **El primer escalón**, simboliza la puerta de entrada que inicia "la bajada a nuestro infierno interior", el descenso al abismo del inconsciente. Esta puerta simbólica sólo se abre con cinco palabras mágicas, los cinco impulsores: "Complace", "Apresúrate", "Esfuézate", "Se perfecto" y "Se fuerte". Son los consejos que nuestros padres nos dieron para triunfar socialmente y reforzados con sus propios ejemplos.

– **El segundo escalón** nos hace revivir las prohibiciones parentales a nuestro comportamiento espontáneo infantil. En este estadio volvemos al mundo mágico de la infancia y nos vemos forzados, para no caer en la maldición de los seres poderosos que poblaban ese mundo, a seguir los mandatos de manera compulsiva y con ello reprimimos nuestra espontaneidad y limitamos nuestra autonomía.

– **En el tercer escalón** surge nuestro Niño vengativo que incapaz de asumir la responsabilidad de sus actos, dirige sus reproches hacia los demás, proyectando en ellos, como una forma de descarga, los sentimientos dolorosos. Es posible que nos demos cuenta de que los demás no son responsables de nuestra vida y es, entonces, cuando podemos caer al fondo de la desesperación, o bien subir de nuevo al primer escalón, con lo cual se inicia de nuevo el circuito.

– **En el cuarto escalón** tocamos fondo y reexperimentamos los sentimientos más arcaicos de nuestra primera infancia. En este nivel sentimos el dolor de dejar el seno materno, sentirnos abandonados, desamparados, no ser queridos... El mundo se nos antoja una morada fría, agresiva, inhumana y nos enfrentamos con el dolor de estar en este mundo en forma de depresión, desesperanza, estallidos de violencia con nosotros mismos o con los demás y, como desenlace podemos caer en el suicidio.

Y para terminar este capítulo, unas palabras para explicar la tercera idea básica de las que me he servido para articular esta primera fase: "El Sueño Despierto Dirigido" como vía regia para llegar al inconsciente. Para su autor, Robert Desoille, el "Ensueño Despierto" se inscribe en el campo de las terapias que operan en el plano del inconsciente y se propone hacer consciente los elementos reprimidos en el inconsciente. Su idea original fue la de elaborar un tratamiento para las neurosis utilizando el mundo de

las imágenes, llevado de su convencimiento de que sólo a través de las imágenes recordadas, el individuo podrá lograr la reestructuración de su personalidad.

Las tres características que definen la originalidad de esta terapia son:

– En primer lugar, se basa en el "ensueño" como estado de conciencia cualitativamente diferente del "sueño nocturno", y consiste en la producción del ensueño en el aquí-y-ahora existencial. El contenido de los ensueños que, según el autor, "adopta la forma de un material realmente concreto, y los efectos a menudo muy intensos ligados a él, constituyen en enfoque del inconsciente que puede juzgarse realmente novedoso. De este modo, se reanuda el diálogo entre lo consciente y lo inconsciente, diálogo roto por la neurosis" (Cf. "El Triángulo roto", de Fabre, 1973). Este material producido en la ensoñación constituye el contenido que se analiza en las sesiones cara a cara.

En el "Ensueño despierto", de Desoille (1973), al contrario de lo que ocurre en la producción de los sueños nocturnos, la persona juega un papel protagonista de primer orden en la dinámica de sus imágenes.

Yo deseo hacer aquí una aclaración y es que la idea de "ensueño" ya fue utilizada por Freud como "sueño diurno". Freud designaba con este nombre "un guion imaginario en estado de vigilia, subrayando así la analogía existente entre este ensueño y el sueño. Los sueños diurnos constituyen, como el sueño nocturno, cumplimientos de deseos; sus mecanismos de formación son idénticos, con predominio de la elaboración secundaria" (Laplanche y Pontalis, 1981, pág. 417).

– Un segundo elemento original lo constituye la "imaginación". Considera la imagen como una representación mental y que, con su propia psicodinamia, se convierten en medios de expresión de los contenidos reprimidos del in-

consciente y, de esta manera, se facilita su integración en una estructura sana de la persona. A este respecto, afirmará el autor, que estas imágenes encuentran su manifestación natural en los estados oníricos y su análisis constituye la "Vía regia" del Psicoanálisis para llegar al inconsciente; sin embargo, y ésta es la originalidad de esta su "Nueva vía regia": hacerlas surgir en los estados semioníricos del ensueño, en el que cliente y terapeuta, entrando en un diálogo consciente que facilita la revelación del contenido idiosincrásico que guardan dichas imágenes.

– El tercer elemento característico lo constituye "el movimiento imaginario en un eje vertical" que se imprime a las imágenes. Es este movimiento transmitido a las imágenes, lo que hace posible la manifestación de los estados de conciencia latentes o de las situaciones traumáticas fijadas que condicional y neurotizan a la persona. Según el autor:

"Esas representaciones, por medio de la ascensión y el descenso, podían hacer aflorar en la conciencia los elementos dispersos de la psique, permitiendo así una síntesis definitiva de éstos, y contribuyendo a la curación de ciertos trastornos psíquicos".

Segunda fase: AUTORREALIZACION, "EL ADULTO INTEGRADO"

"Estas terapias apuntan a unificar la persona... para crear un ego sano y fuerte" (K. Wilber).

Entramos en lo que yo considero la segunda fase de la psicoterapia analítica transaccional, sobre la base de la recuperación del Niño interior y que supone un paso cualitativo significativo porque ahora el énfasis se pone sobre el desarrollo de la persona, o lo que Maslow (1973) propone como auto-

rrealización, subrayando "la plenitud humana", el desarrollo de la naturaleza del hombre... y que él define:

"como realización creciente de las potencialidades, capacidades y talentos; como cumplimiento de la misión —o llamada, destino, vocación—; como conocimiento y aceptación más plenos de la naturaleza intrínseca propia, y como tendencia constante hacia la unidad, integración o sinergia, dentro de los límites de la misma persona" (pág. 56).

Objetivo de esta segunda fase:

LA INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD DEFINIDA COMO "ADULTO INTEGRADO"

Para Perls, el "hombre integrado" es el que puede vivir en un contexto significativo con su sociedad, sin ser devorado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella.

Para Petruska Clarkson (1990), el Adulto integrado es el hecho de una persona "que ha llegado a la madurez biológica y fisiológica, plenamente capaz de reaccionar de manera activa, espontáneamente, y emocionalmente, frente a la realidad actual, de manera objetiva (A2) en su dimensión interpersonal (Pathos) y en su relación a los valores (Ethos)".

De manera operativa, se trata de conseguir que el Adulto sea el que ejerza la función directiva de la personalidad, lo cual supone un doble control:

- **De la psicodinamia interna** que sería el equivalente a la "integración de la personalidad" de Federn (1984) y esto "implica que la persona mantenga el control, no solamente de las reacciones parciales multiformes del yo, sino también de los diversos estados de éste" (pág. 26); es decir, de los estados del yo arcaicos, Padre y Niño, que podrían contaminar su apreciación objetiva, con sus creencias o ilusiones.
- **Control social**, por el cual "el Adulto retiene el poder ejecutivo al tratar a otras personas que podrían, consciente o inconscientemente, querer activar el Niño o el Padre. Es decir, el control

de la tendencia propia del individuo a manipular a otras personas de maneras destructivas o ruinosas, y de su tendencia a responder sin discernimiento ni opción a las manipulaciones de los otros" (Berne, 1973, pág. 93).

Las tres ideas básicas de esta fase

Las tres ideas básicas de las que me he servido para estructurar esta segunda fase de la psicoterapia son:

- la "**subida al Purgatorio**" que, según la interpretación de Assagioli, representa la evolución interior;
- la "**escalera ascendente**" (Miniguión OK). Para los autores, los peldaños de vida o "escalera ascendente" representan un camino para la expansión de la conciencia y nos permiten realizar toda nuestra plenitud.
- la **terapia del Adulto integrado**. Petruska Clarkson (1990) indica que conseguir el objetivo de una persona plenamente integrada implica, en primer lugar, la descontaminación o la liberación de las deformaciones de la realidad impuestas por los prejuicios y las emociones pasadas; y la completa, "poniendo en obra de manera integrada la redacción y la reparentalización" (pág. 52).

Estimo que la metáfora del movimiento ascendente es adecuada como perspectiva psicoterapéutica de esta etapa. Ya nos hemos referido a ello anteriormente cuando expusimos la teoría del "Ensueño Despierto Dirigido". Desoille se inspira en el investigador Charles Henry, quien propuso una antropología basada en la concepción del hombre en la que el ascenso y descenso desempeñan un papel fundamental en sus relaciones con la acción-inhibición, y los estados afectivos.

Roberto Assagioli (1993), a su vez, propone la imagen de "Alpinismo psicológico" y dice que "esta designación no es tan sólo una comparación más o menos sugerente, sino que indica una analogía substancial y una estrecha relación simbólica" (pág. 36).

La imagen de "los escalones de vida" o escalera ascendente sugiere un camino inte-

rior para alcanzar la autonomía personal, propuesto como objetivo final del análisis transaccional. El planteamiento que nosotros proponemos para esta fase se basa en los tres primeros escalones que, en la formulación original de sus autores consiste en:

- **Primer escalón: EL MENSAJE PERMISSIVO.**

En este primer escalón, la persona se encuentra confrontada a una elección: si sigue bajo la coerción de sus impulsos, se enganchará en su circuito descendente neurótico, que reproduce, una y otra vez, su pasado; si opta por liberarse de ellos, se abre a un proceso ascendente abriéndose a los mensajes permisivos. Según los autores: "el paso por el primer escalón de vida es una etapa apasionante marcada esencialmente por el descubrimiento de nuevas opciones".

La terapia indicada en nuestro modelo, se dirige a conseguir el "Adulto como directivo de la personalidad", especialmente desarrollando su "darse cuenta" y su capacidad de tomar decisiones. A este respecto, comenta James y Jongeward (1975):

"A menos que el individuo posea una conciencia Adulta de sí mismo, la mayoría de los estímulos exteriores serán probablemente sentidos y respondidos antes por el Padre o por el Niño. Cuando el Adulto se convierte en directivo, la persona aprende a recibir más estímulos a través de su Adulto. Se detiene, mira y escucha por sí misma, tal vez contando hasta diez, y piensa"... "El hacer una elección consciente implica controlar la energía psíquica de manera que una persona pueda realmente pasar de un estado del yo a otro cuando es apropiado" (pág. 223).

Segundo escalón: EL MENSAJE REFORZANTE.

Este escalón supone una invitación, y una oportunidad de recuperar los

mensajes positivos que posiblemente han pasado desapercibidos en su infancia, tomando en cuenta sus opciones positivas e integrarlas como nuevos hábitos de pensar. La hipótesis que sustentan los autores es que: "cada uno de nosotros puede encontrar en su primera infancia mensajes positivos transmitidos por la palabra o por el sentimiento. Sin algunos mensajes positivos, no podríamos haber sobrevivido".

En este sentido, utilizamos técnicas de "reparentalización", pero dentro de la perspectiva del "Adulto integrado". O como lo considera Petruska Clarkson (1990): "un complemento de psicoterapia puede ser necesario para integrar la nueva estructura del Padre en el funcionamiento del Adulto integrado". Es este un encuadre no considerado por los autores que han tratado estas técnicas como comenta la autora: "ninguno de los autores mencionados se propone como objetivo terapéutico el funcionamiento del Adulto integrado sin interferencia de elementos introyectados o de vestigios arcaicos" (pág. 52-62).

Se puede trabajar con técnicas de reparentalización, especialmente a través de procesos regresivos hipnóticos en los que se inducen nuevos mensajes parentales positivos; y, también, autorreparentalización utilizando la técnica del "diálogo interno positivo" estimulando su propio Padre Nutritivo OK interno.

- Tercer escalón: LA AFIRMACION.

En este escalón se estimula a la persona a seguir adelante en la vida, a dejar su cólera, su resentimiento, su crispación, para afirmarse en la posición existencial: "Yo estoy bien - Tú estás bien". El objetivo que se proponen los autores Capers y Goodman (1992) en sus talleres es que "puedan expresar su cólera en una estructura que ofrece la Protección y la seguridad indispensables. Les decimos que la cólera no es destructiva, a condición de que se exprese sin violencia física. Les damos el Permiso: "cualquiera que sean tus

sentimientos, es OK sentirlos y expresarlos de manera apropiada" (pág. 66).

La terapia de elección para este escalón puede muy bien ser un trabajo sobre "emociones y rebusques", insistiendo en la secuencia natural de las emociones:

- * **sentir**, es decir, no reprimir lo que siento sino, al contrario, acogerlo como una reacción natural del organismo ante un estímulo cualquiera. No hay emociones positivas ni negativas, buenas o malas; simplemente son la afectación orgánica sana ante los estímulos ambientales;
- * **expresar** lo que siento representa un nivel de conciencia más elevado; ahora me doy cuenta de su significación y puedo decidir hacer algo en consonancia con esto;
- * **hacer** o canalizar la energía emocional bajo la dirección del Adulto, teniendo en cuenta la realidad, bien como retirada o acercamiento a la situación desencadenante, culminando así la dinámica emocional sana.

La tercera idea básica, "la terapia del Adulto integrado", de alguna manera ya ha sido expuesta a propósito de cada escalón ascendente; completaremos, sin embargo, la exposición para darle una mayor unidad. En realidad se trata de lo que Berne (1973) propone como "Análisis estructural". El se refiere a esto en dos ocasiones en su libro "Análisis Transaccional en Psicoterapia", en los siguientes términos:

"El análisis estructural propiamente dicho se ocupa del dominio... de los conflictos internos a través del diagnóstico de los estados del ego, decontaminación, trabajo de fronteras y estabilización, de cómo que el Adulto puede mantener control de la personalidad en situaciones de tensión" (pág. 93).

Y anteriormente, aborda el mismo tema y dice:

"El análisis estructural... se ocupa de la segregación y el análisis de los esta-

dos del ego. La meta de este procedimiento es la de establecer el predominio de los estados del ego que sirven para probar la realidad y liberarlos de la contaminación de elementos arcaicos y extraños" (pág. 22).

La meta de esta segunda fase de la terapia transaccional es que la persona sea autónoma que, según Berne, es la que demuestra la liberación o recuperación de tres capacidades:

- **Conocimiento** o, lo que es lo mismo, saber qué está ocurriendo ahora de manera nueva; se ha despejado de las viejas opiniones que falsean su percepción y percibe las cosas a través de su encuentro personal propio.
- **Espontaneidad**. El individuo autónomo es espontáneo, flexible, no tontamente impulsivo. Ve las muchas posibilidades que se abren ante él y usa el comportamiento que juzga apropiado a su situación y a sus fines (James y Jongeward, 1975).
- **Intimidad**. La persona se abre a sus sentimientos y conecta con su Niño natural; se hace más abierto, revela su yo más auténtico despojado de sus máscaras.

Como resumen, viene bien citar las propias palabras de Berne (1973):

"...cualquiera que funcione como Adulto tendría, idealmente, que exhibir tres clases de tendencias: atractivo personal y simpatía, procesamiento de datos objetivo, y responsabilidad ética, todo lo cual representa respectivamente los elementos arqueo-psíquicos, neopsíquicos y extero-psíquicos 'integrados' en el estado del ego neopsíquico" (pág. 205).

