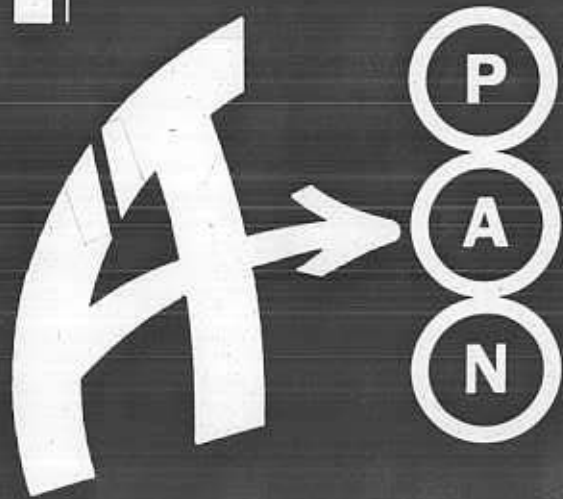


*Revista de*

**ANALISIS TRANSACCIONAL  
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



**A E S P A T**

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 52, 2º SEMESTRE/2004, AÑO XXII

®

**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, nº 44 - 7.ª A  
28002 Madrid
- Junta Directiva: - Teléf. y Fax: 91 433 94 13  
- Correo electrónico: aesp@mundofree.com
- Apdo. Correos: 8.222 - 28080 Madrid

**Junta Directiva de AESPAT**

**Presidente:** Jesús Serrano García  
**Secretaria:** Rosa Serrate Mayoral  
**Tesorera:** Iciar Garmendia Izaguirre  
**Vocales:** Juan Cruz Moreda Pérez de Eulate  
José M.ª Ferran i Torrent  
**Vocal de Publicaciones:** Juan García Moreno  
**Delegados de Zona**  
**Alicante:** Juan Cruz Moreda Pérez de Eulate  
**Zaragoza:** Jesús Serrano García  
**Cataluña:** Josep M.ª Ferrán Torrent

**Consejo Editorial**

- **Dirección Institucional:** Junta Directiva de AESPAT
- **Dirección Técnica:** Juan García Moreno

**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.

# EDITORIAL

En este Número 52 de la Revista, os ofrecemos:

En primer lugar, los resúmenes de las "ponencias", "presentaciones" y "talleres" presentados en el XII CONGRESO ESPAÑOL DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL, celebrado en Zaragoza, los días 17, 18 y 19 de septiembre, del año presente 2004. Celebramos el éxito del Congreso y **quisiéramos que dichos resúmenes, que ahora publicamos, se convirtieran en artículos para la Revista, para que la información completa de cada trabajo llegase a todos los suscriptores de la misma.**

A continuación presentamos los siguientes **artículos:** "El Cannabis. Efectos de esta droga. Tratamiento Psicológico", de M.ª Consuelo Llinares Pellicer; "Adolescencia, Guión de Vida y estructura familiar", de Lola Campos Pérez; "Un contrato de salidas de emergencia", de Günter Jursch; y las **traducciones:** "Una variable del Análisis del Guión: La Impregnación", de Lois M. Johnson; "Tratamiento de Guiones culturales", de Denton L. Roberts; "Las secuencias del Guión", de Harry S. Boyd.

Además, incluimos en **Catexis de AESPAT:** "La Asamblea General Extraordinaria de AESPAT" celebrada en el mismo Congreso de Zaragoza, y la Carta del nuevo Presidente de AESPAT a todos sus socios.

*Os deseamos a todos unas muy Felices Fiestas de Navidad  
y un Año Nuevo 2005 pleno de Felicidad,  
y Hermanamiento entre todos los hombres de todas las culturas.*

## SUMARIO

<b>PONENCIAS, PRESENTACIONES Y TALLERES DEL XII CONGRESO ESPAÑOL DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL</b>	63
A) LAS BASES EPISTEMOLÓGICAS DEL AT Y LOS PROBLEMAS DE LA INTEGRACIÓN. <b>Joseph Lluís Camino Roca</b> .....	65
B) TELE-COACHING (JURSCH-MALLORCA). <b>Günter Jursch</b> .....	73
C) RESÚMENES ÁREA DE PSICOTERAPIA .....	78
D) RESÚMENES ÁREA DE EDUCATIVA .....	84
E) RESÚMENES ÁREA DE ORGANIZACIÓN .....	88
EL CANNABIS. EFECTOS DE ESTA DROGA. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. <b>M<sup>a</sup> Consuelo Linares Pellicer</b> .....	91
ADOLESCENCIA, GUIÓN DE VIDA Y ESTRUCTURA FAMILIAR. <b>Lola Campos Pérez</b> .....	103
UN CONTRATO DE SALIDAS DE EMERGENCIA <b>Günter Jursch</b> .....	109
UNA VARIABLE DEL ANÁLISIS DEL GUIÓN: LA IMPREGNACIÓN. <b>Lois M. Johnson</b> .....	111
TRATAMIENTO DE GUIONES CULTURALES. <b>Denton L. Roberts</b> .....	117
LAS SECUENCIAS DEL GUIÓN. <b>Harry S. Boyd</b> .....	123
CATEXIS – Asamblea General Extraordinaria de AESPAT .....	127
– Carta del nuevo Presidente de AESPAT .....	131
NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS	133

**PONENCIAS, PRESENTACIONES**  
**y**  
**TALLERES**

presentados en el

**XII CONGRESO ESPAÑOL**  
**de**  
**ANÁLISIS TRANSACCIONAL,**

en Zaragoza durante  
los días 17, 18 y 19 de Septiembre  
del año 2004

## A) PONENCIA

### **LAS BASES EPISTEMOLÓGICAS DEL AT Y LOS PROBLEMAS DE LA INTEGRACIÓN\***

JOSEPH LLUÍS CAMINO ROCA

Presidente de ACAT

Dijo Wittgenstein (1889-1951) que la psicología es una ciencia experimental con una confusión conceptual, indicando de esta manera la facilidad que tenemos de confundir paradigmas. Así en la ciencia psicológica, si seguimos el modelo de las ciencias naturales, nos encontramos con una psicología conductista y, actualmente, cognitiva, recordémoslo, una psicología sin conciencia, el estudio de los trastornos de conducta y la expresión matemática-estadística de sus leyes y conclusiones, junto a la utilización de los tests; por otra parte, si seguimos el modelo de las ciencias sociales, nos enfrentamos a una psicología humanística, con sus variantes en AT, Gestalt, existencial, bioenergética, etc., cuya metodología, por el mismo paradigma compartido nos lleva a una psicología consciente y reflexiva: un sujeto activo, interpretación simbólica de la conducta y valoración del ambiente socio-cultural donde se desarrolla la situación de cada individuo.

O sea, el método de trabajo científico específica claramente el tipo de ciencia, ya sea Ciencias de la Naturaleza: matemática, biología, química, ingeniería, medicina racional, astronomía, psicología conductual, etc., ya sea Ciencias Sociales: sociología, historia, antropología, filosofía, psicología humanista.

Como podemos observar la conducta humana puede estudiarse desde dos modelos o paradigmas diferentes y ésta es la confusión que deja perplejos a mucha gente.

#### **I. LA IMPORTANCIA DE LOS PARADIGMAS**

Si se trata de plantear adecuadamente la controversia sobre los fundamentos teóricos de nuestra praxis terapéutica, hemos de recorrer los modelos científicamente reconocidos en la actualidad, y no podemos hablar de ciencia psicológica sin referirnos a los paradigmas.

Entonces, la pregunta es: ¿qué son los paradigmas en la ciencia?

Los paradigmas son modelos o marcos reconocidos universalmente por los científicos de una época, que proporcionan teorías, leyes, métodos y terminología específicas para enfocar los problemas y buscar soluciones.

Tal como comenta Thomas S. Kuhn (2001): "La existencia de esta sólida red de compromisos conceptuales, teóricos, instrumentales y metodológicos es una fuente principal de la metáfora que relaciona a la ciencia normal con la resolución de enigmas".

\* Ponencia en el XII Congreso Español de A.T., Zaragoza 17-19 de Septiembre, 2004.

Cada ciencia necesita de un marco teórico coherente y armónico, como una matriz que da un sentido particular a las reglas, a los métodos de trabajo que guían tanto la praxis cotidiana como la investigación, y a la terminología, cuyo particular significado matiza.

Este último aspecto señalado de la terminología es sumamente importante, pues aunque a menudo hay coincidencias terminológicas entre los diferentes paradigmas, por ejemplo, los pensamientos distorsionados en la línea cognitivo-conductual y las maneras de pensar alteradas del AT, sin embargo existe una gran divergencia en la forma de tratarlos, o sea en el método de tratamiento, que depende en cada caso del marco teórico. Otro ejemplo podrían ser los actualmente de moda problemas asociados al síntoma TDHA (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), cuyo enfoque será muy diferente si el síntoma se considera como causa de los problemas o como una consecuencia de los mismos.

Evidentemente, en el psicoanálisis tradicional el paciente es un sujeto pasivo, mientras que en el AT el cliente es activo, de aquí la sustitución del término paciente por el de cliente. En un tratamiento de psicoterapia, mientras el psicoanalista es directivo y marca las pautas de la interpretación del *material* aportado por el paciente, en relación con las "resistencias inconscientes", "la ansiedad relacionada con el reconocimiento del deseo" o la "problemática pre-verbal", señalando las conexiones con el inconsciente, por ejemplo: "este sueño indica que existe una represión...". También en la psicoterapia cognitiva el terapeuta deviene directivo; en el AT la relación con el cliente es democrática, la interpretación por tanto es compartida y las expresiones no son nunca: "quiero que hagas esto", "quiero que te digas algo tan cierto como que tú viviste aquello", sino que las intervenciones del psicoterapeuta de Guiones serán más o menos de esta otra forma: "yo invito a...", "se me ocurre...", "¿te sirve esta interpretación o me das otra mejor?", "¿qué te parece que está pasando?", "yo sugiero..."; recordemos

que en AT, el terapeuta es sólo el facilitador y el cliente se considera el actor principal de su terapia.

