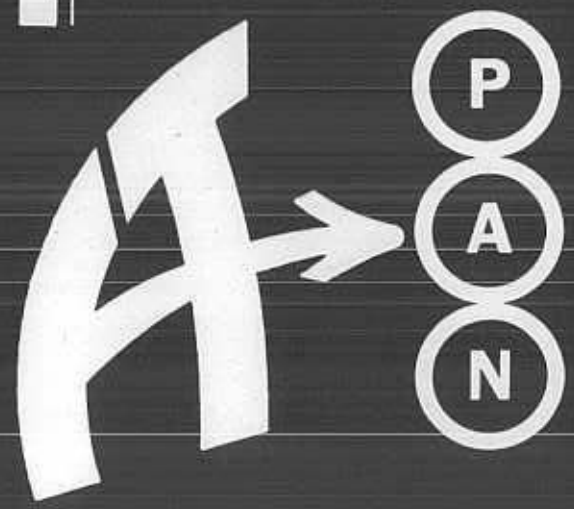


*Revista de*

**ANALISIS TRANSACCIONAL  
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



**A E S P A T**

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 45, 1.º SEMESTRE/2001, AÑO XIX



## REVISTA DE ANALISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGIA HUMANISTA

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

Edita: **AESPAT** (fundada en 1978)

- Domicilio social: C/. Clara del Rey, n.º 44 - 7.ª A  
28002 Madrid
- Presidencia y Tesorería: – Teléf. y Fax: 91 577 75 80  
– Correo electrónico: joalcus@bch.navegalia.com
- Secretaría: – Teléf. y Fax: 91 433 94 13  
– Correo electrónico: aespap@mundofree.com
- Apdo. Correos: 8.222 - 28080 Madrid

### Junta Directiva de AESPAT

Presidente:	José Álvarez Custodio
Secretaría:	Yolanda Sánchez Galán
Tesorera:	Iciar Garmendia Izaguirre
Vocal de Contratos y Formación:	José Gutiérrez Valiño
Vocal de Publicaciones:	Juan García Moreno
Vocal:	M.ª Victoria Artiach Elvira
Delegados de Zona	
Cataluña:	Josep M.ª Ferrán Torrent
Galicia:	Isabel Achaver López
Zaragoza:	Jesús Serrano García

### Consejo Editorial

- **Dirección Institucional**
  - La Junta Directiva de AESPAT
- **Dirección Técnica**
  - Juan García Moreno (Psicología Clínica)
  - Antonio Ares Parra (Psicología Empresarial y Organizacional)

Realización: GRÁFICAS 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

Seguimos publicando (después del N.º 44 de la Revista –2º Semestre/2000– dedicado exclusivamente a trabajos presentados en el X Congreso Español de A.T. en Barcelona, del 7 al 9 de julio del 2000) algunos resúmenes de trabajos “rezagados” presentados en el mismo Congreso: **Mesa Redonda** sobre la “Epistemología del A.T.” con la participación de Josep Lluís Camino, José Luis Martorell y Lluís Casado, y Francisco Massó Cantarero; **Ponencia-Taller**, de M.ª Pilar de la Figuera López, sobre “Un palpitante caleidoscopio de Caricias: el Libro de los Salmos”; y las **Comunicaciones**, de Juan José Saavedra Quesada, sobre “Ecología Humana y calidad en el trabajo” y “En el gusto está la variedad”.

Ofrecemos, además, los **artículos originales** centrados en Psicoterapia: “Caminoterapia (1ª parte): Andando por el Camino de Santiago”, de Antonio Ares Parra; “Tratamiento Psicológico para el Tabaquismo”, de M.ª Consuelo Llinares Pellicer y Mercedes Sánchez Guerrero; y “La investigación clínica y experimental como solución definitiva a la integración de la Psicoterapia” (8ª parte), de Juan García Moreno.

Nos es muy grato iniciar, dentro de esta Revista, **una nueva Sección** centrada en la Psicología Empresarial y Organizacional con **un trabajo** de José Álvarez Custodio y Antonio Ares Parra sobre “El Liderazgo y las nuevas tecnologías de la Comunicación a través de Análisis Transaccional”, resumen de la **Conferencia** sobre el mismo tema llevada a cabo en Zaragoza, el 29 de marzo del 2001.

En la **CATEXIS** incluimos: La Carta del Presidente de AESPAT anunciando: la **Conferencia** en Zaragoza (cuyo resumen queda publicado en este mismo número 45 de la Revista); las **JORNADAS** que tendrán lugar también en Zaragoza los días 16, 17, 23 y 24 del próximo noviembre/2001, de las que se ofrece **Horarios** después de esta Carta; y el anuncio de que se han iniciado las gestiones para organizar el **XI CONGRESO ESPAÑOL de A.T., en Toledo** los primeros días del mes de septiembre del 2002.

Seguimos insistiendo en rogar a todos los socios de AESPAT y simpatizantes del A.T. a que colaboren con la Revista enviando trabajos para su publicación, pues la misma es de todos y para todos.

**SUMARIO**

RESÚMENES DE **TRABAJOS** PRESENTADOS AL X CONGRESO ESPAÑOL DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL (7-9 DE JULIO DE 2000), EN BARCELONA:

A. RESÚMENES DE LA <b>MESA REDONDA</b> SOBRE "EPISTEMOLOGÍA DEL A.T." .....	3
1. <i>Los tres niveles del conocimiento para aplicar a toda praxis profesional, con implicaciones en el A.T.</i> <b>Josep Lluís Camino</b> .....	3
2. <i>Epistemología del Análisis Transaccional.</i> <b>José Luis Martorell y Lluís Casado</b> ..	7
3. <i>Epistemología del Análisis Transaccional.</i> <b>Francisco Massó Cantarero</b> .....	10
B. RESUMEN DE LA <b>PONENCIA-TALLER</b> SOBRE "UN PALPITANTE CALEIDOSCOPIO DE CARICIAS: EL LIBRO DE LOS SALMOS". <b>María Pilar de la Figuera López</b> .....	14
C. RESÚMENES DE <b>COMUNICACIONES</b> .....	23
1. <i>Ecología Humana y calidad en el trabajo.</i> <b>Juan Antonio Saavedra Quesada</b> .....	23
2. <i>En el gusto está la variedad.</i> <b>Juan Antonio Saavedra Quesada</b> .....	26

**PSICOLOGÍA CLÍNICA**

1. CAMINOTERAPIA (1ª PARTE): ANDANDO EL CAMINO DE SANTIAGO. <b>Antonio Ares Parra</b> .....	29
2. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL TABAQUISMO. <b>Mª Consuelo Llinares Pellicer y Mercedes Sánchez Guerrero</b> .....	34
3. LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EXPERIMENTAL COMO SOLUCIÓN DEFINITIVA A LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOTERAPIA (8ª parte). <b>Juan García Moreno</b> .....	53

**PSICOLOGÍA EMPRESARIAL Y ORGANIZACIONAL**

CONFERENCIA: "EL LIDERAZGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL". <b>José Álvarez Custodio y Antonio Ares Parra</b> .....	57
CATEXIS DE AESPAT .....	63
NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS .....	67

**RESÚMENES DE TRABAJOS  
PRESENTADOS AL X CONGRESO ESPAÑOL  
DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL  
(Barcelona, 7-9 de Julio de 2000)**

**A. RESÚMENES DE LA MESA REDONDA SOBRE  
"EPISTEMOLOGÍA DEL A.T."**

**1**

**LOS TRES NIVELES DEL CONOCIMIENTO  
PARA APLICAR A TODA PRAXIS PROFESIONAL,  
CON IMPLICACIONES EN EL A.T.**

JOSEP LLUÍS CAMINO

Lo que vamos a exponer está pensado en relación a toda acción profesional que se englobe dentro del área de las llamadas Ciencias Sociales, como son, para nuestro caso, las psicoterapias encuadradas dentro de la psicología humanística, counseling y la mediación en la gestión de conflictos, la educación, también en la línea de una pedagogía humanística, la dirección y organización de empresas, la ética y la política. Disciplinas todas ellas que Habermas (*Conocimiento e interés*. Taurus, Madrid, 1968) ha venido a clasificar como *Ciencias reconstructivas*, que poseen un interés *práctico y emancipatorio*, fren-

te a las *Ciencias analítico-empíricas*, cuyo interés se centra en las estrategias que conducen a las aplicaciones de tipo técnico. Así, entre las Ciencias reconstructivas o Sociales encontramos, entre otras, la Psicología Humanística, la Sociología, la Historia, la Filosofía, la Literatura y el Arte. Entre las Ciencias analítico-empíricas o Ciencias Naturales clasificamos a la Psicología Conductista y Cognitivo-conductual, la Física, la Mecánica, la Biología, la Anatomía, la Química, la Matemática, etc.

En toda praxis social se pueden distinguir **tres grados o niveles de conocimiento**:

X Congreso Español de A.T.

1. **El primer nivel** hace referencia al dominio de los procedimientos especializados, a las **estrategias y técnicas**. Se trata de un nivel de conocimiento instrumental, que nos pone en contacto directo con el cliente o usuario, según los casos. Este primer nivel pretende el dominio de las técnicas de intervención. Aquí podemos referirnos a las 8 intervenciones-interposiciones de Berne en psicoterapia: interrogación, especificación, confrontación, explicación de un argumento, ilustración, confirmación, interpretación dialogada y cristalización.

2. **El segundo nivel** de conocimiento hace referencia a los principios generales de la disciplina de que se trate (psicoterapia, educación, relaciones sociales). El conocimiento de una teoría que unifica y da significación y coherencia a un conjunto de normas, reglas, métodos y valores para el correcto enfoque de los problemas humanos y sociales. En este segundo nivel de conocimiento se ubica el **paradigma o marco referencial** para que la acción profesional tenga unos objetivos claros, que contemplarán un modelo de persona y un modelo de sociedad. Este marco antropológico es precisamente el que otorga un valor de ciencia a una praxis profesional y permite distinguir entre sí los diferentes tipos de intervenciones y maneras, de tal forma que resulta inviable, desde este prisma, una integración de técnicas que no confluyan en el mismo paradigma, en el caso que nos ocupa, el humanístico. El desconocimiento de este segundo nivel impide toda posible investigación y evaluación de la propia praxis y condena al profesional que la padece, seguramente a causa de una deficiente formación, a repetir siempre igual la aplicación de idénticas técnicas, en ignorancia de los principios rectores de la teoría que las ampara y da sentido.

Siguiendo la reflexión aristotélica, diríamos que se debe conocer no solamente *lo que conviene hacer* para conseguir determinados resultados, sino también *el por qué*, donde radica la clave de todo conocimiento en profundidad, en una palabra: *la llave del saber*, lo que presupone el conocimiento de lo que llamamos *las fuentes* (historia de la disciplina, obras fundamentales, comentarios

críticos, métodos propios de investigación, evaluación, publicaciones recientes y una teoría consistente, que presupone su definición, de lo que esa disciplina representa en el conjunto del saber y de la comunidad científica actual).

Por consiguiente, cuando cambian los paradigmas se dan transformaciones importantes de los criterios que determinan la legitimidad tanto de los problemas como de las soluciones propuestas (Kuhn, *La estructura de las revoluciones científicas*, FCE, México, 1990) y, por supuesto, variarán también las formas de la acción profesional o intervención de técnicas, ya que los paradigmas se imponen como unidad de medida y tienen una función regulativa y dinámica de la acción profesional y académica. En el caso que nos ocupa del AT, el modelo de persona es la estructura de la personalidad berniana: Padre-Adulto-Niño y el modelo de sociedad es democrático. El método es diagramático y no directivo, mientras que los valores morales que deberá incorporar el A a su *Ethos* (el P del A) son: La **autoestima** y la **autenticidad** en el área de los valores vitales; la **autonomía**, valor fundamental para el AT, en el área de los valores culturales y la **autorrealización** y **alteridad** en el área de los valores trascendentes, propios también de las otras líneas de la Psicología Humanística.

3. **El tercer nivel** contempla la relación entre conocimiento y realidad. Estamos hablando de **epistemología o teoría del conocimiento**, o sea, la particular manera de enfocar la realidad para su correcta percepción y comprensión. El profesional requiere este tercer nivel de conocimiento para tomar autoconciencia de su propio trabajo, para poseer una visión crítica de sus actitudes y valores ante la acción y sus objetivos, a fin de conseguir una praxis realmente operativa. Este tipo de conocimiento posibilita una investigación sobre los procedimientos y métodos del trabajo y permite una rectificación constante y avances en el conocimiento de teoría y praxis de la disciplina de que se trate.

El peligro de olvidar estos tres niveles de conocimiento radica en una desorientación del profesional, que tiende a sustituir la reflexión propia de un marco teórico por la in-

tegración y proliferación de técnicas (primer nivel), que nunca llenan su vacío de conocimientos. Este profesional queda así privado de una reflexión constructiva y crítica de su trabajo, impedido, a su vez, de una supervisión por otro profesional de más experiencia y conocimientos, ya que toda supervisión requiere el haber asimilado la teoría que justifica determinadas intervenciones y a la luz de cuya filosofía se puede valorar el trabajo humano y social realizado, dentro de ese mismo marco teórico.

Llegados a este punto, podemos hablar ahora de la **epistemología del AT**, ya que hemos visto se trata de una cuestión crucial. La pregunta sería: ¿Cuál es la teoría del conocimiento que orienta la práctica del AT en todas sus áreas de aplicación? ¿Qué filosofía fundamenta la línea psicológica del AT para su correcta interpretación?

Berne mismo nos responde de la siguiente manera:

*Fenomenológicamente, un estado del ego se puede describir como un sistema coherente de sentimientos relacionados con un sujeto dado.* (Análisis Transaccional en psicoterapia, 1961).

Luego, el mismo Berne continúa diciendo: *...el término "estado del yo" encontró resistencia cuando se lo introdujo. Para la gente era más fácil continuar pensando en términos conceptuales ortodoxos que cambiar de paso y encarar el problema desde el punto de vista fenomenológico.*

Finalmente, en su "Introducción al tratamiento de grupo", publicada por primera vez en 1965, escribe lo siguiente: *Porque ése es el momento en que toma conciencia de su Niño fenomenológico, lo percibe subjetivamente en su forma más clara y se lo revela al terapeuta.*

Es evidente que Berne nos está dando la clave de la interpretación de su teoría: la línea de filosofía llamada **Fenomenología**, cuyos representantes más conocidos son: Edmund Husserl, Max Scheler, Paul Ricoeur y José Gaos. En la línea derivada de esta fenomenología encontramos a los existencialistas: M. Heidegger, Jean-Paul Sartre, Gabriel Marcel y, en la actualidad, a Hans-Georg Gadamer, quien en su obra *Verdad y Método* (1960) establece una nueva forma de interpretar la rea-

lidad que podemos llamar *Neohermenéutica*, en cuanto se interpreta un texto, un comportamiento o la palabra, desde la visión del otro, del interlocutor, o desde mi perspectiva, pero contando con el asentimiento del otro, en una relación dialógica, nunca en una interpretación unilateral. Está demostrado el amplio conocimiento cultural de Berne, por las numerosas citas de sus obras sobre filósofos, psicólogos y literatos, entre otros, y en la línea que comentamos, al margen ahora de numerosos psicólogos: Balzac, Bateson, Chamisso, Huizinga, Kierkegaard, Sartre, Stendhal, Wittgenstein. Resulta, pues, evidente la influencia, además de la mentada **Fenomenología**, de la filosofía **Existencial** y el principio del llamado **Giro lingüístico** iniciado por Wittgenstein. Todo ello lejos de métodos positivistas, conductistas y de "procesos cognitivos" o cognitivo-conductuales.

La Fenomenología es una filosofía para la cual el *fenómeno* es la realidad última. La fenomenología pretende una pura *descripción* de lo que se muestra por sí mismo, reconociendo la intuición, especialmente la *intuición emocional*, como fuente primordial del conocimiento.

O sea, que la Fenomenología es una ciencia *descriptiva* de las vivencias de la conciencia.

El AT pide, especialmente en psicoterapia, que el cliente empiece *describiendo* los estados del Yo, por ejemplo, en el momento en que el terapeuta pregunta:

*¿Cómo te sientes?*

El método en AT es semejante a una pedagogía de la pregunta, en cuanto intencionalmente el terapeuta, de forma estratégica y para "catectizar" al estado Niño del Yo, continúa preguntando por los sentimientos y emociones del cliente:

*¿Qué sientes ahora?  
¿Puedes describirlo?*

La Fenomenología contempla al sujeto en acción y no a los "comportamientos" o "conductas" o "procesos" como entidades en sí mismas en sustitución del sujeto.

El terapeuta del AT pretende, en todo momento, que el cliente asuma la responsabilidad de su estado Adulto, que tome con-

ciencia de su Yo y sus recursos (Potencia). El AT procura que sea el propio sujeto quien tome sus decisiones, una vez ha descrito sus vivencias y estados de conciencia. El AT personaliza siempre, no ignora, ciertamente, que existen "procesos" mentales, aunque niega que tales "procesos" otorguen el significado y la comprensión de los fenómenos, incluyendo en ellos al lenguaje.

Por eso, algunas preguntas clave del terapeuta de Guiones de Vida pueden ser:

¿Qué quieres cambiar de tu vida?

¿Qué se te ocurre?

¿Qué piensas hacer?

¿Qué decides hacer?

¿De qué forma y cuándo lo vas a realizar?

El AT se preocupa por las *intenciones* (como apertura del yo), los *estados del Yo* y las *decisiones* para cambiar el Guión de vida desde la voluntad del Adulto y esto es precisamente la Fenomenología.

Tanto la Fenomenología como el AT no pretenden interpretar contenidos de conciencia (ideas y conceptos: método del racionalismo cartesiano), sino que pretenden la *descripción de los estados de conciencia*, en el caso del AT, para la toma eficaz de decisiones, en orden a la liberación de las exigencias del Guión.

Por eso precisamente en el AT las terapias u otro tipo de intervenciones profesionales deben ser breves, porque trabaja desde el "aquí y ahora" (en Fenomenología "hic et nunc") y procura la toma de decisiones para el cambio desde el Adulto (voluntad del sujeto fenomenológico) de cara al futuro, y no como el psicoanálisis que trabaja en el pasado (historia y niñez), buceando en la interpretación de los contenidos inconscientes de la persona, olvidándose de que la vuelta al pasado y a sus raíces o al mundo donde se ha nacido se puede convertir en un principio de servidumbre (determinismo psicoanalítico), que eternice o "cronifique" los tratamientos.

Si no hay intencionalidad de cambio, o sea: tendencia hacia el cambio, y voluntad del Yo en su estado Adulto, para la toma de decisiones sanas, no hay terapia que valga ni posibilidad de mejora real.

El AT utiliza una metodología diagramática, porque los diagramas son una forma muy

válida para describir, tanto como el lenguaje hablado, y este método es exclusivo del AT.

Por eso sostenemos que no es bueno mezclar métodos ni técnicas, porque los métodos no pueden integrarse sin crear confusión como consecuencia de eclecticismo, aunque sí es bueno continuar trabajando en la **epistemología y metodología del Análisis Transaccional**, para investigar y llegar más lejos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Berne, E. (1981). **Análisis Transaccional en Psicoterapia** (1ª Ed. Original, 1961). Buenos Aires: Ed. Psique.
- Berne, E. (1983). **Introducción al Tratamiento de Grupo** (1ª Ed. Original, 1965). Barcelona: Grijalbo.
- Gadamer, H.G. (1993). **Verdad y Método** (1ª Ed. Original, 1960). Salamanca: Sígueme.
- Habermans, J. (1989). **Conocimiento e Interés** (1ª Ed. Original, 1968). Madrid: Taurus.
- Husserl, E. (1999). **Investigaciones Lógicas** (1ª Ed. Original 1901). Madrid: Alianza.
- Kuhn, T.S. (1990). **La Estructura de las Revoluciones Científicas**. México: FCE.
- Kierkegaard, S. (1973). **Lo individual** (1ª Ed. Original, 1843). Cita de Berne en el Prólogo de la *Introducción al Tratamiento de Grupo, 1973*.
- Kierkegaard, S. (1961). **El concepto de la angustia** (1ª Ed. Original, 1844). Madrid: Guadarrama.
- Sartre, J.P. (1973). **A puerta cerrada** (1ª Ed. Original, 1944). (Obra citada por Berne en *Introducción al Tratamiento de Grupo*, para hablar de las sesiones terapéuticas intensivas o "maratones"). Obras Completas, 3 vols. Madrid: Aguilar.
- Scheler, M. (1943). **Esencia y formas de la simpatía** (1ª Ed. Original, 1913). Buenos Aires: Losada.
- Wittgenstein, L. (1982). **Tractatus Logico-Philosoficus** (1ª Ed. Original, 1922). Madrid: Alianza.
- Wittgenstein, L. (1983). **Investigaciones Filosóficas** (1ª Ed. Original, 1953). Barcelona: Laia.

## 2

## EPISTEMOLOGÍA DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

JOSÉ LUIS MARTORELL

LLUÍS CASADO

Reflexionar sobre los fundamentos epistemológicos del AT es un tema crucial y apasionante. Crucial porque nos permitiría asentar más consistentemente las diferentes prácticas profesionales, avanzar sólidamente en el desarrollo de nuestras teorías y métodos, y paliar la imagen poco favorable que el AT tiene en algunos ambientes, entre ellos el académico. Es también apasionante porque no es tarea fácil. Veremos de forma resumida algunas de las dificultades, avanzando de antemano que escapa a nuestras capacidades actuales pretender poco más que enumerarlas.

En primer lugar es importante reseñar que el AT no se ha sentido plenamente cómodo en ninguno de los paradigmas de la Psicología. En un principio el innegable **origen psicoanalítico** de Berne parecía abonar el terreno para la interpretación del AT en clave neopsicoanalítica, como defienden notables transaccionalistas, especialmente de la "escuela italiana" (Moiso, 1985; Martorell, 1986; Novellino y Miglionico, 1987; Novellino y Moiso, 1990; Miglionico, 1998).

Pero esta vinculación a la orientación psicodinámica no deja de presentar sus ambivalencias, que encuentran su origen en el propio Berne, probablemente, como se ha dicho en muchas ocasiones, como consecuencia de la relación de amor-odio que mantuvo el creador del AT con el Psicoanálisis, de tal forma que el AT a veces "es" psicoanalítico, en otras es complementario (y por tanto distinto), y finalmente en ocasiones Berne presenta una visión claramente integradora (Martorell, 1998).

La otra gran adscripción posible en los orígenes del AT era el **movimiento de la Psicología Humanista**, que aunque no constituye, en realidad, un paradigma, influyó profundamente en Berne. El carácter humanista del AT también es evidente en gran parte de sus postulados básicos como han destacado diversos autores (Casado, 1987; Clarkson, 1993). Un aspecto a tener en cuenta aquí es la incomodidad que han manifestado históricamente algunos sectores del movimiento humanista para aceptar al AT en su seno, muchas veces bajo la argumentación de un supuesto exceso analítico-racional en detrimento de la experiencia o vivencia como fundamento del crecimiento.

En cualquier caso, desde su origen, el AT ya conllevaba una cierta confusión paradigmática, en parte también porque, como afirma Zalzman (1990), Berne era más un clínico que un teórico. Esta indefinición facilitó un desarrollo postberniano del AT en el que éste se ha emparentado, sin aparentes dificultades, con el modelo sistémico (Massey, 1989a, 1989b, 1989c; Martorell, 1990), el conductista (Kertesz, 1973; Kertesz e Induni, 1978), o el constructivista (Loria, 1997; Allen y Allen, 1997; Kenny, 1997; Parry, 1997). En otro orden de "integración" puede citarse también la plasticidad del AT para cobrar una orientación psicosocial (Casado, 1998).

Esta situación propicia que cuarenta años después del inicio del AT existan profundas diferencias sobre algunos conceptos básicos del modelo transaccional (estados del yo, juegos, guión), y que incluso dos destacados transaccionalistas, como Richard Ers-

kine y Claude Steiner, sostengan recientemente un apasionado debate en las páginas del *Script* (uno de los órganos oficiales de la *International Transactional Analysis As.*) sobre qué se puede considerar AT y qué no.

Por el momento parece que la solución al confusiónismo es apostar por una decidida **orientación integradora del AT**, a favor de los vientos que soplan en todo el planeta psicológico. A título de ejemplo, el *Transactional Analysis Journal*, otro órgano oficial, dedicó a este tema un número monográfico (TAJ, 26:4, 1996). La cuestión es si esta orientación integradora conlleva una revisión epistemológica, o simplemente delata una posición ecléctica y, quizás, acomodaticia.

Llegados a este punto debemos introducir ya en nuestra reflexión la cuestión del método. En principio Berne parece declararse fenomenólogo, como delata su conocido inicio sobre la definición de los estados del yo en su "Análisis Transaccional en psicoterapia". Pero, una vez más, en el creador del AT, las cosas necesitan sus matizaciones, por ejemplo si recordamos a las diferentes vías de diagnóstico de los propios estados del yo, o algunas de las "operaciones terapéuticas", como la interpretación o la especificación, que no pueden considerarse fácilmente fenomenológicas.