Tercera fase: "SER TRANSPERSONAL", "DESPERTAR Y DESARROLLO DE LA CONCIENCIA ESPIRITUAL"

"¿No era yo, el yo pequeño, temeroso, orgulloso, con que había luchado durante

tanto tiempo, el que siempre le vencía, el que después de cada penitencia volvía a surgir y le quitaba la alegría y la daba temor? ¿Acaso no era eso por lo que al fin hoy había encontrado la muerte, allí en el bosque, junto al río idílico? ¿No era esa muerte por lo que Siddharta había vuelto a ser un niño, y sintió confianza, alegría y ternidad? (Siddharta).

Introducción

En esta fase entramos en un dominio distinto, superior del ser humano. Si hasta ahora nos hemos movido en el terreno de la "personalidad", esta nueva fase supone entrar en contacto con la realidad más profunda, más esencial de la persona, su ser espiritual. En una comprensión holística, la persona hay que entenderla como CUERPO-MENTE-ESPIRITU o, si se quiere, un ser BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUAL.

El rescatar la dimensión espiritual del ser humano no es una cuestión puramente metafísica, que sólo tendría interés como tema de estudio para los filósofos y, en todo caso, como ejercicio para aquellas personas que aspiran a una vida religiosa, sino que es, en un asunto de gran implicación práctica y que concierne a todos, en aspectos como la salud y la enfermedad, por ejemplo. Efectivamente, ésta es la concepción revolucionaria del médico galés Edward Bach (1886-1936) quien consideraba que "la enfermedad es en esencia el resultado de un conflicto entre el Alma y la Mente, y no se erradicará a no ser con un esfuerzo espiritual y mental" (1980, pág. 26). Como base de su nueva medicina, "los remedios florales", el Dr. Bach (1980) distingue, además del cuerpo,

- "la PERSONALIDAD que es temporal y material;
- el ALMA que es nuestra esencia, nuestro núcleo, que es inmortal por ser parte de la energía universal;
- y el YO SUPERIOR, ligado íntimamente con el alma y que actúa como mediador entre el alma y la personalidad" (pág. 26).

El ser humano forma parte del universo en constante evolución, que progresa desde

las formas más primitivas hasta las superiores: desde la materia al espíritu. En este sentido, la psicología, si quiere ser fiel a su cometido, debe atenerse a este dinamismo y no dar por concluida su tarea considerando al hombre como un ser "amputado" con su modelo bio-psico-social. Y lo mismo podemos decir de la psicoterapia. Considero un imperativo tanto para la psicología como para la psicoterapia actuales abrirse a esta perspectiva evolucionista, tal como propone Stanislav Grof (1993):

"Para aquéllos que han madurado hasta tener un ego responsable y estable, la próxima fase de crecimiento es el comienzo de lo transpersonal, el nivel de la intuición psíquica, de la apertura y la claridad transcendentales, el despertar de un sentido de la conciencia que es, de alguna manera, algo más que simplemente la mente y el cuerpo" (pág. 33).

Otro de los grandes teóricos transpersonales, Wilber (1979), en su intento de conciliar los modelos psicológicos occidentales y la filosofía oriental en una Psicología Integral, abunda en esta misma visión del crecimiento y desarrollo de la persona desde el cuerpo hasta la mente y desde ésta hasta el alma y el espíritu.

Para Assagioli (1993) por citar otro de los grandes psicólogos, "la búsqueda interior y la realización del Sí Mismo representan una auténtica y verdadera praxis que activa, cuando la madurez psíquica lo permita, la dimensión transpersonal" (pág. 27).

Soy consciente de la resistencia que puede suscitar este planteamiento y la respeto. No es mi pretensión convencer a nadie, ni sentar cátedra de verdad; simplemente deseo proponer mi propia experiencia y evolución personal. Sin embargo, considero oportuno apoyar este punto de vista con las afirmaciones de insignes psicólogos, como William James, quien dice:

"Me parece que los límites extremos de nuestro ser penetran en una dimensión de la existencia totalmente distinta al

mundo sensible y comprensible, como es habitualmente conocido" (En **"The Varieties of Religious Experience"**, citado por Assagioli, 1993, pág. 20).

Por su parte, Assagioli (1993) muestra su perplejidad ante el hecho de que la mayor parte de los psicólogos estudian "los restantes aspectos de la naturaleza humana" (¡sobre todo los inferiores!), y son muy pocos "los que se ocupan de esta otra dimensión espiritual". Él piensa que esto se debe a tres motivos:

- al materialismo dominante en el ser humano y que impregna completamente la cultura occidental;
- al miedo a ser "anormal" o a ser considerado como tal si experimenta o habla de estados alterados de conciencia;
- pero sobre todo, afirma, se debe al modelo científico actual de corte materialista-mecanicista, obviamente incapaz para abordar contenidos "no materialistas" (pág. 27).

En este sentido, considera que tiene razón el autor cuando afirma que:

"siendo la psicología una ciencia joven, se ha apoyado —o mejor dicho— ha permanecido ligada a la metodología de las ciencias naturales, lo cual no le conviene, en absoluto, porque ello le sumerge en un mar de confusiones. Para evitarlo, la psicología tiene, en cambio, el derecho y el deber de utilizar métodos igualmente serios y científicos, pero adecuados a su naturaleza" (pág. 27).

La sugerencia que Williams James dirige a los científicos es válida, también, para nosotros, terapeutas, como invitación a adoptar una actitud mental abierta a la posibilidad, yo diría evidencia, de ese otro mundo de realidades "más allá del ego". Sus palabras:

"La importancia de este reino superior de experiencia y de realidad no debe ser infravalorado, y la sola posibilidad de su existencia debería estimular a los científicos a dedicar a su investigación una

parte de su energía, tiempo y celo en proporción a su valor humano" (citado en Assagioli, 1993, pág. 27).

Siguiendo el esquema de los apartados anteriores, expongo a continuación el objetivo propuesto para esta fase y las ideas básicas sobre las que se ha estructurado.

Objetivo de esta tercera fase:

"LA EXPANSION DE LA CONCIENCIA HACIA EL SUPERCONSCIENTE Y EL SI MISMO ESPIRITUAL"

Precisando un poco más este objetivo, se trata de:

- ejercitarse en la elevación voluntaria del yo consciente para entrar en contacto con el Sí Mismo Espiritual;
- y abrir nuestra conciencia, en el silencio interior, a las energías de los niveles superiores del superconsciente.

Me permito explicar con algún detalle estos objetivos, haciendo mía la frase de Wilber (1995): "fortalecer el ego y disolver el ego", porque indica de manera concisa el objeto de la etapa anterior, "fortalecer el ego", y su transición lógica a esta tercera fase cuyo objeto es "disolver el ego" y expandir nuestra conciencia ordinaria. El objetivo, expuesto de otra manera paralela, es "transcender el ego" y para ello es preciso ejercitarse en la elevación voluntaria del yo consciente, pues como afirma el mismo autor:

"No puedo percibir mi verdadera identidad, mi unión con el Espíritu, porque mi conciencia está obnubilada por alguna actividad en la que estoy implicado ahora mismo... en mi ego individual, en mi yo personal" (pág. 102).

Las tres ideas básicas

- 1) La **Ascensión al Paraíso** que, como ya dije anteriormente, es una metáfora que sugiere la subida a los más altos estadios de la realización espiritual.
- 2) El **Cuarto Escalón Ascendente del Miniguión**, como culminación del pro-

ceso ascendente en el que, según los autores, se experimenta "el júbilo existencial".

- 3) El **Superconsciente** o ampliación de nuestra conciencia ordinaria a esa otra dimensión humana latente donde residen los valores superiores del hombre.

La "Ascensión al Paraíso" refleja bien la tendencia innata al ser humano de alcanzar un estado de plena felicidad y sabiduría. Por supuesto, este estado de felicidad no tiene nada que ver con lo que se entiende ordinariamente por felicidad, de corte materialista. La felicidad de la que aquí hablamos es una experiencia interior, que yo considero como el estado natural y original del ser humano, asequible a todos y que sólo es posible encontrarlo dentro de nosotros mismos y sin salir de nuestra vida cotidiana. Assagioli (1992) utiliza la analogía de "El sabio dotado de elevados poderes", para indicar que existe un sabio así en cada uno de nosotros que él denomina el "Yo Superior" o el "Sí Mismo Espiritual" y que para encontrarnos con él tenemos un camino, "un viaje por los mundos internos. Para alcanzar su morada es necesario escalar, ascender hacia las alturas del Superconsciente" (pág. 92).

Por otro lado, esta experiencia es asequible a todo aquel que decida ejercitarse en esta vía de la "transformación". Se suelen distinguir tres posibles caminos para el hombre actual: el camino o la vía del "materialismo", en el cual lo que importa por encima de todo es el "tener", acumular y consumir (Cf. Eric Fromm, **Ser o tener**); otra vía es la denominada de la "transcendencia" que es la que eligen aquellos que se apartan del mundo y la vida ordinaria para consagrarse exclusivamente a la contemplación; y, finalmente, la vía de la "transformación" o la experiencia de "reencontrarnos con la espiritualidad en lo simple y cotidiano", en expresión del monje budista Thich Hanh (1992), quien lo explica así:

"La plena consciencia de cada instante es la llave de una armoniosa pleni-

tud... deleitarse con cada bocado y estar simplemente concentrados en las sensaciones de momento... Hay un gozo inefable que acentúa la conciencia de estar vivo al darnos cuenta de cada instante" (pág. 26).

Quizá sea éste el mensaje que quería transmitirnos Hermann Hess (Siddhartha, 1977) en la personificación del barquero VASUDEVA, un hombre simple que toda su vida estuvo dedicada al modesto trabajo de pasar a las personas de una orilla a otra del río, pero lleno de sabiduría que aprendió simplemente "preguntando" y "escuchando" al río, y al que le aplica esta reflexión:

"Paulatinamente se abría esa flor en su interior, se reflejaba en el arrugado rostro añinado de Vasudeva: armonía, conocimiento de la eterna perfección del mundo, sonrisa, unidad". Vasudeva, el barquero que se define a sí mismo: "Yo no soy un sabio, y no sé hablar y tampoco pensar. Sólo sé escuchar y ser piadoso: no he aprendido otra cosa. Si lo supiera decir y enseñar, quizá fuera un sabio; así, sin embargo, sólo soy un barquero y mi deber es cruzar a la gente por este río" (pág. 125).

Y, también, es posible intuir este mensaje en el mismo personaje de Siddhartha, cuando el autor nos describe la última fase de su largo caminar en busca de la sabiduría siendo, también, un modesto barquero:

"Poco a poco maduraba en Siddhartha la plena conciencia de saber lo que realmente era sabiduría, la meta de su larga búsqueda. Sin embargo, no se trataba más que de una disposición de alma, de una capacidad, de un arte secreto de poder pensar la teoría de la unidad en cualquier momento, en medio de la vida, de poder sentir y respirar esa unidad" (pág. 125).

Yo no sé si Hermann Hesse quería simbolizar con su imagen del "río idílico" el Sí Mismo Espiritual, pero yo quiero interpretar-

lo en este sentido, pues cuando Siddharta, ya en la etapa final de su vida, se desahoga con Vasudeva, que le escucha en un profundo vacío de sí mismo, y le dice: "también quiero aprender esto de ti", Vasudeva le contesta, "lo aprenderás, pero no de mí. Yo lo aprendí del río, a ti también te lo enseñará. El río lo sabe todo y todo se puede aprender de él". Y fue junto al río, escuchando "todas las voces de la creación que están en el río", cuando Siddharta alcanzó la Sabiduría, siendo instruido por el río. De él aprenderá continuamente. Sobre todo le enseñó a escuchar, a atender con el corazón tranquilo, con el alma serena y abierta, sin pasión, sin deseo, sin juicio ni opinión (pág. 125).

El "Cuarto escalón" del Miniguión ascendente o de la "Escalera para vivir" representa, siguiendo la analogía de la subida a una montaña, la cima de la ascensión, la llegada a la cumbre, lugar privilegiado para la contemplación del grandioso panorama, propicio para el éxtasis del escalador y donde de manera natural se experimenta posiblemente lo que en el budismo zen se denomina el "samadhi", al que Katsuki Sekida (1992) se refiere:

"Entrar en el silencio del **samadhi absoluto** es deshacerse de lo que llamamos el modo habitual de la conciencia; es decir, la forma ilusoria y revuelta de pensar. Al hacer esto purificamos el cuerpo y la mente. Entonces, al volver al mundo de la vida real y de la actividad ordinaria de la conciencia, gozamos del **samadhi positivo** y de la libertad mental en las situaciones complicadas del mundo: ésta es la emancipación auténtica" (pág. 97).

Capers y Goodman (1992) se preguntan: "¿Qué hay en la cima de la escalera de la vida?" Y su contestación es: "el entusiasmo, la admiración, la excitación, la alegría...; esta etapa es fundamentalmente un tiempo de calma y de quietud... Sin la ascensión a este júbilo existencial, no hay salud psíquica estable..." Estas son algunas ideas que los

autores refieren como experiencia de haber llegado a este nivel. Es tentativo considerar el paralelismo entre ambos textos (pág. 97).

Assagioli (1993) utiliza la afortunada expresión de "Alpinismo psicológico" para describir esta ascensión espiritual, indicando que "esta designación no es tan sólo una comparación más o menos sugerente, sino que indica una analogía substancial y una estrecha relación simbólica" (pág. 36). Él fundamenta esta analogía en las motivaciones que impulsan a la ascensión, tanto a nivel físico como a nivel espiritual y de entre estos móviles, se refiere a la "atracción o fascinación" que siente el ser humano de manera natural por lo que es realmente superior, por aquello que posee un valor más alto de naturaleza genuinamente espiritual. Es la fascinación que brota de lo más profundo del ser humano hacia las altas montañas, atribuyendo a las cumbres un carácter sagrado, el lugar donde moran los dioses, como en el Monte Olimpo de la Mitología griega. Y, también, se le considera el lugar donde se hace presente la divinidad, como se manifiesta en la Biblia con frecuencia, la revelación de Moisés en el Monte Sinaí, la transfiguración de Cristo en el Monte Tabor, etc...

Para tratar el tercer elemento, el Superconsciente, me voy a limitar a exponer y glosar la teoría de Assagioli (1993) acerca de la "Constitución psicológica del ser humano", pues en mi opinión es una de las aportaciones más claras sobre el tema, a veces tan confuso, de la transpersonalidad. El autor integra en su esquema los conceptos del inconsciente freudiano y, también, del inconsciente colectivo de Jung, en una perspectiva que añade su propia teoría del Superconsciente y el YO Superior o el Sí Mismo Espiritual.

De entrada, el autor afirma rotundamente la realidad del Superconsciente como algo evidente, ya que: "Es una experiencia, y cuando tomamos conciencia de ello constituye lo que Bergson ha denominado con gran acierto 'datos de la conciencia', los cuales son en sí mismos la propia evidencia y la propia prueba".