De la misma forma, el lenguaje utilizado según líneas y/o paradigmas psicológicos es muy diferente en los ámbitos educativo y de empresa: mientras la psicología cognitiva se ha especializado bastante en el área del aprendizaje, que no de la educación, siempre desde un punto de vista de establecer programas de trabajo intelectual desde el tutor y menos en el área de empresa, el psicoanálisis poco ha profundizado en el ámbito escolar y muy poco en el de la empresa, mientras el AT, trabaja el ámbito de la educación desde el estado Adulto del adolescente, por medio de una vía contractual, desde el facilitador, con transacciones y pactos a tres niveles, estudiante, padres y escuela, como asimismo la empresa por el análisis de las transacciones entre trabajadores y mandos y formas de estimulación motivacional. Como vemos, métodos y lenguajes diferentes, precisamente porque provenimos de modelos de la personalidad y de sociedad totalmente diversos:

- a) Psicoanálisis: su teoría de la personalidad expresada en los topos de "Superyo", "yo" y "ello", son construcciones teóricas y se interpretan simbólicamente relacionadas con las nociones de inconsciente, preconscious y consciente; se trabaja desde el inconsciente para la explicación de la realidad humana, con método introspectivo de la historia infantil, no exento de cierto determinismo. Modelo de sociedad patriarcal.
- b) Conductual-cognitivo: personalidad reducida a procesos de conocimiento y al trío estímulo-conocimiento-respuesta, como procesamiento de datos para la construcción de la realidad, con influencia del paralelismo psico-físico, propio del psicologismo, el sujeto y su capacidad de toma de decisiones y de reflexión queda sustituido por la correcta disposición de los procesos de procesamiento de los datos y de las técnicas de resolución de conflictos.

tos. Sociedad de los medios de comunicación y de sociedad red.

- c) AT: análisis de la personalidad a nivel funcional y estructural desde los estados del yo, que no son construcciones teóricas, sino realidades vivenciales y sociales que uno puede experimentar (Berne, 1983). Los cambios de conducta se establecen desde el estado Adulto a nivel de conciencia del aquí y ahora, se trabaja el sujeto consciente y reflexivo. Modelo de sociedad igualitaria y democrática.

Resulta evidente que sin un modelo teórico al que recurrir, con su conjunto coherente de reglas, métodos, terminología y filosofía, deviene imposible cualquier tipo de formación, seguimiento, supervisión e investigación.

La diferencia entre psicología y parapsicología, la misma que entre ciencia y no ciencia, es que la psicología posee su propio paradigma, no así la parapsicología.

## II. ¿INTEGRACIÓN?

Pensamos que resultará conveniente aclarar el término de integración y algunos otros relacionados con él, que pueden ser causa de confusión.

**1. Integración:** concepto que hace referencia a la acción y efecto de integrarse, en el sentido de componer un todo con partes diversas, se puede interpretar desde un punto de vista fisiológico, social o cultural.

- a) En fisiología: coordinación de un conjunto de actividades a nivel de una localización definida del sistema nervioso central, por ejemplo, en el cerebro se integran y regulan las actividades en relación con el equilibrio. En AT hablamos de un Adulto integrado en este sentido.
- b) Integración social: grado de avenencia que experimentan los individuos respecto a los fines perseguidos por el

grupo mayoritario del que intentan formar parte. Actualmente este término tiene muchas connotaciones políticas, tanto por el tema de la inmigración como por el tema de las autonomías y de las soberanías e independencias.

- c) Finalmente, por integración cultural se entiende a una organización de los componentes de una cultura como una totalidad social (orgánica) y diferente de otras.

En este último sentido, intentar integrar diferentes corrientes psicológicas puede presentar serias dificultades, en el momento de la prevalencia de determinada línea sobre las otras.

**2. Sincretismo:** sistema que trata de conciliar doctrinas o teorías diferentes u opuestas, como podría ser el caso de la psicosis de Roberto Assagioli, pero que en el fondo ha sido el surgimiento de otra nueva corriente psicológica, o mejor, de psicología transpersonal.

También, aunque en otro ámbito del conocimiento, ha sido el intento de Alfonso Carlos Comín, que siendo un comunista convencido y un católico crítico, procuró una unión de comunismo y cristianismo, tal vez soslayando que el cristianismo se basa en una doctrina de espiritualidad y el comunismo en una ideología materialista, por la que se niega la anterior, línea ideológica que no se pudo aplicar en la práctica, no obstante dar pie a una teología de la liberación. Sin embargo Comín no hablaba de ciencia evidentemente, sino de religión y política.

El sincretismo cultural sería la fusión de rasgos culturales procedentes de dos o más culturas distintas, lo que corresponde al mestizaje desde el punto de vista demográfico.

## 3. Eclecticismo

- a) Se llama a la aspiración de conciliar la doctrina de las distintas escuelas filosóficas (por ejemplo: estoicismo, pla-

tonismo, aristotelismo) en un conjunto armónico.

- b) Disposición del espíritu que se adapta a todo lo que le parece bueno o útil, entonces podemos hablar de utilitarismo.
- c) Método que consiste en escoger de entre diversos sistemas las tesis que parecen más aceptables, para formar con ellas un cuerpo de doctrina diferente.

En otro sentido, podemos hablar de adaptar algunas técnicas, provenientes de otros marcos teóricos, a un cuerpo sistemático de conocimientos dentro de otro marco teórico, al que de alguna manera se conforman. En este sentido es como podríamos hablar de "integrar" algunas técnicas de otras corrientes psicológicas, siempre que provengan de un mismo paradigma que llamaremos compartido. Evidentemente no es el caso ni del psicoanálisis, que sí comparte paradigma con la psicología adleriana (psicoanálisis individual), la junguiana (analítica) y lacaniana (estructuralismo); ni de la psicología conductista que sí comparte con la psicología cognitiva y con el constructivismo experimental de raíz piagetiana, pero ni una ni la otra pueden hacerlo con las psicologías humanísticas, como tampoco entre sí, precisamente porque los respectivos paradigmas resultan incompatibles.

Tal como comenta Manuel Castells (2003), la disolución de las identidades compartidas equivale a la disolución de un sistema de líneas, en este caso, psicológicas significativas y el olvido de sus fuentes, que les dan un sentido. Por lo que estaríamos siendo testigos del surgimiento de un mundo hecho exclusivamente de mercados, redes, estrategias y procesos aparentemente unidos y gobernados por nuevos modelos de integración.

En esta nueva línea de la integración no hay necesidad de identidades, cuanto menos de ideologías y teorías, todo son técnicas, procesos, trastornos de comportamiento (sin sujeto), que se sostienen por sí mismos, rasgos clásicos de una dinámica del

"todo vale", como elemento diseminador, que amenaza con inundar todos los límites y volver problemáticas las normas científicas internacionales más elementales.

La diferencia entre globalización, integración e interculturalidad estriba en que en la globalización y en la integración se pierde la identidad, pero no en la interculturalidad. O sea, es conveniente respetar los límites de las diferentes culturas como también de las diferentes líneas de investigación y las correspondientes teorías que las avalan.

Un proyecto de identidad es necesario para el desarrollo de toda tendencia coherente y comunitaria, de aquí la conveniencia de asociaciones que velen por el mantenimiento y calidad científica de una línea bien definida como método, supervisión e investigación de una praxis terapéutica, educativa y de influencia en la organización, alejada de una caótica red de técnicas y tendencias dispares, cuyos efectos en la praxis profesional no podremos nunca valorar ni validar. Esta es nuestra responsabilidad ante la sociedad.

La responsabilidad deviene alta en el caso de la psicoterapia, en que está en juego la salud de un sujeto. ¿Qué respuesta tenemos a estas preguntas?:

- ¿Consiguen sus objetivos todas las formas de terapia?
- ¿Quién valora los efectos?
- ¿Quién hace el seguimiento?
- ¿Poseemos baremos fiables de medición de los resultados?
- ¿Qué pronóstico hacemos de la duración de la terapia?
- ¿Se parte de un psicodiagnóstico inicial o contrato del tratamiento?

Ciertamente, la terapia no es únicamente curar o procurar una desaparición de los síntomas o un cambio de conducta, es algo más, se requiere también un cambio de actitud ante la vida; psicoterapia hace referencia a mente-conducta y no sólo al cerebro-conducta, de aquí la importancia en la educación de los valores y las emociones, en cuanto a la línea humanística se refiere.

### III. PRESUPUESTOS DEL PSICOANÁLISIS Y DEL AT

#### a) Psicoanálisis

Toda la línea psicoanalítica, pero en especial la de S. Freud, cuesta mucho de entender, si desconocemos la fuente de inspiración de la teoría psicoanalítica. Los estudios de la magna obra de Freud nos lleva literalmente, a través de más de 13 citas, a la obra de Eduard von Hartmann (1842-1906), titulada: "Filosofía de lo inconsciente", escrita en 1867, sin obviar la influencia del propio Schopenhauer, en "El mundo como voluntad y representación", tal como reconoce el propio Freud en "Historia del movimiento psicoanalítico", escrita en 1914, valorando que fuera su discípulo y amigo Otto Rank quien le hubiera puesto en contacto con el mencionado filósofo.

Aunque resulta evidente que para Schopenhauer el inconsciente es la antimemoria, el paso del inconsciente al consciente se halla también en las obras de Fichte y Hegel.

Esta tradición de la filosofía metafísica del siglo XIX, del romanticismo alemán, en especial de mano de von Hartmann, encuentra la explicación de los fenómenos de la naturaleza, especialmente de los fenómenos orgánicos, en la tesis de un inconsciente creador del mundo, elemento activo y ciego, análogo al de la idea absoluta de Hegel y a la voluntad absoluta de Schopenhauer.

El mecanismo de la ciencia natural necesita de un fundamento metafísico, que explique cómo el determinismo causalista, incluyendo el dominio biológico de la doctrina darwiniana de la selección natural, es el producto de una inteligencia superior, al final lúcida y consciente, aunque en sus inicios evolutivos sea puro y simple instinto, voluntad ciega e irracional.

Consecuentemente a estos presupuestos, el psicoanálisis trabaja fundamentalmente en el inconsciente, a partir del método de la introspección, recabando datos a partir de la memoria histórica individual, para proceder a continuación a una hermenéutica o interpretación simbólica del *mate-*

rial por parte del psicoanalista, en una búsqueda de la verdad a través de las apariencias, verdad que puede llegar a sorprender al propio sujeto del psicoanálisis, que ignoraba que su conducta actual fuera regida por motivaciones celosamente guardadas en el inconsciente. O sea, el psicoanalista interpreta a través de la apariencia el inconsciente que es -para él- la realidad, lo esencial.

Podemos recordar también, la gran importancia otorgada por el psicoanálisis a los instintos o pulsiones como fuerzas ciegas que inclinan a realizar determinadas conductas, incluso más allá de la voluntad del paciente, por lo que éste queda reducido a un cierto determinismo histórico, con pérdida de libertad actual. Las decisiones del sujeto no son lo más importante ni inmediato, sino la liberación de tensiones, debidas, en la mayoría de casos, a deseos reprimidos o a recuerdos dolorosos. Tan sólo cuando se haya hecho la verdad, a través del largo proceso del psicoanálisis individual, podrán darse las condiciones para una acertada decisión desde el ego; de igual manera será entonces el momento del diagnóstico.