Probablemente la diversidad de métodos que podemos encontrar en el AT se deriva de lo dicho anteriormente, pero también de la definición que hace de su objeto de conocimiento. En efecto, Berne definía el AT como un sistema unificado de Psiquiatría individual y social, y ésta es, sin duda, una de sus máximas aportaciones, por más que, en realidad, Berne se refería al individuo en interacción social, no al individuo psicosocial, y que se ocupe muy superficialmente de los sistemas sociales (Zalcman, 1990).

La naturaleza del conocimiento que se plantea desde esta perspectiva nos lleva a la complejidad y a la dudosa adecuación de un método único para solucionar los distintos niveles de análisis. A otro nivel también nos da cuenta de ciertas inconsistencias teóricas que, en parte, surgen de la fragmentación del análisis. Por supuesto como

señala Barrios (1991), el método científico no ha estado presente en la historia del AT más que esporádicamente, pero esta cuestión no es, evidentemente, patrimonio exclusivo de Berne y sus seguidores, al margen del debate, en el que no entraremos ahora, sobre la idoneidad del método científico para los asuntos humanos.

Leonhard Schlegel en un artículo significativamente titulado "What is TA?" (1998), llega a la conclusión de que el AT es un método ecléctico que combina básicamente la psicoterapia psicodinámica y cognitiva, ésta última de forma original, y que ello es positivo en términos de eficacia terapéutica. Este pragmatismo, ya presente en Berne, puede dificultar la reflexión serena sobre la consistencia teórica del AT. No hay que olvidar que durante los años posteriores a Berne hubo una etapa de enriquecimiento conceptual, pero que pronto fue reemplazada por una orientación hacia la técnica de intervención. En realidad la orientación integradora del AT se manifestó desde siempre en cuanto a los instrumentos, ya fueran propios o ajenos, especialmente provenientes de la Terapia Gestalt.

La integración, ahora, debe plantearse en terrenos más conceptuales y fundamentales, evitando las salidas fáciles que nos permitan ocultar las propias debilidades. El modelo berniano era muy ambicioso pues proponía una visión integral del ser humano. En él estaba la semilla de una forma integrada de comprensión de la realidad humana. Muchas de sus intuiciones han sido recogidas por otras corrientes, algunas veces sin citarlo, otras con pleno desconocimiento del antecedente. Esta ambición se convierte para nosotros, sus seguidores, en un reto difícil, pues no nos valen los reduccionismos, pero tampoco, nos valen ya los eclecticismos.

Evidentemente la reflexión epistemológica y la actualización teórica del AT son cuestiones abiertas, que no han hecho más que comenzar. Pero hay que hacerlas para que la integración sea más enriquecedora. El AT también tiene mucho que aportar a las otras corrientes. Probablemente sea la respuesta más berniana a la situación que nos ha tocado vivir a sus sucesores.

## BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.R. y Allen, B.A. (1997). A new type of T.A. and one version of script work with a constructionist sensibility. *T.A.J.*, 27, 2.
- Casado, L. (1987). **Análisis Transaccional, aquí y ahora**. Barcelona: BPPH.
- Casado, L. (1998). El Análisis Transaccional como teoría psicosocial. *Revista de Psicoterapia*, 33.
- Clarkson, P. (1993). Transactional Analysis as humanistic therapy. *T.A.J.*, 23, 1.
- Kenny, V. (1997). Constructivism - Everybody has won and all must have prizes. *T.A.J.*, 27, 2.
- Kerstesz, R. (1973). **Introducción al Análisis Transaccional**. Buenos Aires: Paidós.
- Kerstesz, R., e Induni, G. (1978). **Manual de Análisis Transaccional**. Buenos Aires: Conantal.
- Loria, B. (1997). Letter from the Guest Editor. *T.A.J.*, 27, 2.
- Martorell, J.L. (1986). Posición existencial y relaciones objetales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 16.
- Martorell, J.L. (1990). El análisis de juegos en la terapia familiar. **Cuadernos de Terapia Familiar**, 15.

- Martorell, J.L. (1998). Del mentalismo al constructivismo: el peregrinaje de una teoría. **Revista de Psicoterapia**, 33.
- Massey, R. (1989a). Integrating systems theory and TA in couples therapy. *T.A.J.*, 19, 3.
- Massey, R. (1989b). Techniques in integrating TA and systems theory in couples therapy. *T.A.J.*, 19, 3.
- Massey, R. (1989c). Systemic contexts for children's scripting. *T.A.J.*, 19, 4.
- Miglionico, A. (1998). Análisis Transaccional psicodinámico: el sistema terapeuta - paciente, alianza, pseudoalianza y anticontrato. **Revista de Psicoterapia**, 33.
- Moiso, C. (1985). Ego states and transference. *T.A.J.*, 15.
- Novellino, M. y Miglionico, A. (1987). **Tattiche e strategie i Analisi Transazionali**. Bisceglie: Opera Don Uva.
- Novellino, M. y Moiso, C. (1990). The psychodynamic approach to T.A. *T.A.J.*, 20, 3.
- Parry, A. (1997). Why tell stories: the narrative construction of the reality. *T.A.J.*, 27, 2.
- Schlegel, L. (1998). What is T.A.? *T.A.J.*, 28, 4.
- Zalcman, M.J. (1990). Game Analysis and Racket Analysis: Overview, critique and future developments. *T.A.J.*, 20, 1.

### 3 EPISTEMOLOGÍA DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

FRANCISCO MASSÓ CANTARERO

*“Saber creyendo no saber, eso es lo excelso. No saber creyendo saber, eso es una enfermedad”.*

Lao Tsé

El A.T. es un **modelo integrador** de orientaciones **cognitivas** y **psicodinámicas** de la psicoterapia, enriquecido con aportaciones que conciernen a la terapia de la comunicación. En tanto que modelo integrador combina, por igual, el incremento de la consciencia —análisis del argumento o guió de vida— y la estimulación del cambio de conducta, por regla general, mediante el correspondiente contrato.

Algunos procedimientos terapéuticos transaccionales como la Terapia de Redecisión de los Goulding, pueden describirse como experiencias emocionales correctivas, en la línea recomendada por Franz Alexander y Friz Perls.

En la vertiente cognitiva, el análisis estructural de los estados del yo y la confrontación tienen como objetivo la descontaminación del Adulto, para que, libre de prejuicios y estereotipias, pueda obtener mayor objetividad y eficacia en el afrontamiento de los retos de la realidad.

#### EL MÉTODO

Berne, apunta que uno de los cuatro métodos de diagnóstico a utilizar, es el fenomenológico. Yo me voy a limitar a él, conceptuándolo no sólo como un método de trabajo en psicoterapia, sino también como una actitud ética de acompañamiento del proceso.

La palabra “fenomenología” se forma, al igual que la de psicología y tantas otras, a

partir de dos vocablos griegos: “fenomenon” y “logos”. “Fenomenon” deriva de “faineszai” que significa mostrarse. A su vez, “faineszai” es una voz media de “faino”, que significa sacar a la luz del día, hacer patente y visible en sí mismo. El significado de “logos” no tiene secreto.

Según los antecedentes de la palabra, la fenomenología será la ciencia que versa sobre el hacer patente, cómo revelar y hacer visibles las realidades o cómo acceder a la polisemia que entraña toda realidad. En una aproximación fenomenológica, nos interesa saber “qué” es el otro, y para acceder a ese “quid” esencial vamos a comenzar interesándonos por saber cómo se muestra, cómo se manifiesta, qué aspecto tiene, qué parece ser.

Husserl consideró que la fenomenología era un método, una forma de conocimiento.

Heidegger la considera una hermenéutica, en el sentido etimológico de la palabra; es decir, una interpretación, una aclaración explicativa del sentido del ser.

La fenomenología, dice Merleau-Ponty, es “el estudio de las esencias: la esencia de la percepción, la esencia de la consciencia”. La fenomenología, pues, no es la ciencia de las apariencias, sino la ciencia de lo que nos quieren revelar esas apariencias: la apariencia de enfermedad, por ejemplo un vómito, no es la enfermedad, pero entender la significación y el sentido de ese síntoma, nos puede llevar a comprender que hay otra realidad detrás, el fenómeno, rico y polisémico, que se anuncia mediante tal apariencia.

#### El valor del “fenómeno”

El concepto de “fenómeno”, a juicio de Heidegger, es “lo que se muestra, el ser, su sentido, sus modificaciones y derivados”.

El “fenómeno” que estudiamos en la consulta es **lo dado** por nuestro cliente, no importa que sea real o una ilusión, lo que importa es que es algo que se presenta a nuestra consideración. Por ejemplo, una persona que viene con un rebusco de falsa tristeza, posiblemente, tal manifestación no resista un análisis crítico; pero, la aproximación fenomenológica nos puede revelar un sinfín de significaciones. No podemos obviar de recordar que cualquier realidad, aunque sea fingida y espúrea, como dice Rickert, es multivalente, compleja en su constitución, vertientes y haces de relaciones a diversos niveles y en diversos momentos.

Además, todo “síntoma” que nos traiga nuestro cliente es **pura apariencia** de la cosa misma. Es decir, así como la fiebre es la apariencia de la enfermedad, el rebusco de falsa tristeza puede ser, pongamos por caso, la apariencia de una necesidad inmarcesible de poder. Una aproximación reductiva o simplificadora, del síntoma, vacía de valor y significación al fenómeno dado.

En tercer lugar, aunque todo “fenómeno” habla de un proceso, lo que nos interesa a nosotros como psicoterapeutas es lo que se muestra tal como es. La esencia fenomenológica no es algo oculto, no es una sustancia que subyaga a las apariencias, sino **el ser** o contenido fundamental con todas sus propiedades, connotaciones y denotaciones, que se revela a través del fenómeno.

#### Epoché

Cuando Husserl da la consigna de volver a las cosas mismas, haciendo “epoché” de todo lo subjetivo, de lo tradicional y de todo lo teórico, de forma que sólo entre en cuestión lo dado, está pretendiendo que sólo se considere válida la consciencia originaria de lo que se da, la intuición como “conocimiento directo”.

La fenomenología exige al “conocedor” que se despoje de todo cuanto provenga de él, sentimientos, actitudes y cualesquiera otra posición personal, para estar en condiciones óptimas de ver cómo es la realidad. Hacer “epoché”, dijeron los psicoanalistas que sería

evitar la proyección del terapeuta, pero ello no es suficiente. La “epoché” supone que también hemos de saber aparcarnos los a priori del metamodelo, para usarlos convenientemente, después de haber comprendido la significación de la conducta, cuando sea previsible que la reestructuración que otorga el metamodelo vaya a ayudar al cliente, nunca para estorbarlo por la suficiencia de los constructos o invadirlo con nuestro saber apriorístico.

Husserl, en sus *Meditations cartesianes*, apunta hacia una “psicología descriptiva” y menciona la “fenomenología constructiva” como método indicado para la misma. No voy a extenderme más sobre este plano filosófico por árido, y porque nos queda más a desmano.

#### APLICABILIDAD

Pero ¿cómo usar el método fenomenológico y hacerlo compatible con un metamodelo como el Análisis Transaccional?

A mi modo de ver, el A.T. como procedimiento terapéutico y con la ayuda del método fenomenológico, mejor que el histórico o el puramente conductual, responde a **cuatro necesidades fundamentales**:

#### 1. Comprensión eidética

La comprensión de las esencias es, según queda dicho, el objeto de la comprensión fenomenológica. No son esencias ocultas, ni un quid misterioso como el inconsciente, ni un ente de razón como el alma. La comprensión eidética es la comprensión de las determinaciones que caracterizan al fenómeno; es decir, las connotaciones que definen el proceso psíquico que se manifiesta a través de la conducta.

Pondré un ejemplo, para ayudar la comprensión: Una cliente mía ha estado vomitando durante veinte años; sus cólicos le obligaban a mantenerse en el cuarto de baño durante tres y hasta cinco horas; expulsando litros de bilis. Esta es la conducta observable.

**Connotaciones:**

- a) El vómito es un síntoma inequívoco de enfermedad;
- b) Estar enferma era una coartada para evitar la agresión de la madre;
- c) Estar enferma suponía, a los 17 años, no abandonar el domicilio familiar (área rural) y no tener que vivir, en condiciones humillantes, en casa de su profesora de piano, situada en una ciudad a 260 kms. del domicilio familiar;
- d) Vomitar ha sido, durante veinte años, una forma de echar la rabia, el miedo, la angustia y la confusión que "tragaba" en silencio ante las conductas destempladas de la madre y el histrionismo del padre;
- e) Vomitar era estar enfermo como el padre, hipocondríaco, pero fuente de apoyo afectivo para la hija;
- f) Vomitar era un síntoma contundente que dejaba impotentes a la madre agresora y a todos los especialistas de Albacete, Valencia y Madrid, por los que la familia peregrinó en busca de remedio;
- g) Estar enferma era obligar "justificadamente" a la madre a gastar el dinero que negaba a los hijos y al padre;
- h) Estar enferma terminó por ser una forma de estar en el mundo, que le aliviaba de tener que hacer oposiciones, pelear por un puesto de trabajo, casarse, optar a tener hijos, asumir responsabilidades (los cólicos se presentaban ante cualquier oportunidad de tener que afrontar un compromiso), decir no a pretensiones peregrinas de los demás, etc...

Erskine y Trautmann (1996) dicen: "La exploración respetuosa de la vivencia fenomenológica de los clientes permite a estos aunar coherentemente sus necesidades relacionales, sentimientos y conductas actuales y anteriores". El metamodelo sirve para consolidar esta síntesis. En muchos casos, es innecesario el uso del metamodelo, porque la comprensión eidética ya ha surtido su efecto de agrandar la consciencia y reconciliar a la persona con su conducta.

**2. Clarificación**

La terapia además de aumentar la consciencia, ha de aclarar la comprensión del

propio yo, diferenciar sus diferentes estados, polaridades, mecanismos y atribuciones y ayudar a vivir "aquí y ahora", con todo el poder creativo, sensitivo emocional y aun trascendente que pueda asumir la persona.

En este sentido, me van a permitir citar a un psicólogo catalán, Manuel Villegas, quien, en 1995, decía que "la psicoterapia empieza allí donde se plantea la comprensión del sujeto, donde no se pretende la supresión del significante, sino la construcción de nuevos significados, allí donde el concepto de curación es sustituido por el de cambio".

Los mismos Erskine y Trautmann decían, en 1996, que "los terapeutas han de partir del supuesto de no saber nada acerca de la experiencia de sus clientes y, en consecuencia, han de luchar constantemente por comprender la *significación subjetiva* de sus conductas y proceso intrapsíquicos.

Efectuada esta comprensión de la significación subjetiva, los conceptos y diagramas del metamodelo sirven para clarificar el proceso fenoménico del cual nos está hablando el cliente. En cierto sentido, el metamodelo añade inteligencia a la comprensión que se está produciendo. Bien usado, el metamodelo es un referente, otra hermenéutica que se inmiscuye en el diálogo entre terapeuta y cliente, para apuntalar la línea de investigación que se está efectuando. En ningún caso, entiendo yo, se ha de hacer prevalecer la preeminencia del metamodelo sobre la comprensión eidética y empática.

**3. Catarsis**

Toda psicoterapia ha de comportar la limpieza de la angustia, la liberación de emociones no expresadas y cerrar las "gestalten" que se quedaron a medias. En cierto sentido, la intersubjetividad que crean el terapeuta y su cliente viene a efectuar un ajuste de cuentas del pasado, depurándolo de las adherencias que se hayan ido fraguando.

A este respecto, conviene recordar la definición de psicoterapia aportada por McLeod, en 1997: "Proceso en el cual cliente y terapeuta trabajan juntos para descubrir la evaluación de los acontecimientos sociales que

conforman la historia del cliente, a fin de conseguir una nueva evaluación de los mismos que resulte más satisfactoria".

La catarsis como simple desahogo emocional es necesaria pero no suficiente. Después de efectuar la limpieza del fondo, hay que restituir la figura o, quizás, conseguir que la figura brille más, una vez despejado el fondo de elementos perturbadores.

**4. Innovación**

El principio de innovación consiste en movilizar al cliente en orden a que experimente emociones nuevas, retarlo a que enfrente situaciones distintas, variando ciertas condiciones o modificando algún hábito o rutina de conducta. Tales retos han de conducirlo a **vivir experiencias correctivas** que favorezcan el cambio deseado, sea éste implícito o explícito en el motivo de consulta.

El cambio es posible a partir del momento en que el cliente cobra consciencia de ser autor de su sistema de adaptación. Su responsabilidad existencial abarca la creación de las significaciones que le han conducido hasta la situación actual, pero se prolonga en orden a seguir lanzando nuevas expectativas y atribuciones. La terapia introduce la consciencia de la propia autoría: En cierto sentido, antes de la terapia, construimos nuestro mapa de representación del mundo,

a nuestro modo y con los materiales que van llegando. Después del proceso terapéutico, el cliente ha de reconocer su responsabilidad en **dos vertientes**:

- a) la atribución de sentido y significaciones a los acontecimientos reales;
- b) la construcción reflexiva del sí mismo, en y frente a esa realidad.

El empleo del metamodelo, a posteriori de la comprensión, lo considero necesario para retar el cambio y acompañarlo. El A.T. nos da un lenguaje sencillo, que nos ayuda a situar casi topográficamente dónde está el bloqueo, qué estado del yo tiene la responsabilidad del cambio, y cómo pueden ayudar los otros estados o boicotear la operación que estamos pretendiendo. En este sentido, el A.T. se comporta como una fenomenología constructiva tal como la pedía el propio Husserl.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Erskine, R. y Trautmann, R. (1996). *Les méthodes d'une psychoterapie integrative. a.A.T.*, abril de 1996; trad. T.A.J. 1999.
- Heiddegger, M. *El Ser y el Tiempo*, pág. 46. Barcelona: Planeta.
- Merleau-Ponty, M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta.
- Villegas, M. (1995). *Psicoterapia*, págs. 22-23, 3-4.



## B. RESUMEN DE LA PONENCIA-TALLER

### UN PALPITANTE CALEIDOSCOPIO DE CARICIAS: EL LIBRO DE LOS SALMOS<sup>1</sup>

MARÍA PILAR DE LA FIGUERA LÓPEZ

Licenciada en Psicología (FL) Col. 1540 BCN  
Miembro Clínico de AESPAT y ALAT

*Desde la óptica transaccionalista se escuchan claramente en el Libro de los Salmos las voces de NIÑOS artistas cantautores, excepcionalmente empáticos y empatizantes, que recogen y expresan en Caricias poemas las emociones y sentimientos más profundos del ser humano.*

*Esta Ponencia/Taller que aquí presento (X Congreso Español de A.T. en Barcelona, 7-9 de julio del 2000) es un trabajo teórico-práctico sobre las Caricias que se encuentran en este Libro. Para ello nos moveremos entre dos coordenadas: el Análisis Transaccional y La Biblia.*

*"Pisad con planta de lana  
quedito...  
pasito, amor...  
no espantéis al ruiseñor!"*

*Lope de Vega*

#### ANÁLISIS TRANSACCIONAL

1.1. Dentro de su peculiar *Análisis Estructural y Funcional de la Personalidad*, lo que más suele llamar la atención, lo más impactante y entrañable es la descripción del NIÑO (Román, 1992),

como ese sector de nuestra personalidad que podría considerarse la sede y el manantial de nuestros sentimientos y emociones, y que, sea cual sea la edad biológica de la persona hace que, en determinadas cir-

cunstancias, se comporte como un crío de 5 años.

Pues aún se puede decir más de este NIÑO: que en él se arraiga y de él brota la personalidad artística.

#### **Características del NIÑO artista:**

- una capacidad de empatía superior al común es decir, una mayor sensibilidad afectiva y emocional para conectar con los demás

- *gran flexibilidad*: es adaptable a todo
- *mucha intuición*: de pocos datos, extrae conclusiones novedosas
- *originalidad*: lo que hace y lo que dice, lo dice y lo hace muy poca gente.

En resumen:

*gran empatía + flexibilidad + intuición +  
+ originalidad = creatividad*  
(Romo, 1997)

Y una última e importante precisión:

esa finura emocional e intuitiva lleva al artista a:

- *captar más cosas que los demás*, antes que ellos, y mucho mejor.
- y también, a *ser más vulnerable*, a *quedar afectado con muy poco*:  
unas veces, inmediatamente, tipo "flash"!... otras, más lentamente, y con mucha "resonancia":

como se despliegan las ondas de un impacto,

*visiblemente*,  
con círculos, en el agua...  
*acústicamente*,

en el aire, con el eco... eco... eco...

Y al ser el artista *una personalidad especialmente empática* = muy sensible, emocional e intuitiva, puede ser también *extraordinariamente empático* = vinculante, atractiva, fácilmente idealizable y objeto de identificación social.

1.2. También en cuanto al *Análisis de las Relaciones Interpersonales* o *Transacciones*, hay un tema que normalmente seduce a quien lo conoce:

las *Caricias* (De la Figuera, 1990), consideradas como unidad de base de toda transacción, al consistir simplemente en: todo hecho o dicho que suponga hacer caso a otro, tenerle en cuenta,

darse por enterado de que el otro existe y está ahí.

Con respecto a este tema, además de identificar las Caricias como positivas, negativas, incondicionales o condicionales, es interesante, además, *concretar su cualidad*; por ejemplo: caricias positivas de alegría, de confianza, de serenidad, de firmeza, de paz... caricias negativas de tristeza, de rabia, de angustia, de rencor, de miedo...

Y tener muy en cuenta que, dada su necesidad para el desarrollo y la supervivencia emocional, las caricias pueden considerarse un *psicotrónico* = un alimento psíquico. De que tal alimento sea positivo o negativo dependerá su nutrición o su toxicidad y, en consecuencia, que el desarrollo emocional sea sano o insano,

Pues bien, este alimento psíquico ¿se lo niega Dios a los hombres y mujeres?

¿es un fruto prohibido, como lo fue el de aquel árbol del paraíso?

Esa es mi actual investigación, en este momento, que me ha llevado a descubrir cosas verdaderamente interesantes, algunas apasionantes, tanto de la Biblia como del Análisis Transaccional (De la Figuera, 2001).

#### II. LA BIBLIA<sup>2</sup>

Es un Libro oriental, de 3.000/2.000 años, y está constituido por todo un compendio de 73 libros redactados entre el s. X a.C. y el s. I d.C., de los cuales 46 corresponden a la Biblia Hebrea y 27 a la Biblia Cristiana.

Su razonamiento es oriental –simbólico, globalizante, hiperbólico–, y está redactado en el contexto histórico-cultural oriental de los siglos citados.

Originalmente escrita en hebreo y en griego, ha sido traducida a todos los idiomas conocidos, y es un asombroso *long seller*, que se mantiene a través de los siglos.

Está considerada por judíos y cristianos como *la constancia escrita del diálogo de*

<sup>1</sup> Extracto del libro *Acariciar, ¿prohibido por Dios?* M<sup>a</sup> Pilar de la Figuera (2001). Estella: Verbo Divino.

<sup>2</sup> Las citas bíblicas de los *Salmos* se tomarán de *Salmos y Cánticos* (1999). Las demás, de la *Biblia del Peregrino* (1995).

tal manera que, al evocar los unos, surgen con ellos los otros (Penfield, 1952);  
– y que, cuantas más veces rememoremos los acontecimientos “archivados” –las caricias–, más indeleble se hará su huella nocional y emocional.

A ello contribuye muy eficazmente la repetición verbal –por medio de la voz– de aquello que se guarda en la memoria.

Ya están construidas para eso las *Caricias-poemas* de los salmos:

con frases cortas,  
con palabras y estribillos que se repiten,  
a fin de que sean fácilmente memorizables (Collin, 1997).

Y ese “*aliento vital hecho sonido, la voz*” –como alguien dijo hace unos años– sublimada y potenciada por medio de la *música*, es la que da vida a esas *Caricias-poemas* mediante la *melodía* y el *ritmo* inherentes al texto, y plenificados con el *canto*;

al tiempo que despierta y anima los sentimientos unidos al recuerdo de esas Caricias, así como los expresados al cantarlas.

Pues...

durante años y años –cientos de años–, estas Caricias-poemas se transmitieron de viva voz, cantando, de generación en generación.

Así que, para que no se perdieran o se deterioraran irrecuperablemente, se fijaron por escrito entre los siglos IX-II a.C.

En cuanto a los autores de las *Caricias-poemas* del Salterio, tanto la tradición judía como la cristiana las atribuyeron durante muchos siglos al rey David (1010-971 a.C.) (Collin, 1997; Prévost, 1994),

pero en el Salterio sólo consta su nombre en 73 salmos.

¿Se refiere el autor, o a la manera de interpretar esas Caricias-poemas?

Tanto puede ser una cosa como la otra.

De hecho, los salmos que ahora leemos parecen ser fruto de toda una sucesión o cadena de autores o poetas anónimos, pertenecientes a los más diversos niveles o estamentos del Pueblo de Israel:

Lo cierto es que, tanto de los autores “conocidos” como de los “anónimos”, puede

*“lo que oímos y aprendimos,  
lo que nuestros padres nos contaron,  
no lo ocultaremos a sus hijos,  
lo contaremos a la futura generación...”*

(Sal 78, 3-4)

...repiéndolos en coro o en solo:

contemplando,

saboreando,

y proclamando a los cuatro vientos esas Caricias, con música y con danzas,  
con vítores y aplausos,

con embeleso, con amor o con nostalgia,

con risas o con lágrimas...