Fundamentalmente basa tu teoría en la realidad del "hecho psíquico" y los conceptos de "superconsciente", "inconsciente" y "consciente", sólo son adjetivos con los que nosotros calificamos distintas facetas del fenómeno psíquico que conocemos como conciencia. En este sentido, el autor afirma: "de manera que existe un continuo intercambio, una ósmosis entre la conciencia y el inconsciente. En un momento dado lo que era superconsciente se vuelve consciente, permanece así durante un espacio de tiempo más o menos largo y, después, vuelve a ser superconsciente" (pág. 36).

De manera natural lo superconsciente entra en el ámbito de la conciencia en forma de intuiciones, iluminaciones repentinas o inspiraciones, a lo que él denomina la "vía ascendente", para distinguirla de la "vía descendente", que sucede cuando nuestro centro de conciencia se eleva desde el yo autoconsciente a niveles superiores a los ordinarios hasta alcanzar la esfera del superconsciente.

En apoyo de su teoría del superconsciente cita expresamente las investigaciones de Maslow (1973) reflejadas en su obra "El Hombre autorrealizado". Este autor llama "Ser" a lo que Assagioli denomina "superconsciente", pues una de sus características, afirma, es la de dar un sentido de "ser plenamente", de integridad de existir y de vivir. A continuación, pasa a enumerar los trece aspectos que, según sus propias investigaciones, caracterizan la vivencia del superconsciente. Son éstas:

- 1) sentido de **profundidad**, llegar al fondo de uno mismo;
- 2) **interiorización**, proceder de lo externo a lo interno;
- 3) **elevación**, ascenso, subir a un nivel más alto;
- 4) **sendero** hacia la cima de una montaña;
- 5) **expansión**, ampliación de la conciencia; transcender los límites restringidos del yo;
- 6) **desarrollo** o sensación de revelación de lo oculto;
- 7) **potenciación**, como si una energía más fuerte y más dinámica operara en nosotros;

- 8) sensación de **despertar** a una realidad superior;
- 9) **iluminación** que hace ver las cosas con más claridad;
- 10) sentimiento de **gozo y alegría**;
- 11) **renovación** o regeneración, como si tuviera lugar el nacimiento de un nuevo ser dentro de nosotros;
- 12) sensación de **resurrección**, de regresar a un estado anterior perdido y olvidado;
- 13) y, finalmente, sensación de **liberación**, de libertad interna.

Por último, debemos aclarar la diferencia entre el **superconsciente** y el **Sí Mismo Espiritual**, siguiendo sus mismas reflexiones: "en el superconsciente hay elementos o contenidos de diverso género, activos, dinámicos, variables, que participan de la corriente de la vida psíquica en su conjunto, mientras que el Sí Mismo es inmóvil, estable, inmutable".

En el diagrama, el Sí Mismo está situado en el extremo superior de la periferia de la personalidad, queriendo indicar con ello su doble naturaleza, **individual** (relación de continuidad con el superconsciente) y **universal**, donde se inicia el contacto con el Misterio, con la Realidad Suprema. Quizá pueda ayudar a comprender más esto "la distinción entre espíritu inmortal y eterno de una persona y su alma individual (el ego), según Wilber (1995), y que "constituye un principio fundamental de la filosofía perenne" (pág. 101).

Los caminos hacia el Superconsciente y el Sí Mismo Espiritual

La Vía Meditativa

"Yendo de camino, entré en un pueblo; y una mujer, llamada Marta, le recibió en su casa. Tenía ella una hermana llamada María, que sentada a los pies del Señor, escuchaba su Palabra, mientras Marta estaba atareada en muchos quehaceres. Acercándose, pues, le dijo, Señor, ¿no te importa que mi hermana me deje sola en el trabajo?"

Dile, pues, que me ayude. Le respondió el Señor: Marta, Marta, te afanas y preocupas por muchas cosas; y hay necesidad de pocas, o mejor, de una sola. María ha elegido la parte buena, que no le será quitada" (Lucas 10,38-42).

Esta cita del Evangelio de San Lucas creo que es buena introducción al tema de la meditación como una de las vías hacia el Superconsciente y el Sí Mismo Espiritual.

En el coloquio que mantienen Treya y Ken, ésta hace un resumen y dice que: "el desarrollo progresa nivel a nivel a lo largo de la Gran Cadena del Ser, que va de la material al cuerpo, y de éste a la mente, al alma y al espíritu..." Y Ken la responde: "sí, más o menos. El hecho es que la meditación constituye una forma de fomentar su desarrollo. La meditación es la forma de favorecer el crecimiento y el desarrollo más allá de la mente hasta los niveles propios del alma y del espíritu" (Wilber, 1995, pág. 122).

Cualquiera que sea la forma que adopte la meditación, y hay muchas formas de enfocarla, sólo quiero destacar que siempre se ha considerado como una práctica espiritual, que no hay que confundir con lo religioso. La meditación, en sí misma, es espiritual en cuanto que se refiere a una experiencia real y no tiene nada que ver con las "creencias", que es el patrimonio de lo religioso. Como dice Wilber (1995, o.c., pág. 94): "La meditación... ha sido una técnica diseñada para que el alma se aventure en su interior y alcance su identidad suprema con la Divinidad. 'El Reino de los Cielos está dentro de ti', dicen las Escrituras, y el camino real hacia ese Reino ha sido, desde siempre, la meditación...; la meditación es, en primer lugar y por encima de todo, la búsqueda de Dios en el interior de uno mismo" (pág. 94). Un esquema simple de la meditación es el que propone Assagioli (1993) en su "vía meditativa":

- La primera fase, o fase de preparación tiene por objeto lograr la **concentración**. Se propone la liberación de los contenidos ordinarios del campo de la conciencia; de retirar la conciencia al

yo consciente; es decir, es un centramiento que consiste en detener el incesante parloteo mental y relajar el cuerpo y la mente. En definitiva, es preciso lograr el "silencio interior".

- La segunda fase versa sobre una **reflexión intelectual** sobre algún tema formulado con una frase o indicado con una palabra. Se trata de percibir, de darse cuenta conscientemente de la calidad, significado, la función y el valor de aquello sobre lo que se está meditando y de sentir cómo vive y cómo actúa en nuestro interior.
- Con la tercera fase se llega propiamente a la experiencia cumbre, el **estado de contemplación**. Es ahora cuando se alcanza la esfera que normalmente constituye el superconsciente; y, también, se experimenta la unión del centro de conciencia personal con el Sí Mismo espiritual, donde se establece el contacto con la Realidad trascendente.

La Vía del Zazen

"El zazen es uno de los métodos más admirables que permiten el despertar total del yo y el autocontrol de cada uno" (Yujiru Ikemi).

La filosofía zen se basa en un ejercicio fundamental como es el "za-zen". El Za-zen, como práctica del Zen, se propone:

"Alcanzar el estado de **samadhi** absoluto: la condición de tranquilidad total en la que cuerpo y mente se caen, ningún pensamiento se produce, la mente está vacía y, sin embargo, nos hallamos en un estado de extrema vigilancia. En esta quietud o vacío se halla latente la fuente de toda actividad. A esto lo llamamos existencia pura" (Sekida, 1992, pág. 97).

Los tres elementos de la práctica del za-zen son:

- **La postura**. La postura tradicional es la de loto entero o medio loto, pero, también, se puede realizar en una silla.

Lo importante, en todo caso, es que el cuerpo se mantengan perfectamente erguido, de manera que sea posible trazar una línea vertical imaginaria que partiendo de la coronilla acabe en la rabadilla. Al mantener el tronco recto el peso del cuerpo se concentrará en el bajo abdomen y, especialmente, en la zona denominada "tanden", zona situada unos cuatro centímetros por debajo del ombligo. Cuando el peso del cuerpo está concentrado en el tanden se logra una postura más estable y una condición mental más tranquila.

- **La atención**. En el zen se suelen distinguir dos clases de atención: la **abstracta** que opera con independencia de los sentidos, y la **sensorial**, centrada en los sentidos. Esta última es la que se suele aconsejar en la práctica del za-zen, entendida como un mirar hacia dentro de sí mismo o "centrarse en el tanden". "Sólo cuando cerramos los ojos podemos dirigir completamente la atención hacia dentro", afirma Katsuki Sekida. Con esta atención "centrada en el tanden" se alcanza un estado de conciencia de la propia existencia y, de una manera natural, uno se va adentrando paulatinamente en la experiencia del "samadhi absoluto".
- **La respiración**. La respiración constituye el elemento esencial del za-zen. Según el maestro Taisen Deshimaru, el arte de la respiración zen, lenta y natural se sostiene sobre la **expiración**, que debe ser tranquila, larga y profunda, ejerciendo un empuje hacia abajo sobre el bajo vientre. Esto es lo que en la práctica del za-zen se llama "echar fuerza al tanden", que tiene como resultado generar "lo que finalmente demuestra ser fuerza espiritual". Los autores más significativos señalan la importancia de este ejercicio que nos conecta con nuestro centro espiritual. Sirva como muestra las palabras de Katsuki Sekida (1992):

"Mantenemos, pues, que la respiración controlada genera poder es-

piritual, y que la atención, que en realidad es poder espiritual, no puede nunca ser ejercida sin tensión en el tanden" (pág. 97).

Los efectos de la respiración

En la cita que encabeza este apartado del za-zen, el autor se refiere al "autocontrol de cada uno". Efectivamente, el za-zen es una técnica poderosa de autocontrol, que yo voy a concretar en referencia a los efectos de la respiración sobre los cuatro niveles que integran la naturaleza humana: plano físico, emocional, mental y espiritual.

- En el **plano físico**, los efectos de la respiración se manifiestan principalmente en la energetización y revitalización de todas las células del organismo. Tiene, además, el efecto de liberar las tensiones musculares producidas por nuestras emociones y pensamientos. Todos hemos experimentado en nosotros mismos cómo cuando sentimos una emoción, o tenemos una imagen mental intensa, determinados músculos se contraen. Al repetirse, se acumula en forma de contracciones musculares dando lugar a la "memoria inconsciente" muscular, que si se convierte en crónica, se manifiesta en forma de cansancio, tensión nerviosa, etc.
- En el **plano emocional**. Las emociones constituyen una forma especial de energía en estrecha relación con la mente y el cuerpo, y que se vivencian, bien sea de manera positiva, proporcionándonos placer y plenitud; bien negativamente, que nos hacen sentirnos mal. Hoy disponemos de datos de investigación suficientes para saber que estas emociones negativas intervienen en todos los sistemas de nuestro organismo produciéndonos trastornos digestivos, nerviosos, circulatorios, etc. Pues bien, la práctica de la "respiración tanden" libera los estados emocionales negativos al mismo tiempo que hace aflorar los sentimientos positivos de paz, plenitud, amor, etc.

– En el **plano mental**. “Somos lo que pensamos. Todo lo que somos surge con nuestros pensamientos. Con nuestros pensamientos hacemos el mundo” (Buda). Esta cita pone ante nuestra consideración que la calidad de nuestra vida depende de la calidad de nuestros pensamientos. En este sentido, la respiración tandem adquiere toda su significación para controlar los pensamientos errantes que nos generan confusión y malestar; dicho de otra manera, nos permite “extinguir el ego-centrado e individual” y nos abre la puerta para alcanzar el samadhi o el “estado de existencia pura”. Es un lugar común en la práctica del za-zen, pensar que “si se logra asir este estado de existencia pura, y luego vuelves al mundo actual de la actividad consciente, hallarás que el Ser mismo aparece transformado” (Sekida, 1992, pág. 97).

– En el **plano espiritual**. Armonizados los tres planos anteriores, físico-emocional-mental, se llega, por su propio paso, a la esfera de la realidad transcendental.

Existe una cantidad abrumadora de datos, aportados por personas de todos los tiempos y lugares, que afirman haber vivido la experiencia de estados de conciencia ampliada, habiendo entrado en contacto con una dimensión de la Realidad “por encima” o “más allá” de los estados ordinarios de conciencia. Estas son las mismas experiencias que describe Maslow, como conclusiones de sus investigaciones y que él denomina como “Conocimientos del Ser en las experiencias-cumbre”. Lo que resulta más sorprendente es que él sitúa estas experiencias, que siempre se han presentado como excepcionales en el ámbito místico-religioso, dentro del campo de la psicología como característica de las personas que se auto-realizan: “aquellas que han llegado a un alto nivel de madurez, salud y desarrollo, que pueden enseñarnos tantas cosas, que casi pa-

recen algunas veces una raza distinta de seres humanos” (pág. 97).

Las formas de expandir la conciencia hacia lo trascendente son múltiples y no es este ni el lugar ni el momento para su exposición, ni tampoco yo me encuentro capacitado para hablar de ellas. Sólomente me he referido a las dos vías citadas, la vía meditativa y la vía del za-zen en las que estoy introduciendo, aunque sea de una manera muy elemental.

Y termino este trabajo con una cita que puede suponer un enfrentamiento con la manera normal de entender la psicología y la psicoterapia hasta ahora. La cita es de Dürckheim (1992):

“Nos encontramos ante la necesidad de traer de nuevo al marco y al orden de una vida más amplia, al hombre moderno; hay que abrirle la puerta que le dé acceso a la unión con su primer origen, y mostrarle de qué modo puede él manifestar su conexión con el SER a través de un yo existencial pleno de vigor. Se trata del **Camino** y de una **Práctica** del SER esencial. Afanándose en hacer que el hombre vea el camino que le permitirá redescubrir su enraizamiento en el SER, y reforzando este enraizamiento mediante un proceso consciente de individuación, el terapeuta hará de su trabajo una iniciación, poniendo su ciencia al servicio de la proyección del alma hacia el CAMINO” (pág. 12).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alighieri, D. () **La divina Comedia**. Madrid, Ediciones Ibéricas.
- Almendro, M. (1995) **Psicología y Psicoterapia Transpersonal**. Barcelona, Kairós.
- Assagioli, R. (1993) **El Ser Transpersonal**. Madrid, Gaia Ediciones.
- Bach, E. (1980) **Cúrese Vd. mismo**. Madrid, Ed. Edaf.
- Berne, E. (1973) **¿Qué dice Vd. después de decir hola?** Madrid, Grijalbo.
- Berne, E. (1976) **Análisis Transaccional en Psicoterapia**. Buenos Aires, Psique.

Capers, H. y Goodman, L. (1993) **L'Analyse Transactionnelle**. I.F.A.T., 4, 67.

Clarkson, P. (1990) **Ac tualites en Analyse Transactionnelle**. I.F.A.T., 54, 52-62.

Desoille, R. (1973) **Lecciones sobre el Enseno Dirigido**. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Dürckheim, C.G. (1992) **Hara. Centro vital del hombre**. Bilbao, Mensajero.

Fabre, N. (1973) **El Triángulo Roto**. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Federn, P. (1984) **La Psicología del yo y las Psicosis**. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.

Grof, S. (1993) **La Evolución de la Conciencia**. Barcelona, Ed. Kairós.

Siddhartha, H.H. (1977).

James, M. y Jongeward, D. (1975) **Nacidos para triunfar**. México, F.E.I.

Jung, C.G. (1939) **Conflictos del alma infantil**. Buenos Aires, Paidós.