#### b) AT

El AT establecido por Berne recibe una poderosa influencia a partir de la filosofía fenomenológica fundada por Edmund Husserl (1859-1938), a través de Sartre especialmente, tal como se confirma por las numerosas citas y por sus propias afirmaciones (ver trabajo de investigación de ACAT presentado en el XI Congreso de AT celebrado en Toledo). Husserl aspira liberar a la filosofía de toda idea de confusión con una ciencia natural; la fenomenología es descriptiva y elabora la noción de conciencia vivencial e intencional y descriptiva de los fenómenos, en donde radica la única realidad, rechazando una psicología fundada en la objetividad y un paralelismo psicofísico, sustituyéndola por una realidad de fenómenos de conciencia. Tal como comenta Sartre en su trabajo "Ensayo sobre una teoría de las emociones" (traducido al castellano en 1959):

“Puesto que la apariencia es aquí lo absoluto, es la apariencia lo que hay que describir e interrogar”. Sartre, cuando habla de apariencia en este fragmento, se está refiriendo a lo que experimenta y siente cada sujeto de lo que ocurre o lo que se presenta ante sus ojos.

Berne también acepta la apariencia como la verdad, es aquello —lo que aparece— que se muestra por sí mismo. En este sentido está siguiendo la corriente fenomenológica para la cual existir es asumir el propio ser en un modo existencial de comprensión.

La fenomenología es un estudio de los fenómenos y no de los hechos, entendiendo por fenómeno lo que se muestra por sí mismo y yo soy capaz de percibir.

A nosotros nos interesa la significación para el propio sujeto de los hechos como vivencias más que la objetividad de los hechos mismos, por eso precisamente podemos decir, por ejemplo: “me parece odioso porque estoy furioso” y no: “estoy furioso porque es odioso”.

Consecuentemente, el método de interpretación del AT será solicitar que el propio sujeto nos describa su particular percepción de los hechos, o sea, sus vivencias, que, por cierto, son suyas y únicas, respetando siempre su propia versión.

Se trata de un método interpretativo diferente del psicoanalítico, nosotros trabajamos acompañando al sujeto consciente aquí y ahora, facilitando su capacidad de decisión desde un Adulto potenciado, autónomo y auténtico.

Por eso continúa Sartre, en la obra citada: “...y precisamente porque el fenomenólogo no busca los hechos sino las significaciones, abandonará los métodos de introspección inductiva o de observación empírica externa, para tratar sóla y únicamente de aprehender o fijar la esencia de los fenómenos”.

También la importancia que otorga el AT a la emoción proviene de este mismo marco teórico, efectivamente; Heidegger afirma —según Sartre— que volveremos a encontrar el todo de la realidad humana, cuando trabajemos un poco más las emociones, ya que la emoción es la realidad humana que se asu-

me a sí misma y se dirige intencionalmente hacia el mundo.

El concepto del AT de las falsas emociones, proviene igualmente de la línea fenomenológica; así continúa Sartre: (obra citada) “Existen además falsas emociones que sólo son conductas, mi alegría puede no ser auténtica, podemos acordar llamar una falsa alegría, sin dejar de recordar que la falsedad no es una característica lógica de ciertas proposiciones, sino una cualidad existencial. La verdadera emoción va unida a una creencia, la emoción es un fenómeno de creencia, finalmente, la emoción no es algo accidental, sino un modo de existencia de la conciencia, una de las formas en que comprende el sujeto su “ser-en-el-mundo”, lo que nosotros llamamos posición existencial. La emoción tiene un sentido, significa algo para mi vida psíquica y eso es lo que hay que interpretar de acuerdo con el sujeto de una terapia. Por eso la interpretación, repito, en AT necesita una descripción previa del propio sujeto, de su afectividad, o sea, no empieza por lo empírico (conductismo), sino por una descripción ideal, fijada por una intuición emocional subjetiva. Esta intuición primordial es una fuente legítima de conocimiento.

Modernamente hablando, fenomenología es un método científico que trata de los fenómenos psíquicos en sí, o sea, en cuanto contenidos de conciencia significativos, ligados a una psicología descriptiva, que se circunscribe a la observación de las apariencias, no apariencias en cuanto lo que parece ser y no es, sino en cuanto es la realidad, despojada de lo inauténtico o falso. Este es tanto un método como un modo de ver.

#### IV. CONCLUSIÓN

Nos hemos limitado a presentar algunos de los problemas que pueden surgir con los intentos de integración de diferentes líneas psicológicas, para mantener al mismo tiempo el riguroso concepto de ciencia.

Si nos hemos detenido más en la comparación entre el Psicoanálisis freudiano y el Análisis Transaccional berniano, ha sido por habernos quedado sorprendidos ante la aparición en la prestigiosa revista *Actualités en Analyse Transactionnelle*, de Abril, 2004, nº 110, de un artículo firmado por Michele Novellino, con el título de “La Psychanalyse Transactionnelle”, centrado en las coincidencias —según él— entre estas dos tendencias de los conceptos de *impasse*, *transfert* y comunicación inconsciente, que ve como muy fundamentales para ambas corrientes, y que, al parecer, darían pie a una nueva titulación, como una integración entre ambas líneas psicológicas mencionadas.

No entramos en el análisis de estas afirmaciones vertidas en el artículo, como tampoco en que, aunque se dieran esas coincidencias, si ello daría pie al planteamiento de una nueva titulación, ya que es el propio Novellino quien nos advierte que lo que pretende es provocar con esta alternativa de “construcción integrativa” un debate constructivo.

Nuestra opinión es que el debate siempre es bueno y también el diálogo entre las diferentes tendencias, sean las que sean, aún reconociendo que existen fronteras entre ellas, tal como comenta José Grégoire en la Editorial de la misma revista, que no son necesariamente sin poros o rígidas, aunque pueden ser transparentes o flexibles. Este es el tipo de fronteras (si es que pueden llamarse así) que permiten el contacto verdadero y la diferenciación auténtica: ellas permiten pasar de uno al otro sentido sin mutua absorción. Continúa afirmando este autor que esta visión corresponde a una posición dialogante, co-creativa, orientada hacia aquello que cada uno puede aprender del otro y aportar al otro.

Otra cosa sería incrementar el ya extenso mercado de las terapias-psico con otra nueva, ésta con el nombre de Psicoanálisis Transaccional, que no sería ni una cosa ni la otra, pero que, ciertamente, podría ser tan buena o más que las anteriores, aunque también requeriría de su propio marco teórico, para ser coherente.

De la misma Revista trimestral siguiente, del mes de Julio de 2004, nº 111 (pág. 85), entresacamos un comentario al tema que nos ocupa, correspondiente a la sección FORUM, firmado por Joelle Peschot y Michèle Benoit, que pensamos puede concretar muy bien nuestra posición:

“La cura psicoanalítica freudiana, laciana u otra, es una búsqueda, un desvelar aquello que nos constituye.

La cura para Berne es un cambio de estado. Un contrato para cambiar que es al mismo tiempo contenido, contenedor y proceso.

El contrato instituye el gesto del interventor como el de un profesional y facilita las *Operaciones Terapéuticas*, contextualizando las transacciones, el marco teórico de la praxis y facilita el cambio del reparto de energía entre los estados del yo. El *poder ejecutivo* del cliente en su proceso inicial del deseo de cura es la puerta de acceso a su *Yo auténtico*.

A lo largo de nuestra experiencia como terapeutas y docentes, nosotros hemos podido comprobar la eficacia estructurante y terapéutica del contrato, según la dinámica que exponemos. Lo que nos parece sumamente importante es señalar cómo el contrato permite al interventor, terapéutico o educador, seguir el hilo conductor que canaliza a la persona hacia su objetivo y le protege de cualquier tipo de invasión por el contenido que hace perder el sentido de un trabajo comprometido.

Las teorías mezcladas (en francés *mêlées*) nos parecen ganga y sedimento. Éstas pierden ambas su eficacia y su poder por la confusión de puntos de vista, y por la confusión de los procesos que genera a causa de sus respectivas hipótesis fundamentales.

La vigilancia del vocabulario utilizado es una garantía de fidelidad en el campo conceptual; Berne se preocupó por ello e *inventó* su propia terminología. Es una prudencia que nosotros apreciamos”.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berne, E. (1983). *Iniciación al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.

- Camino, J.L.; Coca, A.; Garés, M.; Saez, M. y Vilardell, M. (2002). Berne y las bases filosóficas del AT. Primeros resultados. En *Revista Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 48, 86-90, XI Congreso de AT, Toledo.
- Castells, M. (2003). *La era de la información. El poder de la identidad*. Vol. 2. Madrid: Alianza Editorial.
- Freud, S. (1981, 1ª ed. 1914). *Historia del movimiento psicoanalítico*. Vol. 3. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hartmann, E. (1877, 1ª ed. 1867). *Philosophie de l'inconscient*. París: Librairie Germer Baillière et Cie.
- Husserl, E. (1999). *Investigaciones lógicas*. Madrid: Alianza Editorial.

- Kuhn, T. (2001). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE.
- Novellino, M. (2004). La Psychanalyse Transactionnelle. En *Revue Actualités en Analyse Transactionnelle*, 110, 13-26.
- Peschot, J. y Benoit, M. (2004). *Revue Actualités en Analyse Transactionnelle*, 111, 84-85.
- Sartre, J.P. (1998, 1ª ed. 1939). *Ensayo sobre una teoría de las emociones*. México: FCE.
- Schopenhauer, A. (1992). *El mundo como voluntad y representación*. México: Porrúa.
- Wittgenstein, L. (1983). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Laia.

## B) TALLER

### TELE-COACHING (JURSCH-MALLORCA)\*

GÜNTER JURSCH

*“Tele-Coaching” significa que el coaching se hace a distancia, especialmente por correo electrónico. Estoy usando mi sistema de varias capas. Por ejemplo usando el catalán si el cliente hablaba esta lengua en la edad en la que tuvo una experiencia decisiva.*

#### META

Ayudar al cursillista a abrir nuevos caminos y nuevas conductas mediante el uso de varios estados del ego y varias capas de experiencias. Darle herramientas para alcanzar la meta descrita por él a un precio económico.

Esto específicamente para la meta concreta que ha contratado, pero lo aprendido también le servirá para resolver problemas futuros.

#### DESVENTAJAS PARA EL CLIENTE

- \* La falta de poder hablar espontáneamente sobre experiencias, sueños, recuerdos, emociones y reacciones físicas.
- \* La falta del contacto físico con el coach (corrección de postura, análisis de un gesto, sugestión para cambio de voz).
- \* La falta de poder estar en un consultorio que es diferente de su entorno usual.

- \* La falta de información inmediata ¿qué efecto tiene lo que ha dicho el cliente y cómo lo ha dicho?
- \* Queda entendido que un curso como éste no puede sustituir un tratamiento médico, naturista, psiquiátrico, psicoterapéutico, o fisioterapéutico. Sin embargo, tales procesos curativos pueden en general ser apoyados por un curso de Tele-Coaching.
- \* Para evitar que datos confidenciales lleguen a manos ajenas hay que respetar ciertas medidas de seguridad lo que pueden ser un poco molestas.