Y sucede que, en una cultura predominantemente oral como ésta a la que pertenecen los salmos, sólo se cuenta con *la memoria* y con *la voz* para conservar y transmitir los recuerdos.

Por eso, me parece interesante recordar:

– que en la memoria se “archivan” juntos el recuerdo de los hechos o dichos (memoria episódica) y las emociones o sentimientos que ellos provocaron, de

decirse que fueron lo que hoy llamaríamos “folk singers”,

o “cantautores”,

y lo que la Alta Edad Media habrían saludado alborozadamente como Juglares.

Mira, sean quienes fueren, lo evidente es que, estas Caricias-poemas, sólo las han podido crear personas especialmente dotadas para la poesía y la música:

unas más que otras, claro está: que en el Santerio se pueden encontrar verdaderas obras de arte, junto a “doradas medianías”.

Pero, ¡alerta!...

que los Salmos no son,

únicamente,

la expresión individual de un artista

son, también,

la experiencia vital y vivida de todo un colectivo, el Pueblo de Israel,

captada

y vivida

y cantada por uno de sus miembros, el NIÑO artista-Juglar, especialmente sensible y sensibilizado para ello.

Pero basta ya de teoría!

Que, como dicen los sufíes

*“hablar de vino no emborracha,  
lo que emborracha es beberlo”,*

**Este Taller es cosa de NIÑOS:  
te invito a dejar salir a tu propio NIÑO,  
sin problemas, libremente.**

porque con nuestros NIÑOS vamos a catar el vino de los Salmos:

vamos a visitar la bodega del Salterio:

a gustar ese vino añoso,

de la reserva del 1000 a.C. o del 850 a.C....

Para ello,

hay que conectar con el NIÑO juglar: *no perder de vista a ese NIÑO.*

Y afrontar cada *Caricia poema* desde nuestros NIÑOS, sencillamente, sin prejuicios, sin defendernos de ella, dejándonos invadir por su poesía:

intentar identificarnos con el NIÑO artista que ha creado esa *canción* y acariciar con ella, o dejarse acariciar, o suplicar, rechazar,

darse caricias, según las indicaciones del poema.

Mira, por ejemplo, cómo expresa su sentir –y el de su Pueblo– el Juglar del salmo 103,

que no sólo canta las Caricias de su Dios, sino que *insiste en guardarlas en la memoria.*

Y ésta es su Caricia-canción:

*“bendigo al Señor con toda mi mente,  
con todo mi ser!...”*

*Y me repito:*

*“no olvides ninguno de sus beneficios!”*

*Él perdona todas tus culpas  
y cura todas tus enfermedades,  
Él rescata tu vida de la fosa  
y te colma de gracia y de ternura...”*

(Sal 103, 1-4)

Son Caricias de cuidado,  
de protección,  
de perdón y de ternura,  
las que canta.

Y añade y deja muy claro el NIÑO Juglar cómo es para con los hombres ese Dios que le da tales Caricias,

*recordando cómo actuó en Egipto,*

y cómo se presentó a Moisés en el desierto (Ex 34,6):

*“no está siempre acusando  
ni guarda rencor perpetuo.*

*No nos trata como merecen nuestros delitos  
ni nos paga según nuestras culpas:*

*como se alza el cielo sobre la tierra  
se alza su bondad sobre los hombres;*

*como dista el oriente del ocaso  
así aleja de nosotros nuestros delitos!”*

(Sal 103, 6-12)

Y esta “cascada de caricias” dedicadas a su Dios no es más que un prelude de la Caricia fundamental, experimentada en la Alianza y cantada a continuación (la resaltaré en negrilla):

*“como un padre siente ternura por sus hijos,  
siente el Señor ternura por los hombres,*

porque Él conoce nuestra masa,  
se acuerda de que... somos barro!"

(Sal 103, 13-14)

Pues es realmente interesante poder comprobar, en el Libro de los Salmos, cómo ha calado en el Pueblo de Israel esa *Caricia de la paternidad de su Dios*.

Fijate que al menos, desde el punto de vista de las Caricias, podría decirse:

*todo el Salterio  
es una inmensa Caricia de confianza  
en el amor y en la fidelidad de su Dios,  
cantada de 150 maneras = los 150 salmos.*

Como... un caleidoscopio que, con los mismos elementos, construye mil y una composiciones de inesperada y sorprendente belleza.

Mira, observa cómo se expresa esta *Caricia de confianza en Caricias de seguridad en el cuidado,*

*la presencia,  
la compañía,  
y la protección de su Dios,  
en el salmo 27, por ejemplo:*

*"el Señor es mi luz y mi salvación,  
¿a quién temeré?"*

*El Señor es la defensa de mi vida,  
¿quién me hará temblar?...*

*...si un ejército acampa contra mí,  
mi corazón no tiembla.*

*Si me declaran la guerra,  
me siento tranquilo...*

***Aunque mis padres me abandonaran,  
me acogería siempre mi Dios!"***

(Sal 27, 1.3.10)

Recuerda esta *Caricia-canción* —o, tal vez, canta a partir de ellas— aquellas palabras que el Profeta Isaías pone en boca de su Dios:

*"¿puede una madre olvidarse  
del hijo de sus entrañas?..."*

*Pues aunque hubiera una que se olvidara,  
Yo no te olvidaré jamás..."*

(Is 49, 15)

Sea como fuere, el punto de referencia de ambas *Caricias* —palabra profética y canción de Juglar—

es la indudable seguridad del ser humano en el amor y el cuidado de sus padres, que aquí el NIÑO cantautor de Israel considera frágiles en comparación con la firmeza del amor de su Dios:

y canta su confianza y la de Israel  
en ese amor de su Dios,  
aunque se muevan los cimientos  
de su personalidad  
constituidos por el amor de sus padres:

*"aunque mis padres me abandonaran,  
me acogería siempre mi Dios!"*

(Sal 27, 10)

Puede decirse que nos hallamos ante la más fundamental *Caricia de confianza y de seguridad de todo el Salterio*.

Y desde esa confianza, mira como pide caricias de ayuda a su Dios:

*"Despierta, Señor!... ¿por qué duermes?..."*

(Sal 44, 24)

*"En mi angustia te busco, Señor mío..."*

(Sal 77, 3a)

*"No entregues a los buitres  
la vida de tu tórtola,  
ni olvides sin remedio  
la vida de tus pobres!..."*

(Sal 74, 19)

Ya hemos visto antes las *Caricias-poemas* del Niño-artista Juglar alegre y feliz, cantando *Caricias de alabanza y de agradecimiento* a su Dios, que lo trata como un padre.

Ahora lo vamos a ver pidiéndole *Caricias de ayuda, protección y acogida,* angustiado,

triste,  
muerto de miedo...  
pero siempre seguro de su Dios:

de que le va a escuchar,  
de que va a recibir

de Él caricias de atención (Collin, 1997).

Y clama y grita hacia Él,  
y suplica con verdadera urgencia!...

Mira, por ejemplo, en el salmo 70:

*"Dios mío, dignate libramme!  
¡¡Señor, date prisa en socorrerme!..."*

*yo soy un pobre desgraciado,  
Dios mío, socórreme,  
que Tú eres mi auxilio y mi liberación,  
¡¡Señor, no tardes!..."*

(Sal 70, 2.6)

Pues también hace pensar esta urgencia en las "prisas" de los niños biológicos: cuando quieren una cosa,

la quieren YA!!...

Aunque sea una pequeñez!

Pero los motivos de los NIÑOS Juglares del Salterio para pedir caricias no pueden decirse que sean... "niñerías".

Mira, por ejemplo, en el salmo 6:

cómo siente o capta... y canta —o llora— el NIÑO Juglar una situación profundamente humana,

con la que se pueden sentir identificadas muchas personas, en todas las épocas, y en cualquier país:

*"Misericordia, Señor, que desfallezco!  
Tengo el alma en delirio,  
y Tú, Señor, ¿hasta cuándo?..."*

*Vuélvete, Señor...  
sálvame, por tu misericordia!...*

*Estoy agotado de gemir,  
de noche lloro sobre el lecho,  
riego mi cama con lágrimas..."*

(Sal 6, 3-5. 7)

También el cantautor del salmo 116 cuenta y canta cómo pidió *Caricias de ayuda* a su Dios ante una situación límite, de enfermedad mortal.

Y cómo recibió de Él *Caricias positivas de atención* y...

*"Amor al Señor, porque escucha  
mi voz suplicante!...  
porque inclina su oído hacia mí  
el día que lo invocó!"*

*Me envolvían redes de muerte,  
me alcanzaron los lazos del Abismo,  
caí en tristeza y angustia...  
invocé al Señor:*

*'Señor, salva mi vida!'*

*El Señor es benigno y justo,  
nuestro Dios es compasivo;  
el Señor guarda a los sencillos:  
estando yo sin fuerzas, me salvó!...*

*...arrancó mi vida de la muerte,  
mis ojos de las lágrimas,  
mis pies de la caída...*

*caminaré, en presencia del Señor,  
en el país de la vida!"*

(Sal 116, 1-6. 8-9)

Y te voy a presentar ahora un trocito de una hermosa *Caricia-poema*, creada por un anciano NIÑO-Juglar: el salmo 71.

Es una petición a su Dios de *Caricias de protección,*

*de presencia,  
de acogida,*

*y de ayuda,*

llena de ternura y firme confianza en Él, desde su debilidad y la experiencia de su vida:

*"...Tú, Dios mío, fuiste mi esperanza,  
y mi confianza, Señor, desde mi juventud.  
...no me rechaces ahora, en la vejez!  
me van faltando las fuerzas,  
no me abandones!..."*

*...Dios mío, me instruiste desde mi juventud,  
y hasta hoy relato tus maravillas;*

*ahora, en la vejez y las canas,  
no me abandones, Dios mío!..."*

(Sal 71, 5.9. 17-18)

También el NIÑO-Juglar, angustiado, y muerto de miedo, pide y suplica a su Dios *caricias positivas de protección, y de acogida,* ante un cúmulo de *caricias negativas psicosociales:*

*"Dios mío,  
escucha mi petición,  
no te cierres a mi súplica!..."*

*Hazme caso y respóndeme!...*

*Me agitan mis ansiedades,  
me turba la voz del enemigo,  
los gritos del malvado.*

*...se me retuercen dentro las entrañas,  
me sobrecoge un pavor mortal!...*

*Me asalta el temor,  
y el terror..*

Me envuelve el espanto!...

Veo en la ciudad violencia y discordia:  
...en su recinto, crimen e injusticia,  
crueldad y engaño..."

(Sal 55, 2-4, 5-6)

Y mira qué otra *caricia negativa psíquica*,  
procedente de un amigo (?), se suma a to-  
das éstas que le espantan:

"Si mi enemigo me injuriase,  
lo aguantaría;  
si mi adversario se alzase contra mí,  
me escondería de él...  
...pero eres tú,  
mi compañero,  
mi amigo y confidente,  
con quien me unía una dulce intimidad!..."

(Sal 55, 13-15a)

Y pide a su Dios la *Caricia positiva de su ayuda*:

"pero y invoco a Dios,  
y el Señor me salva!

Por la tarde,  
en la mañana,  
al mediodía,  
me quejo, gimiendo...  
Dios escucha mi voz:  
su paz rescata mi alma  
de la guerra que me hacen,  
porque son muchos contra mí..."

(Sal 55, 17-19)

Pero no siempre son "pacíficas" las La-  
mentaciones de las *Caricias-poemas*:  
que se crearon en una cultura y en una  
época muy dadas a maldiciones!...

Une a esto un *NIÑO artista* sensible y  
asustado, y nos encontraremos con una si-  
tuación verdaderamente interesante:

- la *caricia positiva* de pedir caricias a su Dios,  
con libertad y confianza,
- y las *caricias negativas* que se piden:  
como un crío asustado y enfadado,  
que llora,  
exige,  
patalea,  
dice disparates y barbaridades.

Por ejemplo:

"te voy a pisotear!... te voy a matar!..  
mi papá te sacará los ojos!..."

Y llorando,  
enrabietado:

"papá!..  
cuelga de las orejas a ese niño  
en el monte más alto del mundo!..."

Es de todos bien sabido que *el padre*,  
*el buen padre*,  
*escucha pacientemente* la "pataleta", com-  
prendiendo que el chiquillo tiene miedo, que  
está enfadadísimo, dolido o herido...

y, por eso,  
ni toma en cuenta lo que dice y lo que pide,  
ni tampoco lo rechaza por eso:  
es su hijo!...

Y los críos lo saben, vaya que sí!

Saben muy bien dónde y en qué brazos  
pueden refugiarse para llorar y decir dispa-  
rates, sin que pase nada más -ni menos-  
que la seguridad y el confort de una caricia  
incondicional de acogida.

Pues, si no tienes inconveniente, vamos a  
ver alguna de las "barbaridades" que pide  
cantando el *Niño-Jugar*, enfadado y asustado!  
En el *Salmo 58*, por ejemplo:

"oh Señor,  
rómpelos los dientes en la boca!..  
...que se derritan,  
como agua que se escurre!  
que se marchiten,  
como hierba pisoteada!  
que sean como babosa  
que se deslíe al andar!  
como aborto  
que no llega a ver el sol!!"

(Sal 58, 7-9)

Pero, además de enrabietarse, el *NIÑO artista* también sabe de arrepentimiento y de suplicar *Caricias de perdón*.

como en la ya clásica *Caricia-poema* del *Salmo 51*:

"Misericordia,  
Dios mío,  
por tu bondad!..."

Por tu inmensa compasión,  
borra mi culpa,

lava del todo mi delito,  
pues yo lo reconozco..."

(Sal 51, 3-4a, 5a)

En fin, no sé si tu *NIÑO* se habrá "mareado"  
un poco catando estos vinos de los Salmos.

No sé si podrá decir, con el profeta Jere-  
mías:

"Estoy como un borracho,  
como uno vencido por el vino,  
por causa del Señor,  
y de sus santas Palabras..." (Jr 23,9).

Sea como fuere, hay que terminar ya  
esta visita a las bodegas del Salterio.

Y lo vamos a hacer con una deliciosa y  
serena *caricia poema* que reúne, abier-  
tamente, el Estado *NIÑO* de la Personalidad  
del *Juglar* y la *caricia de confianza en su Dios: el Salmo 131*.

Te la voy a presentar con música del co-  
nocido músico bibliista *Lucien Deiss* (2001),  
para que realmente sea una *caricia-canción*,

enmarcada por una *antífona* que re-  
sume su contenido y que, si quieres, podrás  
cantar utilizando únicamente la *melodía*,  
o bien apelando a la *polifonía* = ver-  
sión para dos voces, o para cuatro voces  
mixtas.

Salmo 131

**Guarda mi alma en la paz,  
junto a Ti, Señor!...**

"Tú conoces, Señor, mi corazón;  
Tú conoces todos mis caminos.

El orgullo no reina sobre mí,  
ni mis ojos son altaneros.

He guardado mi alma en la paz,  
sin buscar honores ni grandezas.

En silencio la tengo sobre mí,  
como un niño en brazos de su madre.

Israel, confía en el Señor!  
Él será tu fuerza para siempre!..."

ANTIFONA

Guar- da mi al- ma en la paz jun- to a tí, Se- ñor.

ANTIFONA voces mixtas

S.  
A.  
T.  
B.  
Guar- da mi al- ma en la paz jun- to a tí, Se- ñor.

ESTROFAS

1. Tú co- no- ces, Se- ñor mi co- ra- zón, Tú co- no- ces to- dos mis ca- mi- nos.  
2. El or- gu- llo no rei- na so- bre mi, ni mis o- jos son al- ta- ne- ros  
3. He guar- da- do mi al- ma en la paz, sin buscar ho- nores ni gran- de- zas.  
4. En si- len- cio la ten- go sobre mi co- moun ni- ñoen bra- zos de su : dre.  
5. Is- ra- el —con- fíaen el Se- ñor El se- rá tu fuer- za pa- ra siem- pre.

## BIBLIOGRAFÍA

- Artola, A.M. y Sánchez Caro, J.M. (1995). **Biblia y Palabra de Dios**. Estella: Verbo Divino.
- Biblia del Peregrino** (1995). Traducción dirigida por Luis Alonso Schökel. Bilbao: Mensajero.
- Collin, M. (1997). **El libro de los Salmos**. Cuadernos Bíblicos 92. Estella: Verbo Divino.
- De la Figuera López, M.P. (1990). **Fundamentos psicológicos de las caricias**. Madrid: San Martín.
- De la Figuera López, M.P. (2001). **Acariar, ¿prohibido por Dios?** Estella: Verbo Divino.
- Lope de Vega (1981). Letras varias, IX. En Elías L. Rivers (ed.). **Poesía Lírica del Siglo de Oro**. Madrid: Cátedra.

- Penfield, W. (1952). Memory Mechanisms. **A.M.A., Archives of Neurology and Psychiatry**, 67, 178-198.
- Prévost, J.P. (1994). **Diccionario de los Salmos**. Cuadernos Bíblicos 71. Estella: Verbo Divino.
- Román, J.M. (coord.) (1992). **Análisis Transaccional. Modelo y Aplicaciones**. Salamanca: Amarú.
- Romo, M. (1997). **Psicología de la creatividad**. Barcelona: Paidós.
- Salmos y Cánticos** (1999). Traducción dirigida por Luis Alonso Schökel. Estella: Verbo Divino.

## REFERENCIAS DISCOGRÁFICAS

- Deiss, L. (2001). **Lo mejor de Lucien Deiss**. 524 LC. Madrid: San Pablo.

## C. RESÚMENES DE COMUNICACIONES

## ECOLOGÍA HUMANA Y CALIDAD EN EL TRABAJO

JUAN ANTONIO SAAVEDRA QUESADA\*

Psicólogo  
y Director de la Escuela de Ecología Humana Internacional en Canarias

Mirar el trabajo con los ojos de la Ecología Humana y la Cultura de la Calidad Total, con referencias occidentales y orientales integradas, es ver cosas muy distintas a las que se suelen ver con los ojos de la Cultura de la Cantidad, tanto en su dimensión mecanicista como humanista, que es la cultura que sigue haciendo del trabajo un mundo de esclavos desde su origen.

Sabemos que el desarrollo humano pasa por una etapa de dependencia exterior, luego por una etapa de independencia en la que existe el riesgo de que muchos se queden atrapados en la falsa identidad de un Yo aislado y aprendido, y finalmente lograr una etapa de realización individual y colectiva donde podamos disfrutar de una alta calidad de vida en relaciones de interdependencia que nos permitan una comunicación con los demás en la que sea posible el trabajo en equipo, la libertad para expresar la diferencia de cada uno y la experiencia de una autoestima incondicional por Ser lo que realmente uno es. El principal obstáculo a salvar para poder entender hoy la cooperación como el único camino es atravesar lo que creemos que es nuestro yo competitivo, que nos encierra y separa en el marco aprendido de *yo o tú*, para reencuadrar nuestro trabajo en el marco del *tú y yo*, don-

de las diferencias son trascendidas e integradas por una visión del Ser Humano que nos iguala y permite negociar para ganar todos.

Pero este proceso que, en teoría muchos compartimos, seguimos comprobando que es difícil darle realidad en nuestra vida cotidiana, especialmente en el ámbito laboral. Desde mi deseo de mejorar la salud y calidad de vida de los canarios, quiero aportar algunas reflexiones para comprender mejor esta grave paradoja.

Todos hemos experimentado la influencia determinante del territorio exterior, cosas materiales y roles o personas que actúan como si fuéramos objetos manipuladores o manipulables, en el espacio interior de los trabajadores, en sus formas de pensar y sentir, individuales y colectivas. Dicha influencia es tan determinante que hace que la mayoría de los seres humanos sigamos todavía viendo sólo líneas verticales, jerarquías que nos encierran en posiciones enfrentadas y repetitivas de uno arriba y otro abajo, o sólo líneas horizontales, para justificar nuestras conductas de seguir dando cabezazos contra la misma pared y conformarnos con que el trabajo sea sólo un medio de vida, es decir, un entorno donde no es posible realizarse como ser humano por-

\* C/. Venegas, 13 - 1ª B. 35003 LAS PALMAS DE G.C. Teléfonos 639 35 29 19 / 928 43 26 24. www.intermindnet.com. E-mail: jasaave@idenet.com

que lo único importante son las necesidades corporales más inmediatas, incluso para los que tienen los mejores sueldos.

Hay un experimento con gatos recién nacidos, cuyos ojos están cerrados hasta después de los ocho días de su nacimiento, que puede servir para comprender esta realidad del trabajo. Los gatos fueron colocados en tres cajas distintas. La primera tenía sus paredes internas pintadas con líneas verticales, la segunda con líneas horizontales y la tercera sin ninguna línea decorativa sino pintadas de blanco. Una vez que abrieron los ojos, los gatos estuvieron grabando durante varios días lo que podía ver, hasta que los sacaron y fueron colocados en una habitación normal. Se comprobó que los gatos que vieron sólo líneas horizontales se golpeaban con las patas de las sillas y las mesas, porque no podían ver los objetos verticales; los que vieron sólo líneas verticales se golpeaban con los bordes de los muebles que estaban a la altura de sus ojos, porque no podían ver objetos horizontales; y los que sólo vieron paredes en blanco estaban como locos y en una confusión total.

Hay que tener mucha falta de ignorancia para que no podamos reconocernos el derecho a ser ignorantes y poder aprender las cosas más esenciales que nos pueden ayudar a mejorar nuestra calidad de vida. En mi experiencia personal y profesional compruebo con mucha frecuencia la grave limitación que tenemos para utilizar la primera habilidad de la inteligencia humana, simplemente poder observar y confrontar lo que hay sin hacer interpretaciones defensivas que nos improductivicen. Es lógico que sólo creamos en lo que ya hemos aprendido y que nuestra ignorancia, a la que vemos como el único grado de saber y conocimiento posible, no nos permita ver la realidad, porque nos faltan grabaciones primarias que nos mantienen atrapados en verdades a medias e influidas por intereses alejados de lo que realmente necesitamos como seres humanos. Es como si estuviéramos condenados, a pesar del boom de información que nos rodea, a mirar y no ver, oír y no escuchar,

sentir y no percibir. ¡Qué despilfarro de datos y posibilidades para mejorar nuestra calidad de vida!

Ahora se dice que la economía va bien y muchos podemos comprobar y disfrutar los avances técnicos a distintos niveles, pero son pocos los que pueden percibir lo torpes y lentos que vamos a nivel de desarrollo humano porque seguimos, como los pollos de Konrad Lorenz, detrás del triciclo, símbolo del progreso material, que atado por una cuerda que lo mueve, la obsoleta y antihumana visión cuantitativa, nos hace creer que ese objeto mecánico es la gallina llena de vida de la cual procedemos y a la cual estamos determinados a parecernos si nos desarrollamos como lo que somos.

No es muy atractivo o motivador el sentido, lógico y regresivo, que le damos a nuestra vida ni podemos esperar mucho de seres humanos condenados a sobrevivir e identificarse con un móvil mecánico por culpa de una educación y unos aprendizajes, tempranos y no tan tempranos, que sirven de base para adquirir los conocimientos que nos ayudan a sobrevivir, sin llegar a realizarnos en el nivel de "super-vivencia" que las potencialidades con las que nacemos nos exigen. Hasta los cursos que se dan sobre la Cultura de la Calidad siguen encerrándonos en las mismas cajas o marcos que la Cultura de la Cantidad nos hizo grabar y codificar antes en nuestros cerebros, porque los responsables de los mismos nos han atravesado en sus experiencias reales de trabajo los límites, las estructuras y las formas con las que han sido educados. Por desgracia, hasta en la educación de adultos, que tiene que contar más con los intercambios de experiencias entre los participantes, la educación sigue teniendo más de transmisión de conocimientos que de espacios donde cada uno pueda descubrir la Calidad de Ser lo que uno es, única base y guía que nos puede motivar a la mejora continua de nuestras habilidades y a saber hacer lo que estamos haciendo. El bien hacer sólo puede ser motivador cuando se experimenta como exigencia interna al servicio del Ser del cliente interno y externo,

no como un medio de sobrevivir a costa de otros.

Los conceptos e instrumentos de la Ecología Humana aportan un sentido lógico, pero también un sentido basado en la inteligencia emocional y social, que facilitan un nuevo marco de referencia donde podamos conocer líneas que van en todas las direcciones, donde sea posible la comunicación productiva y no la manipulación patológica, donde todos busquemos la calidad y no chivos expiatorios, donde nos preocupe la lucha por sobrevivir como organización y no las luchas internas, donde podamos, en re-

sumen, trascender, transgredir y transformar todo lo que se oponen u obstaculice una calidad de vida basada en una ética que satisfaga nuestras necesidades como seres humanos. Para mí es la tecnología más efectiva actualmente para evitar caer en círculos viciosos o en la confusión total que manifestaron los gatos que no tenían referencias externas, con la diferencia de que para los seres humanos las referencias de la auténtica calidad de vida son internas y analógicas, porque nos hacen más subjetivos pero menos egocéntricos.