Kertesz, R. (1985) **Análisis Transaccional Integrado**. Buenos Aires, Editorial IPPEM.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1981) **Diccionario de Psicoanálisis**. Madrid, Ed. Labor.

Maslow, A. (1973) **El Hombre Autorrealizado**. Barcelona, Kairós.

Maslow, A. (1982) **La personalidad Creadora**. Barcelona, Kairós.

Papini, G. (1949) **Dante Vivo**. Barcelona, Ed. Apolo.

Russell, P. (1994) **El Agujero Blanco en el Tiempo**. Madrid, Gaia Ed.

Steiner, C. (1971) **Games alcoholics play**. New York, Grove Press.

Steiner, C. (1982) **Libretos en que participamos**. México, Ed. Diana.

Thich Nhat Nanh (1992) **Hacia la Paz interior**. Barcelona, Plaza/Janés.

Wilber, K. (1979) **La Conciencia sin fronteras**. Barcelona, Kairós.

Wilber, K. (1994) **Psicología Integral**. Barcelona, Kairós.

Wilber, K. (1995) **Gracia y Coraje**. Barcelona, Kairós.

EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA (2ª PARTE)

JUAN GARCÍA MORENO

Universidad Complutense de Madrid*
Miembro de AESPAT

RESUMEN

En esta segunda parte del tema sobre "el proceso de la psicoterapia" se presenta la problemática relacionada con la investigación del proceso de la psicoterapia (objetivo, unidades significativas, heterogeneidad del proceso y patrones del cambio, indicadores del cambio, etc.) para conseguir un conocimiento más profundo de la psicoterapia y hacer que ésta sea más integradora y más efectiva.

6. INVESTIGACION DEL PROCESO TERAPEUTICO

a) El objetivo fundamental de la investigación del proceso terapéutico

Éste consiste básicamente en la aplicación de una metodología apropiada en busca de datos empíricos acerca de los *mecanismos del cambio*: esclarecer la relación entre lo que se hace ("acción" o "proceso de intervención") y lo que resulta o se produce en el cliente ("efectividad" o "proceso de cambio") a todo lo largo del proceso terapéutico.

b) Los dos prototipos de investigación del "proceso"

En la investigación del "proceso" (Bastine, 1987, 1988), históricamente se han tenido en cuenta dos prototipos:

- 1) *"Investigación de tipo A"*, que concibe el proceso como una secuencia homogénea (por falta de especificidad diferenciadora adecuada) de aconteci-

mientos múltiples. Esto lleva a investigar el proceso en su totalidad sin especificar partes diferentes, y a interesarse sólo por el resultado final. Ya vimos cómo entre los años 1952 (cuestionamiento de la efectividad de la psicoterapia tradicional por Eysenck) y aproximadamente el año 1980 (en que se asume, con una mejor metodología, el interés de Freud y Rogers por el proceso como sucesión de acontecimientos específicamente analizables), la investigación se interesa exclusivamente por el resultado global de las diferentes formas de psicoterapia;

- 2) *"Investigación de tipo B"*, más reciente (aproximadamente, desde 1980), considera el proceso como una secuencia de acontecimientos heterogéneos que pueden tener significación diferente según el contexto de referencia. El proceso no está constituido por un curso homogéneo de unidades de significación y fases (Gurman, 1973; Rice & Greenberg, 1984).

Actualmente se piensa que el proceso no es un curso unitario, y que las partes de que consta deben ser estudiadas de un modo secuencialmente causal e interactivo. Los acontecimientos se suceden y se generan transaccionalmente unos a otros dentro de una dinámica interactiva (Lazarus & Laurie, 1981).

c) Las unidades significativas del proceso

La medición del proceso de cambio, entendido como unidad globalizadora heterogénea, ha exigido metodológicamente su división en "unidades significativas de estudio", que constituyen los subprocesos con sus microprocesos, y que han sido consideradas de modo diferente por los investigadores.

Pero el *problema* está en definir y abarcar aquellos tipos de unidades que mejor representen la naturaleza de los subprocesos que realmente se estén produciendo durante el proceso. Ya **Kiesler** (1973) advirtió acerca de la gran cantidad de constructos y unidades que habría que controlar dentro de cada sesión. Además, estas variables o unidades de variables dependen del marco conceptual de cada orientación, y esta variabilidad complica enormemente la investigación del proceso. De ahí que se haya intentado solucionar este problema mediante la tipificación de unidades, aceptables por el común de los enfoques, para facilitar el estudio conjunto de los procesos terapéuticos. Un acuerdo sobre la estructura de esas unidades típicas podría ayudar a coordinar las diferentes medidas del proceso y facilitar enormemente la investigación.

Diversos autores han concretado para la investigación los siguientes **tipos de unidades de significación terapéutica**:

(1) La "fase" como unidad significativa

Las fases del proceso terapéutico, íntimamente relacionadas con los objetivos terapéuticos, se entienden como períodos más o menos prolongados que marcan diferencias amplias e importantes en el proceso. Estas diferencias son debidas a la sucesión

de una serie de subprocesos de intervención relacionados interactivamente con sucesivos subprocesos de cambio del cliente. Las fases se basan en amplios subprocesos que, a su vez, integran los microprocesos terapéuticos tanto a nivel de intervención técnica como de cambio subjetivo.

Un **ejemplo** de fases terapéuticas, comunes a todos los enfoques, es considerar el proceso dividido en:

- 1) *"fase inicial"*, constituida por la acogida, la evaluación diagnóstica, la creación de una interacción adecuadamente colaborativa sujeta a unas normas contractuales explícitas o implícitas, y la realización de las condiciones terapéuticas necesarias para una intervención directa del problema;
- 2) *"fase de tratamiento"*, de uno o varios problemas específicos, con la aplicación de los procedimientos adecuados a una orientación específica; y,
- 3) *"fase de generalización"* de los resultados obtenidos intrasiones a la vida ordinaria.

Otro ejemplo, tomado de la terapia "trans-teorética" de **Prochaska, Rossi & Wilcox** (1991), consiste en parcelar el proceso en una serie de etapas o fases que pueden tener lugar en cualquier clase de psicoterapia:

- 1) *"precontemplación"*, centrada en crear conscientemente las **condiciones** necesarias para el proceso terapéutico;
- 2) *"contemplación"*, clarificadora de la problemática que debe ser tratada;
- 3) *"acción"*, que constituye el cambio real realizado en el cliente por la intervención apropiada; y,
- 4) *"mantenimiento"* del cambio transferido a la vida ordinaria.

También **Carkhuff** divide su terapia humanista tecnológica en tres etapas:

- 1) *"exploración"* de la problemática por terapeuta y cliente;
- 2) *"comprensión"* de la situación problemática del cliente; y,
- 3) *"acción"* que exige cambio integral generalizable a la vida real del cliente.

Las fases o etapas del proceso, normalmente, son inferencias de observaciones clínicas, que una vez clarificadas y clasifica-

das constituyen un "modelo normativo" a imitar por los psicoterapeutas de un enfoque determinado. Todos los sistemas de psicoterapia ofrecen tratamientos conforme a una teoría y a unos objetivos específicos que condicionan el proceso dividido en etapas.

Estas fases o períodos **amplios** del proceso, ofrecidos por todos los enfoques con rasgos comunes, son fáciles de comprender, pero difíciles de manejar en la investigación. Para la investigación no interesan tanto estas etapas, por ser unidades excesivamente amplias, sino su contenido subdividido en unidades más pequeñas. Habría que subdividirlas en subprocesos y microprocesos más pequeños para controlarlos empíricamente, y poder así clarificar su propia naturaleza. Los investigadores prefieren analizar unidades significativas más pequeñas.

Según **Bastine et al.** (1990):

"Los procesos de cambio a largo plazo estructurados en fases, son difíciles de controlar experimentalmente y de analizar mediante diseños factoriales (Tayler & Fiske, 1981). La investigación episódica más detallada, a la cual nos hemos referido antes, ofrece posibilidades metodológicas alternativas para contrastar el contenido empírico de las concepciones fáscas, cosa que hasta la fecha no se ha llevado a cabo" (pág. 46).

(2) La "sesión" como unidad significativa

Parece que las sesiones pueden ser consideradas como unidades casi naturales de significación del proceso terapéutico. Constituyen unidades temporales de fácil referencia.

Algunos autores han tipificado las sesiones como paso obligado para la investigación, calificando a las sesiones de "buenas", y de "malas". Pero, los criterios para esta consideración está sujeta variablemente a los objetivos específicos propuestos en el contexto de un enfoque determinado, con la conceptualización idiosincrásica del trastorno a tratar, a la apreciación sesgada de observadores cualificados y, sobre todo, a la evaluación intencionada de las variables in-

tervinientes mediante escalas apropiadas contestadas por las personas interactuantes.

Bastine, Fiedler y Kommer (1990), describen diversas formas de llevar a cabo dicha tipificación:

"Esta categorización la llevan a cabo, a posteriori, los terapeutas o pacientes implicados mediante sencillas escalas de valoración (p.e. la valoración "sesión buena" vs. "sesión mala" de 890 sesiones llevada a cabo por 60 pacientes y la de 470 sesiones por parte de 17 terapeutas del Therapy Session Project of Orlinsky & Howard, 1975). También, pueden ser evaluadas por ayudantes entrenados o terapeutas con experiencia (Hoyt, 1980). En muchos proyectos se complementan y afinan estos juicios globales mediante la introducción de más escalas" (pág. 44).

En este tipo de investigación, el análisis cualificativo de las sesiones se basa especialmente en la *calidad de la relación terapéutica*. Los resultados evidencian, en general, que las sesiones "buenas" se relacionan con altos niveles de comprensión empática hacia el cliente y cierta tendencia a la automanifestación del mismo terapeuta, mientras que son consideradas como "malas" las sesiones con una ausencia de intervención o un exceso de directividad por parte del terapeuta, lo que se complementa con una postura de indefensión o rechazo en el cliente (Strupp, Chassan & Ewing, 1966; Bechtinger-Czogalik, 1988).

Para **Bastine et al.** (1990):

"La mayoría de los estudios de este tipo presenta defectos conceptuales o metodológicos. En general carecen de criterios unívocos para la división global de la terapia en sesiones "buenas" y "malas". La cuestión más importante (la verdadera génesis del éxito/fracaso de las sesiones aisladas) queda sin respuesta" (págs. 44-45).

Además, considerar cada sesión como una unidad de sentido puede no ser algo

muy consistente. Dentro de cada sesión pueden darse acontecimientos significativos diferentes, o pueden darse varias sesiones diferentes que tengan una misma significación terapéutica. Lo importante, en todo caso, no parece ser la sesión como unidad significativa de investigación sino lo que realmente acontece a través de sesiones aislada o relacionadamente consideradas según el contexto. En definitiva, lo que interesa no es tanto la sesión en sí (unidad excesivamente amplia), ni la calificación de la sesión, sino el contenido de la sesión funcionalmente analizado en el contexto del cambio terapéutico con la especificación de las variables interactuantes. Y la calificación, como p.e. "sesión buena", debería relacionarse no sólo con una buena relación sino con la efectividad terapéutica, porque no siempre la relación gratificante, o considerada como buena, correlaciona con un resultado positivo.

(3) La "aplicación de la técnica" como unidad significativa

Esta aplicación de la técnica ha gozado tradicionalmente, sobre todo dentro de la modificación de conducta, de un alto valor significativo para la explicación del subproceso del cambio terapéutico. Greenberg (1986) considera interesante el estudio de los efectos de la aplicación de técnicas específicas, pero "sin embargo los trabajos presentados hasta la fecha en el ámbito de la investigación de episodios sugieren perspectivas de investigación más amplias -v. Fiedler & Rogge, 1989" (Bastine et al., 1990, pág. 45).

La aplicación de la técnica por el terapeuta parece una unidad natural, excesivamente pequeña, y desprovista de su contexto funcional. Siempre ha de ser considerada en un contexto de efectividad más amplio. Según **Schindler, Hohenberger & Hahlweg** (1989):

"Es importante determinar específicamente la conducta actual de los terapeutas que afecta a los clientes y cómo estas habilidades terapéuticas específicas

interactúan con las técnicas del cambio conductual (cf. Wilson & Evans, 1976)" (pág. 213).

En los primeros análisis de entrevistas, se consideraban las técnicas o intervenciones del terapeuta por sí mismas, se comprobaba su frecuencia y globalmente se relacionaban con el éxito del proceso terapéutico. Esto resulta demasiado reduccionista. Las técnicas, como factor de efectividad, deben situarse interactivamente en el contexto de los restantes factores de efectividad psicoterapéutica: teoría, terapeuta, cliente, interacción, contexto inmediato y ambiente físico-social.

(4) El "episodio", evento o acontecimiento, como unidad significativa

Algunos autores (Forgas, 1979; Greenberg, 1986) han propuesto, para el análisis funcional del proceso terapéutico, una unidad de significación terapéutica mayor que la simple aplicación de la técnica, como ciertos "episodios", "acontecimientos" o "eventos" relacionados con el cambio terapéutico. La investigación procedería a un análisis de cuantos acontecimientos acaezcan para comprobar su relación con el cambio. El episodio como unidad de investigación de los subprocesos del cambio se fundamenta en la aplicación de la técnica, pero considerada en su contexto interaccional ("relación terapéutica", y relacionada con el resultado inmediato).

Estos episodios constan de los cuatro siguientes **elementos** observables y evaluables: 1) la *indicación del problema* ("problem marker") por el cliente al terapeuta; 2) la *intervención* del terapeuta sobre dicho problema del cliente; 3) la *respuesta* del cliente a dicha intervención del terapeuta; y 4) el *resultado "inmediato"* en el cliente, probablemente interpretable de diferente manera por cada enfoque dentro de su marco conceptual, infiriendo lo más objetivamente posible los mecanismos subjetivos del cambio.

Los episodios o acontecimientos de cambio pueden ser más o menos *extensos*: desde, p.e., tres afirmaciones simples (de clien-

te, psicoterapeuta, cliente) hasta una serie de verbalizaciones relacionadas constitutivas del episodio a lo largo de una o varias sesiones.

El episodio, como unidad de análisis significativa, constituye un esquema completo de las actuaciones sucesivas del cliente y psicoterapeuta, y en relación con el resultado inmediato, pero no nos dice nada respecto de los factores de efectividad que desde dentro de este esquema lógico han incidido en el cambio. Faltaría la especificación de los elementos substanciales para poder aislar a través del análisis los "microprocesos" de intervención y los "microprocesos" del cambio.

(5) Contexto de los niveles jerárquicos de significación

Este modelo constituye una ratificación "pormenorizada" del modelo de unidad significativa del proceso terapéutico, acabado de exponer, y especifica determinados elementos que entran naturalmente en el contexto del episodio.

Pearse y Cronen (1980), desde el campo de la interacción social, han ofrecido para facilitar el estudio del proceso, un "modelo jerárquico de niveles" que constituyen interrelacionadamente un contexto significativo. El significado de un mensaje cualquiera depende de su contexto. Este modelo constituye un procedimiento heurístico para identificar unidades de análisis y niveles de significado a fin de comprender mejor el proceso psicoterapéutico.