#### DESVENTAJAS PARA EL COACH

- \* Estar sentado demasiado tiempo delante del ordenador.
- \* La falta de contacto directo, lo que impide intervenciones espontáneas.
- \* La falta de información no-verbal: mímica, gestos, posturas, rubor/palidez, sudor, lágrimas, cambio de pupilas, olor,

\* El taller fue avisado con el Título “Tele-Coaching MLS”. Desde ahora el título de este sistema es “Tele-Coaching (jursch-mallorca)” porque una organización americana está utilizando la abreviación “MLS”.

Una información escrita fue distribuida previo al taller (Informaciones escritas para los asistentes del taller están en cursillo).



tono y velocidad de la voz, sonidos, miradas, etc. (En mi formación de Análisis Transaccional y de varios métodos de psicología práctica he invertido mucho tiempo y dinero para aprender la observación y la posible evaluación de señales no-verbales... y en el Tele-Coaching no puedo utilizar lo aprendido.)

- \* La falta de protección, por ejemplo en caso de fuertes tendencias de suicidio o de esquizofrenia. En tales casos me abstengo del Tele-Coaching y aconsejo solamente un tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico usual.

profundidad de un mandato inhibitorio y dar una idea para reducir el impacto de él mediante la costumbre de conectar el Adulto en caso de problemas y mediante un método sencillo para cambiar (parcialmente) el contenido de la capa correspondiente.

Tomé como ejemplo el guión "Damocles" y distribuí la información siguiente con la instrucción de leerlo:

### El Guión "Damocles" del Análisis Transaccional

© Interpretación de Günter Jursch, Sóller

*Al esclavo Damocles por orden del príncipe fueron ofrecidos los mejores manjares y bebidas. Pero encima de su cabeza con un crin de caballo fue suspendida una pesada espada que cada momento podía caer sobre la cabeza de Damocles. En nuestra vida moderna hay un proceso interior semejante a esta situación, a base de mandatos negativos programados en el niño mediante proverbios, dichos, órdenes, amenazas, o experiencias dolorosas. Pero también acontecimientos casuales podían facilitar una programación de esta índole. La consecuencia es la convicción que gozar y sentirse satisfecho es prohibido/peligroso. En la página siguiente hay un gráfico que demuestra diversas facetas.*

*Las frases "Salvo en caso que estés enfermo" y "¡El que sufre, vence!" están en negrilla, pues aquí hay una especie de "salida de emergencia", cosa que es importante observar sobre todo por parte de médicos y terapeutas naturistas que tratan enfermedades crónicas y recurrentes.*

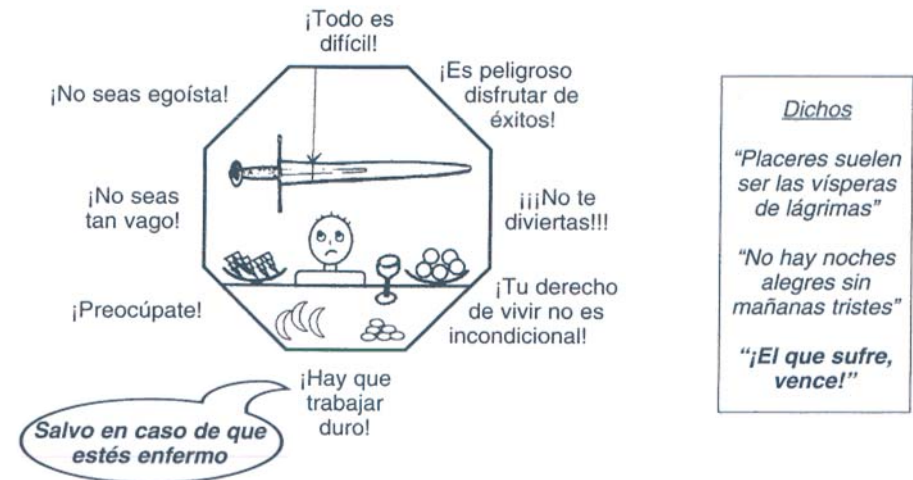
*Una persona que sufre de desgracias cuando le empezaba a ir muy bien, muchas veces tiene la impresión que haya un enemigo mágico, incluso en su interior. Cuando la persona empieza a sentirse muy bien, este enemigo empieza a actuar, provocando:*

- > estrés con miedos excesivos, depresiones, agotamiento, dolores, enfermedades, fantasías negativas, tendencia de excesos de comida, de esfuerzo, de bebida, de drogas, etc.;

### VENTAJAS DEL TELE-COACHING

- \* El cliente puede llevar a cabo el proceso incluso si es muy difícil desplazarse, por ejemplo por una incapacidad física, por una fase de convalecencia, o porque vive en un lugar apartado. En caso de que tenga ordenador conectado por Internet, la ventaja de un curso a distancia es importante y puede reducir el costo de la terapia de persona a persona que además puede ser indispensable.
- \* El contacto en cierto modo es anónimo, lo que para no poca gente facilita mucho tratar experiencias delicadas.
- \* Al final de cada curso se escribe un resumen de lo fallado y de lo logrado por el coaching. Esto refuerza el Estado Adulto.
- \* La libertad referente al tiempo. Tanto el cliente como el coach pueden hacer o corregir los ejercicios cuando les conviene. (Algunos clientes expresaron que les era muy fácil hacer ciertos ejercicios cuando lo hacían por ejemplo a medianoche. Pues era a esta hora que estuvieron emocionalmente más abiertos que a cualquier otra hora.) También la libertad de tomarse el tiempo que ellos necesitaban era importante para algunos clientes.

En el taller de 60 minutos me limitaba más o menos a demostrar en qué breve tiempo se puede tener conocimiento de la



- > heridas, accidentes, pérdidas, descuidos, errores;
- > que personas del entorno causen problemas y el "Damocles" sin darse cuenta las amplía o evita que se terminen.

*El hecho de que personas del entorno causen problemas no tiene raíces mágicas. El Damocles mismo lo fomenta, sea por ser impuntual, por excesos de críticas y falta de loas, etc. Y ya al conocer una pareja posible, el Damocles de modo muy preciso aunque inconscientemente elige una persona que garantiza que el bienestar quede limitado y a lo largo un fin espantoso parece garantizado.*

*Sin embargo, este "enemigo interno" en realidad es un amigo algo supersticioso quien quiere evitar una catástrofe. Y este enemigo/amigo espera una catástrofe cuando todo parece andar muy bien, a base de mandatos que había recibido en su niñez. Por lo tanto trata de alejar lo peor (que en realidad en la mayoría de los casos no existe), evitando a tiempo que la persona se sienta bien y actúe de acuerdo con sus propios intereses.*

Después de leer el artículo los participantes recibieron la hoja siguiente:

**Ahora sustituye los mandatos generales por tus mandatos negativos y escribe los dichos que soportan el guión en cuestión.**



Después de llenar esta hoja, les rogué a los participantes que formularan Permisos (Ej.: "Me permito gozar") o Afirmaciones (Ej.: "Tengo el derecho de vivir") que mitigan o anulan los mandatos inhibitorios.

Después de haberlo hecho, distribuí la hoja que sigue.

**Ahora completa el dibujo de acuerdo con tus permisos y afirmaciones, pensando bien en dónde metes la espada.**



A continuación siguen ejemplos de tres asistentes que tenían la instrucción de escribir permisos o afirmaciones alrededor del dibujo que muestra cómo se verían a sí mismos teniendo estos permisos. La instrucción era que el dibujo deberá ser congruente con los textos escritos.



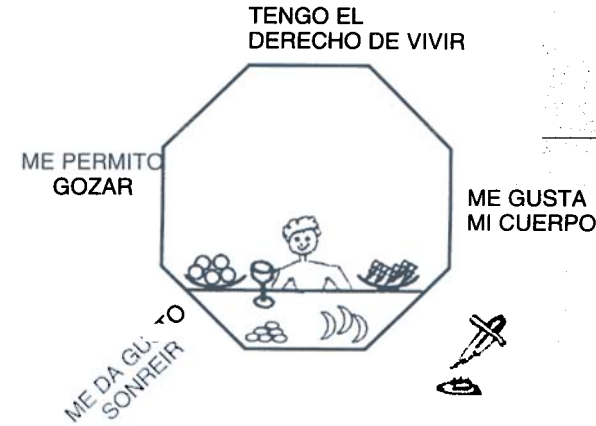
Este primer ejemplo muestra que la persona **no** ha cumplido con las instrucciones: que ella está visible, que tenga sus permisos escritos alrededor del octágono, y que la espada sea visible. En tal caso, el coach puede tener la impresión de que la persona en cuestión tiene un fuerte mandato inhibitorio, pero tiene miedo de trabajarlo o tiene desconfianza con el método en cuestión. Antes de seguir el coaching, estos puntos tendrán que ser aclarados.

La idea del ramillete por sí es bonita y tiene connotaciones positivas y negativas. En caso de flores cortadas, éstas embellecen el ambiente, huelen bien y pueden alimentar a las abejas. Por el otro, no pueden producir semillas. Si se trata de flores en maceta, la interpretación lógicamente será más positiva.



VIVE,  
DISFRUTA,  
SÉ TÚ  
MISMO

Este segundo ejemplo es muy distinto. Ya muestra un paso en la dirección de libertad. La espada es visible, hay frases que mitigan los mandatos inhibitorios. Sin embargo las frases son formuladas como **órdenes** en vez de permisos, la espada está en posición mejor pero todavía amenazadora, la persona ha dejado su sitio en el centro (!) y no tiene una cara que está congruente con el contenido de las frases a la derecha del octágono. Conclusión: Habrá que añadir ejercicios que faciliten a esta persona hacerse una idea clara de cómo liberarse de las inhibiciones.



Este tercer ejemplo está de acuerdo con las instrucciones. Parece que la persona en cuestión no tiene este guión de modo maci-

zo y además sabe bien cómo liberarse. La espada es visible... y rota, y está abajo, de modo que ya no amenaza. El dibujo es congruente con los permisos y afirmaciones.

La "O" de la palabra PERMITO roza el borde del octágono. Habrá que investigar qué podría significar esto.

Con esto terminó el taller por haberse transcurrido el tiempo previsto. Para poder demostrar el método completo, necesitaría por lo menos un taller de dos días y medio. Los asistentes estaban conscientes de estas circunstancias y parecían contentos con haber tenido la oportunidad de echar un vistazo sobre una parte del proceso.

## C) RESÚMENES ÁREA DE PSICOTERAPIA

**CADARSO SÁNCHEZ, VICTORIA.** *Psicóloga y Psicoterapeuta. "La Psicología Energética: integrando oriente y occidente"*.

La Psicología Energética es una nueva disciplina que combina la psicología convencional, con la medicina china y la kinesiología.

Se basa en el principio de que tenemos salud y bienestar cuando la energía vital de nuestro cuerpo fluye armoniosamente, pero cuando el flujo armonioso se ve alterado se producen emociones negativas que van desde el miedo, el enfado, la ansiedad, la culpabilidad, el desamor y la irritabilidad, entre otras. Se puede corregir el flujo perturbado estimulando ciertos puntos de acupuntura mediante el "tapping" o golpecitos en estos puntos. Al hacerlo se elimina la carga negativa de la emoción lo que hace que la persona perciba el evento, memoria, o situación de una manera más relajada y objetiva.