## EN EL GUSTO ESTÁ LA VARIEDAD

JUAN ANTONIO SAAVEDRA QUESADA\*

Psicólogo

Lo que se suele decir es que en la variedad está el gusto, como si cambiando lo que hacemos o tenemos se nos garantizara el gusto y el placer. Desde esta prioridad, que facilita el cambiar todo para seguir igual de mal y sin gusto o con gustos superficiales e infantiles, funcionan muchos de los llamados medios de comunicación social, que permite competir precisamente por captar la atención de todos variando noticias, estímulos, personajes famosos y productos materiales o no materiales. Incluso a nivel científico, a veces se da la sensación de que el saber y la verdad está en cambiar las formas de copiar o repetir lo que dicen otros, pero sin disfrutar del fuego o de la pasión que surge de cualquier saber que nos sirve para mejorar nuestra calidad de vida. Es como si en la vida que llevamos, siguiéramos al pie de la letra a aquel pensador griego que defendía que todo fluye, pero olvidando que él mismo nos decía también que es el fuego el elemento fundamental del universo.

Parece que, en esta sociedad que hacemos entre todos y nos hace a todos, si uno hace cosas variadas va a encontrar gusto y placer en lo que hace. Y algunos se lo creen tanto que viven sólo para estar siempre haciendo cosas distintas y cada vez de mayor importancia y de más prestigio social; llegan incluso a creerse que so lo que hacen, por eso no quieren cambiar el trabajo

que hacen aunque les cueste la vida y se deprimen si los cambian de puesto o llega el momento de jubilarse.

En el fondo se trata de un mensaje, dominante todavía en la cultura machista actual, que podríamos resumir en que hay que hacer continuamente cosas variadas para así tener el gusto de lo que podríamos llamar éxito social y sexual. Lo peor es que algunas mujeres, en vez de desarrollar sus propias prioridades, copian lo malo que los hombres han desarrollado y nuestras relaciones nos encierran cada vez más en círculos viciosos que nos llevan a seguir solos y mal.

Parafraseando a José Antonio Marina que decía que la inteligencia es estar enamorado de una persona pero de muchas cosas, el título de este escrito viene a defender que cuando una persona descubre el gusto de ser lo que es y se enamora de sí mismo, ya ha encontrado el fuego interior que le permite apasionarse y enamorarse disfrutando de las cosas que puede hacer o puede tener. Casi siempre asociamos el enamoramiento a otra persona y no a uno mismo, pero quizás sólo se enamora uno de otra persona después de haberse enamorado de uno mismo, que es lo que nos da una autonomía afectiva para querer a alguien sin dependencias; cuando no es así, cuando sólo hay necesidades que esperamos satisfacer con el otro, o narcisismos que nos impiden salir de

nosotros mismos, lo que suele pasar es que uno se enamora de lo que espera que la otra persona haga o tenga y por eso acaba luego separándose de lo que encontró.

Estar enamorado de uno mismo, que exige trascender lo que el yo hace o tiene, es estar bien con uno mismo al experienciarse como Ser Humano igual a todos los de nuestra especie, y desde ese estado, que es intrínsecamente creador y abierto a los otros, uno puede disfrutar tanto de un éxito o un fracaso en lo que hace como de un logro obtenido o una pérdida de algo que tiene. Enamorarse es descubrir el gusto de dar prioridad a ser lo que uno es, es querer por lo que uno es o querer a alguien por lo que esa persona es; este placer de ser lo que uno es y de querer a alguien por lo que es, permite experimentar un poder suficiente para trascender cualquier error o fracaso, relacionados con lo que hacemos, o cualquier pérdida o separación, relacionadas con lo que tenemos.

Me alegra mucho comprobar que cada vez hay más personas que, a través de la Escuela de Ecología Humana o de otras alternativas, disfrutan de un estilo de vida con suficiente chispa vital para no caer en la rutina de priorizar lo exterior o en la dependencia adolescente de poner su satisfacción en los aplausos de otros y su seguridad en cualquier cosa que puedan tener, ya sea una cuenta corriente, una relación, una creencia o una forma de pensar, de sentir o de actuar. Es el gusto del fuego interior lo único que nos puede encender la conciencia de evitar lo que nos produce sufrimiento, sin esperar o buscar explicaciones, y de acercarnos a lo que nos da placer. Es la realización de lo que uno es y el placer de nuestro propio desarrollo lo que nos hace disfrutar de esa capacidad para hacer lo que hacemos, aunque nos equivoquemos, y para tener lo que tenemos, aunque a veces hayan pérdidas o separaciones.

\* C/. Venegas, 13 - 1º B. 35003 LAS PALMAS DE G.C. Teléfonos 639 35 29 19 / 928 43 26 24. www.intermindnet.com. E-mail: jasaave@idenet.com

## CAMINOTERAPIA (1ª PARTE): ANDANDO POR EL CAMINO DE SANTIAGO

ANTONIO ARES PARRA\*

Miembro Didáctico Clínico de AESPAT  
Peregrino

A M<sup>a</sup> Carmen Mengual  
maestra y amiga  
"in memoriam"

Éramos peregrinos a pie por el histórico Camino a Santiago de Compostela y Finisterre. Andábamos en el tiempo de CÁNCER, Julio de 1994, dispuestos a llegar a la ciudad del Santo en la fecha de su festividad: el 25 de Julio. En algunas paradas vespertinas, descanso de nuestro caminar, coincidimos en albergues y tabernas, charlamos, nos fuimos conociendo: IVES HAUMONT, JOSÉ GUTIÉRREZ VALIÑO y yo.

En la Ciudad de Santiago, Ives amablemente nos invitó a su casa. En las tertulias que allí celebrábamos, abordamos el tema del CAMINO y del caminar. Fuimos perfilando algunas características terapéuticas de "andar por el camino": el cuerpo en movimiento, la mirada fija en el suelo para evitar tropiezos, la soledad, los encuentros, el esfuerzo, el compartir, etc.

Explicitamos que nos parecía diferente hacer "este" camino a hacer otros. La historia de la peregrinación, las personas que reúne, el sen-

tido espiritual de desarrollo humano que contiene, la heterodoxia que acepta, las diferentes interpretaciones que sugiere: religiosa, deportiva, espiritual, artística, astral, etc. Todos estos motivos sostenían nuestra sospecha del poder terapéutico de caminar por esta ruta.

El que camina ya tiene motivación y actividad. El ir en grupos y reflexionar al final de cada jornada puede ayudar a integrar conscientemente el "bien" recibido durante la jornada de peregrinación.

También comentamos el "compromiso" humano de las personas que quieren ayudar facilitando estos procesos terapéuticos. El papel del facilitador sería, fundamentalmente, crear el espacio y tiempo para escuchar/se, expresar/se y comprometer/se en el desarrollo humano propio y ajeno con el sentido corporal-mental-espiritual de cada peregrino. Bautizamos nuestros comentarios con una palabra: CAMINOTERAPIA.

En esta primera entrega de una propuesta de CAMINOTERAPIA lanzo esta hipótesis: "**Andar por el Camino de Santiago puede entenderse como psicoterapia**".



Andar es un ejercicio físico saludable, hacerlo por el campo es mejor y hacerlo **en concreto** por el espacio físico del camino tradicional que recorrían los peregrinos a Santiago de Compostela **añade valor** a la actividad física de caminar. Valorar esta aportación entraña una **tentación** peligrosa para mí, pues podría cometer el **pecado** de magnificar o minimizar el significado que podría tener para cada lector la realización de su experiencia de peregrinación.

Los comentarios que se vierten en este artículo están pensados para personas que realizan su camino **a pie**. Por otros medios (bicicleta, etc.) el ritmo es distinto, aunque pueda también ser muy interesante. Sin embargo, hay que señalar que el Camino también lo puede realizar una persona en **IMAGINERÍA**, sin moverse de su propia casa, apoyándose en lecturas, comentarios y ejercicios individuales y grupales. La propuesta es la de recorrer el sendero "de una forma individual e interior que nos permita alcanzar una experiencia única e intransferible de crecimiento físico, mental y espiritual", "un viaje mágico no tiene cortapisas conceptuales ni impedimentos físicos o monetarios. Es el viaje y la persona sin más intermediarios ni obligaciones. Sólo hace falta humildad y valor" (Azofra, 1993).

Evidentemente cualquier manera de hacer el camino no reporta los mismos beneficios. Tendremos que justificar la hipótesis dotándola de contenido metodológico, desde las **creencias** iniciales que nos llevan a formularla, las **experiencias** realizadas por el autor y compartido con otras personas que han experimentado una vivencia similar y una propuesta de **método**, de manera de hacer, para conseguir resultados "terapéuticos".

Considero que la Caminoterapia, como Psicología Humanista, es perfectamente compatible con el marco conceptual del Análisis Transaccional y puede apoyarse y apoyar, de forma integrada, los modelos humanistas de psicoterapia.

Iniciemos el relato con un poco de **HISTORIA**: ¿cómo surge en mí la idea de hacer el Camino de Santiago?

Un año y medio antes de ponerme a andar por primera vez en la tierra del Camino, corría el año 1992, consultaba con una amiga que representaba para mí una mezcla entre "madre" y "psicóloga". Esta amiga, M<sup>a</sup> Carmen Mengual, que ya no está entre nosotros (pasó a otro "plano" de su existencia), al consultarle sobre "problemas" de mi vida personal, al hilo de la reflexión que intercambiábamos, me comentó: "parece mentira la necesidad que sentimos de sofisticar los tratamientos terapéuticos, teniendo en cuenta las herramientas sencillas y gratuitas que tenemos a nuestro alcance; están ahí, disponibles para todos... y no las utilizamos en nuestro provecho". Y puso un ejemplo: **EL CAMINO DE SANTIAGO**.

A mí me extraña este ejemplo. Poco había yo oído hablar de "ese" camino y no entendí la relación terapéutica que ella me proponía.

Intentó hacer cotidiana y sencilla su propuesta trayendo a colación los versos del poeta Antonio Machado: "caminante, no hay camino, se hace camino al andar". Comentó cómo adoptamos formas diferentes para andar el camino de la **vida**:

- Viajando por **autopista**, con comodidad y a gran velocidad, sin tiempo para percibir el paisaje, enfocados a la meta y no al recorrido.
- Viajando "**campo a través**", en línea recta, pensando que el camino **recto** es el adecuado, usando cualquier medio y cualquier terreno y tratando de superar todas las dificultades con las que nos tropezamos, y
- Viajando por **veredas**, preestablecidas por otros caminantes que las transitaron, que no requieren mucha velocidad ni poca, que se pueden hacer sin prisas, que nos evitan grandes tropezos y que se transitan con posibilidad de contemplar, captar, sentir: te calienta el sol, te moja la lluvia, hueles la naturaleza, tocas el sendero. Es decir, tu "self" contacta con los cuatro elementos de la naturaleza: fuego, agua, aire y tierra.

Con esta reflexión entramos en una primera justificación de la hipótesis: el significado que demos a nuestro contacto personal con la **naturaleza**: la vivencia que obtengamos y cómo la expliquemos serán elementos terapéuticos a trabajar en la **CAMINOTERAPIA**.

Un segundo elemento motivador para emprender esta "odisea" fue su dimensión **espiritual**. Cuidar cuerpo, mente y espíritu parece imprescindible a toda labor de crecimiento **personal** que se precie. En la vida cotidiana, urbana, que vivo, atiendo (no sé si cuido), dedico tiempo a aspectos corporales y mentales y siento que dedico menos atención al aspecto "espíritu". En la dimensión espiritual el alma se "anima" con la oración que no es otra cosa que abrirse para estar disponible a contactos "sensitivos" con el mundo o los mundos. Orar no es rezar para pedir, es sentir/se con los otros, las cosas, el mundo; por tanto es dar/se.

Andar, en sentido espiritual, es orar con los pies. Si además oramos en un lugar "sagrado" el contexto nos facilita/potencia la oración.

¿Es "sagrado" el Camino de Santiago? Siguiendo el discurso de mi amiga yo también participo en la "creencia" de que sí. Durante la Edad Media se fueron construyendo burgos con hospederías, refugios, hospitales e iglesias enclavados en lugares elegidos por su enclave, diseño y distancia entre ellos. En el medioevo se expresaban conocimientos a través de las formas y figuras arquitectónicas (desde el visigótico al románico y al gótico). Los constructores se consideraban albañiles de Dios: el gran constructor. Por tanto las construcciones se diseñaban matemáticamente, con exactitud y musicalmente (con medidas musicales), para que sus vibraciones facilitaran el contacto humano con la dimensión celeste.

¿Qué referente había en el cielo que diera "reflejo" en la Tierra?: **La Vía Láctea**.

"Ese camino está escrito en las estrellas de la Vía Láctea, bautizada en el medioevo como Camino de Santiago, ruta estelar poéticamente marcada por la ninfa-cabra Amaltea (constelación Capricornio), con el exce-

dente de sus ubres, las que nutrieron a Zeus en su infancia. La leyenda carolingia narra cómo esa vía blanquecina del firmamento de las noches claras fue puesta por Dios para revelar a Carlomagno la senda que conducía al sepulcro milagroso del Hijo del Trueno (Santiago)" (Álvarez, 2000).

Sebastián D'Arbó nos dice que en la imaginación esotérica "para alcanzar el conocimiento los hombres debían seguir el Camino de las Estrellas si querían lograr su propia transformación interior y acceder al gran misterio universal". "El papel de las estrellas era muy importante para los caminantes inspirados por la tradición astrológica que postula: lo de arriba es igual a lo de abajo". Durante el proceso de andadura se opera una completa transmutación de la personalidad del peregrino. El peregrino sometía su ser a una catarsis más o menos inconsciente.

Lo que los peregrinos recorrían en la tierra era el reflejo de la Vía Láctea, una gran catedral, con el Atrio en el espacio anterior a Puente la Reina, la Entrada por EUNATE, el Altar Mayor en el Sepulcro del Apóstol (Santiago, Priviliano o el que cada quién suponga) y el final de la Iglesia en Finisterre. La relación del macrocosmos en el microcosmos que, ya desde Paracelso, nos permite relacionar la Cosmología con la Antropología.

Esta historia ha pretendido justificar, la **motivación** de una persona sedentaria para emprender un recorrido a pie de 900 kms. por los campos de Aragón, Castilla, León y Galicia.

## LA APERTURA MENTAL A LAS "CASUALIDADES"

El autor, formado en el positivismo académico imperante, felizmente cuestionado en los últimos años no sólo por los físicos sino también por los científicos sociales, se ve obligado a cuestionarse el principio de la **causalidad** como único mecanismo científico de explicación de la realidad y dar cabida a explicaciones **casuales**, relación de acontecimientos que también explican la realidad **caótica** que experimentamos.

Nos suceden experiencias, sentimos emociones, percibimos realidades sin saber cómo ni por qué. Quizá todo tenga una explicación lógica pero nos conformaremos, de entrada, con aceptar la vivencia. Procuramos aumentar nuestra sensibilidad para encontrarnos con aspectos sutiles de lo obvio que habitualmente descalificamos por falta de tiempo para atenderlos e interesarnos.

Así, son "casualidades" los encuentros fortuitos con personas, animales, árboles, flores, etc., los dolores musculares, el cansancio y las heridas, las cosas que portamos en la mochila, lo que comemos y bebemos, cómo y dónde dormimos, los silencios, las canciones, recuerdos que afloran a nuestra mente, etc.

En el Camino tenemos tiempo para analizar un cúmulo de casualidades a las que cada cuál va asignando significados tal como va viviendo la experiencia.

Proponemos que la experiencia, reflexiones y comentarios sobre estos temas sean material terapéutico a trabajar.

## LA NECESIDAD DE ESTRUCTURA

Para andar "con buen pie" debemos ser cuidadosos. Prevenir antes que curar. Cuidar todos los detalles: los descuidos se suelen pagar caros. La paciencia y la perseverancia serán cualidades relevantes a ejercitar. No debemos olvidar que recorreremos un ESPACIO en un TIEMPO. El ritmo ("tempo") en que vivamos el proceso será determinante del mismo. El peregrino no hace el camino. El camino ya está hecho. Es el Camino el que hace al Peregrino. "Haciendo, me hago" y lo que sería más interesante aún: "Haciéndome llego a ser lo que soy".

Andando, respirando, sudando, sentimos toda la fuerza, toda la emoción, toda la energía de nuestro cuerpo. Nos aprovechamos de un espacio-tiempo para "parar el mundo"; realizamos una actividad que consiste en andar en sentido contrario a las agujas del reloj, con el sol siempre en nuestra nuca, para estar en el mismo punto cósmico durante 32 días, para PARARNOS.

¿Para qué provocar esta parada? Para analizar "qué hace un chico como yo en un sitio como éste".

## VALOR MITICO DEL CAMINO

Según Ives Haumont, el Camino es más una oportunidad de crecimiento colectivo que de terapia individual. La propuesta de la Caminoterapia es hacer terapia de masas y éstas sólo pueden salir de los mitos.

El mito es una formulación de una historia paradigmática que te hace entender mejor la realidad y así conocerte mejor a ti mismo y comprender a los demás. El mito te ayuda, con sus historias ejemplares, como modelos a seguir, a interpretar determinadas realidades que, fuera de su explicación no pueden entenderse. Por eso el Camino no es una bonita excursión; es un recorrido "mitológico". El Camino abre los ojos, te permite ver una parte de la realidad que no podríamos captar fuera de la visión mítica. So nuestros mitos los que nos dicen qué es importante y qué no lo es.

La primera significación griega de la palabra mito es "hilo conductor", proyecto de acción. El mito nos conduce a percibir, nos impulsa a hacer.

No podemos transformarnos sin transformar el mundo. No podemos ser "cuerdos" en un mundo "loco". No podemos cambiarnos sin hacernos conscientes de nuestros mitos, para "curarlos".

Según Ives Haumont la terapia basada en mitos consistiría en pensar que lo que llamamos "nuestras historias santas" narran lo que queda en nuestra memoria colectiva de los problemas no resueltos de nuestros antecesores judíos, islámicos y cristianos.

En el Camino se trabajan "herramientas" procedentes de los diferentes mitos:

- Juego de la Oca,
- Pecados Capitales y Virtudes Teológicas,
- Simbología románica y gótica,
- Vía Láctea,
- Viaje a la tumba del Apóstol,

- Historias de peregrinos,
- Rituales: bautismo, quemar las ropas, etc.

## EL CAMINO PARA REDIMIR PENAS DE CÁRCEL

Las penas de cárcel tienen, entre otros cometidos, la virtud de conceder un tiempo para la reeducación del delincuente.

Algunos países han entendido que, sobre todo con personas jóvenes, el Camino puede ser un buen "banco de pruebas" para la reeducación de personas con dificultades de adaptación social.

Joaquín Giménez, a la sazón presidente de la Audiencia Provincial de Bilbao, escribió un artículo de Opinión en el Diario El Mundo el 18 de septiembre de 1996 en el que apoyándose en el artículo 49 de nuestro Código Penal y comentando las experiencias que ya realizan otros países, como Bélgica, propone "recuperar el valor de la peregrinación a Santiago de Compostela como medio de integración social y como medida alternativa a la pena de prisión impuesta por los tribunales belgas en caso de delincuencia juvenil". "El viaje a Compostela puede ser hoy, entre nosotros, un camino de reintegración social y un instrumento para que el joven descubra su propia estima, recuperando su dignidad de persona capaz de vivir en libertad y en sociedad". Ojalá la nueva ley del Menor facilite la adopción de nuevas medidas de reinserción social.

## PRIMEROS AGRADECIMIENTOS

Deseo cerrar esta primera entrega manifestando mi agradecimiento a algunos be-

nefactores de la Humanidad que facilitaron mi camino.

### INVENTORES de:

- Cassette de poco tamaño y peso,
  - Sacos de dormir de menos de 1 Kg,
  - Jabón "lagarto", que sirve para todo,
  - Mochilas de anchas agarraderas que disminuyen el dolor en los hombros,
  - Paños de cocina que sirven de toallas.
- La credencial de peregrino que es un "abre-puertas".

EMPRESAS de MENSAJERÍA Y CORREOS que envían a mi casa escritos, fotos, libros y otras compras para que no aumenten el peso de mi carga durante el camino.

COMERCIANTES que me proveen comida, bebida, calcetines y medicinas.

## BIBLIOGRAFÍA (SELECCIONADA)

- Álvarez Domínguez, T. (2000). **El Camino de Santiago, para paganos y escépticos**. Madrid: ENDYMION.
- Atienza, J. G. (1993). **Los peregrinos del Camino de Santiago. Historia, leyenda y símbolo**. Madrid: Temas de Hoy.
- Azofra, X. (1993). **El Camino Mágico de Santiago**. Barcelona: Edicomunicación.
- D'Arbó, S. (1994). **España mágica y misteriosa**. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Morín, J. P. y Cobreros, J. (1976). **El Camino Inicial de Santiago**. Barcelona: Ediciones 29.
- Revista Peregrino** editada por la Federación de Asociaciones Españolas de Amigos del Camino de Santiago. Apartado de correos 315. 26080 Logroño.

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL TABAQUISMO

M<sup>a</sup> CONSUELO LLINARES PELLICER\*

Psicóloga en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA)  
de la Mancomunidad de Municipios de la Safor (Gandía)

MERCEDES SÁNCHEZ GUERRERO

Trabajadora Social en la Dirección General de Drogodependencias

*El tabaquismo es una toxicomanía con todo su componente de dependencia, aunque se quiera desvirtuar esta realidad por el gran rendimiento económico que produce. Hoy se considera que hay 4 grandes bloques, cada uno de distintas fases desde el comienzo al abandono del tabaco: comienzo, habituación, abandono y recaída o mantenimiento.*

*Para el abordaje del tratamiento de fumadores debemos partir de los estadios de cambio. Hoy hay acuerdo de que el mejor modo de dejar de fumar es con un programa psicológico multicomponente.*

### PALABRAS CLAVE

Tabaquismo, dependencia, actitud del fumador, tratamiento psicológico.

### INTRODUCCIÓN

El tabaco se extrae de la planta *Nicotiana Tabacum* y hoy se cultiva en cinco continentes, a pesar de proceder de América y ser introducida en Europa a la vuelta, de Cristóbal Colón, del recién descubierto continente americano.

Aunque el tabaco puede consumirse de varias formas: mascado, fumado, esnifado, en nuestra cultura ha predominado el fumado. Y, a su vez, de los varios modos de tomar tabaco: en forma de cigarrillo, pipa o puros, el más consumido es en forma de cigarrillos.

Fumar cigarrillos produce en la actualidad la muerte prematura de 40.000 fumadores en España (Peto, López, Boreham, Thun y Heath, 1994), más de 500.000 en Europa (Heseltine, Riboli, Shuker y Wilbourn, 1988), y 526.000 para todas las regiones de las Américas (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América, 1992). En el mundo se calcula que mueren anualmente 3 millones de personas por fumar cigarrillos (WHO, 1996).

Tan abultadas cifras indican claramente la necesidad de tomar conciencia y, al mismo tiempo, medidas para controlar y, a ser posible, erradicar la "epidemia" del tabaquismo.

En el momento actual se le considera como el problema número uno de salud pública, ya que no hay ninguna otra medida que se pueda tomar, para mejorar la salud del conjunto de toda la población, que consi-

guiendo que los fumadores dejen de fumar (Peto, López, Boreham, Thun y Heath, 1994).

La aparición de datos científicos sobre las consecuencias del tabaco en la salud ha sido el motor del control del tabaquismo. Esto comenzó a producirse en las sociedades más industrializadas a partir de la década de los 60 de nuestro actual siglo y de ahí en adelante todos los países de un modo u otro, más pronto o más tarde, van añadiéndose a los demás para la lucha contra el tabaquismo.

Datos como los de Doll y Peto (1989) hablan por sí solos: "no se conoce ninguna medida aislada que pueda tener tan gran impacto sobre el número de muertes atribuibles al cáncer, como la reducción del consumo de tabaco, o un cambio a un uso menos peligroso".

El principal impacto se registra sobre la incidencia del cáncer de pulmón, que hacia los 40-50 años de edad es más de cien veces superior entre fumadores habituales de cigarrillos que en los que nunca han fumado (Doll y Peto, 1989).

Aparte del cáncer de pulmón, fumar cigarrillos causa otras enfermedades como otros cánceres (ej. cáncer de laringe, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades del corazón y del sistema circulatorio, complicaciones en el embarazo y otro amplio conjunto de efectos adversos en la salud a corto plazo (ej. toses por la mañana), medio (mayor número de gripes y bajas laborales) y largo plazo (enfermedades coronarias, cáncer de pulmón, bronquitis crónica, etc.) (U.S.D.H.H.S., 1989; Becoña, Palomares y García, 1994).

Por todo ello, es necesario concienciar a todo el conjunto de la sociedad (legisladores, personal sanitario y no sanitario, educadores, periodistas) de las graves consecuencias que produce la droga contenida en el tabaco, la nicotina, y prevenir el inicio en el consumo de los jóvenes cara a evitar años después sufrimiento y muerte.

Como podemos ver el tabaquismo es una toxicomanía con todo su componente de dependencia, aunque se quiera desvirtuar esta realidad por el gran rendimiento económico que produce (CIE-10; OMS, 1974; DSM-III-R, 1995).