Estos niveles jerárquicos están constituidos por:

- la *contenido* y sus modalidades (p.e. la profundidad, amplitud, reiteración de un contenido específico);
- los *actos verbalizados* y *gesticulados*, tanto del locutor como del interlocutor, a través de los cuales ellos tratan de influirse mutuamente, constituyendo las variadas formas de "acciones verbalizadas" de ambos interlocutores (p.e., exponiendo algo, desahogándose, reflexionando, etc., o informando, aconsejando, interpretando, increpan-

do, dirigiendo, etc.) con sus variadas formas "paraverbales" (p.e. calidad e intensidad de la voz, duración del habla con los silencios, etc.), y "no verbales" o gesticulares que acompañan;

- el *episodio*, constituido por un acontecimiento, como una unidad específicamente significativa, aislable de otro episodio (p.e. la planificación de una agenda para una sesión determinada, el dudar o cuestionar una idea que se considera irracional, el interpretar un comportamiento, el explicar un concepto, etc.);

- la *interacción* entre los interlocutores con sus específicas modalidades, formada por todas aquellas acciones o verbalizaciones relacionadas con el episodio.

Es necesario, según esto, **aislar** una "específica interacción" con sus modalidades, dentro de la cual acontece un "episodio" concreto integrado por una serie de "acciones verbalizadas y gesticuladas", que tienen un "contenido" específico.

Esta unidad compuesta por varios niveles constituye un "contexto de significación". Cada nivel se relaciona jerárquicamente (según su importancia dentro de la efectividad total) con los otros niveles, configurando un contexto globalizador significativo. La significación de cada nivel depende de la significación de los otros niveles: Un contenido específico expresado verbal y gesticularmente ha de ser analizado en relación con la significación del episodio en su relación con el tipo de interacción.

Se precisa, por tanto, **evaluar y analizar**, a través de una codificación específicamente completa, los "niveles" con sus variables, dimensiones y modalidades concretas para poder hallar su significación dentro de su contexto. La cantidad de variables en cada nivel viene determinada por los propios objetivos de cada investigación. Normalmente los investigadores para no hacer demasiado compleja la unidad de análisis tienden a utilizar, un "episodio" específico (p.e. un subproceso de descarga emocional), con **algunas** acciones verbalizadas y gesticuladas

(p.e. afirmaciones, negaciones, iteraciones, etc.), dotadas de un contenido significativo, y en el contexto de una variable en el nivel de "interacción" (p.e. la alianza).

Cada unidad significativa del proceso constituye una unidad multinivel y multidimensional que puede ser evaluada desde las perspectivas de los observadores en el momento de la realización, o de los participantes en la investigación "a posteriori".

d) Características funcionales de la unidad significativa

Por lo acabado de exponer, sólo el "episodio" o acontecimiento, como unidad adecuadamente significativa merece la atención de la mayor parte de los investigadores. Pero, esta unidad aceptable debe poseer unas **características** para situarla aceptablemente en el contexto globalizador del proceso terapéutico. Estas podrían ser las siguientes:

- **Acontecimientos relevantes.** Deben ser aislados y analizados aquellos *acontecimientos que puedan resultar importantes y relevantes* para el estudio de la **efectividad** del proceso terapéutico. Se trata de hallar respuesta, de cara al futuro, a los grandes problemas planteados por la *psicoterapia diferencial*: qué tipo de "problemas" requieren y permiten intervención terapéutica, qué tipo de "intervenciones terapéuticas" solucionan, mejor que otros, determinados tipos de problemas, y qué "resultados" específicos inmediatos se han obtenido.

- **Relación entre "interacción" y "aplicación de técnicas".**

Strupp (1986) se muestra pesimista, respecto de la obtención de las unidades del proceso, y en todo caso advierte del sinsentido de considerar las unidades de la interacción disgregadas de las de la aplicación de técnicas: Previene frente a la separación (dentro de la intervención) entre lo interaccional ("factores interpersonales") y los procedimientos ("técnicas").

"Parece inútil buscar los elementos particulares (unidades) del proceso específico, que debería ser descrito con

precisión. No es probable encontrar tales unidades en interpretaciones e intervenciones aisladas. Hasta ahora, poco progreso se ha conseguido en tratar de definir las unidades de influencia del terapeuta. Tal influencia puede no ser posible expresarla en unidades separadas. Depende de juegos de unidades interactivas dentro de la interacción terapeuta-paciente. Esas pretendidas unidades probablemente son reflejo de estrategias más amplias del terapeuta que gobiernan la interacción entre terapeuta y paciente. (...) Conceptualmente yo sugiero que los dos componentes principales de la influencia terapéutica (factores interpersonales y procedimientos) se mantengan inseparables y que no puedan ser desunidos sin destruir el proceso. Denominar "factores inespecíficos" a los interpersonales y a los procedimientos "factores específicos" puede crear un pseudo-problema que dificulte la solución. Puede ser igualmente improductible preguntarse cuál de los dos es más importante para el resultado terapéutico" (pág. 126).

Según **Greenberd** (1990):

"Los actos del habla deben contemplarse en el contexto de los tipos de episodios en que ocurren, y los episodios contemplarse en el contexto de los tipos de relación en que se producen" (pág. 69).

Ciertamente, la separación entre técnicas e interacción, en orden a definir las "unidades mínimas" de intervención, es absurdo y alejado de la realidad. Según mi opinión, la solución definitiva consistiría en conseguir una verdadera codificación de todo cuanto se realice dentro de cada situación terapéutica, se refiera a la llamada "interacción" o a la "aplicación de técnicas", pero teniendo en cuenta que toda aplicación de procedimientos técnicos también se lleva a cabo en interacción. Todo, aquí, es reducible a interacción, y ésta debería ser codificada de modo exhaustivo, se trata de verbalización o de expresión no verbal. La misma aplicación

de técnicas sería una forma más de interacción. En la sesión todo es interaccional. Y para la codificación de lo interaccional, en orden a estudiar las unidades interactivas, sería imprescindible la filmación de sesiones, con el registro de todo lo audible y visible entre terapeuta y cliente.

– **Relación entre las unidades de “intervención” y de “cambio”.**

Otro problema añadido, que debe ser solucionado, consiste en relacionar sistemáticamente las unidades de intervención con las del cambio subjetivo. Tradicionalmente, en el análisis de entrevistas, se tenían en cuenta sólo las intervenciones del terapeuta siguiendo una “codificación” determinada, dando de lado, o no teniendo muy en cuenta (sólo para ver de un modo general el contexto de la intervención), las expresiones del paciente. Las intervenciones del psicoterapeuta deben relacionarse con las manifestaciones del paciente, para comprobar en qué medida lo primero repercute en lo segundo; lo contrario, no tiene sentido. Además, hay que plantar otro problema: ¿Toda intervención específica del terapeuta trae consigo un resultado específico en el paciente? Es necesario advertir que probablemente diferentes intervenciones específicas producen los mismos efectos, y que intervenciones específicas iguales pueden producir diferentes resultados. La investigación persigue intervenciones “típicas” en relación con resultados “típicos”. Las intervenciones y los resultados particularmente individuales son objeto de la ciencia sólo en la medida en que nos conducen a su dimensión típica. Lo individual es, podríamos decir, irreplicable; lo típico aísla lo común de lo individual en sucesivas ocasiones, y es razonable esperararlo en situaciones parecidas. Cuando hayamos aislado una intervención típica, a través de la investigación, esperaremos que su nueva aparición en un caso particular tenga un resultado típico en situaciones típicas parecidas. Esto es lo que hace avanzar la ciencia.

– **Unificación de las “unidades significativas mínimas” del proceso.**

Otro problema que debe resolverse, consiste en el peligro de atomización del proce-

so como unidad globalizadora. La investigación de los “subprocesos” puede contribuir a clarificar los fundamentos de la efectividad terapéutica, pero sin perder de vista el proceso terapéutico general. Los árboles pueden impedir ver y contemplar el bosque. El estudio de las unidades mínimas (“microprocesos”) debe integrar a éstas en el “subproceso”, y a los subprocesos en la unidad totalizadora del “proceso”. Esta integración es la que da significación y sentido unificador a la intervención y al cambio terapéuticos. El aislamiento y el análisis disgregado de tales unidades conllevan el riesgo de la destrucción de la misma realidad terapéutica. Lo importante, según esto, estriba en relacionar las intervenciones y los resultados inmediatos de unas unidades de acontecimientos con las intervenciones y resultados de otras unidades de otros acontecimientos; en comprobar cómo esas intervenciones y resultados inmediatos se prolongan a través de resultados mediatos extrasesiones, y acumulativos intrasesión, y en qué medida contribuyen al resultado final. Se trata de relacionar unas unidades terapéuticas con otras (subprocesos entre sí) dentro del proceso terapéutico.

El análisis de las unidades no debe llevar a la disgregación de la unidad terapéutica del proceso. Constituye un verdadero problema difícil de solucionar; pero es necesario tener en cuenta que si no se resuelve esto no es posible hallar la verdadera naturaleza del proceso psicoterapéutico. Así como el análisis de los elementos químicos (nada fácil) ha propiciado el conocimiento de la naturaleza física de los materiales u objetos, el análisis de los elementos psíquicos podrá desvelar la naturaleza de la psicoterapia, tanto a nivel de la intervención como del cambio subjetivo. El estudio de los microprocesos, subprocesos de intervención y cambio debe llevarse a cabo sin perder el sentido de la unidad terapéutica. El estudio de las unidades mínimas no tiene por qué interferir la investigación del conjunto de dichas unidades. Repito que la investigación de los elementos químicos, por ejemplo, no ha impedido el estudio de las

valencias, reacciones, procesos y compuestos químicos, al contrario, ha contribuido a clarificar las bases de la naturaleza misma. Pero ¿este nivel físico es extrapolable a la realidad psicológica? Teóricamente parece que sí, aunque con dificultades casi insuperables en el presente. También la física pasó por estos aprietos, y durante muchos siglos, hasta conseguir la química de la realidad física. El mismo Freud al crear el psicoanálisis, en otro contexto conceptual, se planteó esta problemática del análisis “fraccionador” y de la síntesis unificadora de todos los elementos analizados:

“Llamamos psicoanálisis la labor mediante la cual traemos a la conciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él. ¿Por qué “análisis”, que significa fraccionamiento, descomposición, y sugiere una analogía con el trabajo que efectúa el químico en las sustancias que encuentra en la naturaleza y que lleva a su laboratorio? Porque tal analogía es efectivamente fundada, en un importante aspecto. Los síntomas y manifestaciones psicológicas del paciente son, como todas sus actividades psíquicas, de naturaleza altamente compuesta; los elementos de esa composición son, en último término, motivaciones, mociones pulsionales. (...) Esta comparación justificada de la actividad psicoanalítica con un trabajo químico podría sugerir una nueva dirección a nuestra terapia. (...) La comparación con el análisis químico encuentra su límite en el hecho de que, en la vida psíquica, nos enfrentamos con tendencias que se hallan sometidas a una compulsión, a la unificación y a la combinación. Cuando llegamos a descomponer un síntoma, a liberar una moción pulsional de un conjunto de relaciones, aquél no permanece aislado, sino que entra inmediatamente a formar parte de un nuevo conjunto. También en el sujeto que se halla bajo tratamiento analítico, la psicosis se realiza inevitablemente sin nuestra intervención, en forma automática” (cita de Freud tomada del Diccionario de Psicoanálisis, de J. Laplanche y J.B. Pontalis [1971], págs. 328-329).

En todo caso, el estudio de las unidades mínimas del proceso es una determinación de la investigación de la psicoterapia científica actual a pesar de las dificultades que entraña tal cometido; pero su estudio se debe realizar sin perder de vista la “unificación” de todas las unidades del proceso.

e) **La heterogeneidad del proceso y los “patrones” del cambio**

Ya dije que el proceso no está constituido por un curso homogéneo de unidades de significación y fases (Gurman, 1973; Rice & Greenberg, 1984). El proceso evolucionaria heterogéneamente a lo largo del tiempo, y los diferentes subprocesos que se suceden unos a otros pueden presentar características muy diferentes por la diversidad de contextos específicos. Tratar de sumar los subprocesos y unidades de significación del proceso como si fueran elementos homogéneos, sería perpetuar el mito de la uniformidad del proceso del que se debe huir. La utilización de la simple frecuencia estadística como medida de los acontecimientos del proceso no hace sino presuponer dicha uniformidad del proceso. Se producen secuencialmente acontecimientos diferentes, en momentos distintos del proceso, que según el contexto en que se dan tienen significación diferente (Greenberg, 1990).

Pero lo anterior no quita que existan unidades de significado repetitivas con características comunes constituyendo los patrones del proceso, y éstos son los que se deben tener en cuenta para realizar “réplicas” terapéuticas en la praxis clínica. La generalización de la ciencia se fundamenta no en la individualidad de las unidades “únicas” e irrepetibles, sino en las agrupaciones de las individualidades conforme a características que comparten. En la psicoterapia no interesan las unidades analizadas que por sus circunstancias concretas nunca volverán a darse de la misma manera, sino los patrones formados por la repetición de unidades con características comunes. Estos patrones o unidades típicas son los que posibilitan la generalización a otras situaciones parecidas. Lo que realmente busca la psicote-

rapia, como ciencia, son patrones o tipos de intervenciones que aplicados sobre tipos específicos de problemas de personas típicas puedan ofrecer resultados típicos en situaciones típicas.

El objetivo de la investigación clínica y experimental es "tipificar" los eventos terapéuticos en orden a una mejora de los tratamientos basada en la aplicación de los mejores tipos de episodios (ya que no es posible "transplantar" sucesos individuales como significación contextual específicamente única, sino sucesos típicos que trascienden lo circunstancial), y conjugar unos tipos de sucesos con otros para conseguir un tipo de tratamiento idóneo respecto de un problema "tipo" concreto. Según **Bastine et al.** (1990):

"Por esta razón, Fiedler y Rodge (1989) proponen analizar las condiciones contextuales, secuencias o combinaciones de episodios en su calidad de indicadores o predictores de procesos terapéuticos de corta o larga duración. Esto implica comparaciones sistemáticas entre episodios relevantes de cambio y fases terapéuticas no significativas para la formación de criterios" (pág. 45).

Greenberg & Webster (1982) consigieron, p.e., demostrar cómo ciertos patrones de intervención aplicados para resolver un "conflicto típico" aportaron resultados inmediatos intrasesión evaluados por autoinformes después de la sesión, cómo mejoraron el humor y los objetivos durante la semana siguiente a la sesión, redujeron la indecisión, y mejoraron los síntomas en la finalización de la terapia y durante el seguimiento.

Greenberg (1990) afirma que:

"Una vez conocidas qué intervenciones son más apropiadas para qué estados de los clientes, y qué acciones del cliente conducen a la resolución del problema, estaríamos más cerca de descubrir cómo ocurre realmente el cambio en terapia. Seríamos, entonces, capaces de identificar los ingredientes activos del cambio y de explicar los mecanismos que conducen a ese cambio" (pág. 64).

Elliott (1984) halló, a través de análisis de covariación realizados sobre indicadores del mismo nivel de "actos de habla" de episodios diferentes, cómo el "patrón de auto-comprensión" se caracterizaba por los siguientes elementos comunes: malestar por la falta de autocomprensión respecto de un problema, formulación del mismo, demanda de ayuda, procesamiento de nueva información generada internamente, nueva significación del problema, y expresión de sentimientos e insight final.