Se identifican los puntos a tratar mediante la verificación muscular de la kinesiología aislando un músculo que nos va a dar una respuesta de tensión o distensión, lo que nos indicará el meridiano (o canal energético de la medicina china) que está alterado.

Una vez que se ha corregido el flujo a través de los canales afectados la persona no puede conectar con el malestar emocional.

La psicología energética es una disciplina que surge en los Estados Unidos a finales de los setenta y actualmente es una de las corrientes con mayor crecimiento y divulgación.

**CAMINO ROCA, JOSEP LLUÍS.** *Psicólogo. "Las bases epistemológicas*

*del AT y los problemas de la integración"*.

Se pretende clarificar los conceptos de la integración y del eclecticismo frente a los marcos teóricos que rigen las diferentes líneas psicológicas.

En este sentido se analizan las bases epistemológicas del A.T. y del Psicoanálisis, haciendo notar las dificultades de esa integración.

Términos: Integrar, Adaptar, Incorporar, Eclecticismo, Sincretismo, Marco Teórico, Paradigma, Teoría, Métodos y Técnicas.

Bibliografía:

- "Análisis Transaccional en Psicoterapia", Eric Berne.

**CAMINO ROCA, JOSEP LLUÍS.** *Psicólogo. "Los valores del A.T.: Autonomía y Autenticidad"*.

1. El valor de base en A.T. es la autonomía y ese es el objetivo ineludible de toda terapia de A.T. Consiste en:
  - Tomar conciencia de las cosas.
  - Espontaneidad.
  - Intimidad.
2. Jerarquía de valores que definen el acto moral.
3. Adquisición de la autonomía.
4. Adquisición de autenticidad.
5. Condiciones que requiere un Terapeuta de Guión de Vida.
6. Educación de los valores junto a las emociones.

Bibliografía:

- "Juegos en que participamos", Eric Berne.
- "A.T. modelo y aplicaciones", Roman.
- "Del amor", Stendhal.
- "La ética material de los valores", Scheler.

**CASADO ESQUIUS, LLUÍS.** *Psicoterapeuta y consultor. "La actualización espontánea del guión"*.

En el taller se presentará un resumen conceptual sobre la teoría del guión, desde la teoría clásica, centrada en la decisión, hasta las visiones postmodernas que consideran el guión como una narración de la persona sobre sí misma. A partir de este esquema se planteará el debate sobre el carácter determinista o no de la teoría, y se propondrá un modelo constructorista del guión.

Esta visión del guión considera que además de las redecisiones, más o menos trascendentes, que solemos asociar al cambio de guión, éste se está actualizando permanentemente de forma espontánea, a partir de la interacción de la persona con los sucesos vitales que aparecen a lo largo de su vida. Desde esta perspectiva, también se consideran las razones que explican la no actualización en algunas personas, como manifestación de una impermeabilidad excesiva ante su entorno.

Desde los parámetros del modelo se invitará a los asistentes a trabajar sobre la evolución espontánea de su guión mediante algunos ejercicios de autorreflexión.

**COCA VILA, ARANTXA-NADIA.** *Psicoterapeuta y formadora. Vocal de Formación de la ACAT. "Bases constructivistas en la Psicoterapia Reeducativa con niños"*.

Bajo el término Constructivismo se agrupan varias concepciones y teorías que apuestan por defender un determinado modelo de aprendizaje. Así, según este marco epistemológico, las personas conocemos la realidad a través de los modelos que construimos para explicarla y entenderla, modelos que son siempre susceptibles de ser mejorados o cambiados.

La psicoterapia reeducativa se fundamenta en sus principios y, por tanto, las actividades que se realicen en la hora de la terapia deben seguir ciertos requisitos y condicionantes, así como la actuación del terapeuta, con el fin de conseguir el cambio cognitivo del niño, objetivo principal de este tipo de terapia.

**COCA VILA, ARANTXA-NADIA.** *Psicoterapeuta y formadora. Vocal de Formación de la ACAT. "Los juegos de poder entre el psicoterapeuta y el niño en la hora del diagnóstico"*.

El objetivo de esta presentación es exponer las observaciones realizadas en las sesiones de psicoterapia con niños de 5 a 9 años de edad entorno a los Juegos de Poder.

El conjunto del trabajo psicoterapéutico con niños menores de 12 años presenta un sinnúmero de situaciones y matices diversos que caracterizan la vivencia terapéutica y por tanto se hace necesario referirnos a una parte concreta de la terapia para entender las circunstancias que condicionan esa vivencia terapéutica. En el presente trabajo se analizará qué sucede en la hora del juego diagnóstico, haciendo referencia exclusivamente a esta parte del proceso psicoterapéutico a lo largo de las sesiones que ésta ocupe.

**CUADRA PÉREZ, JESÚS.** *Psicólogo, Analista Transaccional, Psicoterapeuta y Docente y Supervisor. SALVADOR FERNÁNDEZ, MARIO.* *Psicoterapeuta (Analista Transaccional Clínico en entrenamiento), Consultor en Formación de Personal, Coach organizacional y deportivo, Nivel II en Desensibili-*

*zación y Reprocesamiento por Estimulación Bilateral (EMDR). "Curar las heridas profundas de nuestra piel psicológica y del sistema neurobiológico del trauma".*

La metáfora de la piel psicológica es una revisión del marco de referencia.

En el taller introduciremos esta metáfora de la piel psicológica y el impacto de las experiencias traumáticas en la neurobiología, su relación con nuestras experiencias pasadas y con nuestras creencias actuales, veremos cómo influencia nuestra percepción de las experiencias actuales, de nuestros pensamientos, sentimientos y reacciones somáticas.

Así mismo veremos cuáles son las implicaciones de estas metáforas para el tratamiento de las heridas profundas tanto psicológicas como neurobiológicas.



**DE DIEGO, CONCHA.** *Psicóloga Clínica.* "Las defensas intrapsíquicas y sus manifestaciones sociales; el AT y las nuevas Teorías y Técnicas psicológicas y psicoterapéuticas".

En esta presentación hablaremos de las defensas intrapsíquicas y sus manifestaciones sociales, de forma que se pueda facilitar un diagnóstico que ayude a establecer la Teoría, la Técnica y la estrategia terapéutica más adecuada en cada caso.

Las defensas intrapsíquicas son un proceso defensivo que se activa como consecuencia de la interacción entre un estímulo interno o externo y los Estados del Yo intrapsíquicamente.

En este proceso primario, de las emociones, como respuestas al E., auténticas o las emociones auténticas substitutivas son tan fuertes y/o temidas, prohibidas e insoportables de integrar, que una personalidad concreta que las vive busca una solución de-

fensiva que le permita afrontar la situación con el mayor o el menor éxito posible.

La parte teórica se complementaría con ejercicios prácticos que ilustran y clarifican los conceptos, a la vez que ayudan a entender conductas manifiestas, que a la observación social, pueden parecer inútiles e inoperantes.



**MADRID TORREBEJANO, FRANCESCA.** *Counseling.* "La igualdad en el poder".

Mi experiencia con el Análisis Transaccional, me invita a pensar y profundizar en la necesidad de buscar y explorar nuevas y continuas técnicas, estrategias y fórmulas de acercamiento entre nosotros y el otro. El medio que conozco para el acercamiento es la comunicación a la que accedo a través del conocimiento del otro y del respeto a su singularidad, diferencia y derechos de igualdad en cuanto ser humano.

El otro puede ser alguien perteneciente a otro pueblo, otra cultura u otro género. Veo a la sociedad, en general, mucho más motivada en los dos primeros temas, por lo que mi aportación versará sobre el último.

El otro género es, en cualquier caso, la mitad de la humanidad. Y llevo tiempo observando, en el lugar de trabajo, en la calle y, sobre todo en la consulta, que el desconocimiento del otro es mucho más profundo de lo que pudiera parecer. A grandes rasgos, los hombres suelen quejarse de que no entienden a las mujeres, y éstas de que sus compañeros no las conocen. Algunos de ellos están temerosos e inseguros y muchas de ellas decepcionadas y frustradas. ¿Cómo hemos llegado hasta aquí y cómo solucionarlo o al menos, buscar las vías de encuentro? Antes tendremos que saber qué es lo que ha pasado.

Por tomar datos lo más homogéneos posibles, he centrado el estudio en hombres y mujeres de la Comunidad Europea, y, sal-

vando las individualidades, tendré en cuenta su desarrollo fisis-neuronal, psico-emocional, social y profesional, así como el grado de satisfacción o autorrealización.



**MARTÍN ALCARAZ, ÁNGELA.** *Psicóloga.* "El dolor de la pérdida y el duelo".

Cuando se muere un ser querido sentimos tristeza, dolor; a veces, estos sentimientos son muy vagos y difusos y otras veces muy intensos.

Cada persona reacciona ante ese dolor de forma muy diversa; hay quien siente que jamás se recuperará, y otras personas creen que no experimentan lo que se tendría que sentir. A veces pensamos que ese sentimiento debería ser un sentimiento indescriptible, interminable y enorme. Estos juicios de lo que es o debería ser, nos llevan a menospreciar o desmesurar lo que sentimos, incluso a sentirnos culpables por lo que sentimos o no llegamos a sentir. El duelo es la expresión de la pérdida de una relación y una experiencia a la que los seres humanos nos vemos expuestos a lo largo de nuestra vida.

El dolor ha de desahogarse, y no debemos sentir vergüenza por el llanto o las diferentes formas de expresarlo. En cambio, si lo reprimimos, lo sentimos bajo sensaciones físicas como sensación de ahoga, de peso en el pecho, etc. En definitiva, entramos a somatizar ese dolor emocional y lo sentimos como dolor físico o dolor corporal. También puede ocurrir que estemos tan anestesiados emocionalmente, o negamos hasta tal límite la situación o nuestro sentir, que no sentimos nada, pero las emociones aunque reprimidas están dentro de nosotros y podemos llegar a enfermar.

Mediante el proceso de duelo podemos aliviar ese dolor y restablecer el equilibrio emocional.

En la mayoría de las culturas se considera que requiere de uno a dos años, esto es

variable, ya que el duelo lleva un tiempo y una profundidad diferente para cada persona. Cuando la persona queda clavada en la pena, o en una de las etapas, no es capaz de recuperar ese equilibrio emocional, hablamos de duelo complicado o patológico, precisando de la terapia de duelo.

La meta de la "terapia de duelo" es identificar y resolver los conflictos de separación que dificultan la resolución de las diferentes etapas. Mientras que la meta del "asesoramiento y ayuda emocional en el duelo" es facilitar las tareas de expresión de las emociones a la persona que está elaborando el duelo.