Aunque es evidente que la dependencia no sólo depende de las cualidades farmacodinámicas de la sustancia sino también de las características somatopsíquicas del sujeto y de la interacción social y grupal del mismo, se acepta que el poder generador de dependencia del tabaco radica en la nicotina (O.M.S., 1974, 1990; U.S.D.H.H.S., 1989).

Se ha observado que la supresión de su consumo produce un síndrome de abstinencia caracterizado por fatiga, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la frecuencia del pulso y de la presión arterial sanguínea e hiperfagia, excitación, mal humor, toses, expectoración y opresión en el pecho, dificultades en la concentración, apatía, etc. Todos estos trastornos que experimenta el fumador cuando deja de fumar, en general, declinan a los pocos días y a lo sumo desaparecen en dos o tres semanas desde el momento en que se deja de fumar (Martínez, 1982; Klesges, Meyers, Kleges y La Vasque, 1989).

La fuerte asociación del cigarrillo con una gran parte de las actividades que un fumador realiza cotidianamente produce una sensación desagradable cuando se tienen que llevar a cabo sin fumar. Es frecuente oír a los sujetos que están dejando el tabaco que les es "imposible" iniciar una tarea tan conocida como arreglar la casa o sentarse al ordenador si no encienden un cigarrillo antes. Fumar se ha convertido en el estímulo discriminativo que marca el inicio de la jornada, del descanso o del período de estudio (Jarvick, M.E. et al, 1984).

Consumir tabaco es un hábito ampliamente extendido tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de progreso (Pardell, 1999). Si bien las consecuencias negativas de este consumo sobre la salud son suficientemente conocidas, al menos en Occidente, gracias a las campañas informativas, se ha comprobado que fumar es un comportamiento difícil de eliminar una vez instaurado (Becoña y Vázquez, 1998; Díaz, 1998; Skaar, Tsoh, McClure et al, 1997).

Enseñar a los sujetos estrategias y conductas que les permitan enfrentarse al síndrome de abstinencia y prevenirlos contra la segura aparición de ésta es un requisito im-

prescindible para conseguir el éxito en un programa de control del hábito de fumar (U.S.D.H.S., 1991).

El objetivo que nos planteamos con la utilización de los programas multicomponentes es conseguir, **en primer lugar**, un incremento de la motivación y del conocimiento de la propia conducta adictiva; en esta fase también se fija la fecha en la que el fumador va a dejar de fumar, enseñándole estrategias de automanejo. **En segundo lugar**, trabajamos la consecución de la abstinencia

(fase de mantenimiento), para ello llevamos a cabo sesiones de seguimiento en las que entrenamos al sujeto en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que elicitaban el deseo a fumar, les enseñamos a que identifiquen y manejen situaciones de alto riesgo, o afronten adecuadamente las caídas, y, **por último**, cuando el sujeto no tiene apoyo suficiente para mantenerse abstinentemente, le entrenamos al mismo en cómo conseguirlo y a las personas más cercanas para que lo apoyen adecuadamente.

## FACTORES ETIOLÓGICOS EN EL TABAQUISMO (Lichtenstein, E., 1992)

### ➡ PERSONALES

#### Factores Iniciación

- Rasgos de personalidad: extraversión, transgresión, oralidad;
- Deseo de ser o parecer adulto;
- Curiosidad, búsqueda de la valoración por parte del grupo;
- Falta de información veraz y adecuada sobre los efectos de fumar.

### ➡ SOCIALES

#### Factores Iniciación

- Aprendizaje por medio de imitación, modelado de las conductas paternas, de los iguales, educadores, personalidades ídolos, etc.;
- Presión de la oferta mediante la publicidad, creando expectativas cuya satisfacción se relaciona con el uso del tabaco;
- Presión directa al consumo por parte de familiares (en fiestas) o por parte de los iguales como rito iniciático.

#### Factores Dependencia

- Refuerzo positivo: efecto de la nicotina y otras sustancias agradables;
- Refuerzo negativo: síndrome de abstinencia de la nicotina ante el que se actúa por evitación y escape.
- Castigo no contingente (carcinoma, cardiopatías que son muy lejanas).

#### Factores Dependencia

- Refuerzo grupal y social;
- Generalización de la respuesta: fumar con un número cada vez mayor de estímulos discriminativos: acabar de comer, encontrar a un amigo, ir a dormir, oír hablar del tabaco, ver un anuncio en la TV;
- Refuerzo de la publicidad: uso del cigarrillo como valor de cambio en la interacción social.

## RAZONES O MOTIVOS PARA FUMAR (Russell, 1989)

Las razones o motivos para fumar las podemos clasificar en dos grupos:

### 1. Apoyo Social:

- a) Ritual Social,
- b) Correr riesgos,
- c) Disfrazar la ansiedad,
- d) Afirmación del estado de adulto,
- e) Oral sensual,
- f) Digital sensual.

### 2. Fisiológico:

- a) Prevención de la abstinencia,
- b) Estímulo cortical mediado por la nicotina,
- c) Depresión cortical mediada por la nicotina.

En muchos círculos ofrecer cigarrillos es una forma de iniciar una conversación o de promover una sensación de proximidad. También es un medio para enmascarar la ansiedad social.

Los rituales que se asocian a la conducta de fumar como buscar cerillas, aspirar una bocanada y apagar los cigarrillos proporcionan una cierta distancia de las relaciones sociales y ofrecen una tregua para pensar. Además las manos tienen algo para hacer en lugar de delatar la ansiedad del sujeto.

Entre los adolescentes fumar es un medio de demostrar su masculinidad/feminidad y una forma de indicar el hecho de pertenecer a un grupo que está desarrollando la independencia frente a las restricciones que los adultos imponen.

Aunque no hay una personalidad definida en el tabaquismo, sí que se ha observado en algunos estudios (Frojan, M.J. y Santacreu, 1992 b) que los fumadores tienden a ser más extravertidos que los no fumadores y también más susceptibles de dar puntuaciones altas en las escalas de ansiedad fóbica. Los fumadores presentan mayor riesgo de abuso en el alcohol y en el café.

## SITUACIÓN ACTUAL DEL TABAQUISMO

La situación actual del tabaquismo en los países industrializados puede analizarse en

función del conocimiento que se tiene sobre las consecuencias negativas del consumo del tabaco, de la representación social que se tiene de él, de la actitud hacia él, y de su prevalencia.

La mayoría de la población sabe que fumar es nocivo para la salud y aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, produce adicción; que la exposición pasiva al humo del cigarrillo puede perjudicar la salud y que dejar de fumar mejora ésta. Respecto al impacto en los propios fumadores, y pese a que la aceptación que tienen de estas consecuencias negativas suele ser menor que la de los no-fumadores, los estudios indican que su nivel de conocimiento es bastante elevado. Por ej. se ha observado que los fumadores son capaces de aceptar un mayor número de razones para no fumar que para fumar (Viure en Salut, nº 40; Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 1988).

En lo referente a la representación social del consumo del tabaco, otro medio de realizar el impacto de las campañas antitabaco consiste en analizar la imagen o representación social que existe actualmente del consumo de éste, si bien en un principio el consumo de tabaco ha estado considerado como un signo de madurez y masculinidad, y aún actualmente tales aspectos parecen observarse en los jóvenes que empiezan a fumar, las campañas antitabaco han conseguido crear una "conciencia" en contra del tabaco. El consumo de tabaco y el abuso de éste es considerado actualmente como una adicción.

No obstante, algunos datos indican que este resultado aparece matizado en los jóvenes. En efecto, resulta paradójico que una imagen negativa del fumador contribuya a que los adolescentes continúen iniciándose al consumo del tabaco. Una explicación de ello puede encontrarse en el diferente significado que presenta el consumo de tabaco en función del estilo de consumo y de la edad del fumador. Los factores biológicos y psicológicos que caracterizan la imagen negativa del fumador están principalmente asociados al "abuso" de drogas y no necesariamente a su "uso". De hecho, si bien se ha observado que el inicio al consu-

mo de tabaco suele estar asociado a factores sociales como la influencia de los compañeros, la extraversión y la sociabilidad, el mantenimiento y el aumento del consumo está más bien asociado a tendencias depresivas, a su empeoramiento de las relaciones sociales y a las menores expectativas de éxito y autoeficacia (Castro, S. y Godoy, A., 1999).

En los jóvenes la imagen del consumo de tabaco y del fumador parece más bien ambivalente, y el inicio al uso del tabaco estaría más bien asociado a una imagen positiva del fumador (Lefcourt et al, 1984).

La iniciación al consumo se produce a edades muy tempranas y son elevados los porcentajes de niños y adolescentes con experiencia propia. Según la memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1996, un 29,2% de los alumnos entre 14 y 18 años informan haber probado los cigarrillos (Argos, 1997).

Otros estudios sobre tabaquismo señalan que el 26,4% de los jóvenes entre 15 y 17 años ya fuma regularmente (Pérez, 1999). Si tenemos en cuenta que las tasas de mortalidad indican que las conductas con consecuencias negativas para la salud que empiezan en la adolescencia suelen perdurar hasta la cuarta década de la vida (Irvin, 1993) no es de extrañar que en la última asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dada la especial vulnerabilidad de los jóvenes a este hábito, se consideró una prioridad básica la lucha contra el tabaquismo infantil (Agencias, 1998).

Entre los jóvenes españoles de 18 a 24 años, según la OMS (1997; c.f. Buchholz, 1997) existe un 40% de consumidores de tabaco. En una encuesta de Demoscopia para El País (1997) se evaluó la conducta de fumar en una población de 4.000 estudiantes universitarios y se detectó que el 42% de los universitarios españoles fuma y que la adicción al tabaco de las universitarias dobla a la generación de sus madres. En un estudio realizado con 1647 estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid, Frojan y Rubio (1997) detectan que un 29,9% de los sujetos de la muestra son fumadores (con un 2,1% que fuma más de un paquete diario).

En general, los datos sobre prevalencia de consumo de tabaco indican un incremento en el número de mujeres que inician y mantienen este hábito: del 15% en 1972 al 25% en 1997 (Salvador, 1998). Según una investigación del instituto Municipal de la Salud de Barcelona, fuman el 19% de los chicos y el 33% de las chicas menores de 16 años, es decir, casi hay el doble de chicas fumadoras (Buchholz, 1997). Aunque en la actualidad tan solo el 5% de las víctimas mortales del tabaco son mujeres, se prevé un incremento del 7% anual (Salvador, 1998).

### ACTITUD DEL FUMADOR

Respecto a la actitud que el fumador tiene hacia el consumo de tabaco, los resultados son poco claros y muestran también cierta ambivalencia. Si bien en algunos estudios se observa que los fumadores respecto a los no-fumadores dan una mayor importancia a los aspectos positivos del consumo del tabaco (el placer o la relajación) que a los negativos (la adicción), ven menos desfavorable la relación entre "pros" y "contras"; en otros estudios se observan resultados contrarios.

Esta ambivalencia se observa también en la evolución que sigue la actitud de los jóvenes que, si bien en edades tempranas (a partir de los 10 años) muestran en su mayoría una actitud negativa hacia el tabaco, ésta disminuye a medida que su edad se acerca a la edad en la que empiezan a fumar (Britt y Jachym, 1996; Rooney y Villahoz-González, 1994).

Los resultados son menos confusos cuando se consideran aspectos más normativos de la actitud respecto al consumo del tabaco.

En definitiva, la mayor parte de los fumadores parece reproducir la actual norma antitabaco, que se compagina con una cierta actitud favorable a fumar.

En lo referente a la prevalencia del consumo del tabaco distintos estudios muestran que, en general, las campañas antitabaco han obtenido un cierto impacto y que

el número de fumadores ha disminuido a lo largo de los últimos 30 años. Por ej. el porcentaje de ex-fumadores en España se estima entre un 10% y un 15% de la población mayor de 16 años, y en la Comunidad Valenciana alrededor de un 9,5%. Ahora bien, esta disminución ha sido más pronunciada durante los años 70 y principios de los 80, pero tiende a estabilizarse a partir de los años 80, y apenas desciende durante los años 90. Resultados similares se observan también en países como Francia; y en datos relativos a otros países como Alemania o Suiza se observa que el porcentaje de fumadores ha llegado a aumentar (Ciure en Salut, nº 40, Informe Tabaquismo, Conselleria de Sanitat, 1988).

Esta estabilidad tiene dos causas. Por un lado, a nivel mundial se ve en los últimos años que el número de jóvenes que se inicia al consumo de cigarrillos está de nuevo en aumento, tras haber alcanzado su meseta en los años setenta y haber permanecido estables durante los años ochenta.

Por otro lado, son pocos los fumadores que dejan de fumar. En primer lugar, diferentes encuestas realizadas en diferentes países europeos indican que la mayoría de los fumadores, alrededor de un 75% de éstos, no tiene actualmente intención de dejar de fumar. En segundo lugar, dejar de fumar supone un gran esfuerzo: se sabe que la dificultad percibida o incapacidad en dejar de fumar disminuye la intención que se tiene de hacerlo, y cuando finalmente un fumador decide intentarlo, no siempre lo consigue. De hecho está ampliamente aceptado que en general un fumador suele realizar varios intentos infructuosos antes de dejar de fumar definitivamente (Becoña y Vázquez, 1996).

En resumen, si bien las campañas antitabaco parecen haber alcanzado a finales de este siglo uno de sus principales objetivos, que la gente conozca las consecuencias negativas del consumo de tabaco y tenga una actitud bastante negativa hacia éste, los datos consultados no permiten indicar que los otros dos principales objetivos, que los jóvenes no empiecen a fumar y que el fumador deje de hacerlo, hayan sido alcanzados (Botvin, 1987).

En consecuencia, diferentes trabajos concluyen que el impacto obtenido por estas campañas en el conocimiento y en las creencias sobre el consumo de tabaco no se corresponde con un impacto a nivel del comportamiento.

### ASPECTOS IDENTIFICATIVOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO

El papel que juegan los procesos identificativos asociados al consumo de tabaco pueden ser analizados en función del significado que este comportamiento tiene para la persona que empieza a fumar y del significado que tiene para el fumador ya consolidado.

El tabaco debe ser considerado como un objeto de iniciación social que contribuye a la adquisición de una identidad personal y social. Por un lado, en los jóvenes el consumo de tabaco parece estar asociado a una imagen social del fumador que, junto con aspectos negativos, presenta características positivas (como alguien sociable, autónomo, independiente, activo o asertivo).

Más importante todavía, este aspecto positivo de la imagen del fumador determina el inicio al consumo del tabaco: la posibilidad de empezar a fumar es mayor en aquellos jóvenes que perciben una mayor semejanza entre la imagen que tienen de sí mismos y la imagen que atribuyen a los fumadores.

Una explicación que se da de este resultado indica que los jóvenes empiezan a fumar con el fin de adquirir una identidad particular, la de fumador, que les aporte ciertas características positivas (Falomir, 1997).

Por otro lado, el consumo de tabaco también cumple una función importante a la hora de iniciar socialmente al adolescente, es decir, a la hora de facilitarle la aproximación y aceptación de los "otros" que son importantes para él. Se ha observado que el inicio al consumo de tabaco es un comportamiento esencialmente social que se hace en grupo, y que está relacionado positivamente con el número de amigos, compañeros o de padres que fuman. Además el consumo de esta droga no es sólo el resultado

de la influencia de los demás en el joven, sino que es en sí mismo un estimulante para la formación de grupo, es decir, sirve como criterio para escoger y relacionarse con los compañeros y amigos. En definitiva, pese a que fumar esté visto negativamente, en los jóvenes empezar a fumar tendría un significado positivo para la identidad en la medida que permite integrarse socialmente al mismo tiempo que se desafía a los padres y a la sociedad, se muestra cierta autonomía e independencia y se forma parte de un determinado grupo de amigos. Empezar a fumar sería un modo de afianzar o alcanzar una imagen ideal de sí mismo en un periodo, la adolescencia, en el que adquiere una especial importancia la construcción de la identidad (Falomir, 1997).

En cuanto a los aspectos identificativos asociados al mantenimiento del consumo del tabaco vemos que una vez que se ha establecido en el repertorio comportamental del individuo, el consumo de esta sustancia continúa presentando un claro significado social, ligado al mantenimiento de una identidad.

En efecto, se sabe que las conductas repetidas (hábitos), además de contribuir al establecimiento de una actitud favorable al consumo de tabaco basada principalmente en la función hedonista (el placer) y utilitaria (por ej. en la relajación que produce), del consumo de tabaco, también influyen en el concepto que tiene de sí mismo una persona y en el concepto que de ella tienen los demás.

El hecho de fumar sirve como criterio de categorización entre fumadores y no-fumadores, y constituye en sí mismo un factor determinante de la identidad de fumador.

Respecto a las campañas de prevención, **una primera consecuencia** de la existencia de una identidad de fumador consiste en que el consumo de tabaco, tanto su mantenimiento como su extinción, está determinado por ella. Es decir, si una persona se siente intensamente fumadora, es más difícil que pueda plantearse dejar de fumar e, inversamente, cuanto menos intenso sea el sentimiento de ser fumador mayor será la probabilidad de que esta persona intente

dejar de fumar. A este respecto, si una campaña antitabaco intensifica en el fumador la percepción o el sentimiento de ser fumador, corre el riesgo de obtener resultados contrarios a los buscados e impedir que un fumador decida dejar de fumar.

**Una segunda consecuencia** de los factores identificativos asociados al consumo de tabaco viene caracterizada por la presencia de una motivación defensiva en el fumador, motivación a mantener un significado social positivo del consumo de tabaco y de la identidad del fumador. Esta motivación puede tomar dos vías con consecuencias opuestas para la eficacia de una campaña. Por un lado esta motivación puede llevar al fumador a intentar dejar de fumar. Por otro lado, la motivación defensiva también puede bloquear en el fumador la intención de dejar de fumar. La falta de intención de dejar de fumar por parte del fumador puede por tanto ser un resultado de la motivación a defender su identidad de fumador frente a las campañas antitabaco que resaltan explícita o implícitamente alguno o varios de los aspectos que caracterizan la amenaza para su identidad.

Como conclusión, podemos extraer que las campañas antitabaco se encuentran frente a una paradoja: millones de individuos continúan haciendo algo aún sabiendo que presenta consecuencias negativas para su salud. Por consiguiente, los esfuerzos antitabaco necesitan todavía nuevos elementos que permitan mejorar su impacto. Un modo de mejorar estas campañas consiste en considerar el consumo de tabaco, más que un simple comportamiento con consecuencias para la salud, como un determinante directo de la adquisición y mantenimiento de la identidad de un individuo, incluyéndolo en el seno de una categoría social definida: la de fumadores. El no resaltar la identidad de fumador o no identificar a éste como tal, así como el tener una mayor consideración y respeto de éste, puede presentar resultados sorprendentes (Falomir, Mugny y Pérez, 1996).

El por qué del inicio y mantenimiento de la conducta de fumar se ha intentado explicar desde diferentes perspectivas y mode-

los, tanto biológicos, como psicológicos y sociales (Becoña, Palomares y García, 1994). En este trabajo nos vamos a centrar en los factores psicológicos propuestos por Bandura y Walters (1979) en su teoría del Aprendizaje Social, derivada del enfoque skinneriano, plantea la posibilidad de aprendizaje mediante la observación de la conducta de otras personas o modelos. Esta clase de aprendizaje puede producirse incluso sin recibir reforzamiento directo sino vicario, es decir, mediante la percepción de las consecuencias que recibe el modelo que ejecuta la conducta. Según Bandura (1987) el efecto de esta experiencia vicaria puede darse aun cuando la recompensa o castigo no se obtengan delante del observador ya que la conducta de éste podrá verse igualmente influida por el conocimiento de la historia de los reforzadores y castigos recibidos por el modelo a lo largo de su vida según su estilo de comportamiento.

Asimismo resulta de interés hacer hincapié en que la respuesta a las influencias del modelo está determinada en gran parte por los atributos de éste (Bandura, 1987). Aquellos modelos con cierta **posición social, competencia o poder** suelen sugerir una habilidad especial para el éxito y resultan más eficaces en promover en el observador conductas similares a las practicadas en comparación con aquellos modelos de menor categoría. Además, si el observador obtiene resultados positivos en la adopción de las conductas modeladas, aumentará incluso su opinión sobre la **competencia del modelo** y el uso de dichas conductas. Otro factor facilitador del efecto de modelado es la **similitud con el modelo** (sexo, edad, etc.) ya que se incrementa el significado personal de la información de las conductas modeladas para la percepción de autoeficacia del observador. La atención hacia determinados modelos también viene determinada por su **atractivo**, es decir, los modelos evaluados como interesantes o gratificantes suelen ser más imitados (Bandura, Grusec y Menlove, 1966; Bandura, 1987). También los **vínculos emocionales** con los posibles modelos representan otro factor a tener en cuenta ya que si la relación comporta una

f fuente de afecto o satisfacción son mayores las probabilidades de aprendizaje (Bandura y Ribes, 1975). Aparte de los efectos que pueden tener los modelos concretos, Bandura (1987) también pone de manifiesto los efectos de las **redes de asociación** de manera que aquellas personas con las cuáles se interactúa habitualmente, delimitan patrones de conducta que al ser observados de manera repetida tienen más probabilidad de ser aprendidos.

El efecto de modelado también puede tener influencia en el aprendizaje de las conductas adictivas, y en concreto en la conducta de fumar. Así en la mayoría de los modelos de inicio del consumo de tabaco se incluye el tener familiares e iguales fumadores como factor predictor (Becoña, Palomares y García, 1994; Froján y Santacreu, 1992). Y es que una vez superados los efectos desagradables de los primeros cigarrillos, fumar tiene unas consecuencias placenteras, reforzantes, inmediatas y seguras mientras que sus efectos negativos suelen ser a largo plazo y sólo probables.

Comas (1988, 1990) considera como predictor ambiental de la conducta de fumar la influencia de padres, hermanos, amigos y profesores según su comportamiento de consumo.

Friedman et al. (1985) estudian la influencia social y recogen información sobre quién fuma en el entorno del adolescente y con quién fuma éste. Entrevistan a 157 adolescentes en relación a sus primeras experiencias con el consumo de tabaco y detectan que mayoritariamente (77%) éstas han tenido lugar en presencia de amigos o conocidos y en un 11% cuando estaban con sus hermanos. Consideran que frecuentemente los adolescentes se encuentran en situaciones donde se les presiona para probar los cigarrillos y también para que sigan fumando.

Biglan, Duncan, Ary, y Smolkowski (1995) en un nuevo estudio sobre la influencia de padres e iguales en la conducta de fumar en 643 adolescentes (de 14 a 17 años) confirman el efecto de modelado. Según estos autores, unos progenitores que fumen abren

la puerta al consumo de tabaco a sus hijos. Asimismo observan que el mejor predictor de la conducta de fumar es que los compañeros de la misma edad fumen cinco meses antes.

En un trabajo de Jackson y Henriksen (1997) se examina la relación entre las prácticas de fumar y antitabaco de los padres y el comienzo temprano del consumo de tabaco en una muestra de 1.213 niños de 8 a 10 años. Se detecta que el riesgo de iniciar tempranamente el consumo de tabaco se incrementa con el nivel de exposición a los modelos de padres fumadores.

En el trabajo de Pederson, Koval y O'Connor (1997) se analizan factores psicosociales relacionados con fumar en una muestra de 1.552 niños (media de edad 11 años). Se detecta que los niños fumadores habituales, en comparación a los no fumadores, es más probable que tengan una madre, un padre y un hermano fumadores, así como más amigos próximos que han probado el tabaco.

Unger, Johnson, Stoddard, et al. (1987) llevan a cabo un estudio sobre susceptibilidad a fumar con 687 adolescentes (media de edad 13 años) no fumadores. Los resultados indican que los estudiantes susceptibles a fumar (aquellos que piensan fumar o no están seguros de si fumar en el futuro) tienen más amigos fumadores que los estudiantes no susceptibles a fumar (aquellos con la firme decisión de no intentar fumar en el futuro).

Prácticamente todas las investigaciones hasta aquí revisadas muestran que existe relación entre el consumo de tabaco en adolescentes y el estatus de consumo de progenitores y amigos. Es decir, unos padres fumadores y/o un entorno de amigos que fuman facilitan las primeras experiencias con el tabaco. Menos conocidos son los efectos que puede tener el modelado en el mantenimiento del hábito de fumar en jóvenes de más edad, así como el papel de la pareja en cuanto que constituye un nuevo vínculo emocional propio de esta etapa de la vida.

Posiblemente esta continua interacción (hogar, universidad, tiempo de ocio) con per-

sonas que están fumando, pueda tener un papel importante en el inicio y mantenimiento de esta conducta. Si ello es así, sería conveniente mantener y ampliar la legislación sobre consumo de tabaco en espacios públicos (aulas, salas de estudio, salas de espera, oficinas, bibliotecas, transportes públicos, restaurantes, bares, etc.) garantizando lo que podríamos denominar "espacios libres de humo", no sólo para preservar el derecho a la salud de los no fumadores, sino también para disminuir el consumo de los que fuman o facilitar su abandono del hábito.

Finalmente una reflexión sobre el hecho de que tanto las chicas como los chicos fumadores tienen con mayor frecuencia madres que también consumen tabaco. El incremento observado durante los últimos años en el número de mujeres fumadoras (Buchholz, 1997; Salvador, 1998), hace prever un futuro aumento de las madres fumadoras. Son datos preocupantes ya que a las madres, tradicionalmente agentes de salud de la familia, les será difícil transmitir pautas de comportamiento saludable si ellas mismas están practicando la conducta de riesgo de fumar.