En el análisis de patrones se dan **dos enfoques** con metodología diferente:

1) el método del análisis subjetivo ("**análisis de la tarea**") consistente en que unos observadores identifican el patrón (Rice & Greenberg, 1984; Greenberg, 1984b) a través de los siguientes pasos: *selección*, para su análisis, de una clase particular de "acontecimientos de cambio" recurrentes; *comparación* entre dichos acontecimientos de cambio repetitivos para extraer los aspectos comunes más importantes en orden a un ideal hipotético de resolución de problemas típicos relacionados; *construcción* de un modelo de resolución con una descripción exhaustiva de sus elementos esenciales y accesorios; *verificación* del modelo en casos de aplicación; y *reformulación final* del modelo.

Según **Greenberg** (1990):

con esta metodología "...se han descrito los componentes de competencia para la resolución de conflictos intrapsíquicos (Greenberg, 1984a), así como los componentes de competencia para la resolución eficaz de reacciones problemáticas (Rice & Saperia, 1984)" (pág. 66).

En un estudio inicial, analizando varios ejemplos de caso único, sobre la efectividad de la técnica del "diálogo de las dos sillas", **Greenberg** (1980) halló un "patrón de resolución de un conflicto" (evaluado por indicadores como la calidad y ajuste de la voz y altos niveles de experienciación), mediante el paso de la heterocrítica a la autocrítica. En una ampliación de esta investigación (Greenberg, 1983, 1984a) encontró cómo

las personas que consiguieron encontrar la resolución se diferenciaban de las que no lo consiguieron por un patrón de actuar específico: pasaron de una heterocrítica a una autocrítica a través de un proceso de progresiva autoaceptación de sí mismos, evaluada a través de indicadores observables;

y 2) un método más netamente empírico ("**método estadístico**"). Utiliza probabilidades condicionales (si ocurre *x*, probablemente sucederá *y*) para describir los antecedentes relacionados con los consecuentes. Existen técnicas estadísticas concretas como el "análisis de series temporales", las "pruebas de aleatorización", el "análisis de cadenas Markov", el "análisis secuencial de retardos", el "análisis de incertidumbres", etc., que tratan de identificar secuencias y dependencias secuenciales habitualmente probabilísticas, entre un número de variables, que proporcionan un panorama global de lo que ocurre durante el proceso. Las estrategias principales con las que se cuenta, dentro de los análisis estadísticos para aislar los patrones, son las *relaciones de covariación* a lo largo del tiempo entre variables del mismo nivel, teniendo en cuenta, además, la significación contextual. Se precisa previamente de una codificación de cuanto ha de ser analizado y controlado estadísticamente. Estos métodos son apropiados para identificar patrones de comportamientos que pueden tener una aplicabilidad práctica en la mejora de la psicoterapia. **Greenberg** (1990) enumera los problemas y los inconvenientes planteados en la aplicación del susodicho método de identificación de patrones terapéuticos:

"Si uno no tiene sistemas que reflejen dependencias en los datos, esas dependencias no se encontrarán. (...) Además, la actuación humana en terapia no suele ser característicamente regular ni bien delimitada. Las dependencias secuenciales no se producen de un modo claramente predecible. Algunas veces los clientes pueden reaccionar ante algo que el terapeuta acaba de decir, pero en ocasiones los clientes pueden reaccionar a

algo dicho en momentos anteriores o, incluso, en la sesión anterior. Igualmente, la dependencia secuencial de una afirmación del cliente respecto de una afirmación previa tiene una variabilidad similar" (págs. 67-68).

f) El resultado del proceso

Como ya expuse anteriormente, durante muchos años (aproximadamente, desde 1952 hasta 1980) se consideraba en la investigación de la efectividad de la psicoterapia casi exclusivamente el resultado final para la comprobación global del tratamiento ("efectividad global"). Actualmente se evidencia la necesidad de una comprobación continua del proceso terapéutico. Ello nos lleva a investigar **cuatro tipos** de resultado:

1) el *inmediato* ("impacto") de cada unidad de intervención dentro de la interacción terapéutica;

2) el *mediato* que se produce, normalmente fuera de las sesiones, como consecuencia del resultado inmediato intrasesión;

3) el *acumulado*, por la concatenación de los resultados "inmediatos" y "mediatos" anteriores, en donde a los resultados obtenidos anteriormente se suma el inmediato siguiente, y así sucesivamente hasta el final. Esta acumulación queda sujeta, también, a las "restas" de los resultados negativos, con los que hay que contar a todo lo largo del proceso; y,

4) el *final*, como consecuencia de todo el proceso globalmente considerado, y que se espera que se mantenga posteriormente por una buena generalización a la vida ordinaria.

Sería imprescindible investigar las vicisitudes, oscilaciones y la relación entre los cuatro tipos de resultados para comprobar la naturaleza de los mecanismos del proceso terapéutico.

g) Los indicadores del cambio

Los resultados inmediatos, mediatos, acumulados y finales del proceso necesitan su verificación a través de indicadores válidos y fiables. Todo sistema terapéutico ha

procurado siempre el cambio a lo largo del proceso y ha tratado de especificar los indicios o indicadores de tal cambio dentro de su marco conceptual. El cambio puede iniciarse desde el principio del proceso de intervención y prolongarse durante todo el proceso. A pesar de que desde siempre ha existido un interés por la observación del resultado del proceso, que es absolutamente necesaria para la constante corrección y adaptación de la intervención ("retroalimentación terapéutica" que no puede no existir de alguna manera), no se han procurado siempre indicadores válidos y fiables de los resultados obtenidos. Este es un *gran problema* de la investigación de los resultados de las unidades de intervención terapéutica.

La labor de la investigación está actualmente orientada a buscar los indicadores más válidos y fiables de los subprocesos de cambio derivados de los subprocesos de intervención terapéutica. Es muy difícil el consenso en este aspecto dada la gran diversidad de marcos conceptuales. La *terapia de conducta* ha fijado los indicadores del cambio en la conducta problemática observable y cuantificable objetivamente. La *terapia psicodinámica*, por el contrario, ha buscado indicadores de las variables internas del cliente, más difíciles de observar y de controlar objetivamente, considerando los indicadores de la conducta manifiesta como superficiales, secundarios y carentes de interés directo. Son éstos, dicen, simples indicadores de "síntomas". Actualmente la investigación terapéutica del proceso terapéutico, desde cualquier campo ideológico, está tratando de definir las variables intervinientes, sean manifiestas o encubiertas, y de controlarlas con una metodología evaluativa y estadística adecuada, que está en constante reconfiguración científica. ¡Se precisa un trabajo de investigación compartido responsablemente por todos los enfoques para el avance de la psicoterapia! El movimiento cognitivo está contribuyendo de un modo especial a aproximar a las partes, antes excesivamente separadas. Por ello, a pesar de la multiplicidad de orientaciones teórico-prácticas que hace muy difícil con-

sensuar para la investigación indicadores relevantes, parece que se produce un cierto acuerdo respecto del "*síntoma o problema*" que ha motivado la demanda terapéutica. Quizás porque es algo, que es tenido en cuenta por todos para su resolución a corto o a largo plazo. Según **Bastine et al.** (1990):

"Existe acuerdo en cuanto a clasificar, como un ámbito de indicadores de cambio relevantes, los motivos de demanda terapéutica (síntomas o problemas) que han conducido a un tratamiento" (pág. 47).

La "*terapia de conducta*" siempre consideró el control de estos síntomas ("síntomas objetivo") como básico para poder demostrar la efectividad de un tratamiento. Dentro de la "*terapia multimodal*" (Arthur, 1971; Lazarus, 1971; London, 1972), las áreas del problema y técnicas de tratamiento se multiplican para obtener resultados comportamentales perdurables. Pero también dentro de la misma *terapia psicodinámica*, se está empezando a dar más importancia al "síntoma", como indicador claro del cambio, aunque se le trate de enmarcar dentro del contexto personal interno. Según **Bastine et al.** (1990):

"De esta forma, determinadas operacionalizaciones que fueron criticadas anteriormente como demasiado orientadas a los síntomas, resultan de interés para otras perspectivas terapéuticas. Los análisis del síntoma-contexto efectuados por Luborsky y Cols. (1984) demuestran que el establecimiento de indicadores de cambio orientados a los síntomas puede incluso hacerse fructífero en el terreno del psicoanálisis. Debido a la consideración de la relación interactiva que precede al cambio en la sintomatología, éste se asemeja a la investigación del episodio" (v. Fiedler & Rogge, 1989) (pág. 47).

Fuera de este claro indicador del cambio, actualmente no se aprecia consistentemente ninguna otra iniciativa consensuada a un

nivel metateórico o supraorientacional (Beutler, 1983; Prochaska, 1985).

Admitido el consenso metodológico para la investigación, respecto del síntoma como variable más fácilmente identificable, queda el trabajo añadido de cómo el cambio sintomático conseguido se relaciona con los cambios "internos". Una tarea imprescindible para todos aquellos enfoques que consideran el síntoma conductual como efecto de otros cambios más "profundos". Sería la única forma de obtener un perfil "completo" del cambio terapéutico de la persona en todas sus dimensiones.

h) El proceso evaluativo

Este tiene que realizarse a todo lo largo del proceso terapéutico. Y este gran *problema*, que se plantea a la investigación, incluye los instrumentos evaluativos más idóneos y el mismo análisis estadístico, para el verdadero control de todas las variables del proceso de cambio. No sólo interesa a la investigación la especificación de "qué" controlar, como indicador del cambio procesual, sino también hallar el "cómo" controlar el "qué". Además, el estudio procesual del cambio exige "medidas repetidas" de las variables intervinientes, y éstas plantean muchos problemas a los "análisis estadísticos de series temporales" que está tratando de resolver la estadística contemporánea.

En esta búsqueda de clarificación del proceso terapéutico pueden jugar un gran papel el estudio controlado del proceso terapéutico del *caso único*. Las medidas repetidas del mismo problema o síntoma del caso único, y la investigación de muchos casos aislados, pueden conducir a la tipificación de "intervenciones específicas", aplicadas en "situaciones típicas", sobre "problemáticas típicas" de "clientes típicos", para poder generalizarlas y aplicarlas a la población en general. El caso particular aislable nunca será generalizable. Pero lo típico de entre varios casos únicos, por la propia homogeneidad de sus aspectos constitutivos, facilita, por el contrario, la generalización aproximativa y adaptativa a cada persona particular.

i) El proceso decisional adaptativo

La decisión de la intervención en pro de los mejores resultados es constante a todo lo largo del proceso. La psicoterapia es una realización compleja que exige un proceso decisional en función de un proceso continuo de evaluación. La psicoterapia, como cualquier otra realización humana, está sujeta a la revisión de lo que se hace. Es el feedback de toda realización de cualquier ser viviente. Aquí se trata de la evaluación de la adecuación del tratamiento terapéutico a los objetivos, contemplando los resultados que se vienen obteniendo. Esto exige una corrección constante de lo que se hace en función de lo que se quiere hacer. Este "proceso decisional correctivo", correlativo del "proceso de intervención" y del "proceso de cambio", es esencialmente constitutivo de todo el proceso terapéutico. Las decisiones fruto del feedback terapéutico, conllevarán la ratificación o prolongación de las estrategias y técnicas planificadas o la corrección de las mismas. Esto también debería ser controlado evaluativamente como una forma idónea de reflejar cuanto sucede realmente durante el proceso, y así nos aproximaría a la naturaleza de los "procesos" básicos de intervención y de cambio. Sería la única forma de avanzar en pro de una psicoterapia más efectiva.

7. FUNCIONALIDAD DEL ESTUDIO DEL PROCESO

Resumo aquí aspectos diversos, dispersos a lo largo de este apartado de la investigación del proceso terapéutico, relacionados con la utilidad del estudio de dicho proceso. La investigación del proceso que actualmente se realiza en el campo de la psicoterapia conducirá a:

- (1) Un mayor y mejor conocimiento del mismo proceso global;
- (2) Una clarificación de las etapas, subprocesos y microprocesos básicos de la intervención y del cambio;
- (3) Una razonable integración de la psicoterapia para mejorar los tratamientos me-

dianter la complementariedad de los elementos metateóricos y técnicos que empíricamente han demostrado más efectividad en situaciones y contextos "típicos". Para **Gendlin** (1986):

"Las diferentes terapias no pueden ser bien estudiadas o integradas de un modo global. Definiendo subprocesos tales como 'asociación libre', 'técnica de la doble silla', 'desensibilización', etc., y enfocándolos (y a los microprocesos que son parte de ellos) podremos llegar a hallazgos más replicables y a una integración clínica definitiva" (pág. 131).

Según **Vázquez-Barquero et al.** (1986), la medida de los procesos terapéuticos:

"Va más allá de la observación de los resultados, para profundizar en el conocimiento de los mecanismos producidos por los factores de la efectividad terapéutica. Se puede llegar a averiguar qué factores están implicados en el proceso, para mejorar el programa" (pág. 525).

8. RESUMEN VALORATIVO DEL ESTUDIO DEL PROCESO TERAPEUTICO

Creo que este tipo de investigación, acabado de exponer, constituye un acontecimiento trascendental para la psicoterapia en general. Es muy positivo que la línea actual de investigación haya roto la dicotomía entre efectividad global y proceso terapéutico y entre cambio intra y extrasesiones. La efectividad se produce a todo lo largo del proceso de intervención y en todas las direcciones de la vida del paciente. El proceso de intervención y el de cambio, dentro y fuera de las sesiones, se supone que conllevan resultados comprobables de principio a fin del proceso terapéutico. Y este tipo de investigación "...promete incrementar nuestra comprensión de los mecanismos de cambio del cliente en psicoterapia" (Greenberg, 1990, pág. 68).

Debe abandonarse la suposición, en el estudio de las intervenciones del terapeuta y de los resultados en el cliente, de que todos los procesos tienen el mismo significado. Es imprescindible considerar los procesos en su contexto específico que los hace diferentes. Pero al mismo tiempo es transcendental la identificación de intervenciones y resultados "típicos" repetibles, a través del estudio de casos particulares únicos e irrepetibles.

Es prometedor el estudio del proceso a través de la investigación de las unidades de intervención y de cambio, pues no podríamos comprender el proceso global sin penetrar en la naturaleza específica de los procesos fundamentales.

La evaluación con instrumentos adecuados debe constituir un proceso ininterrumpido, y el proceso decisional que trata de adecuar constantemente la aplicación de los procedimientos de intervención a las necesidades y problemáticas planteadas en cada momento, a la vista de la comprobación de los resultados, debe estar omnipresente en todo el proceso terapéutico.

Toda la problemática planteada actualmente por la integración de la psicoterapia no tiene sentido auténtico sino en el contexto de la investigación del proceso terapéutico. No podemos integrar adecuadamente si no conocemos empíricamente la naturaleza, las implicaciones y los resultados de los elementos aislados e interrelacionados. Este conocimiento nos ayudará a saber qué integrar y cómo integrarlo.