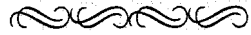
El Análisis Transaccional es una herramienta potente para ayudar a una buena resolución del duelo, reconforta al Niño herido, potencia al Padre Nutritivo, y descontamina al Adulto para que pueda funcionar en el aquí y ahora.



**MÚGICA SAN EMETERIO, ELISA.** *Psicóloga.* "Integración de EMDR, AT y Psicoterapia Integrativa en la práctica clínica. Dos casos de regresión intrapsíquica en niveles fisiológicos, cognitivos, comportamentales y emocionales".

En la práctica clínica con pacientes de forma individual, constato que el uso de EMDR es una herramienta tremendamente útil para abordar conflictos del paciente que tienen una base en mensajes interiorizados desde el padre crítico al niño, en la edad en que el paciente contaba con 7/8 años. Desde los métodos relacionales aportados por la psicoterapia integrativa, el marco teórico del AT y la capacidad del EMDR como forma muy eficaz de llevar al paciente en regresión y realizar una integración neuropsicológica de la experiencia de cambio, se puede realizar de forma eficaz un cambio en las cuatro grandes áreas de la persona,

comportamental, emocional, física y cognitiva. Dos casos ilustran esta exposición.



**NAVARRO CENTELLES, PAZ.** *Psicóloga, Danzaterapeuta. "Taller de Danza Movimiento Terapia (DMT)"*.

La DMT es una disciplina específica, orientada a promover la integración física, emotiva, cognitiva y relacional, la madurez afectiva y psicosocial y la calidad de la vida de la persona (Associazione Professionale Italiana).

Se trata de un proceso terapéutico y creativo, basado en la consciencia, la expansión, la autonomía, la espontaneidad, el reconocimiento y la intimidad.

Su metodología se apoya en las siguientes ideas:

1. Hay una inteligencia corporal.
2. Es posible la autorregulación a través del movimiento y el contacto.
3. El movimiento propio y la actividad espontánea de la improvisación permiten el acceso a los estratos más profundos del psiquismo (whitehouse).
4. La toma de conciencia de aquello a lo que se ha accedido conlleva una transformación.

Con este taller ofrezco la posibilidad de experimentar estas ideas a lo largo de las siguientes fases, basadas en las propuestas de Govine y col.:

1. Identificación corporal y paso de la sensación a la percepción.
2. Contacto con el espacio, el tiempo, la energía y el peso a través de los contrastes y otras posibilidades.
3. Uso de imágenes y elementos.
4. Conexión con los otros a través de la imitación, el contacto y el movimiento guía.
5. Integración de lo vivido a través de la respuesta auténtica.
6. Representación de lo vivido.



**OLLER VALLEJO, JORDI.** *Psicoterapeuta, Analista Transaccional. "El ser humano funcional"*.

El objetivo de este taller es presentar teórica y prácticamente las diferentes funciones de nuestra personalidad o, lo que es lo mismo, todos los tipos de estados del yo funcionales, tanto en primero como de segundo orden, los cuales necesitamos para vivir y desarrollarnos. El enfoque psicológicamente se fundamenta en un modelo funcional de crecimiento integrador que se basa en las necesidades de apego, separación e individuación, en cuyo estudio cabe destacar, como iniciadores, a John Bolwby, Margaret Mahler y David Stern, respectivamente.



**ROBLES PELLEJERO, BLANCA N.** *Psicóloga. "Reflexiones para la psicoterapia infantil desde el AT"*.

Pasiones y reflexiones en el tratamiento de niños desde el AT.

- Construyendo la base de seguridad (reglas, permisos y contratos) el niño, los padres y la escuela.
- Permitiendo el encuentro (el dibujo, el juego, los juguetes y la fantasía).
- Construyendo la confianza. La sintonía en la relación terapéutica.

Basándome en casos prácticos ilustraré el proceso terapéutico y propiciaré el debate (15 minutos) para reflexionar sobre los siguientes puntos:

Qué nos asemeja, qué nos diferencia, qué podemos aportar como Analistas, límites entre el campo educativo y la psicoterapia. Lo educativo también es terapéutico. Partir de nuestras raíces formativas para ir integrando nuestro propio modelo terapéutico.



**TRALLERO FLIX, CONXA.** *Musicoterapeuta y profesora de Universidad. "Cantar permisos, caricias y emociones: musicoterapia autorrealizadora"*.

Es mi propio sistema de aplicar las cualidades terapéuticas de la música en diferentes situaciones individuales o grupales que requieren una intervención, con el fin de mejorar las capacidades expresivas, creativas y de comunicación de la persona, y contribuir a su autoconocimiento, y equilibrio emocional. Mi Método se inscribe en la corriente de la Musicoterapia activa y creativa, porque permite a la persona explorar en su interior en busca de su música personal —reflejo de su mundo interno— y de la expresión genuina de su creatividad. Se basa en la improvisación de ritmos, melodías y armonías que la persona o el grupo va creando en el momento, por medio del cuerpo, la voz y los instrumentos. A lo largo de los años de práctica he ido incorporando elementos de distintas técnicas terapéuticas, adaptándolas a la herramienta básica de mi trabajo: la música. Algunas de las estrategias que uso son estimular la expresión vocal, por medio del canto, de las distintas emociones que experimenta la persona; también les propongo que canten su nombre, apoyadas y reforzadas por el canto del grupo, como una forma de reconocimiento y valoración. Después de que cada persona escriba las cualidades que más le gustan de los compañeros, pasamos a ofrecérselas en forma de caricias positivas cantadas. Igualmente, trabajamos sobre los impulsores e improvisamos melodías cantadas con el texto de los diferentes permisos que cada persona elige, en función de su dificultad. En algunas sesiones visualizamos el niño que todos llevamos con nosotros, lo modelamos con plastilina y le creamos una canción proyectora y consoladora, cantada desde nuestra parte parental y cuidadora. Éstas son algunas de las técnicas de Análisis Transaccional que integro en mi trabajo,

realizadas desde el enfoque transformador, creativo y autorrealizador que conlleva el uso de la música, la cual facilita la escucha consciente de sí mismo y del entorno.



**TRALLERO FLIX, CONXA.** *Musicoterapeuta y profesora de Universidad. "Taller Musicoterapia autorrealizadora"*.

El objetivo de este Taller es experimentar de forma práctica algunos de los efectos de la música y de las posibilidades que ésta ofrece para trabajar diferentes aspectos terapéuticos relacionados con la autoestima, la realización y el crecimiento personal, la expresión de emociones y el descubrimiento de la propia música interior como forma de autoconocimiento. Exploraremos el uso de la voz en el canto de caricias positivas, permisos o afirmaciones, como una forma de expresar y resolver, de forma verbal y no verbal, una parte del mundo emocional y de sus conflictos. Indagaremos en la propia creatividad, buscando el "ser musical" que todos llevamos dentro, manifestándolo desde las peculiaridades de cada uno.



**ZURITA DÍAZ, JOSÉ Y CHÍAS OJEM-BARRENA.** *Médico-Terapeuta. "El cuaderno del Duelo como herramienta terapéutica en una Psicoterapia Humanista Integrativa"*.

Presentamos una Herramienta Terapéutica que facilita al paciente su preparación ante el proceso de resolución de un conflicto, a través de la realización de un proceso de Duelo, de una relación que terminó entre el paciente y una persona, animal, cosa, objetivo, etc...

## D) RESÚMENES ÁREA DE EDUCATIVA

**DE DIOS VIDAL, M<sup>a</sup> ELVIRA.** *Profesora de Educación Especial. "Cómo aplicar el Análisis Transaccional en el aula".*

Trabajo en una escuela de Primaria, de una línea, con cuatro Unidades de Educación Especial.

La función que desempeño dentro del centro es la de maestra tutora de una de estas Unidades.

La metodología que utilizo en el aula está basada en el Análisis Transaccional como recurso y estrategia para cualquiera de las materias que imparto.

Cada día, al llegar a clase, tenemos establecido, como punto de partida para iniciar la jornada, la siguiente dinámica:

1. Nos saludamos.
2. Nos damos cuenta de cómo estamos.
3. Expresamos nuestros sentimientos.
4. Explicamos lo que pensamos.
5. Decidimos cómo queremos pasar el día.
6. Asumimos nuestra responsabilidad diciendo qué estamos dispuestos/as a hacer para conseguir el objetivo propuesto.

Acto seguido comenzamos con las tareas que he programado y elaborado para cada asignatura.

En mi práctica docente no utilizo libro de texto. Parto del libro de lectura del Ciclo al que pertenecen mis alumnos/as (por ejemplo: "Quién dice no a las drogas", "Quién quiere a los viejos", "Cuentos para la hora de los postres", "La colla dels deu"...), lo cual me permite confeccionar las actividades que les llevará a trabajar y desarrollar la **asertividad**, la **empatía**, la **responsabilidad**, la **toma de decisiones**, la **autonomía** y la **comunicación**.

Como elemento tangible motivador utilizo un sistema de puntos de colores que pegan en un dossier el cual, una vez completado, les lleva a conseguir un premio, por ejemplo: hacer una excursión a Barcelona para

comer y pasar el día juntos con uno de los escritores que leemos.

**FERRAN TORRENT, JOSEP-MARÍA.** *Profesor de Psicología y Pedagogía, Asesor y Orientador Psicopedagógico del EAP del Departament D'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, Logopeda. "¿Qué estilo de decidir tengo yo?"*

### Objetivo

Se trata de descubrir cómo tomo decisiones, qué estilo de decidir tengo, observar cómo deciden los demás (el tú) y, al final, darme cuenta cómo puedo ayudar en la toma de decisiones de los demás.

1. El algoritmo de la toma de decisiones: Instrumentos del AT y recursos de la PNL.
2. ¿Cómo tomo decisiones?
3. Descubrir las diferencias de los tipos de decisiones (ficticias, hipotéticas y reales) según los procesos implicados y sus efectos educativos.
4. Cómo deciden los demás (el tú): Tú decides.
5. Cómo puedo ayudar en la toma de decisiones de los demás: ¿Te ayudo? Tú me has ayudado. Pero soy yo quien tomo la decisión y la responsabilidad.
6. La experiencia en la Consultoría CRD con las técnicas de la Escucha Activa, cursos 2003-04 y con la técnica aplicable por correspondencia por internet: la Lectura Activa.
7. Tus conclusiones son importantes. No las mías.

**FERRAN TORRENT, JOSEP-MARÍA.** *Profesor de Psicología y Pedagogía, Asesor y Orientador Psicopedagógico del EAP del Departament D'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, Logopeda. "El A.T. y la táctica de intervención psicopedagógica 3FIT33".*

1.-Presentación. El nuevo estilo de aprender hoy. Los lenguajes y los valores humanos.

El aprendizaje de red: una táctica de intervención psicopedagógica en red (telaraña).

Los principios de relacional, interactivo, operacional y sistémico en la gestión del tiempo, en la toma de decisiones compartidas y su seguimiento y su prevista evaluación.