#### FUMAR Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: CALIDAD DE VIDA

Entendemos que fumar y calidad de vida correlacionan negativamente y ello por dos razones: **primera**, fumar aparece asociada a un gran número de conductas no saludables, deteriorando el estado de salud actual de las personas; **segunda**, fumar acaba produciendo en el individuo una sensación de pérdida de control sobre su conducta, cuando fracasa una y otra vez en sus intentos de dejarlo.

Existen en la actualidad numerosos estudios que comprueban que la conducta de fumar no es un acto aislado sino que está asociado a otras muchas conductas que constituyen un estilo de vida particular (Mullen y Tabak, 1989; Koo, Ho y Rylander, 1988; Gottlieb y Baker, 1986; Santacreu, 1992).

En general los fumadores:

- Consumen más alcohol y otras drogas,
- Llevan una vida más sedentaria,
- Su dieta alimenticia es menos saludable,
- Consumen más café y excitantes en general.

Otros estudios (Hamadeh, 1995; Steptoe et al., 1995; Strecher et al., 1995) afirman que, en general, los fumadores practican menos conductas de salud que los no fumadores. Pueden creer que la salud depende menos de ellos (locus de control externo respecto a ésta) o tener menos conocimientos sobre la relación entre comportamiento y salud.

Cuando un fumador desea dejar de fumar y fracasa, con frecuencia siente que el tabaco le "domina". Acaba asumiendo su poca capacidad para modificar la conducta que se va generalizando a otros ámbitos de su vida. Fumar se relaciona con menor autocontrol y búsqueda de la satisfacción inmediata; por ello son más frecuentes en los fumadores las conductas adictivas y menos aquellas que proporcionan refuerzo a largo plazo (ej. la práctica de un deporte).

No hay que olvidarse tampoco de que el hábito de fumar funciona como una herramienta que el individuo utiliza en la ejecución de una serie de conductas que no sabe hacer de otra manera: tranquilizarse, relacionarse socialmente, conseguir concentración. Ellos mismos terminan por considerarse dependientes de algo exterior para funcionar correctamente lo que les provoca una insatisfacción generalizada que se refleja en diversos ámbitos de su vida.

Pensamos que éste es el problema central del consumo de tabaco además de su incidencia sobre una serie de trastornos muy graves (Wang et al., 1996).

#### DEJAR DE FUMAR COMO UN PROCESO

En los últimos años y ante la abrumadora evidencia experimental se ha aceptado que existen distintas fases tanto para el comienzo y consolidación del consumo del tabaco como para el abandono y recaída o mantenimiento de la abstinencia.

Hoy se considera que hay **4 grandes bloques**, cada uno con distintas fases, desde el comienzo al abandono del tabaco (Becona, Galego, y Lorenzo, 1988; Becoña et al., 1994): comienzo, habituación, abandono y recaída o mantenimiento. Prochaska y sus colaboradores (Prochaska, y Diclemente, 1983; Prochaska, Diclemente, y Norcross, 1992, 1994; Prochaska, y Prochaska, 1993) han aislado los **siguientes estadios de cambio** respecto al abandono de los cigarrillos: precontemplación, contemplación, preparación y acción junto a los de mantenimiento y finalización después de conseguir la abstinencia.

Utilizar unas u otras estrategias para el abandono de los cigarrillos en cada fase cobra en este caso gran relevancia para obtener los resultados esperados: conseguir que el fumador pase de una fase a otra fase, y que finalmente deje de fumar y se mantenga abstinentes.

Este modelo de cambio, denominado Modelo Transteórico de Cambio, tiene **tres componentes**: los estadios, los procesos y niveles de cambio. A continuación exponemos los estadios de cambio.

**En el estadio de Precontemplación** la persona no ve su conducta de fumar como un problema y no tiene ningún deseo de cambiarla al menos en los próximos 6 meses. **En el estadio de Contemplación** el fumador empieza a ser consciente de que existe un problema y busca activamente información. Piensa seriamente en la posibilidad de cambiar a lo largo de los primeros 6 meses, pero todavía no pone en marcha ningún paso para hacerlo. **En la fase de Preparación o preparación para la acción** el fumador tiene una intención de empezar el proceso de cambio y piensa ponerlo en marcha a lo largo del mes siguiente. Para que se le considere en este estadio tiene que haber hecho un intento de abandono de al menos 24 horas en el transcurso del último año. Es en **el estadio de actuación o acción** cuando la persona lleva a cabo el cambio de su conducta problema, dejando de fumar.

En este modelo se considera que la persona está en el período de actuación hasta 6 meses después de producirse el cambio de conducta.

Cuando supera este período es entonces cuando hablamos del **período de mantenimiento**, que se consideraría a partir del sexto mes en que el fumador ha dado el paso de la actuación y, por tanto, ha dejado de fumar y se mantiene abstinente. Recientemente, Prochaska et al., 1994, ha introducido un último **estadio, el de finalización**, en el cual el fumador lleva cinco o más años abstinente.

Para este modelo y para los estadios de cambio hay suficiente evidencia empírica en la que se muestra su utilidad para explicar el cambio en la conducta de fumar. En España, un 7%, un 25% y un 68% se encuentran en los estadios de **preparación para la acción, contemplación y precontemplación** respectivamente (Becoña y Vázquez, 1996). Estos datos son importantes, ya que permiten un adecuado diseño de campañas y programas específicos para cada tipo de fumador dependiendo del estadio en el que esté.

## TIPOS DE ABORDAJE Y TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR

Para el abordaje de la intervención con fumadores debemos partir de los estadios de cambio. Esto modifica la perspectiva que en ocasiones se tiene de que el tratamiento es lo más importante. Lo sería dentro del conjunto de la intervención, pero no es el modo más frecuente que ayuda a los fumadores a dejar de fumar.

Precisamente planificar modos distintos que ayuden a los fumadores a dejar de fumar, como folletos, incitación, celebración de días específicos para dejar de fumar (Día Mundial sin tabaco), consejo médico junto al tratamiento especializado, consiguen todos a un tiempo que vaya descendiendo el número de fumadores de una población.

Por tanto, hoy sabemos que las medidas que vienen a ser más efectivas para conse-

guir reducir el número de fumadores de una población son tanto de tipo general como de tipo específico, dependiendo del tipo de fumador o de a quién nos queremos dirigir cuando diseñamos o ponemos en marcha un programa.

Para nuestro objetivo actual, consideramos que el abordaje terapéutico de los fumadores puede llevarse a cabo a través de medidas generales cuando se dirige a todos los fumadores de una población, a través de medidas restrictivas, legislativas e informativas: consejo médico o tratamientos comunitarios. Otro importante modo de intervenir y en el que nos vamos a centrar en este trabajo, es el tratamiento clínico específico o especializado, donde destaca en primer lugar el tratamiento psicológico, acompañado en algunos casos del tratamiento farmacológico (Becoña, 1994; Fiore et al., 1990, 1992; Hughes, 1993; Lando, 1993; Orleans, 1995).

## PROGRAMAS PSICOLÓGICOS

Los primeros programas psicológicos para dejar de fumar surgen a la par de la aparición de las técnicas de terapia y modificación de conducta a principio de los años 60. Desde la aparición de las técnicas conductuales se han utilizado gran número de ellas, como procedimientos aversivos (fumar rápido, saciación, retener el humo, sensibilización encubierta, relajación, control de estímulos, desensibilización sistemática, terapia de estimulación ambiental, contratos de contingencias, métodos de autocontrol, y programas multicomponentes (Becoña, 1994 b; Gil, y Calero, 1994; Lando, 1993).

En los años 70 se amplían las técnicas de intervención con las técnicas cognitivas, y en los años 80 con las estrategias de prevención de recaídas (Marlatt, y Gordon, 1985).

Con la aparición y posterior desarrollo de los programas multicomponentes se combinan varias de las anteriores técnicas para optimizar la eficacia, incluyendo también en algunos casos el chicle de nicotina para los sujetos altamente dependientes de los cigarrillos.

Hoy hay acuerdo de que el mejor modo de dejar de fumar es con un **programa psicológico multicomponente**. Recibe este nombre porque incluye distintas técnicas de intervención terapéutica, para las fases por las que pasa un fumador en un programa especializado para dejar de fumar: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos, y mantenimiento de la abstinencia (U.S.D.H.H.S., 1991).

**En la fase de Preparación** el objetivo es incrementar la motivación y el compromiso del cliente para que abandone los cigarrillos. Un método comúnmente utilizado consiste en que firme un contrato de contingencias. También en esta fase es importante que el sujeto aumente el conocimiento de la propia conducta.

El abandono de los cigarrillos se logra mediante autorregistros y la representación gráfica de su consumo. En esta fase también se decide de modo exacto (fecha fija) o aproximado cuándo va a abandonar los cigarrillos. Igualmente se le enseña en esta fase cualquier otra técnica para el posterior abandono de los cigarrillos como: fumar rápido, retener el humo, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, saciación, sensibilización encubierta, etc.

Una vez que el sujeto ha quedado abstinente, **en la tercera fase, la de mantenimiento de la abstinencia**, se llevan a cabo distintas estrategias para que el fumador se mantenga abstinente, tales como sesiones de asistencia o mantenimiento a lo largo del tiempo, entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones o apoyo social. Esta fase sería propiamente la fase de **prevención de recaídas**, en la que se entrena al sujeto en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que eliciten el deseo a fumar y se les enseña a identificar y manejar situaciones de alto riesgo o afrontar adecuadamente las caídas.

Este tipo de programas es el más eficaz a largo plazo (Schwartz, 1987). Los programas multicomponentes más efectivos han informado de porcentajes de abstinencia de aproximadamente el 50% al año de finalizado el tratamiento. Hay algunos programas

multicomponentes que combinaron terapia psicológica y farmacológica, mostrando una buena eficacia (Cinciripini et al., 1996; Richmond et al., 1997; Salvador et al., 1988).

Los estudios que han analizado la recaída en el tabaquismo han seguido fundamentalmente un modelo propuesto por Marlatt y Gordon (1985). En éste las causas de las recaídas tanto en ésta como en otras adicciones son debidas a **determinantes o factores ambientales, e intrapersonales, y a reacciones a los eventos ambientales interpersonales**. Por tanto, unos serían propios del individuo y los otros debidos a eventos ambientales o interpersonales.

Por **determinantes ambientales intrapersonales** se entienden aquellos factores que se dan dentro del individuo, o las reacciones a eventos ambientales no personales.

Por **determinantes interpersonales** entendemos la presencia o influencia de otros individuos como parte del evento precipitante de la recaída.

Dentro de los **determinantes ambientales intrapersonales** se incluye en **primer lugar** los estados emocionales negativos, tales como el enfrentamiento a la frustración y/o el enfado. Aquí también se incluirían los sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado, así como sentimientos de miedo, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, tristeza, etc. Se incluirían asimismo reacciones de estrés por exámenes, hablar en público, búsqueda de empleo, etc. **En segundo lugar**, los estados físicos o fisiológicos negativos, tales como el enfrentamiento a estados físicos asociados con el uso previo de sustancias (ej. síndrome de abstinencia) así como el enfrentamiento con otros estados físicos negativos (ej. el dolor, fatiga, calambres), **en tercer lugar** están los estados emocionales positivos, esto es, estados donde la sustancia serviría para incrementar los sentimientos de placer, alegría, celebración, etc. **En cuarto lugar**, la prueba del control personal, consistente en probar de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso controlado o moderado de la misma. **Finalmente**, impulsos y tentaciones.



Estos pueden darse ante el inicio de la sustancia (ej. un fumador enciende al lado un cigarrillo) o en ausencia de indicios de la sustancia. En este último caso el sujeto ante el impulso procura conseguir la sustancia.

Dentro de los **determinantes interpersonales** se incluyen tres:

El primero es el **conflicto interpersonal**. Se refiere a un conflicto asociado a una relación interpersonal tal como el matrimonio, una amistad, familia, relaciones con el jefe, etc. Aquí, a su vez, podemos dividir tal conflicto interpersonal en el enfrentamiento con la frustración y/o el enfado (ej. desacuerdos, peleas, celos, disputas), como con otros conflictos interpersonales distintos a la frustración y al enfado, tales como ansiedad, miedo, tensión, preocupación.

En segundo lugar, **la presión social tanto directa como indirecta hacia el consumo de la sustancia** (nicotina). En el primer caso es una persona o grupo la que ejerce presión sobre el individuo o le proporciona la sustancia. En el segundo, el individuo observa a una persona o individuo utilizando la sustancia, o le sirven de modelo para su uso. Y en tercer lugar, **la mejora de los estados emocionales positivos** cuando así lo hace para aumentar los sentimientos de placer, celebración, libertad en una situación interpersonal...

Estudios llevados a cabo con el **Modelo de Marlatt y Gordon (1985)** indican que en el caso del tabaco hay varios **determinantes tanto intrapersonales como interpersonales**, de distinta relevancia. Por lo tanto, el análisis de las situaciones de recaída, tanto en éste como en otros modelos nos posibilita un mejor conocimiento de este proceso y con ello una posterior intervención para evitar tal recaída.

En cualquier caso es fundamental investigar más a fondo el efecto de las diferencias individuales en el proceso de recaídas, sobre todo, en lo que se refiere a falta de habilidades para enfrentarse al estrés y para resistir la tentación (nivel de autocontrol).

La distinción entre **caída y recaída** es una novedad introducida por el **modelo de Marlatt**, de manera que la no ejecución de

una respuesta de enfrentamiento con el consiguiente consumo de la sustancia no tiene porqué conducir necesariamente a una vuelta a la adicción sino que solamente supone un decremento en la **autoeficacia** del sujeto que puede ser utilizado positivamente para aprender la propia situación de recaída. Si no se produce este aprendizaje **efecto de violación de la abstinencia** (caracterizado por la aparición de sentimientos de culpabilidad y debilidad personal), **la caída** supone el inicio del **proceso de recaída**, al que contribuye de manera decisiva el cumplimiento de las expectativas del sujeto sobre los efectos placenteros inmediatos de la sustancia (cosa común a todo tipo de sustancias adictivas), que refuerzan la conducta de consumo. El enfrentamiento con éxito a una situación tentadora (sin consumo) produce un aumento de la **autoeficacia** del individuo y predice el éxito en una situación futura.

En la actualidad es habitual la inclusión de sesiones de enfrentamiento a la situación de recaída en los programas de tratamiento del hábito de fumar, en las que se utilizan técnicas de muy diversa índole: entrenamiento en relajación, y manejo del estrés, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, ensayo de recaídas, modificación del estilo de vida, programación de recaídas y técnicas de imaginación aumentando la eficacia ante las situaciones de riesgo (Becoña, 1995).

Las técnicas utilizadas en la prevención de recaídas deben ser distintas de las empleadas en el control del consumo, puesto que los principios que son responsables del mantenimiento del cambio de conducta son distintos de aquellos que gobiernan el inicio del cambio (Míguez, y Becoña, 1997).

Dentro de los **tratamientos multicomponentes**, las últimas tendencias se inclinan hacia la utilización de un **manual** que sirva de base para seguir un tratamiento dirigido, generalmente en grupo, o un **manual** de autoayuda que el sujeto utilizará individualmente. Los problemas de los manuales de autoayuda han sido analizados en cuanto a la adherencia al tratamiento y a la uni-

formidad que suponen en todos los fumadores respecto al hábito de fumar. Estos manuales presentan unas características comunes, que se pueden resumir en los puntos que referiremos a continuación (Buceta, y Burns, 1984; Pomerleau, y Ciccone, 1974; Turner, Daniels, y Hollandswort, 1985):

- Elementos dirigidos a aumentar y mantener la motivación de los fumadores para que dejen de fumar, generalmente a través de la repetición de los perjuicios de fumar y de los beneficios de no hacerlo;
- Indicaciones para la identificación de las situaciones habituales de consumo y de los reforzadores asociados a las mismas;
- Proposición de una amplia variedad de técnicas de control del consumo (registro de cigarrillos, control del aumento de la conducta de fumar);
- Clasificación de las técnicas según su adecuación a cada uno de los estadios en el proceso de dejar de fumar (preparación, consecución de la abstinencia, mantenimiento de la misma y prevención de recaídas);
- Indicaciones para modificar hábitos o conductas distintas al propio consumo pero muy relacionados con éste (dieta, ejercicio, etc.);
- Programa de tareas, diario, combinando las específicas de control del hábito con otras dirigidas a esferas más amplias de la vida del sujeto;
- Estrategias para resolver problemas específicos que se presenten durante el programa o al finalizar éste.

Algunos de estos programas incluyen además la utilización de **sustitutos farmacológicos de la nicotina**, tales como: los chicles de nicotina, el parche de nicotina, el nebulizador intranasal, y el inhalador de nicotina.

**El chicle de nicotina** fue desarrollado bajo el supuesto de que el síndrome de abstinencia de la nicotina ocurre y es necesario aliviarlo para que el fumador deje de fumar inicialmente y, conforme transcurra el tiempo el sujeto abandone el hábito psicoló-

gico de los cigarrillos al no precisarlo. El contenido de cada chicle puede ser de 2 mg. o 4 mg. Se recomienda utilizar el de 4 mg. con los fumadores que tienen una elevada dependencia de la nicotina (Hughes, 1996).

Hay varios **metaanálisis** que presentan datos sobre la eficacia del chicle de nicotina. De ellos, cuatro, prácticamente analizaron la mayoría de los estudios que se han llevado a cabo con chicle de nicotina: el de Lam et al. (1987), el de Cepeda-Benito (1993), el de Tang et al. (1994) y el de Silagy et al. (1994). De estos metaanálisis se extraen las siguientes conclusiones: 1) el chicle de nicotina mejora los porcentajes de abstinencia a los 12 meses de seguimiento aproximadamente en un 40%-60% comparado con las intervenciones control; 2) el chicle de nicotina es más eficaz que la intervención control independientemente de la intensidad de la intervención psicológica, aunque la eficacia es mayor cuando se combina con una terapia psicológica; y e) el chicle de nicotina de 4 mg. es más eficaz que el de 2 mg. en los fumadores que presentan alta dependencia de la nicotina. Ahora bien, no se debe utilizar en embarazadas ni en personas con enfermedades cardiovasculares (Transdermal Nicotine Study Group, 1992).

Respecto al **parche de nicotina** hay varios **metaanálisis** que han analizado la eficacia de éste. Los más representativos son los de Fiore, Smith et al., 1994; Gourlay, 1994; Po, 1993; Silagy et al., 1994; y Tang et al., 1994. Entre las conclusiones que se pueden sacar de los mismos están: 1) la eficacia del parche de nicotina a los 6 y 12 meses es aproximadamente el doble que la que se obtiene en las intervenciones placebo; 2) el parche de nicotina es consecuentemente más eficaz que las intervenciones placebo indiferentemente de la aportación del tratamiento psicológico coadyuvante. Si embargo, la aplicación conjunta con intervenciones psicológicas aumenta los porcentajes de abstinencia que se obtienen con aquellos sujetos que se les administra parche placebo; y 3) los fumadores se ajustan

más a las instrucciones del parche de nicotina que a las del chicle de nicotina.

**El nebulizador intranasal** es una solución de nicotina que permite su administración a través de las fosas nasales (Shiffman et al., 1998). Ha aparecido como un posible sustituto del chicle de nicotina, en aquellos casos en que la utilización del chicle estuviere desaconsejada. Permite una absorción más rápida y completa de la nicotina que el chicle. Los pocos estudios que se han realizado hasta la actualidad indican que puede ser una ayuda útil para evitar la recaída y los síntomas de la abstinencia. Jarvis, Hajeck et al. (1987), consiguieron una abstinencia del 35% después de aproximadamente unos 11 días utilizando el nebulizador intranasal. En una investigación posterior, Sutherland et al, 1992 demostraron que esa abstinencia al final del tratamiento fue más del doble para el grupo de tratamiento (26%) que para el placebo.

**El inhalador de nicotina** es un aparato con forma de tubo similar a la forma de un cigarrillo que contiene un receptáculo con nicotina colocado en su interior. La absorción del inhalador de nicotina es fundamentalmente bucal más que respiratoria (Shiffman et al., 1998). Las versiones más recientes de inhaladores de la nicotina producen incrementos de niveles de nicotina en sangre más rápidamente que el chicle de nicotina, pero más lentos que los de los nebulizadores nasales (Sutherland et al., 1993). En el estudio de Tonnesen et al., 1993 se consiguieron unos porcentajes de abstinencia del 15% al año de seguimiento utilizando el inhalador de nicotina.

## CONCLUSIONES

La importancia del tratamiento de fumadores en España es reciente. Surge tímidamente a comienzos de los años 80 y se va consolidando paulatinamente en la actual década. Es muy probable que en los próximos años, el desarrollo de nuevos programas de tratamiento para fumadores se fundamente en los siguientes aspectos (Becoña, 1994 a):

- 1) En la nueva y cada vez más irrefutable evidencia de las graves y letales consecuencias que produce fumar tabaco en la salud (Peto et al., 1994);
- 2) La existencia de patrones semejantes o idénticos entre distintas conductas adictivas como el alcohol, la heroína, etc. Esto ha posibilitado conocer mejor este trastorno (ej. dependencia de la nicotina), su relación con otras conductas adictivas, la facilitación de tratamientos y la asunción de que estamos ante una adicción grave, al afectar a un porcentaje tan importante de personas de la población y difícil de abandonar por la negativa de los fumadores a dejar de fumar o acudir a tratamientos;
- 3) Los fumadores quieren dejar de fumar por sí mismos o con un apoyo terapéutico reducido. Al no conseguirlo todos de este modo, y ser más amplia la conciencia de que hay que dejar de fumar, el número de personas que acuden a distintos procedimientos es amplio. Sin embargo, no acuden a un tratamiento especializado hasta que han intentado distintos procedimientos por sí mismos. No asumen el rol de que tienen un "problema" y menos de que son "adictos";
- 4) La intervención clínica cada vez toma más relevancia por varios motivos:
  - a) Cuando desciende el número de fumadores de una población en unos años a niveles bajos (entre el 20 y 30% de la población) los que siguen fumando son fumadores duros o altamente dependientes, de ahí la mayor dificultad en conseguir dejar de fumar.
  - b) Las restricciones del consumo de cigarrillos en lugares públicos se incrementa cada vez más en los países desarrollados. Esto hace consciente al fumador en un momento determinado (**fase de Contemplación**) de que tiene que dejar de fumar, de que dejar de fumar le es difícil o no lo consigue por sí mismo, y se ve obligado a acudir a un tratamiento especializado.

- c) Cada vez son más los profesionales de la salud que remiten a los fumadores a un tratamiento especializado cuando el fumador debe dejar de fumar (ej. bronquitis).
- d) Los programas para dejar de fumar tienen que ser baratos, cara a su fácil implantación para que puedan llegar a muchos fumadores. Además, al ser tantos los fumadores que podrían acudir a tratamiento para dejar de fumar, de ofrecérsele libremente, es necesario que acudan aquellos que realmente estén motivados, quieren dejar de fumar y les podemos ayudar a conseguirlo.

Esto no es nada nuevo, los estadios de cambio así nos lo han demostrado, y la experiencia clínica con el concepto de la motivación para el tratamiento, están en la base de conseguir buenos resultados con nuestros clientes, sean fumadores u otro tipo de adictos (Becoña, 1995).

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, los **programas multicomponentes** (Becoña, 1993) y otras técnicas psicológicas son los tratamientos más utilizados en la actualidad.

En la última década se ha incorporado la terapia de sustitución de la nicotina. Los chicles y los parches de nicotina han demostrado que son los productos de esta clase más eficaces. Este tipo de intervenciones también se ha integrado satisfactoriamente con los enfoques cognitivos-comportamentales (Transdermal Nicotine Study Group, 1992). Cada vez es más usual la utilización conjunta de ambos tipos de terapia: la psicológica y la farmacológica (Shiffman et al., 1998).

## BIBLIOGRAFÍA

Becoña, E. (1993). **Programa para dejar de fumar**. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones da Universidade de Santiago de Compostela.

Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). **Prevención y tratamiento del tabaquismo**. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (1994a). Evaluación de la conducta de fumar. En J.L. Graña (Ed.). **Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento** (pp. 403-454).

Becoña, E. (1995). Abstinencia, recaída y no abandono en un programa para dejar de fumar. **Adicciones**, **7**, 41-58.

Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1996). Los estadios de cambio de los fumadores: Un estudio empírico. **Psicología Contemporánea**, **3**.

Becoña, E., Galego, P. y Lorenzo, M.C. (1998). **El tabaco y su abandono**. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.

Botvin, G.J. (1987). **Prevention research. En Drug and drug abuse research; second triennial report to congress** (DHHS Publication No. ADM 87-1486) Washington, D.C.: us Government Printing Office.

Britt, M.A. y Jachym, N.K. (1996). Cigarette and alcohol use among 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> graders; results of a new survey. **Journal of Alcohol and Drug Education**, **41**, 44-54.