Pero, hay que reconocer que los resultados, hasta el momento de dicha investigación del proceso, son muy parciales y simplemente orientadores del camino a seguir. Para **Greenberg** (1990):

"La investigación del proceso psicoterapéutico ha ofrecido algunos datos interesantes (Orlinsky & Howard, 1978), pero no ha conducido al tipo de comprensión y de explicación de la psicoterapia que ésta necesita" (pág. 57).

Lo poco conseguido, a pesar de "estar en el camino verdadero a seguir", se debe a la

gran dificultad, propia de la ciencia verdadera en cualquier campo y nivel, de definir y controlar la inmensidad de variables intervinientes en cada microproceso de intervención y cambio. Cualquier proceso de la actividad humana implica, además, la dificultad de desentrañar su propia subjetividad, que a la complejidad de lo viviente (vs. lo meramente físico), añade lo moralmente imprevisible de la libertad humana que relativiza cualquier condicionamiento de cualquier tipo. Quizás, nunca se llegue a explicar exhaustivamente la actividad concreta de la conducta humana en todos sus niveles. Pero, a nivel práctico, nos resulta alentador saber que una intervención típica, aislada por la investigación, podría aplicarse a problemáticas determinadas en situaciones parecidas, con gran efectividad. Lo individual, circunstancialmente específico, siempre resultará por su propia mismidad único e irrepetible.

Termino este apartado con las palabras alentadoras de **Goldfried** (1991):

"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 unas orientaciones sobre otras, y en sustitución de la investigación de la interacción discreta y aislada entre terapeuta y cliente, centrándose en las unidades que ocurren dentro de las sesiones, intentando aislar las variables que contribuyen al cambio y asumiendo una orientación no tanto teórica respecto de los enfoques, sino transteórica (e.g. alianza terapéutica)" (pág. 13).

Nota.—Las REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS se publicarán al finalizar esta serie de artículos de temática centrada en la "Efectividad de la Psicoterapia".

LOS ASPECTOS MOTIVACIONALES DE LA INTERVENCIÓN EN LAS DROGODEPENDENCIAS

M. C. LLINARES PELLICER*,
Psicóloga. Master en Drogodependencias
J. OLCINA RODRIGUEZ,
Médico. Master en Drogodependencias
M. T. ESCALERA SANZ,
D.U.E. Master en Drogodependencias
M. J. CAMARENA CLIMENT,
Trabajadora Social

RESUMEN

Como síntesis de lo expuesto en este capítulo sigue planteada la necesidad de estudiar más a fondo por qué algunos individuos acaban siendo drogodependientes, en tanto que otros no superan un consumo razonable.

El análisis motivacional de las adicciones, aunque difícil y complejo, es una tarea precisa de estos tiempos, tanto en el plano de la prevención como en el del tratamiento. Siempre sobre la base de que se puede suscitar la motivación del sujeto para el cambio, pero no insuflársela desde fuera, creando las condiciones positivas para que surjan, desde el propio sujeto, el interés y el compromiso necesarios; consideración que no excluye el apoyo adecuado en determinados momentos.

No es plausible pretender que el tratamiento de la drogodependencia tenga éxito sólo aislando al sujeto de su mundo y exigiéndole un esfuerzo y una claridad de propósito que no siempre posee; no es posible si al tiempo no puede contar con otras alternativas vitales e interpersonales. Pero, pese a tantas dificultades, parece realista pensar que los trabajos en curso van a producir avances significativos en el campo de la acción preventiva y de los recursos terapéuticos.

PALABRAS CLAVES

Factores motivacionales, drogodependencia, tolerancia, cambio motivacional, fases del proceso adictivo, aprendizaje, creencias, expectativas, percepciones, autocambio, tratamiento.

* M^a Consuelo Llinares Pellicer. C/. San Miguel, nº 30. C.P. 46713 Bellreguart, Valencia.

¿Por qué la gente utiliza drogas?, ¿por qué algunas personas pueden consumirlas con moderación, sin que ello llegue a afectar su salud y a su funcionamiento social, en tanto que otras hacen una utilización abusiva que les acarrea importantes problemas físicos, psicológicos y sociales? ¿Cuál es el papel que desempeña la motivación en la iniciación al consumo y en el mantenimiento de la conducta adictiva?, ¿puede revertir el proceso, y si es así, en qué medida intervienen los factores motivacionales en el proceso de cambio?

Como veremos, la drogodependencia se halla multideterminada y no hay una única vía hacia ella. La respuesta a las preguntas anteriores no puede ser nunca unívoca ni simple, aunque sí es posible formular, ciertos principios de explicación, al menos parcial, derivados de investigaciones en distintas áreas científicas.

Los procesos motivacionales deben ocupar un lugar central en el análisis de la drogadicción, pero junto a la necesidad de atender a los factores motivacionales, han de señalarse también las considerables complicaciones que conlleva su análisis en conexión con las drogodependencias. En primer lugar, porque motivación y conducta no son constructos equivalentes funcionalmente. Del mismo modo que el miedo no necesariamente lleva siempre a la evitación o a escapar, un impulso o motivo no lleva siempre a aproximarse a una droga o a su autoadministración.

Por otro lado, estamos ante un fenómeno dinámico de gran complejidad en el que entran en interacción numerosos y variados elementos.

Las motivaciones para la utilización y abuso de drogas varían de un individuo a otro, y en función de grupos, generaciones, comunidades y naciones (Pelechano, 1982; Vega, 1983).

Diversas personas pueden consumir drogas diferentes por el mismo motivo o utilizar una misma droga por motivos distintos. Además, una misma persona puede usar una droga determinada por una serie de motivos alternantes.

Aunque pueda juzgarse conveniente identificar los aspectos motivacionales según los tipos de droga consumida, no hay que olvidar que ninguna droga produce un efecto único.

Como resume Nowlis (1982), todas las drogas tienen múltiples efectos y éstos varían según la dosis, los individuos, las ocasiones y los lugares en el caso de un mismo individuo. Los efectos de una droga dependen de la interacción entre ella y el individuo, fisiológica, psicológica y socialmente definida.

Los individuos son complejos y variados. Los efectos de las drogas serán, pues, complejos y variados.

Finalmente, las motivaciones cambian también en distintos momentos de un mismo individuo y en función de las diferentes fases del proceso de adicción. Los factores motivacionales de la iniciación al consumo parecen ser distintos de las que alientan el mantenimiento y la persistencia del hábito.

EL PROCESO DE ADICCIÓN

Para que llegue a crearse una drogodependencia se requiere el concurso de fases y elementos característicos. Los procesos asociados con el establecimiento de las conductas adictivas y su posterior modificación siguen un curso discontinuo a través de una serie de estadios discretos (Prochaska y Diclemente, 1986).

La secuencia descrita con mayor frecuencia incluye la iniciación de la conducta adictiva, la transición hacia su mantenimiento y el eventual cambio de la misma.

Desde una perspectiva motivacional este enfoque se plantea como necesario. Puesto que las motivaciones de un individuo para consumir una droga cambian en función de los diferentes momentos del proceso de adicción, los motivos de iniciación en el consumo acaban siendo sustituidos, en la mayor parte de los casos, por otros bien distintos que operan como causas de mantenimiento de la drogodependencia.

Como sugieren Salomon y Corbit (1974) cuando comienza a desarrollarse tolerancia

a una droga, la persona tiende a incrementar la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto y como resultado experimentará unos efectos negativos mayores (dolor, fatiga y depresión). Si encontrara estas consecuencias intolerables, podría inclinarse a tomar la droga para reducir o eliminar tales efectos. En este momento preciso, la motivación para consumir la droga ha cambiado. Cuando la persona ya no toma la droga meramente para experimentar un estado afectivo positivo, sino para reducir un estado afectivo negativo, en este punto está agarrada por la compulsión.

Otras veces el cambio de unas motivaciones a otras obedece a factores no biológicos sino psicológicos o sociológicos.

Con frecuencia, pues, llega un momento en que las causas iniciales no sólo son desconocidas, sino que dejan de estar relacionadas con la continuación del proceso de adicción, que de algún modo se hace autónomo y se perpetúa a sí mismo.

TENDENCIAS MOTIVACIONALES, E INVESTIGACIONES CON ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS

Prescindiendo de las drogas utilizadas, de la forma de consumirlas, o de sus efectos fisiológicos y psicológicos específicos, el consumidor obtiene con ellas alguna ventaja o beneficio personal.

Mediante la motivación de la química corporal y la alteración de los estados de conciencia, el consumidor de una droga puede aminorar su ansiedad, olvidar su problema o experimentar sensaciones de satisfacción o euforia. Hay tantas razones diferentes para utilizar las drogas como personas consumidoras y, como veremos, determinadas motivaciones se asocian de un modo especial con cierto tipo de drogas y no con otras.

Para Kramer y Cameron (1975) los motivos fundamentales del uso de drogas serían los siguientes:

- Satisfacer la curiosidad sobre sus efectos.
- Tener la sensación de pertenencia al grupo de iguales, ser aceptado.

- Expresar la necesidad de independencia y/o de hostilidad.
- Vivir experiencias placenteras o emociones nuevas.
- Adquirir un estado superior de conocimiento o una mayor creatividad.
- Producir una sensación de bienestar y tranquilidad.
- Evadirse de algo.

Los estudios publicados sugieren por lo general unos tipos básicos de motivaciones para la iniciación de la conducta adictiva:

1. Desacuerdo común con el contexto sociocultural, frente al cual el sujeto se sitúa adoptando una actitud activa o pasiva.
2. La necesidad de adaptación del sujeto a unos determinados grupos o condiciones sociales de vida.
3. Tendencia lúdica y experimentadora de los individuos.
4. Necesidad del sujeto de calmar su dolor o afrontar otros signos medicalizados.

Actualmente disponemos ya de investigaciones rigurosas realizadas en distintos momentos y ámbitos geográficos. Del amplio estudio realizado a escala nacional en 1985 por el equipo de Edis (1985), sobre epidemiología, motivaciones y factores de riesgo de consumo de drogas en España, extraemos a continuación algunos de los datos más relevantes que aporta.

En esta investigación se pedía a los entrevistados las razones por las que empezaron y continuaron tomando drogas. Tal formulación presenta la ventaja de aislar los motivos que según los sujetos llevan a una continuidad, y no meramente las azarosas u ocasionales; pero no permite distinguir entre las motivaciones propuestas a los encuestados para que identificaran entre ellas y verbalizaran las suyas propias. Ofrece la siguiente clasificación:

1. Motivaciones de la respuesta social

Son aquellas que hacen referencia a la respuesta del individuo ante la situación psicosocial en la que se halla inmerso.

- 1.1. Motivaciones de huida ante una sociedad que se estima injusta o para escapar de problemas personales.

- 1.2. Búsqueda de libertad frente a lo establecido: el gusto de hacer lo prohibido, sentirse bien, o encontrar un nuevo estilo de vida.
- 1.3. Alternativa de la pasividad ante la situación: "pasar" de todo.
- 1.4. Motivaciones que reflejan una necesidad de ajustarse a la normativa social: de estudiar o trabajar mejor, encontrar más fácil la conversación y el contacto social.
- 1.5. Exclusión/inclusión en el grupo de pertenencia: verse rechazado, o no aceptado por la familia, sentirse marginado o discriminado en el trabajo, o desear ser miembro de un colectivo.

2. Motivaciones Experimentales

Su punto de referencia se sitúa en un plano más directamente individual, expresivo de una situación psicológica personal que motiva al individuo a recurrir a la droga para experimentar placer, animarse o tener sensaciones nuevas.

3. Motivaciones Sintomatológicas

Esta última incluye las motivaciones que se refieren a la situación medicalizada del sujeto: calmar los nervios, dormir mejor o afrontar la enfermedad o el dolor.

1ª Motivación Verbalizada	Tipo de Droga
Huida	Inhalables
Libertad	Cannabis
Pasividad	Alucinógenos
Exclusión/inclusión grupo	Cocaína
Normativa social	Heroína
Experimentación	Anfetaminas

Figura 1.

En las Figuras 1 y 2 se recogen los resultados obtenidos. La primera relaciona de un modo general las motivaciones verbalizadas según las drogas consumidas, y la segunda,

2ª Motivación Verbalizada	Tipo de Droga
Experimentación	Analgésicos comunes
Calmar los nervios	Tranquilizantes
Dormir mejor	Hipnóticos
Enfermedad-dolor	Analgésicos morfínicos

Figura 2.

las motivaciones prevalentes en cada droga concreta. De estos datos se desprende cierta graduación en la relación motivaciones verbalizadas-drogas consumidas, así:

- 3.1. La experimentación y las motivaciones de libertad y pasividad son las principales entre los consumidores de inhalables.
- 3.2. La experimentación, libertad y pasividad, unidas a las motivaciones de huida, son las más significativas entre los consumidores de cannabis, alucinógenos y cocaína.
- 3.3. A las cuatro clases de motivaciones referidas, se suman las que aluden a la inclusión/exclusión del grupo de pertenencia, como relevantes entre los consumidores de heroína.
- 3.4. Por último, entre quienes utilizan anfetaminas destacan las motivaciones ya señaladas (experimentación, libertad, pasividad, huida, inclusión/exclusión del grupo) y las conectadas con la normativa social.

En resumen, pueden establecerse dos grupos que interrelacionan las drogas consumidas y las motivaciones verbalizadas (ver Figuras 1 y 2).

El sexo y la edad aparecen en este estudio como variables muy discriminantes:

- Entre los hombres, las motivaciones más frecuentes son experimentar placer, animarse, pasar el rato.
- A las mujeres les motiva porque les calma los nervios.

Tales diferencias pueden ser explicadas teniendo en cuenta las actividades y roles sociales respectivamente.

Con todo, la limitación más seria del análisis de las motivaciones verbalizadas a través de encuestas y cuestionarios reside, como reconoce el estudio de Edis, en la misma opacidad que en algunos casos presenta la explicación de emociones a nivel consciente, dificultad agravada en este caso por el rechazo social e incluso ilegalidad de la utilización de ciertas drogas, que se convierte en una conducta vergonzante que hay que ocultar. Esto se plasma con frecuencia en la inconsistencia de las respuestas sobre las motivaciones del consumo de drogas legales e ilegales, como constatan las investigaciones de Edis (1981, 1985), concluyéndose la necesidad de instrumentos más sensibles que la encuesta para poder detectar si el individuo racionaliza sus respuestas tras la fachada de la costumbre admitida y la deseabilidad social. En ocasiones, lo que se obtienen son, más que las motivaciones del sujeto, las actitudes y valores que orientan su conducta.

TRATAMIENTO Y AUTO-CAMBIO

En la secuencia del eventual cambio de conducta se han diferenciado tres estadios:

- La contemplación y motivación para el cambio.
- El compromiso activo para cambiar.
- El mantenimiento del cambio, o, en otro caso, la recaída (Marlatt, Baer, Donovan y Kivlaban, 1988).

Las motivaciones del sujeto juegan también un papel de primordial importancia a la hora de iniciar, continuar o abandonar un programa de tratamiento que se ha diseñado para ayudarle a resolver una o más fases del proceso adictivo.