2.-La aplicación de la táctica a nivel de asesoramiento y orientación psicopedagógica.

Tres momentos en la identificación, en la evaluación y en el seguimiento de las necesidades educativas específicas. Con la red, combinando tres entrevistas a las familias, a los tutores, o equipos docentes de un alumno/a. Y con tres sesiones de valoración psicopedagógica en un mismo alumno.

3.-La aplicación de la táctica a nivel de profesorado de psicología y pedagogía, y maestros de pedagogía terapéutica en centros de educación infantil y primaria y centros de educación secundaria obligatoria.

4.-La aplicación de la táctica en el aula.

5.-Las implicaciones y las conclusiones del curso 2003-04.

6.-Las fuentes de documentación y de información.

7.-La oferta del servicio para el curso 2004-05.

El objetivo es exponer las experiencias docentes de la táctica de intervención psicopedagógica 3FIT33 en diversos niveles y comunicar las conclusiones de los equipos docentes en el curso 2003-04, y el papel que juega el AT con otros modelos como la PNL y la Inteligencia emocional.

**FERRAN TORRENT, JOSEP-MARÍA.** *Profesor de Psicología y Pedagogía, Asesor y Orientador Psicopedagógico del EAP del Departament D'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, Logopeda. "El Informe RISCOS educador y las aportaciones del A.T.".*

Es un resumen de la tesis que ha sido premiada con el Doctor Honoris Causa por el Consejo Iberoamericano en Honor de la Calidad Educativa. En el marco del Desarrollo Solidario Global: La decisiología de las necesidades educativas en el siglo XXI y del mundo Global y sus riesgos.

> Ponente: Equipo CERADAI: J.M. Ferran y colaboradores.

1. El Informe RISCOS educador en el marco del Desarrollo Solidario Global.

1.1. El Desarrollo Solidario Global (D.S.G.).

1.2. El ejemplo de la vida de Josep Vidal i Llecha.

El informe de desarrollo de investigación psicopedagógica sobre el modelo de identificación, evaluación y seguimiento de las necesidades educativas personalizadas: el modelo RISCOS educador.

La toma de decisiones sobre las necesidades personalizadas: referentes y criterios.

El Modelo RISCOS: 12 principios y 12 recursos instrumentales con sus riesgos.

2. Los modelos psicológicos de la PNL, Inteligencia Emocional, Gestalt, conductismo, cognitivismo, sistemático-relacional y las principales aportaciones del A.T.

2.1. Opciones frente los modelos.

2.2. Principales instrumentos de cada modelo.

3. Consecuencias en el asesoramiento y en la acción tutorial docente. Implicaciones en la acción tutorial familiar.

4. La propuesta de asumir el A.T. a los nuevos lenguajes no sexistas del siglo XXI del PAN (Padre-Adulto-Niño) por una noción nueva de adulto y de las

tres personalidades directiva, analítica e infantil (DAI).

##### 5. Fuentes y bibliografía.



**MASIP TARRAGÓ, JOSEFINA.** *Psicopedagoga. "Desarrollando la inteligencia emocional con los alumnos"*.

Los objetivos que nos planteamos alcanzar son: un mejor conocimiento de sí mismo, de los diferentes miembros que forman el grupo clase, trabajar la escucha activa y reformulación para un mejor entendimiento, el trabajo cooperativo y en equipo, expresión de los propios sentimientos y potenciar la empatía y la autoestima personal.

La metodología utilizada ha partido primero de la realización de las propias dinámicas entre el propio profesorado y luego su aplicación con los alumnos en las diferentes aulas.

Se partía de un juego, o situaciones de rol-playing y, por tanto, las técnicas utilizadas son participativas y activas; una vez realizada la actividad lúdica se llevaba a cabo la correspondiente reflexión y comentario posterior, trabajando con ello el saber escuchar, esperar el turno, reformular, moderar, animar...

Estas actividades se llevaban a cabo desde las propias tutorías y, en algunos casos, las áreas de lengua y filosofía.

Las actividades, muchas de ellas, no han sido de creación propia, dado que existen muchas publicadas; la mayoría han sido seleccionadas del programa PESE del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, y otras relacionadas con la educación por la paz, resolución y mediación de conflicto "linguapax", material realizado por las escuelas asociadas de la Unesco y del programa de habilidades sociales de Manuel Segura traducidas por el propio Departament d'Ensenyament.

Estas prácticas llevadas a cabo desde pequeños creemos que ayudaría mucho en

la adquisición de habilidades y desarrollo de la inteligencia emocional y de la relación y comunicación con los demás.



**MASIP TARRAGÓ, JOSEFINA.** *Psicopedagoga. "Un proceso de mejora hacia una escuela inclusiva"*.

Iniciar un determinado proyecto o experiencia innovadora en un centro educativo, no es tarea fácil para el equipo directivo puesto, que depende del proceso a seguir, puede verse como una imposición desde arriba y los profesionales, pueden tener cierta reticencia a llevarlo a la práctica o lo que es lo mismo se realizan las cosas por real decreto pero sin que para ello se genere ilusión y un proceso de innovación y de propio aprendizaje para el enseñante.

Fue a partir de la imposición del Departament d'Ensenyament, el mes de abril, que el próximo curso el Instituto debía ubicar un aula de educación especial con alumnado bastante afectado tanto física como intelectualmente, que como psicopedagoga y asesora del centro inicié mi experiencia conjuntamente con el equipo de profesorado del seminario de psicología y pedagogía.

Ante todo y para asumir la tarea que se nos encomendaba, iniciamos una serie de búsqueda de información de aquellos centros que llevaban a término experiencias parecidas. E intentamos conocer más y recabar información, a la vez, y debido a las alzas de curso realizamos un calendario de tareas a desarrollar basadas en tres ejes: la sensibilización, la planificación de la propuesta y la elaboración, así como el seguimiento del proyecto de trabajo del aula.

Para ello tuvimos en cuenta, tres aspectos:

- A) Por un lado el que hace referencia al equipo directivo: la planificación y la cultura del centro que estaría enmarcado en el PADRE desde el punto de vista del Análisis Transaccional, donde allí residían las resistencias, preju-

cios, creencias a cerca de cómo el profesorado que formaba el claustro entendía o podía ver la imposición a la que se le obligaba. Dentro de este ámbito nos movíamos con el trabajo de sensibilización a partir de dinámicas de grupo concretas y técnicas de recogida de información que había de modificar a la larga el espíritu del proyecto educativo de centro hacia un centro más inclusivo donde entendera que la educación puede ser para todos y que todos aprendemos de las interacciones de los demás.

- B) El segundo ámbito o aspecto a tener en cuenta, fue el equipo docente, los departamentos y seminarios en aquello que hace referencia a la organización y políticas de funcionamiento, la manera cómo el centro organiza la atención a la diversidad, la forma cómo se intenta incluir este alumnado con más dificultad, la metodología y forma de organizaciones que faciliten la participación de todos, la manera en que se tiene en cuenta el propio proceso personal del alumnado y el aprendizaje a partir de los errores. Todo él englobado y visto desde la situación existencial del ADULTO desde el Análisis Transaccional.
- C) Las estrategias y el trabajo con los propios alumnos en el aula, el tipo de trabajo, los objetivos que se pretenden, la forma de evaluarlos, todo ello enmarcadas desde el NIÑO del A.T.



**SAN MARTÍN CASTAÑO, FRANCESC XAVIER.** *Maestro de pedagogía tera-*

*péutica. "El día a día en la escuela desde la aplicación del AT y de Inteligencia Emocional"*.

### Introducción

Detectadas necesidades de gestión emocional en alumnos: rabia, agresividad y violencia.

### Desarrollo

Cursos 2000-01, 2001-02, 2002-03. Instituto Educación Secundaria. Alumnos con necesidades educativas derivadas de la situación socio-cultural de las familias, con comportamiento conductual desadaptado y dificultades de aprendizaje.

Tutoría de un grupo UAC (Unidad de Adaptación Curricular).

Participación del alumnado en la radio escolar de onda catalana, participación en el concurso convocado por MES TV de Tarragona, entorno al patrimonio histórico artístico de la ciudad de Tarragona.

### Curso 2003-04

Escuela Rural: educación infantil y primaria.

Aplicación en alumnado de necesidades educativas especiales y alumnado de inmigración.

### Conclusiones

Es complementario el modelo de la inteligencia emocional y el AT. Aplicando sus técnicas se comprueba una mejora en la adaptación y en la convivencia y en consecuencia, una mejora en el rendimiento escolar.

Los alumnos que se les da expectativas pueden participar de forma exitosa en cursos a pesar de ser alumnos catalogados de necesidades educativas especiales.

## E) RESÚMENES ÁREA DE ORGANIZACIÓN

**HEMMI, MATTI.** *Dirección Gerente. “Una aplicación de A.T. desde el punto de vista de la empresa”.*

En esta presentación quiero presentar los resultados obtenidos en nuestra empresa gracias a la aplicación del A.T. Con esta presentación no pretendo mostrar un ejemplo de cómo debe hacerse este trabajo, simplemente quiero mostrar cuál ha sido nuestra experiencia y algunos de los beneficios obtenidos, especialmente los más recientes, resultado de la combina-

~~ción del AT con otras herramientas de gestión como los Árboles Lógicos de Goldratt y los Mapas Estratégicos de Norton y Kaplan.~~

Los beneficios de haber introducido el AT en nuestra empresa se centran casi todos en una mejor utilización del tiempo (el recurso por excelencia) de la empresa, en una mayor efectividad general del personal, y en la implementación del AT como código de comunicación más asertivo que permite identificar con mayor rapidez, nuevos aspectos de mejora.

# ARTÍCULOS y TRADUCCIONES



## EL CANNABIS. EFECTOS DE ESTA DROGA. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

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

Psicóloga Clínica de la Unidad de Alcoholología  
del Área 11 de Salud (Gandía)  
de la Consellería de Sanidad de la Generalidad Valenciana  
Master en Drogodependencias y Sida

*Se presenta en este trabajo de investigación una conceptualización descriptiva del cannabis, señalando los efectos sobre sus consumidores, mostrando su epidemiología en la población española, marcando su diagnóstico según determinados criterios y dificultades, e indicando el tratamiento psicoterapéutico más adecuado según específicos objetivos y en situaciones especiales.*

### INTRODUCCIÓN

El cannabis es una planta con cuya resina, hojas y flores se elaboran las sustancias psicoactivas más conocidas (hachís y marihuana) y más utilizadas entre las drogas ilegales.

Su consumo como el de la mayoría de las drogas de origen botánico ha acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales, siendo usada con fines religiosos, medicinales y lúdicos. También se ha utilizado tradicionalmente para la elaboración de fibras textiles.

En Europa fue redescubierto para uso fundamentalmente lúdico por parte de escritores y artistas como Baudelaire o Delacroix, integrantes del denominado Club des Haschischiens.