Buceta, J.M. y Burns, L.E. (1984). Descomposición o debilitamiento de los mecanismos que mantienen el hábito de fumar y cesación del comportamiento. Estrategias terapéuticas. En **Símpoio sobre el tabaquismo y la Salud en los países sudamericanos** (pp. 70-71). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Castro, S. y Godoy, A. (1999). **Revista Española de Drogodependencias**.

Cinciripini et al. (1996). Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: Effects on cessation outcome, affect, and coping. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **64**, 314-323.

Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **61**, 822-830.

Doll, R. y Peto, R. (1989). **Las causas del cáncer**. Barcelona: Salvat.

- Falomir, J.M., Mugny, G. y Pérez, J.A. (1996). Social influence and threat to identity. Does the fight against tobacco use require a ban on smoking. *International Review of social Psychology*, **812**, 95-107.
- Falomir, J.M. (1997). Influencia Social en el consumo del tabaco: Amenaza de la identidad y elaboración del conflicto. Tesis doctoral. Facultad de psicología de la Universidad de Valencia.
- Fiore, M.C. et al. (1990). Cigarette smoking: The clinician's role in cessation, prevention and public health. *Disease a Month*, **35**, 180-241.
- Fiore, M.C. et al. (1992). Tobacco dependence and nicotine patch. Clinical guidelines for effective use. *JMA*, **268**, 2.687-2.694.
- Fiore, M.C., Smith, et al. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, **271**, 1.940-1.947.
- Frojan, M.J. y Santacreu, J. (1992b). Modelo de Génesis, adquisición, mantenimiento e insatisfacción con el hábito de fumar. *Boletín de Psicología*, **25**, 7-28.
- Gil y Calero, M.D. (1994). **Tratamiento del tabaquismo**. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Gottlieb, N.H. y Baker, J.A. (1986). The relative influence of health beliefs, parental and peer behaviors and exercise program participation on smoking, alcohol use and physical activity-social. *Science and Medicine*, **22**, 915-927.
- Gourlay, S. (1994). The pros and cons of transdermal nicotine therapy. *Medical Journal of Australia*, **160**, 152-159.
- Hamadeh, R.R. (1995). Knowledge and attitudes to medical students in Bahrain towards smoking. *Health Education Research*, **10**, 479-486.
- Heseltine, E., Riboli, E., Shuker, L. y Wilbourn, J. (1988). **Tabaco y Salud**. Madrid: Comunidad Económica Europea.
- Hughes, J.R. (1993). Pharmacotherapy for smoking cessation: Unvalidated assumptions, and suggestions for future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **61**, 751-760.
- Hughes, J.R. (1996). Treatment of nicotine dependence. En C.R. Schuster, S.W. Gust y M.J. Kuhar (eds.). **Pharmacological aspects of drug dependence. Toward an integrative neurobehavioral approach. Handbook of experimental psychology series** (Vol. II, pp. 599-618). Nueva York: Springer-Verlag.
- Jarvick, M.E. y Schneider, N.G. (1984). Degree of addiction and effectiveness of nicotine gum therapy for smoking. *American Journal of Psychiatry*, **141**, 790-791.
- Jarvis, M. et al. (1987). Nasal nicotine solution as an aid to cigarette withdrawal. A pilot clinical trial *British Journal of Addictions*, **82**, 983-988.
- Koo, L.C., Ho, J.H.C. y Rylander, R. (1998). Life-History correlates of environmental tobacco smoke: A study on nonsmoking Hong Kong chinese wives with smoking versus noonsmoking husbands. *Social Science and Medicine*, **26**, 751-760.
- Klesges, R.C., Meyers, A.W., Kleges, L.M. y La Vasque (1989). Smoking, body weight and their effects on smoking behavior: A comprehensive review of the literature. *Psychological Bulletin*, **106**, 204-230.
- Lam et al. (1987). Meta-analysis of randomized controlled trials of nicotine chewing-gum. *The Lancet*, **2**, 27-30.
- Lando, H.A. (1993). Formal quit smoking treatment. En C.T. Orleans y J. Slade (Eds.). **Nicotine Addiction. Principles and managements** (pp. 221-244). Nueva York: Oxford University Press.
- Lefcourt et al. (1984). Locus of control, causal attributions and effects in achievement-related contexts. *Canadian Journal of Behavioral Science*, **16**, 1, 57-64.
- Lichtenstein, E. (1992). The smoking problem. A behavioral perspective. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, **50**, 804-809.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). **Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. Nueva York: Guildford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **56**, 715-720.
- Martínez, A. (1982). **Manual de patología tabáquica**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Míguez, M.C. y Becoña, E. (1997). El proceso de recaída y sus causas en exfumadores. *Adiciones*, **9**, 405-486.
- Mullen, P.D. y Taback, E.R. (1989). Patterns of counseling techniques used by family practice physicians for smoking, weight, exercise, and stress. *Medical Care*, **27**, 694-704.
- O.M.S. (1974). Los efectos del tabaco sobre la salud. **Serie de informes técnicos**, **568**.
- Orleans, C.T. (1995). Review of the current status of smoking cessation: progress and opportunities. *Tobacco control*, **4**, 53-59.
- Peto, R., López, A.D., Boreham, J. et al. (1994). **Mortality from smoking in developed countries 1950-2000**. Oxford: Oxford University Press.
- Po, A.L.W. (1993). Transdermal nicotine in smoking cessation. A meta-analysis European. *Journal of clinical Pharmacology*, **45**, 519-528.
- Pomerleau, O. y Ciccone, P. (1974). Preliminary results of a treatment program for smoking cessation using multiple program for modification techniques. **Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy**. Chicago.
- Prochaska, J.O. y Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 390-395.
- Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. **Applications to addictive behaviors**. *American Psychologists*, **47**, 1.102-1.114.
- Prochaska, et al. (1994). **Changing for good**. Nueva York: William Morrow and Cia.
- Richmond, R. et al. (1997). Effectiveness of a 24 hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioral programme. One year outcome. *Addiction*, **92**, 27-31.
- Rooney, J.F. y Villahoz-González, J. (1994). Variables que contribuyen a fumar tabaco entre una muestra joven: un análisis multivariable. *Revista de Psicología Social*, **9**, 165-178.
- Russell, M.A.H. (1989). Nicotine replacement: The role of blood nicotine levels, their rate of change, and nicotine tolerance. En O.F. Pomerleau y C.S. Pomerleau (eds.). **Nicotine replacement. A critical evaluation**. Nueva York: Alan R. Liss.
- Salvador, T. et al. (1988). Tratamiento del tabaquismo. Eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Medicina Clínica*, **90**, 646-650.
- Skaar et al. (1997). Smoking cessation 1: an overview of research. *Behavioral Medicine*, **23**, **5**, 13.
- Shecher et al. (1995). Do cigarette smokers have un realistic perceptions of their heart attack, cancer and stroke risks? *Journal of Behavioral Medicine*, **18**, 45-54.
- Stephoe et al (1995). Tobacco smoking in young adults from 21 European countries: association with attitudes and risk awareness. *Addiction*, **90**, 571-582.
- Schwartz, J.L. (1987). **Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985**. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services.
- Silagy et al. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *The Lancet*, **343**, 139-142.
- Shiffman et al. (1998). Tobacco dependence treatments: Review and prospectus. *Annual Review Public Health*, **19**, 335-358.
- Sutherland, G. et al. (1992). Nasal nicotine spray. A rapid nicotine delivery system. *Psychopharmacology*, **108**, 512-518.
- Tang et al. (1994). How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking. *British Medical Journal*, **308**, 21-26.

Turner, S.A., Daniels, J.L. y Hollandsworth, J.G. (1985). The effects of a multicomponent smoking cessation program with chronic obstructive pulmonary disease outpatients. *Addictive Behaviors*, **10**, 87-90.

Transdermal Nicotine Study Group (1992). Transdermal nicotine for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, **266**, 3.133-3.138.

Tonnesen, P. et al. (1993). A doubleblind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, **269**, 1.268-1.270.

U.S.D.H.H.S. (1989). The health consequences of smoking, 25 years of progress. A report of the Surgeon General Rockville, MD; U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

U.S.D.H.H.S. (1991). Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health ACTION IN THE 1990S. Rockville, M.D.: US. Department of Health and Human Services.

Viure en Salut, nº 40 (1988). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Wang et al. (1996). Attitudes and beliefs of adolescent experimental smokers a smoking prevention perspective. *Journal of alcohol and Drug Education*, **41**, 1-12.

World Health Organization (1990). *The evaluation and monitoring of public action on tobacco. Smokefree Euroe*, **3**. Copenhagen: WHO.

W.H.O. (1996). World no-tobacco day. Sport and the arts without tobacco: Play in tobacco free! Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

## LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EXPERIMENTAL COMO SOLUCIÓN DEFINITIVA A LA INTEGRACIÓN DE LA PSICOTERAPIA (8ª PARTE)

JUAN GARCÍA MORENO\*

Universidad Complutense de Madrid  
Socio de AESPAT

*En el presente artículo, tras exponer en el anterior (7ª Parte) los "Efectos del Movimiento Integrador de la Psicoterapia", ofrezco las bases definitivas de la investigación sobre su Integración: la investigación clínica y experimental.*

### A) COMENTARIO

En las páginas anteriores he presentado un esquema, lo más completo posible, sobre la problemática y las implicaciones de la integración, y sobre las formas con que se ha expresado la integración a lo largo de su historia. Cada autor interesado en el tema ha tratado de plasmar sus inquietudes y deseos basándose en argumentos teóricos, y pocas veces dando razones evidenciadas por datos empíricos. Las elucubraciones teóricas y las razones clínicas, en último término, han de ser confirmadas por una investigación experimental. Lo cual no es nada fácil, como ocurre con todos los aspectos relacionados con la verdadera ciencia. Gracias a una adecuada metodología ha avanzado la ciencia y seguirá avanzando. Nunca han faltado entre los clínicos e investigadores quienes han visto los peligros de una integración "alocada" y han exigido el fundamento de una evidencia empírica.

Slipp (1982) que aboga por una integración dentro de una teoría autónoma de la psicoterapia defiende que:

"Necesitamos establecer una base empírica independiente y sólida del conocimiento y comprensión de los factores terapéuticos que producen el cambio, y de los procesos a través de los cuales aquellos producen el cambio. (...) Las teorías de la etiología patológica se construyen sobre datos aportados por asociaciones, sueños, informes directos, pero interpretados en función de los sucesos infantiles (relación madre-niño) que **habría que demostrar** para no generalizar" (p. 374).

Yates (1983) en su artículo: "Behaviour therapy and Psychodynamic psychotherapy: Basic conflict or reconciliation and integration?", cuestiona en aras de una verdadera psicoterapia científica la integración de elementos basados unos en evidencia empírica y otros faltos de dicha demostración:

"No tiene sentido querer integrar la terapia conductual avalada por **evidencia empírica** (p.e. de la enuresis, tartamudez) con el psicoanálisis, falta de toda

\* C/. Camino de las Huertas, 2-3, 2ª A. Teléfono 91 715 86 36. 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid.

evidencia empírica, que no aportaría nada a la cura, (...) y que lo complicaría al exigir algo que no es necesario. En el caso de la enuresis y de la tartamudez, ni la teoría ni la técnica psicoanalítica aportan nada apropiado. ¿Hay justificación para combinar ambas cuando las asunciones subyacentes de los dos enfoques son tan diferentes" (p. 135).

La "base empírica", que puede ser experimental o al menos simplemente clínica, es imprescindible para poder avanzar dentro de la psicoterapia científica. No se puede integrar lo que no tiene fundamento empírico relativo a su efectividad. Podría tratarse sólo de una mera elucubración teórico-práctico, que aunque se haga con toda la buena intención no llevaría a ninguna parte, y podría ofuscar a otros seguidores.

Respecto de la efectividad de las técnicas, tema importante dentro de la integración de la psicoterapia, Messer y Winokur (1980) mantienen que:

"La cuestión de la contribución relativa de las técnicas a los resultados (y otros aspectos terapéuticos) es un **problema empírico** que hasta ahora no se ha resuelto y que sólo lo será por la **investigación apropiada** y no por el listado de las similitudes y diferencias" (p. 120).

Wachtel (1986) exige investigación para poder resolver los problemas de la integración del enfoque psicodinámico y conductual:

"Se necesita más investigación para determinar si la búsqueda psicoanalítica de aspectos ocultos de los dilemas adaptativos del paciente pueden ser combinados con tratamientos directos conductuales y en qué medida cada uno puede ayudar al otro. Los psicoanalistas piensan que la intervención directa puede limitar el alcance y la profundidad del cambio. Pero, también, la exploración psicoanalítica tiene sus barreras provenientes de la no intervención directa. El desarrollo de los terapeutas conductuales, en la pasada década, de intervenciones específicas útiles, exige repensar lo racional del tradicio-

nal acento psicodinámico sobre la no intervención directa a la luz de consideraciones que lo contradicen" (p. 214).

Goldfried y Wachtel (1991) sitúan la cuestión de un modo bastante equilibrado:

"Nosotros hemos alcanzado un punto donde la necesidad de justificar la integración de la psicoterapia, como un área legítima de interés, es ahora sustituida por la **necesidad de hallazgos relevantes de la investigación**, reconociendo que se ha producido aquí una alianza inusual entre la práctica psicoterapéutica, la investigación y la teoría" (p. 5). "(...) He de reconocer que esta etapa se caracteriza por un **proceso de exploración** que es más importante que tomar resoluciones prematuras en tal intento" (p. 6).

Beck (1991) centrándose en la integración referida al sistema cognitivo dice:

"Yo he tratado de superar esto, no siguiendo necesariamente la fusión con otros sistemas, sino tratando de encarar, y comprometerme en **estudios sistemáticos**, probando modelos conceptuales de terapia cognitiva. (...) Yo espero que el progreso teórico en la terapia cognitiva provenga más de **investigaciones clínicas y experimentales**, que de la incorporación de conceptos de otros sistemas de psicoterapia" (p. 197).

En el tema de la "efectividad de la psicoterapia", ya expuse ampliamente las investigaciones de todo tipo, entre ellas las "meta-analíticas". Pero esta efectividad se refería a los resultados globales y comparativos de las diferentes psicoterapias. En este apartado se trata de investigar los factores específicos de efectividad: ¿Por qué es efectiva la psicoterapia? Sólo clarificando esto, podremos fundamentar razonablemente una integración. Por ello expondré, a continuación, **las recomendaciones del NIMH** que de una manera muy clara insisten, entre otros aspectos, en la necesidad de la investigación para favorecer una apropiada integración. Piñero que es un documento extraor-

dinario para dirigir las investigaciones acerca de la integración de la psicoterapia, las que como vengo afirmando son el único camino para avanzar por este terreno tan difícil sin extraviarse y extraviar a otros.

## B) RECOMENDACIONES DEL NIMH ("NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH") SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE LA INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Según Goldfried y Wachtel (1991): En 1986, el NIMH patrocinó y costeó un taller de dos días para considerar las prioridades de la investigación para la investigación programática sobre la integración de la psicoterapia (Wolfe & Goldfried, 1988).

Un determinado número de recomendaciones fueron derivadas de este encuentro, considerando la necesidad de *clarificación conceptual, investigación* del proceso de la psicoterapia, *estudios de la eficacia* sobre las terapias integrativas, y *entrenamiento y supervisión de los terapeutas integradores*.

En general, se sugirió que el trabajo sobre la "desegregación" ("investigación sobre formas puras de psicoterapia, anteriores a la integración, para comprobar su efectividad") (...) era necesaria antes de la investigación de la integración, para estudiar los factores comunes y específicos de cada una de las escuelas, antes de proceder a la investigación sobre la efectividad de procedimientos integrados. Los hallazgos de un tal programa de investigación puede últimamente conducir a un nuevo sistema conceptual que pueda dar mejor cuenta de los datos de la investigación y de las observaciones clínicas y, al mismo tiempo, proveer directrices para la intervención terapéutica.

Las **recomendaciones** más específicas derivadas de dicho taller de trabajo fueron las siguientes:

1) la clarificación conceptual y el estudio empírico actual exigen proceder de una manera coordinada, con instrumentos de evaluación desarrollados para operativizar conceptos clave;

2) son necesarios esfuerzos conceptuales e investigadores para estudiar lo que los clínicos actualmente hacen, para descubrir las contribuciones comunes y específicas a través de las diferentes terapias de "pura forma";

3) el estudio de los variados desórdenes psicológicos necesita mejorar nuestra eficacia terapéutica, particularmente si tal investigación está informada por varias orientaciones teóricas;

4) en orden a obtener una evaluación más comprensiva del cambio psicoterapéutico, es necesario desarrollar una topología de criterios de resultados, vistos desde dentro de las diferentes orientaciones;

5) es necesaria investigación sobre los procesos del cambio psicoterapéutico, que puede traducirse en investigación de eventos terapéuticos importantes, o en estudios de los conceptos teóricos claves que se consideran centrales para el proceso de cambio;

6) ya que los procesos del cambio pueden variar con la fase del tratamiento, la investigación comparativa sobre los procesos psicoterapéuticos deberían focalizarse sobre una fase terapéutica comparable;

7) deberían ser estudiados los procesos comunes y específicos del cambio asociados con diferentes orientaciones para averiguar qué ha sido ya integrado y qué puede ser potencialmente integrado;

8) los procesos comunes y específicos podrían probablemente ser hallados a un nivel medio de abstracción entre la teoría de alto nivel y lo clínico específico observable;

9) la investigación necesita ser llevada a cabo por medio de una alianza entre las diferentes orientaciones teóricas;

10) los estudios deberían centrarse en si son necesarios, o no, vínculos terapéuticos para realizar diferentes clases de tareas o técnicas terapéuticas;

11) es necesario investigar, por ejemplo, hasta dónde el nivel de ansiedad o el estilo de personalidad median el rol que la alianza terapéutica puede jugar al producir el cambio;

12) buscando solución a la barrera de los lenguajes diferentes que dificultan la comunicación entre orientaciones teóricas, y entre terapeuta e investigador, se ha propuesto como solución algunos sistemas de lengua-

je: (a) la jerga existente asociada con escuelas diferentes, (b) la transposición de lenguajes teóricos o vernáculos, (c) la operabilidad de este lenguaje vernacular en un lenguaje adecuado a la investigación, y (d) un lenguaje que pueda permitirnos recuperar los hallazgos básicos de la investigación (e.g., la psicología cognitiva) que pueden ser relevantes para la intervención terapéutica;

13) cualquier lenguaje que pueda ser desarrollado necesitará estar dispuesto para incorporar conceptos de diferentes orientaciones de terapia y, al mismo tiempo, necesitará ser neutral para todos;

14) las metodologías de la investigación necesitan estudiar casos individuales de diferentes orientaciones terapéuticas;

15) en orden a facilitar la investigación sobre la integración, es necesario disponer de archivos de transcripciones, "audiotapes" y "videotapes" de sesiones de terapia de las diversas orientaciones;

16) los errores del tratamiento deberían ser estudiados como un medio para aprender a encontrar la efectividad terapéutica;

17) la investigación necesita desarrollar reglas de decisión para seleccionar e implementar intervenciones efectivas de terapia, que puedan tener importantes implicaciones para conseguir un manual de tratamiento con base empírica;

18) se necesitan trabajos de investigación para conducir un análisis comparativo de estas diferentes reglas de decisión;

19) se necesitan datos empíricos sobre cómo puedan ser aplicados los intentos integradores sobre problemas clínicos específicos;

20) los procedimientos de evaluación de los resultados, que son utilizados en la investigación, necesitan tomar en consideración los criterios del cambio que son derivados de las diferentes terapias de "pura forma".

21) se necesitan estudios piloto para determinar si una intervención integradora es más efectiva en el tratamiento de problemas específicos clínicos que cualquier terapia de "pura forma";

22) dependiendo de los resultados de estos estudios piloto, los estudios controlados de los resultados deberían ordenarse para determinar qué tipo de pacientes se

beneficiaría más de una intervención integradora determinada;

23) las investigaciones necesitan determinar el método más efectivo para entrenar a los clínicos en los métodos integradores" (p. 10-12).

A continuación el mismo Goldfried hace un pequeño comentario-interpretación de las anteriores recomendaciones:

"Estas recomendaciones son claramente de mucha envergadura representando, en su conjunto, unas **directrices** para conducir un amplio programa de investigación en este área. Aunque la **clarificación conceptual** y la **investigación** pueden ser propuestos al mismo tiempo en un número de direcciones diferentes, tiene su mérito **comenzar** con un estudio comparativo de psicoterapias puras para poder identificar los procesos comunes y específicos que contribuyen a cambiar variados desórdenes psicológicos. El trabajo del NIMH resaltó la necesidad de encontrar **lenguajes neutrales** para la comunicación entre diferentes orientaciones teóricas, incluyendo lenguajes que permitan investigaciones comparativas sobre las psicoterapias y la recuperación de hallazgos básicos de investigación que puedan ser relevantes para la intervención terapéutica. Por último, son necesarios estudios de los resultados para determinar, de hecho, **conjuntos integradores** que puedan ser más efectivos que las psicoterapias puras. Goldfried & Safran (1986) han mantenido que el trabajo de 'desegregación' (separación de terapias antes de integrarlas) que es exigido antes de que las terapias integradas derivadas empíricamente sean desarrolladas y evaluadas, deberían estar basadas en el estudio de los mecanismos comunes y específicos del cambio encontrados en las diferentes orientaciones de terapia" (p. 12).

**Nota.**—Las REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS del presente artículo se publicarán al finalizar esta serie de artículos centrados en la "Efectividad de la Psicoterapia". Si alguno estuviera interesado en adquirir dicha bibliografía antes de finalizar la publicación de dichos artículos puede dirigirse al autor solicitándola.

## CONFERENCIA COLABORACIÓN DE AESPAT Y EL CLUB DE MARKETING DE ARAGÓN

### "EL LIDERAZGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL"



**CLUB DE MARKETING**  
CLUB DE DIRIGENTES DE ARAGÓN

**CLUB de Marketing**  
CLUB DE DIRIGENTES DE ARAGÓN

Se complace en invitarle a la

## CONFERENCIA

### "EL LIDERAZGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL"

La comunicación motor del desarrollo en la empresa.  
Las habilidades sociales, punto de partida del éxito

**ENTRADA LIBRE**  
Información y Reservas en el Club de Marketing.  
"Después de la conferencia se servirá un vino español"

**POONENTES:**

D. José Álvarez Castañón,  
Psicólogo de AESPAT, Licenciado en Ciencias  
Económicas (ICAE), Profesor de Economía  
en la Universidad de Zaragoza y de la Escuela  
de Economía de A.T.

D. Antonio Arce Ferrer,  
Es un psicólogo que investiga la comunicación  
entre el Mánager, Profesores de Psicología  
en la Universidad de Zaragoza y de la  
Universidad Complutense de Madrid.  
Catedrático de Psicología Social de la  
Universidad Complutense de Madrid y de la  
Escuela de Economía de la Universidad de  
Zaragoza de A.T.

**FECHA:**  
Zaragoza, 29 de marzo de 2001.

**HORA:**  
19:30 horas

**LUGAR:**  
Hotel Miras Zaragoza,  
Salón Jara,  
Avenida César Augusto, 13

La mesa durante la intervención.

Se celebró, el 29 de Marzo en Zaragoza, la primera actividad programada correspondiente al acuerdo de colaboración entre AESPAT y el Club de Marketing de Aragón.

## INTERVENCIÓN DE JOSÉ ÁLVAREZ CUSTODIO

El Presidente de AESPAT agradeció al Club de Marketing la oportunidad que le brinda para poder establecer contacto directo con sus socios, resaltando la ayuda prestada por su Presidente D. Miguel Ángel Hernanz y el Delegado de AESPAT en Aragón D. Jesús Serrano García.

A continuación, hizo breve descripción de la historia y objetivos de AESPAT.

Como introducción a la intervención de D. Antonio Ares, comentó la situación actual de los medios de comunicación, su desarrollo e importancia en las actividades profesionales y empresariales.

Finalmente, hizo algunas reflexiones sobre la influencia que en el futuro tendrán la aplicación de las nuevas tecnologías en las comunicaciones y las transformaciones que, previsiblemente, se producirán en las empresas y los sistemas de trabajo.

También planteó la aportación que el A.T. podría hacer en este nuevo marco para el desarrollo de las personas y las organizaciones.

## INTERVENCIÓN DE ANTONIO ARES PARRA

Gracias al Club de Marketing y a la Asociación Española de Análisis Transaccional por darnos la oportunidad de compartir este tiempo. La dificultad inicial para mí es no conocer las motivaciones individuales de Vds. para estar aquí, pero, a lo largo del coloquio tendremos la oportunidad de responder más concretamente a sus expectativas.

Mi pretensión es publicitar a los profesionales de la Asociación de Análisis Transaccional y lo que este modelo y sus técnicas pueden aportar al **nuevo liderazgo** en la sociedad de las Nuevas Tecnologías de la Información.

¿Qué es lo que quiero exponer?. Lo más fundamental es considerar que con las nuevas tecnologías de la información tenemos nuevos retos y que determinadas investiga-

ciones realizadas hasta ahora sobre el liderazgo ya van por otro lado. Las experiencias acumuladas y conocidas por la investigación en este momento ya no sirven y como todavía no tenemos conocimientos suficientes sobre la nueva situación tenemos que "tantear" de cara al futuro.