Como apunta Soler (1981) no se está pretendiendo que el sujeto drogodependiente abandone su consumo "a fuerza de voluntad". Es más, no puede contarse con ello, aunque sí con su intención de abandonar el consumo e iniciar un tratamiento.

Tampoco puede identificarse el grado de motivación con el nivel de "conciencia de enfermedad".

En términos generales, la motivación de los sujetos dependientes de las drogas se caracteriza por dos notas fundamentales:

1. Bajo nivel: se debe a la carencia o déficit de incentivos.
2. Carácter fluctuante: al nombrarle la posibilidad de tratamiento, a veces, dice que sí, pero otras no quiere oír hablar de la cuestión. Así es, porque los estímulos nocivos a la vivencia de privación puede ser muy fuerte en un momento determinado, pero desaparecen a las pocas horas. De ahí que algunos autores destaquen la radical ambivalencia del sujeto drogodependiente ante cualquier tipo de tratamiento.

Los individuos no suelen ser conscientes de que el uso repetido y continuo de una sustancia adictiva puede llegar a crearles, a medio o largo plazo, una dependencia de la misma. Muchos sujetos con un estilo de consumo problemático o que se encuentren en una fase temprana de la dependencia no se perciben a sí mismos como alguien con problemas importantes. Dígase que están en un estado de pre-contemplación del cambio (Prochaska y Diclemente, 1986).

Sin embargo, a medida que van experimentando crecientes dificultades en diferentes esferas de funcionamiento de sus vidas, a menudo empiezan a contemplar la necesidad de cambiar sus patrones de uso e iniciar un proceso de auto-cambio, según Marlatt y Gordon (1985).

Muchos sujetos, cuando empiezan a experimentar tales dificultades, deciden no buscar tratamiento, porque se perciben como responsables del desarrollo de su problema y presumen que son capaces de hacerle frente por sí mismos. Otros tienen actitudes negativas hacia el tratamiento y, además, desean evitar el encasillamiento como adictos, y la consiguiente estigmatización social.

A menudo se habla de remisión "espontánea", aludiendo a la capacidad de un individuo para cambiar sin participar en un tratamiento formal. Pero numerosos trabajos muestran que el auto-cambio no se produce

como un hecho espontáneo e identifican, por el contrario, varios factores relacionados con la iniciación de los esfuerzos de cambio.

El aparente compromiso psicológico interno (según Marlatt y otros, 1988) parece estar mediado por sucesos externos o por aspectos del entorno social inmediato del individuo. Puede deducirse de ello que el nivel de compromiso inicial para cambiar, exigido al sujeto, deberá incrementarse progresivamente en momentos posteriores si se quiere realmente neutralizar la fuerza de los factores biopsicosociales que han mantenido el uso de la droga. Resulta obvio, que el adicto tendrá que comprometerse activamente en una serie de conductas, para mantener la motivación inicial de "desengancharse" del uso de la droga y persistir en el cambio.

Entre los factores relacionados con el auto-cambio con éxito se encuentran:

1. El anuncio público de la decisión.
2. El apoyo social.
3. La alteración de las actividades sociales y de ocio.
4. Cambios generales en el estilo de vida.
5. Estrategias para hacer frente al estrés.
6. La generación de expectativas negativas de seguir en el uso y de expectativas positivas acerca de la continuación de la abstinencia.

Conviene resaltar que los individuos que tienen éxito en dejar de depender de la sustancia adictiva, se caracterizan por unos niveles más altos de motivación y compromiso, por unas metas más elevadas, y por la utilización más frecuente y persistente de estrategias de afrontamiento y de métodos de auto-refuerzo que aquellos otros individuos que fracasan en sus intentos (Perri, 1985).

La solicitud de tratamiento constituye un aspecto de particular interés.

Tres factores básicos pueden sustentar e influir en el grado de motivación para tratarse del sujeto drogodependiente según Soler (1981):

1. La falta de dinero o de disponibilidad del producto da lugar a demandas frecuentes y, por lo general, urgentes de

tratamiento. El heroínómano en concreto solicita, estrictamente, ayuda médica, y pocas veces ello implica una motivación real para abandonar el consumo.

2. La estimulación nociva desde la existencia de problemas legales hasta la expulsión del hogar de los padres, pasando por la ansiedad o las vivencias de culpa, o incluso la nostalgia del "flash" desaparecido, porque a través de la desintoxicación conseguiría perder la tolerancia al producto.
3. La existencia de incentivos es de capital importancia para el tratamiento, pues influye no sólo en la demanda de ayuda sino en todo el proceso terapéutico y, condiciona de forma importante el pronóstico. Lo que el sujeto se plantea es qué obtiene a cambio de no tomar drogas.

Cuando se produce la demanda, el individuo suele presentar un alto nivel de ambivalencia y compromiso débil, similar al de los estadios iniciales del proceso de auto-cambio; es decir, el sujeto quiere y no quiere cambiar; en esos momentos desea que desaparezcan las consecuencias negativas de su adicción, pero quizás no, o no tanto, cambiar la conducta adictiva misma.

Por lo tanto, como ha señalado Donovan (1987), la tarea del psicoterapeuta consiste en "enganchar" el lado de la ambivalencia del cliente, inclinando positivamente al cambio, a través de una serie de intervenciones cuyo objetivo esencial es aumentar el conocimiento y la conciencia, desarrollar o reforzar un estado de disonancia entre el enganche continuado con la conducta adictiva y las **creencias, actitudes, valores y sentimientos del sujeto** ("Enfoque humanista").

Serrano, González y López (1987) han sintetizado, en ocho, los motivos que llevan al sujeto dependiente a buscar asistencia:

1. El paciente desea liberarse de su dependencia y solicita orientación y apoyo.
2. Acude con secuelas físicas que requieren tratamiento.
3. Se presenta ocultando su condición de drogodependiente y aparentando

padecer algún tipo de cuadro psiquiátrico que le permita obtener más fácilmente determinados fármacos (ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos).

4. Acude abiertamente exponiendo dicha condición, intentando obtener una droga concreta y a una dosis determinada.
5. Intenta abastecerse de recetas, para sí mismo o para otros, recorriendo varios centros y abordando a todo el posible personal sanitario de urgencias.
6. Expone un fuerte deseo de abandonar la droga e iniciar un tratamiento, para aliviar la presión familiar o conseguir un informe que pueda presentar como eximente en juicios aún pendientes.
7. Acude a consulta con verdaderos deseos de curación y con la esperanza de que el sanitario que le asista sepa valorar lo esencial de su demanda y haya adoptado una serie de medidas

que impidan una paralización en su actuación por el miedo a ser engañado.

8. Solicita, tras haber pasado la desintoxicación, una terapia de apoyo que le permita abandonar definitivamente el consumo de la droga.

CONCLUSION

Es muy importante que sea el propio drogodependiente quien busque ayuda, por lo que significa en cuanto a compromiso e implicación personal.

Según Marlatt et al. (1988), entre los procedimientos para conseguir inclinar hacia el cambio la ambivalencia el cliente, se incluyen realizar una evaluación exhaustiva, suministrar una retroalimentación objetiva acerca de la extensión y severidad de la adicción, facilitar orientación para el cambio,

SELECCION DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS SEGUN LAS CARACTERISTICAS DE LA DEMANDA (ADAPTADO DE MEGIAS, 1987)				
	DEMANDA DE ATENCION	NECESIDADES SUBJETIVAS	NECESIDADES OBJETIVADAS	NECESIDADES INDIVIDUALES
MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA	- Inexistente. - No voluntaria. - Puntual y excluyente de otros objetivos.	- Ayuda "palpable" y gratificante. - Abstinencia decantada o planteada como "ideal tóxico".	- Casos muy deteriorados. - Casos irreversibles.	- Motivación lábil. - No compromiso personal. - Exigencia de respuesta inmediata.
MEJORAS PARCIALES EN EL CONSUMO	- Ambigua.	- Alivio de la situación. - Abstinencia "ideal tóxico".	- Deterioro grave.	- Motivación poco firme. - Escaso compromiso personal.
SUSTITUCION CONTROLADA DE DROGA	- Clara. - Específica.	- Alivio de la situación. - Abstinencia "ideal lejano".	- Deterioro físico irreversible o muy grave. - Embarazo. - Buen anclaje social o contrariamente deterioro social grave.	- Motivación clara. - Compromiso personal discreto. - Rechazo de la frustración. - Fracasos previos.
ABTINENCIA	- Clara.	- Cambio radical de la situación. - Abstinencia.	- Situación grave pero abordable. - Apoyo sociofamiliar.	- Motivación clara. - Compromiso personal. - In-sight aceptable. - Manejo de la frustración con el que se puede trabajar.

Figura 3.

y elicitar en el cliente manifestaciones motivacionales, junto al establecimiento de unos estándares de conducta concretos y apropiados.

Parece, pues, fundamental apreciar que mientras el sujeto no admita que tiene problemas y manifieste su petición de ayuda, nadie puede en realidad ayudarle.

Como es lógico, el tratamiento habrá de atender, en primer momento, a los motivos actuales de la drogodependencia.

Sólo una vez que el consumo de la droga vaya siendo controlado a través del tratamiento, se centrará la atención en los motivos iniciales, de modo que el paciente aprenda a afrontarlos mejor y pueda prevenirse una eventual recaída (ver Figura 3).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcarz, V.M.; Carlotta, V.A. y Laties, V.G. (1983) **Drogas y conducta. Interacciones y aplicaciones.** México, Trillas.
- Allport, G.V. (1935) *Attitudes.* En Murchison **Handbook of Social Psychology.** Worcester, Clark University Press.
- Alonso Fernández, F. (1981) **Alcohol-dependencia.** Madrid, Pirámide.
- Baker, T.B.; Morse, E. y Sherman, J.E. (1987) *The Motivation to use Drugs. A Psychobiological analysis of Urges.* En P.C. Rivers **Nebraska Symposium on Motivation 1986: Alcohol and addictive Behavior.** Lincoln/London, Univ. of Nebraska Press.
- Barca, A.; Otero, J.M.; Miron, L. y Santorum, R. (1986) *Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento.* **Estudios de Psicología, 25,** 103-109.
- Buck, R. **Human Motivation and Emotion.** New York, John Wiley.
- Cano, L. y Mayor, L. (1989) *Jalones históricas en la perspectiva motivacional de las Drogodependencias en España. II Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Psicología.*
- Cidur-Edis (1980) **Juventud y Droga en España.** Madrid, Ministerio de Cultura.

Donovan, D.M. (1987) *Assessment of addictive behaviors. Implications of an emerging biopsychosocial model.* En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (eds.) **Assessment of Addictive behaviors: Behavioral Cognitive, and Physiological Procedures.** New York, Guilford.

Echeburúa, E. (1984) *Adquisición y mantenimiento de la conducta de Drogodependencia.* **Drogalcohol, Vol. IX, 1,** 43-55.

Edis (1985) **El consumo de drogas en España.** Madrid, Cruz Roja Española: Dirección General de Acción Social.

Franken, R.E. (1982) **Addiction. An Human Motivation.** Monterey (Calif), Brooks/Cole.

Freixa, F. (1978) *Clínica de las Toxicomanías.* **Jano, 309,** 49-54.

Freixa, F. y Soler, P.A. (1981) **Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario.** Barcelona, Fontanella.

García, A. y Graña, J.L. (1986) *Procesos de aprendizaje y terapia de conducta en la adicción a la heroína.* **Estudios de Psicología, 25,** 111-119.

González Duro, E. (1979) **Consumo de drogas en España.** Madrid, Villalar.

Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975) **Manual sobre dependencia de las Drogas.** Ginebra, O.M.S.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985) *Las adicciones: su tratamiento y prevención de recaídas.* **V Jornadas de Modificación de conducta.** Madrid.

Marlatt, G.A.; Baer, J.S.; Donovan, D.M. y Kivlaban, D.R. (1988) *Addictive Behaviors: Etiology and Treatment.* **Ann. Rev. Psychol. Vol. 39,** 223-252.

Mayor, L. (1985) **Consideraciones científicas y metodológicas acerca de la psicología de la motivación.** Valencia, Promolibro.

Navarro, J. (1987) *Motivaciones y factores de riesgo en el consumo de drogas.* En P. F. Ramos et al. **Reinserción social y drogodependencias.** Madrid, Asociación para el estudio y promoción del bienestar social.

Naviera, M.C. (1988) *Factores de iniciación al consumo de drogas.* **II Congreso Mundial Vasco sobre Drogodependencias. Análisis multidisciplinar.** Vitoria-Gasteiz. Tomo II, 345-358.

Nowlis, H. (1982) **La verdad sobre la droga.** Paris, Unesco.

- Pelechano, V. (1982) **Apuntes de psicoterapia y modificación de conducta**. Valencia, Pou-Promolibro. Tomo III.
- Perri, M.G. (1985) Self-change strategies for the control of smoking, obesity and problem drinking. En S. Shiffman y T.A. Wills (eds.) **Coping and Substance Use**. New York, Academic.
- Prochaska, J.O. y Diclimente, C.C. (1986) Toward a comprehensive model of change. En W.R. Miller y N. Heather (eds.) **Treating Adolictive Behavirs: Process of Change**. New York, Plenum.
- Repetto, M. (1987) **Toxicomanías, conceptos y sustancias adictivas**. Madrid, Cruz Roja Española.
- Serrano, A.; González, A. y López, A. (1987) **Cuaderno de orientación para psicólogos. Ante un problema de drogodependencia**. Junta de Andalucía.
- Soler, P.A. (1981) Problemática y aspectos de tratamiento de los heroínómanos. En F. Freixa y P.A. Soler (dirs.) **Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario**. Barcelona, Fontanella.
- Solomon, R.L. y Corbit, J.D. (1974) An apponent process theory of motivation: I Temporal dynamics of affect. **Psychol. Review**, **81**, 119-145.
- Vega, A. (1983) **Los educadores ante las drogas**. Madrid, Santillana.

LISTA DE NUEVOS SOCIOS DE AESPAT

JESUS FULGENCIO SERRANO GARCIA
 YOLANDA DE SANTIAGO RIVERA
 PILAR CAMPOS RODRIGUEZ
 ENRIQUE PEREZ BATRES
 ANTONIO VICENTE QUILES
 ANDRES MAIQUEZ HOYOS
 ADORACION PEREZ CANOVAS
 TERESA VELASCO CARRILLERO
 JOSE MARIA RIOS SOTO
 CARIDAD GARCIA MAESTRE
 PATRICIA CONCELLON DURAN
 DOLORES LOPEZ JUSTICIA
 M^a JESUS SALVACHUA ALGAR
 M^a YOLANDA SANCHEZ GALAN
 MILAGROS GOYANES MARTINEZ

¡BIENVENIDOS A AESPAT
 DESEANDOLES UNA FRUCTIFERA
 INCORPORACION A TODAS
 LAS ACTIVIDADES DE LA ASOCIACION!

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 "entrecorillado" 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 Grínder, 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 "AES PAT" 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 1997 (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 AES PAT

Presentado por: _____

Aceptado con fecha: _____ Número de socio: _____

Por: _____

Cortar la hoja entera
y enviarla debidamente
cumplimentada a:

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



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

BOLETIN DE SUSCRIPCION

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

Precio de suscripción anual, 1997, 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: _____