Ya hay algo que sabemos: somos conscientes que va a ser necesario que las herramientas que usamos tienen que pasar "por dentro" de nosotros, es decir, tener **critérios** de utilización de las herramientas.

Lo que quiero decir es que, cada vez más, la validez de las herramientas no dependerá sólo de su calidad "propia" sino de los usos que les demos, de la manera cómo las utilizemos.

Lo importante serán nuestras habilidades en el uso de cada herramienta.

Más que confiar en la propia herramienta, su potencia estará en función de cómo nosotros sepamos darle uso. Parece que un mensaje de las nuevas tecnologías es que espabilemos para tener **critérios** y no sólo instrumentos.

Un ejemplo: En nuestro pasado próximo, en las organizaciones decíamos: "necesitamos más información". En este momento todavía seguimos diciéndolo pero ya no es verdad.

Puedo tener la fantasía de que mi eficacia dependerá de la cantidad de información que manejo cuando en realidad depende de mis criterios para utilizarla.

En un momento en el que el acceso a la información es posible lo importante es ir volviéndonos hacia nosotros para darnos cuenta que necesitamos conocer las herramientas pero que fundamentalmente necesitamos desarrollar criterios de utilización y ese es un tema de desarrollo personal que es donde podemos desarrollarnos para ser más maduros.

Podemos quejarnos permanentemente de que la organización es así, que mi jefe no me deja, que es imposible, que yo no puedo hacer esto o lo otro en la realidad organizacional.

La cuestión es: ¿qué pasa con el desarrollo de las personas en los contextos orga-

nizacionales? ¿tenemos que funcionar con complejo de inferioridad para pedir desarrollo de las personas en las organizaciones?. Si es legítima la tecnología, si es legítimo el beneficio económico, ¿es legítimo el bienestar de las personas o está subordinado o, peor aún, es contradictorio con el desarrollo empresarial?.

A lo mejor debemos seguir con la maldición de ganarnos el pan con el sudor de nuestra frente y no poder estar mínimamente a gusto trabajando. ¿Hasta qué punto podemos estar a gusto trabajando? Tendríamos que reivindicar como variable legítima el bienestar de las personas en los contextos organizativos laborales.

Si pensamos que lo importante no son sólo las herramientas, la eficacia va a estar en función de cómo yo sepa interiorizar esa herramienta. Debemos usar herramientas que provoquen bienestar a la organización y también, con igual intensidad, bienestar a las personas. Esa nueva manera de entender la realidad laboral necesita nuevo enfoque del liderazgo.

Necesitamos habilidades sociales para estar en un mundo tecnológicamente avanzado. Ahí es donde puede ayudar el Análisis Transaccional como modelo, dentro de un contexto de psicologías humanistas que tiene mucho que ver con lo que ahora se habla de la inteligencia emocional y de una determinada manera de ser inteligente; debemos demostrar que determinadas conductas no se hacen por buena voluntad sino porque son eficaces.

Por ejemplo, una palabra muy usada es **cooperación**. Observamos muchas veces, cuando trabajamos con grupos humanos, que la gente entiende que la palabra cooperación es algo así como sacrificio: "yo cooperaría si tú me dejaras".

Mientras tengamos este tipo de distorsiones, me atrevo a decir que será imposible que estas conductas de cooperación puedan entrar en la gestión empresarial porque lo primero que habría que demostrar es que la palabra cooperación es una conducta "gestionable". Es decir, habría que demostrar que desde un punto de vista de gestión

empresarial la palabra cooperación es una conducta inteligente.

Ahí opera el A.T. y en concreto la Asociación Española de Análisis Transaccional. Durante una serie de años tuvimos la oportunidad de organizarnos para formarnos, para corregirnos entre nosotros, para tener mayores posibilidades en el ejercicio profesional y, también, pensar y comunicarnos de cara a nuestro propio desarrollo personal.

El A.T. es un modelo de psicología humanista que apuesta por lo concreto, por lo consciente, por el desarrollo de la persona; ahí es donde se mueve el A.T.

El A. T. surge en los años 60 por la confluencia de dos circunstancias:

- 1ª Una persona creadora y emprendedora que fue Eric Berne.
- 2ª El ambiente en el que vivió Eric Berne. Un canadiense, judío, psiquiatra, que vivía en EE.UU. y trabajaba para el Ejército. Tenía que atender a grandes sectores de población y, preocupado por hacer cosas eficaces, procuró llegar a todo el que le necesitaba, con herramientas que no costaran mucho tiempo ni dinero.

¿En qué momento surge el A.T.? En el momento en que la Administración Kennedy implanta redes de Servicios Sociales y de Salud Mental Comunitaria y aparece la Psicología Comunitaria con campañas de promoción de la salud.

Eric Berne fue paciente muchos años de terapia psicoanalítica y, en un momento de cansancio terapéutico decide hacer una terapia más rápida concreta y consciente. Eric Berne capta que en el ambiente flota una crítica al modelo médico de enfermedad, al coste de la psicoterapia y a los profesionales que utilizan un lenguaje críptico, no entendible. El Modelo Transaccional propone hacer cosas que la gente entienda, sencillas, racionales, aplicables, para llegar de una manera barata y rápida a grandes sectores de población.

Una de las razones por las que llega el A.T. al mundo de la empresa es porque ésta necesita un modelo de comprensión de

la relaciones humanas sencillo para que los profesionales de los departamentos de formación puedan enseñar habilidades de relaciones interpersonales. El A.T. en vez de diagnosticar lo que le pasa a A. o a B, lo que enfatiza en lo que ocurre "entre" A y B. ¿Qué significa esto? Pues en un contexto no clínico permite, sin tener que explicar mucha psicología, decirle a la gente como desarrollar sus habilidades interpersonales para mejorar la "salud" de sus relaciones sin entrar en diagnósticos clínicos.

La empresa se da cuenta de que con el A. T. tiene un modelo aplicable sin necesidad de psicologizar mucho la relación ni de hablar del pasado, de la personalidad, o de diagnósticos de patologías, sino solamente diciendo qué pasa entre tú y el otro. Las personas formadas en A.T. pueden impactar su medio, sus equipos de trabajo, etc., sin necesidad de dar explicaciones teóricas. Pueden usar mecanismos correctores en la comunicación sin teorizar; basta con dar una respuesta diferente al estímulo que llega para dar posibilidades de cambio en la relación.

La comunicación se construye en el presente, es interactiva y está en función de lo que voy diciendo y lo que va diciendo y va haciendo el otro. La comunicación se va construyendo "sobre la marcha".

Aprendemos opciones de conducta para dar respuestas de otro tipo, más saludables y eficaces. ¿Esto cambia drásticamente la realidad?. ¡No!. Simplemente es un repertorio de posibilidades, de opciones de conducta que, tal como se van entrenando van facilitando las relaciones interpersonales. Aunque sólo sea formando a los directivos, el impacto llega a los equipos de trabajo. La ventaja de enfatizar la relación es que resulta menos amenazante el reflexionar sobre las dificultades interpersonales. El enfoque del A.T. enfatiza bastante lo interpersonal, sobre todo los aspectos positivos, realistas, contrastables, etc.

Hay quien dice que la estructura Padre – Adulto – Niño es una imitación de los conceptos psicoanalíticos Super Yo, Yo y Ello pero no es verdad, entre otras cosas porque

el A.T. se maneja con otros esquemas; habla de "tres longitudes de onda" que la persona tiene a la hora de comunicarse:

- a) Una programación natural, el Niño; es la parte intuitiva, creativa, de programación genética para comunicarnos con otras personas. Cuando llegamos al mundo ya tenemos toda nuestra capacidad de sentir y expresarnos; luego, nos vamos socializando y, a través del proceso de socialización, adquirimos lo que nuestros mayores nos enseñan, con lo cual la parte Niño, la parte infantil que hay en cada uno de nosotros nos hace sentir la realidad; es el concepto "sentido" de la vida;
- b) La programación que nos han dado nuestros padres, nuestros mayores, los maestros, etc., en la socialización: el Padre;
- c) El concepto experimentado de la vida: el Adulto; lo que sé porque lo he vivido experimentalmente.

Todo se integra en la personalidad, lo que tengo de imaginación, de sensaciones, de capacidad creativa, etc., dentro de la educación recibida y además con lo que he vivido y experimentado; a partir de ahí comunico a los demás sensaciones, normas y hechos y para desarrollar a las personas de una manera saludable el A.T. nos dice que la parte normativa tiene que poner límites que sean protectores.

El límite protector hace que, cuando vemos a un niño pequeño en una ventana a punto de caerse no le expliquemos los riesgos de la caída sino que lo cogemos; eso es el límite protector; el niño no está preparado para mantener una conversación en ese momento sobre los riesgos; lo protector es ponerle el límite y no dejarle que se caiga.

Lo mismo que cuando un niño está aprendiendo a montar en bicicleta, no le empujamos cuesta abajo sino que le sujetas el sillín. Eso es un límite protector; el límite en el que permito que aprenda la actividad y al mismo tiempo no le hago correr excesivos riesgos; no le dejo que lo haga para que fracase sino que quiero que lo vaya aprendiendo hasta que sea autónomo y capaz de

hacerlo. Por eso si el papá o la mamá nunca agarran el sillín del niño seguramente no ponen un límite protector, pero si no quieren soltarle el sillín nunca dan el permiso para que pueda adquirir la responsabilidad para responder por sí mismo sin que otros respondan por él.

La información está fundamentalmente en el Adulto, en los datos acumulables y constatables; la parte más creativa y emocional está en el Niño que es la parte más sensitiva de las personas. Las normas están en el Padre.

¿Qué demanda van a tener los nuevos líderes en las nuevas organizaciones?. Fundamentalmente, si el líder es la persona que tiene la responsabilidad de ejercer influencia hacia la consecución de metas, pues entonces, desde el A. T. tendría que procurar permitir proteger y potenciar, procesar y analizar la información que pueda convertir en conocimiento útil que añada valor.

Nos tenemos que dar cuenta de la esencia de lo que el líder hace: procesa e interpreta. ¿Qué es lo que procesa?. Ya lo dijo Mintzberg hace algún tiempo, en los años 60, y desde entonces tiene vigencia, ya que realmente el papel de un líder en un contexto organizacional es manejar procesos de información y de relaciones interpersonales para mejorar las opciones posibles en la toma de decisiones.

En el fondo, el líder afecta a los procesos, incide en información y en la comunicación para proponer mejores soluciones. Este es el valor de las decisiones: hacer más cosas, ir eligiendo caminos que nos hagan vivir el proceso hacia metas y para eso el líder tiene que tener una sensibilidad emocional; porque no sólo maneja información, también maneja afecto en una determinada secuencia temporal. En este sentido, es importante el ritmo ("tempo") de realización de las actividades.

A veces no tenemos el criterio para distinguir entre "velocidad" y "rapidez" en función de la eficacia. Quiero decir, la velocidad está muy bien, pero una cosa es la rapidez y otra cosa es el apresuramiento; el rápido llega pronto, el lento llega tarde y el

apresurado no llega; o se ha equivocado de camino o se ha caído a la mitad del camino debido a la precipitación.

Pongo otro ejemplo: si quiero mover esta botella en la mesa lo que no cabe duda es que tengo que apretar; no basta con la intención; si no hago una determinada fuerza en una determinada dirección la botella no se mueve; pero si me precipito en el movimiento tiro la botella; el efecto que provocho es perverso; no he conseguido lo que mi intención decía (mover la botella) sino que he tirado la botella; tirar la botella no es moverla más rápido. Simplemente he realizado otra cosa totalmente diferente. Muchas veces nos justificamos diciendo que mi intención era buena y que tuvimos mala suerte; los demás no me han dejado, cosas que pasan, etc.

El líder tiene que responsabilizarse de las consecuencias de lo que hace, asumir su responsabilidad "emocional" sobre los ritmos de los procesos, de tal manera que se nos tiene que quitar de la cabeza que la rapidez es mejor que la lentitud. El ritmo será bueno para unas cosas y malo para otras. Debemos analizar la situación con los criterios de coste / beneficio.

Muchas veces alguien nos cuenta que está muy "preocupado". Ya sabéis que aconsejarle: quite el "pre", no vaya a ser que no tenga tiempo para "ocuparse".

Este tipo de observaciones se realizan con criterio "emocional", tiene que ver con la inteligencia emocional. El líder, cada vez más, no sólo va a tener herramientas potentes sino que tendrá que hacer un esfuerzo de desarrollo personal para desempeñar su rol: manejar los procesos de información / comunicación para tomar decisiones dándose cuenta de la importancia de distinguir entre el puro dato cuantitativo, la información relevante y el conocimiento, dándose cuenta de cómo vive el tiempo y cómo está su mundo afectivo ( cómo pide, recibe o da), cómo percibe sus necesidades afectivas y las de las personas que le rodean. Realizará entrenamiento en habilidades sociales para facilitar esos procesos de intercambio de información / comunicación con



el fin de que mejoren los propios procesos y sus resultados.

Nuestros jefes siempre hablarán de resultados y además en un lenguaje "político": ¡hay que hacerlo más, mejor, más rápido!, etc. Nuestros subordinados también tienen claro de lo que hablan: ¡dame más medios si quieres que mejore los resultados!. Teniendo en cuenta la necesidad de obtener resultados con los medios disponibles no cabe duda que nos tenemos que plantear cada vez más cómo vivimos los procesos "intermedios" entre el "input" y el "ouput" de los procesos. ¿Por qué? Antiguamente creíamos que había un sólo camino mejor, pero ya todos sabemos que eso es difícil de llevar a la práctica. Vivimos diferentes modos de transformar el "input" en "ouput".

Algunas ideas que os comento sé que las conocéis todos; únicamente quiero señalarlas porque el modelo del el A.T. sería facilitador para este tipo de cuestiones.

Para entender mejor la vida empresarial, sobre todo desde el punto de vista de lo interpersonal y facilitar la vivencia de las personas en estos aspectos normativos, informativos y emocionales, creo que el A.T. es un modelo útil porque se aplica a diferentes contextos.

Es perfectamente integrable con otros enfoques para, apoyados en las últimas investigaciones que se están haciendo, nos ayuden a atisbar por dónde pueden ir los tiros.

Todavía tenemos poca base experimental para emitir juicios, pero somos conscientes de que, con el impacto de las nuevas tecnologías, las empresas no tiene más remedio que estar abiertas al aprendizaje permanente. No pueden evolucionar si las personas que están dentro no tienen la capacidad para aprender una nueva organización o una nueva tecnología o lo que sea, pues realmente la empresa como organización depende de la personas para aprender la tecnología.

Se habla de la gestión por competencias y de la gestión del conocimiento, porque las personas cada vez son más evaluadas y desarrolladas dentro de modelos de competencias profesionales que se basan en modelos tradicionales de conocimiento habilidades y actitudes, pero mucho más pensando en la transferencia a la realidad laboral.

El "coaching" y la formación en manos de los propios líderes está en aumento. En cualquier empresa, pequeña o grande, cualquier persona que tenga responsabilidad sobre otros se da cuenta de que su papel es cada vez más ser un educador porque tiene obligación de entrenar a otros, y corregirles y reforzarle sus conductas.

Hay últimamente bastantes publicaciones y algunas experiencias de resaltar la importancia de los valores. ¿Qué tiene valor para nosotros? o ¿Cómo puedo aportar valor a los procesos?. La Dirección por Valores está entendiendo la idea de los valores que tenemos o hacia qué valores apuntamos. También hay otra palabra que ya se está usando mucho: "proactividad". Todos queremos ser muy proactivos. El problema es que no podemos hacer de la proactividad un discurso de buenas intenciones, sino una herramienta de gestión empresarial. Tendremos que ser capaces de transferir los conceptos a la realidad laboral y para eso tendremos que demostrar que realmente son conductas inteligentes, es decir, que hacen funcionar mejor a la organización. Tendríamos que demostrar que la proactividad es algo que se puede aprender, que no es una cuestión de buenos deseos o de sólo filtrar muy bien a personas proactivas en procesos de selección de personal.

En resumen, la Psicología y, en concreto el A.T., como psicología humanista, está, desde hace unos años, aportando modelos sencillos de intervención en procesos organizativos, pensando en el desarrollo de las personas.

## CATEXIS DE AESPAT

Madrid, 22 de Marzo de 2001

Estimado Socio/a:

Continuando con la programación de actividades de la Asociación, hemos gestionado una colaboración directa con el Club de Marketing de Aragón, ampliable a otros Club de Marketing de otras zonas de España, que consiste, inicialmente, en la celebración de **una conferencia** el día 29 de marzo en Zaragoza según figura en la invitación adjunta.

Tenemos previsto, dentro del marco de la colaboración iniciada, organizar **unas jornadas**, que desarrollen los temas que se presentan en la conferencia y que se celebrarían en Zaragoza los días 16, 17, 23 y 24 de noviembre. Informaremos ampliamente más adelante.

Aunque no figuran como ponentes en la invitación, también participarán: El Presidente del Club de Marketing Don Miguel Ángel Hernaz y el Delegado de AESPAT para Aragón Don Jesús Serrano García que han sido los impulsores de la colaboración entre ambas entidades.

Entre las actividades de AESPAT queremos informaros que hemos iniciado las gestiones para **organizar el XI Congreso Español de A.T.**, las fechas con las que estamos trabajando son para los días primeros del mes de septiembre de 2002 en Toledo.

Un afectuoso saludo.



José Álvarez Custodio  
Presidente de AESPAT



Madrid, 24 de mayo de 2001

Estimado socio/a:

Como ya te hemos informado, en comunicaciones anteriores, hemos iniciado una serie de colaboraciones con el Club de Marketing de Aragón. Dentro de estas colaboraciones, celebramos con gran éxito el día 29 de marzo, una Conferencia de la que te enviamos, en su día, una invitación.

Siguiendo con la mencionada colaboración hemos acordado organizar unas jornadas conjuntas los días 16, 17, 23 y 24 de noviembre en Zaragoza. En estos momentos estamos preparando todo lo relativo a las citadas jornadas.

Los temas o ponencias a desarrollar estarán relacionados con el mundo organizacional tales como:

- El A.T. y su aplicación en la empresa.
- La comunicación.
- El reconocimiento y la motivación.
- Canalización emocional.
- El stress y las técnicas de relajación.
- Relaciones manipulativas y relaciones sanas.
- El liderazgo y las habilidades sociales.
- La conducta pasiva y la conducta proactiva.
- El desarrollo y progreso en la empresa.

La duración aproximada de cada tema será de una hora y media.

Se trata de dar a conocer a la Asociación y ofrecer a sus socios la oportunidad de promocionarse participando en alguna ponencia. Los socios que quieran participar en los temas propuestos, u otros que puedan ofrecer, deberán comunicarlo a la Junta Rectora en un plazo de 30 días para que se puedan determinar los participantes y el programa definitivo.

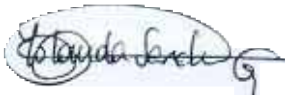
A los participantes se les abonarán los gastos ocasionados y si fuera posible alguna pequeña gratificación.

Seguimos preparando la modificación de nuestra página web para incluir en ella el listado de los socios que nos han remitido su autorización. También publicaremos, en su día, el citado listado en la Revista.

Os invitamos a plantear ideas sobre el próximo Congreso de A.T. que esperamos se realizará en Toledo, seguramente a principios del mes de septiembre del 2002. Estamos realizando gestiones para su organización.

Se está preparando la revista del primer semestre de este año, que esperamos esté en vuestras manos al comienzo del verano. Una vez más solicitamos colaboraciones en forma de artículos originales o traducidos así como reseñas de algún libro que os parezca interesante.

Se despide atentamente.



Yolanda Sánchez Galán  
Secretaria de AESPAT



José Álvarez Custodio  
Presidente de AESPAT



## JORNADAS DE FORMACIÓN Y DESARROLLO EMPRESARIAL A LA LUZ DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

### OBJETIVOS:

Ofrecer a los participantes, una demostración práctica y simplificada de cómo se aplican, en la formación y desarrollo empresarial, algunos temas significativos, utilizando, entre otras herramientas, el Análisis Transaccional.

### HORARIOS

### TEMAS

#### Viernes 16 de Noviembre

18,00	19,45	Módulo 1	El A.T. y su aplicación en la empresa.
19,45	20,00	<i>Descanso</i>	
20,00	21,30	Módulo 2	Un modelo de comunicación entre personas.

#### Sábado 17 de Noviembre

9,00	10,30	Módulo 3	El reconocimiento como herramienta de motivación.
10,30	10,45	<i>Descanso</i>	
10,45	12,00	Módulo 4	Desarrollo y canalización emocional.
12,00	12,15	<i>Descanso</i>	
12,15	14,00	Módulo 5	La prevención del stress y técnicas de relajación.

#### Viernes 23 de Noviembre

18,00	19,45	Módulo 6	Relaciones manipulativas y relaciones sanas.
19,45	20,00	<i>Descanso</i>	
20,00	21,30	Módulo 7	El liderazgo y las habilidades sociales.

#### Sábado 24 de Noviembre

9,00	10,30	Módulo 8	De la conducta pasiva a la conducta proactiva.
10,30	10,45	<i>Descanso</i>	
10,45	12,30	Módulo 9	Desarrollo y progreso en la empresa.
12,30	13,00	Clausura.	

### DESARROLLO

Cada módulo será impartido por uno o varios profesionales expertos en cada materia, designados por AESPAT entre sus socios más destacados.

M<sup>a</sup> Pilar de la Figuera López



Is. 49,15

## Acariciar, ¿prohibido por Dios?

Verbo Divino

\* \* \*

Todos necesitamos que nos hagan caso, porque necesitamos sentirnos queridos.

Y el psiquiatra E. Berne (1910-1970), llamó *caricia* a todo hecho o dicho que implique el reconocimiento de la presencia de otro: *positiva* o *negativamente*, ya que no hay cosa peor que la indiferencia.

Las caricias son como un *alimento psíquico*, indispensable para la supervivencia emocional.

Este libro pretende descubrir, a partir de la *Biblia*, si *Dios niega o facilita este alimento psíquico*:

*si acariciar está prohibido,  
o permitido,  
o... ¿tal vez mandado, por Dios?...*

M.<sup>a</sup> Pilar de la Figuera López,  
licenciada en Psicología (FL)  
por la Universidad  
Complutense de Madrid.

Diplomada en  
Pastoral Litúrgica por el ISP  
de la Universidad  
Pontificia de Salamanca.

Miembro Clínico  
de las Asociaciones Española  
y Latinoamericana  
de Análisis Transaccional.  
Psicóloga del Centro  
de Estudios para BUP y BOU  
"Vidal i Barraquer" y del  
Colegio "Escola Pia"  
(Sabadell, 1975-1993).

Autora del libro  
*Fundamentos psicológicos  
de las caricias y del texto  
Texto castellano  
de los cantos y discos  
de Lucien Deiss.*

## NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio (Formato DIN-A4), 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 publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 1994)**, 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 seguido de punto y a continuación el **título del libro** en negrilla, y los nombres de la **ciudad** y **editorial**. **Ej.:** Dandler, R. y Grinder, J. (1980). **La estructura de la magia**. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
    - **Si se cita el capítulo de un libro**, de autor(es) diferente(s) al del capítulo, se menciona el autor(es) del capítulo, como anteriormente; después del año entre paréntesis, se pone el título del capítulo poniendo a continuación: En - Inicial del nombre - apellido(s) - título del libro (**en negrilla**) - páginas del capítulo - ciudad y editorial. **Ej.:** Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1986). Trastornos asociados al stress y su tratamiento. En J.M. Buceta (Ed.) **Psicología clínica y salud: Aplicación de estrategias de intervención**, págs. 245-298. Madrid: UNED.

– Si se trata del artículo de una Revista, se pone en negrilla, no el título del artículo sino el nombre de la Revista, poniendo después el tomo, número (en negrilla) y páginas del susodicho artículo publicado. Ej.: Abadi, J.E. (1987). Teorías del yo y del sujeto psíquico en psicoanálisis. **Revista de Psicoanálisis**, XLIV, 3, págs. 375-397.

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



## SOLICITUD CONJUNTA DE ASOCIACIÓN A "AESPAT" Y DE SUSCRIPCIÓN 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 del año 2001 (6.000,-Ptas. para España).

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

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

Teléfono \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_

Firma del solicitante y D.N.I.

### A CUMPLIMENTAR POR AESPAT

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

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

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

### BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN 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 Asociación a AESPAT y de la Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista.

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Nº c/c o libreta: \_\_\_\_\_ Agencia nº \_\_\_\_\_

Banco/Caja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma

CORTAR Y REMITIR A AESPAT, AL APARTADO 8.222. 28060 MADRID - FAX 91 433 94 13

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.



## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A REVISTA DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGÍA HUMANISTA

### BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

Precio de suscripción anual, 2001, 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.: \_\_\_\_\_

- Señalar forma de pago:  Domiciliación bancaria (rellenar autorización adjunta inferior) y enviar a Banco o Caja.  
 Transferencia bancaria a AESPAT.  
Caja de Madrid - Sucursal 2038-1914-79-60-00038542  
Guadalajara, 11 - 28042 MADRID  
Firma: \_\_\_\_\_

### BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN 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: \_\_\_\_\_

FAX 91 433 94 13

CORTAR Y ENVIAR A APARTADO 8.222. 28080 I

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.