Junto con los alucinógenos, los derivados del cannabis fueron la droga de elección del movimiento hippy de los años sesenta y en general de los movimientos contraculturales y psicodélicos.

La planta es conocida en botánica como la Cannabis sativa y sus efectos psicoacti-

vos son debidos a uno de sus principios activos: el tetrahidrocannabinol, cuyas siglas son THC.

Los derivados de la cannabis sativa es una de las drogas de consumo más extendida en todo el mundo. De la planta original se pueden extraer varios productos con diferente composición y riqueza de cannabinoides. Entre ellas podemos citar:

- **la resina de hachís**, una bebida formada por un extracto de la planta mezclada con opio y especias (el bhang);
- **picadura de las flores femeninas para fumar** (el ganjah);
- **picadura de las flores femeninas con resina para fumar** (el chara);
- **el hachís** formado con el prensado del polvo o polen de la planta que se fuma como cigarrillos o porros;
- **el aceite de hachís** que se consume mezclado con tabaco;
- **la marihuana** que es una preparación triturada y seca de las flores, hojas y tallos pequeños de la planta que se fuma sola o con tabaco.

Sus derivados más consumidos actualmente son **el hachís y la marihuana**. En España se consume principalmente hachís procedente en su mayoría de los cultivos del norte de Marruecos, del valle de Keta-ma, en la región del Rif.

El hachís se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra prensada hasta formar una pasta compacta de color marrón, cuyo aspecto recuerda al chocolate. Su concentración en THC es superior a la de la marihuana, por lo que su toxicidad potencial es mayor.

La marihuana se elabora a partir de la trituración de flores, hojas y tallos secos. Ambos preparados se consumen fumados en un cigarrillo liado con tabaco, cuyas denominaciones más usuales son: porro, canuto, peta, joint.

En el año 2000 se incautaron en España 474.504 Kgs. de hachís.

El efecto agudo del consumo del cannabis (intoxicación por cannabis) se describe como estar colocado, y se caracteriza por sensación de bienestar, risa fácil, estar absorto y distorsiones sensoriales como entecimiento temporal. Esto último y fenómenos parecidos no son propiamente alucinaciones, sino ilusiones sensoriales y se codifican como intoxicación por cannabis con alteraciones perceptivas. Es frecuente la congestión conjuntival y también puede producirse taquicardia, aumento del apetito, aumento de la presión arterial así como sequedad de boca. Otros síntomas indeseables son el deterioro de la memoria inmediata, las dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, el deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad motora, en muchos casos de forma desapercibida por el sujeto. La intoxicación aguda puede producir problemas cardiovasculares en sujetos con cardiopatía previa o hipertensión.

El efecto se inicia a los pocos minutos de haberse fumado las preparaciones cannábicas llamadas porros, cigarrillos que incluyen tabaco y marihuana o tabaco y hachís, o puede demorarse horas si la administración es oral. Suele durar tres o cuatro horas si se fuma, o más tiempo si se ingiere. La intensidad

del efecto depende de la dosis del principio activo (delta-9-tetrahidrocannabinol –THC–), de la vía de la administración, del consumidor (grado de absorción, tolerancias, sensibilidad, expectativas personales) y del contexto social en que se consume.

Debido a que el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) y demás cannabinoides son liposolubles, existe la posibilidad de prolongaciones imprevistas o reviviscencias erráticas (Flashbacks) por liberación lenta y relativamente fásica de dichos principios activos desde tejidos grasos y circulación enteropática hasta circulación sistémica y cerebro.

En los últimos tiempos se ha generado una gran confusión en torno al uso terapéutico de los derivados del cannabis. Se ha pretendido, en ocasiones, relacionar la posible capacidad terapéutica de uno de los 60 cannabinoides activos que contiene la marihuana con la supuesta bondad de su consumo. Sin embargo, nada tiene que ver la investigación médica sobre estos temas (aún en fase de inicio) con los consumos recreativos del hachís y marihuana que tantos problemas físicos, psicológicos y sociales generan según las más recientes investigaciones.

#### FORMAS DE CONSUMO Y MODOS DE PRESENTACIÓN

En nuestro medio los preparados habituales se presentan como marihuana y hachish.

##### Marihuana

Parte foliar y floral de la planta femenina desecada y troceada hasta el tamaño de picadura.

##### Hachish

Corresponde a aquellas presentaciones obtenidas de unos pelitos huecos alojados en las hojas y las flores femeninas, cuyo interior está relleno de una sustancia aceitosa que contiene los principios activos. Se vende en pequeñas pastillas como de "chocolate".

La potencia psicotrópica de estos productos se valora en función de su contenido en Delta-9-THC, siendo lo habitual un 5-12% grs. en el hachish y un 1-2% grs., en la marihuana, aunque estos niveles están aumentando considerablemente en los últimos tiempos. El aceite de hachish puede alcanzar hasta un 65% del producto activo.

En nuestro medio la vía fumada es la más utilizada (habitualmente mezclada con tabaco). También se puede consumir en forma líquida (chastri-licor egipcio) y sólida (en tartas, pasteles y mermeladas). La forma intravenosa se limita a trabajos de investigación.

Al fumarse los primeros efectos son muy rápidos y se presentan a los pocos minutos, alcanzando los niveles máximos a los 30 minutos y persistiendo los efectos hasta 2-3 horas.

La cantidad real de Delta-9-THC ingerida al fumar depende de factores como la velocidad con que se fuma, profundidad en inhalación y tiempo de mantenimiento de la misma. Dependiendo de la experiencia del fumador, se puede absorber entre un 20-80% del producto activo.

El consumo oral produce unos efectos similares a los observados cuando se fuma aunque son más tardíos y están mediatizados por factores como la movilidad intestinal o la presencia de otras sustancias en el tracto digestivo. Los efectos se presentan aproximadamente a los 30 minutos alcanzando su cenit a las 3 horas, y persistiendo durante 7 horas.

Al igual que la mayoría de los fármacos liposolubles, el Delta-9-THC atraviesa la barrera placentaria.

#### CRITERIOS DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE INTOXICACIÓN POR CANNABIS

- Consumo reciente de cannabis.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sen-

sación de que el tiempo discurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.

- Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de cannabis:
  - Inyección conjuntival.
  - Aumento del apetito.
  - Sequedad de boca.
  - Taquicardias.
- Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

#### SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Que la interrupción del consumo cannábico produzca o no síntomas de abstinencia continúa discutiéndose. Se admite, de forma preliminar, que hay síndrome de abstinencia psicológico y que no hay síndrome de abstinencia física. El primero consiste esencialmente en el deseo (craving) más o menos imperioso de volver a fumar "porros" y justifica el diagnóstico de trastorno por dependencia de cannabis. Del segundo no hay acuerdo en la sintomatología que incluiría.

#### ABUSO Y DEPENDENCIA

El trastorno por abuso y el trastorno por dependencia de cannabis se diagnostican de acuerdo a los criterios de abuso y dependencia de drogas del DSM-IV o del CIE-10.

#### EFFECTOS DEL USO DE LOS DERIVADOS CANNÁBICOS

Tras el consumo de derivados cannábicos aparecen de forma secuenciada una serie de **alteraciones físicas y psíquicas** cuya intensidad varía por factores como:
 

- procedencia y calidad del producto;

- dosis y modo de consumo;
- personalidad del consumidor;
- estado de ánimo y ambiente en el que se consume;
- experiencia previa con la droga, asociación a otras sustancias;
- la expectativa ante el consumo.

Dosis bajas de cannabis producen paradójicamente efectos estimulantes y depresores; a dosis más elevadas predominan efectos depresores.

Los síntomas físicos tras el consumo son:

- taquicardia y el enrojecimiento conjuntival, ojos brillantes;
- sequedad de boca y garganta;
- ligero descenso de la temperatura;
- caída de la fuerza muscular;
- perturbaciones de la coordinación corporal.

Los síntomas psíquicos tras el consumo son:

- euforia con sensación progresiva de bienestar corporal;
- hilaridad;
- comunicación fácil y mayor sugestionabilidad;
- subjetivamente se agudizan las percepciones visuales y auditivas;
- se altera la percepción del espacio y la medida del tiempo así como la memoria inmediata;
- hay desinhibición que se acentúa más en el área de la fantasía;
- ocasionalmente pueden darse reacciones de ansiedad y pánico, alucinaciones o crisis de despersonalización.

Tras los efectos eufóricos aparecen sedación y somnolencia. Es habitual que los ADVP refieran la utilización nocturna del cannabis con el fin de relajarse y ver facilitada la conciliación del sueño.

## CONSECUENCIAS FÍSICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DEL CANNABIS

### a) Efectos Neurológicos

Numerosos estudios han demostrado que la intoxicación por marihuana empeora la

conducción de vehículos y otras actividades relacionadas con habilidades complejas, mediante déficit de atención, la coordinación motora y la percepción de profundidad, durante diez o más horas tras el consumo.

### b) Efectos Respiratorios

En nuestro medio el hachish se mezcla para su consumo con el tabaco, con lo cual se produce una potenciación de los efectos de ambas sustancias. Es raro que el consumidor de derivados cannábicos no lo sea en mayor medida del tabaco, aunque el hachish se fuma con menos frecuencia, se inhala más profundamente, no se emplean filtros y se apura el cigarrillo hasta el final.

Como consecuencia del fumar derivados cannábicos aparecen:

- bronquitis, sinusitis, rinofaringitis, bronquitis crónica, enfisema, etc.;
- efecto carcinogénico del humo de marihuana que es mayor que el del tabaco, porque contiene más sustancias irritativas, o sea, alquitranes que contienen benzopirenos.

### c) Efectos Cardiovasculares

Dosis elevadas de Delta-9-THC pueden producir bradicardia y una caída de la presión arterial sistólica y diastólica. A nivel coronario se empeorarían las lesiones ya preexistentes, e incluso por su acción analgésica podrían mitigar el dolor anginoso, retardando peligrosamente la toma de medicación.

### d) Efectos sobre el Funcionamiento Sexual, Fertilidad y Embarazo

#### En Varones

Hay un incremento significativo de los niveles de prolactina y una interferencia en la producción de esperma por su acción sobre el epitelio tubular seminífero.

Hay una oligospermia.

### En Mujeres

- Alteraciones del ciclo reproductor, el ciclo menstrual suele estar acortado y son frecuentes los ciclos anovulatorios.
- El cannabis atraviesa la barrera placentaria y se acumula en la leche materna.
- Durante el embarazo provoca un retraso en el crecimiento intrauterino, hay más embarazos de alto riesgo y mayor número de abortos.
- En recién nacidos de madres consumidoras de cantidades importantes de hachish durante el embarazo, se aprecia una marcada intranquilidad, temblor y sobresalto, hiperreflexia y peor respuesta a los estímulos visuales.

### e) Efectos Inmunológicos

El delta-9-THC se ha mostrado inmunosupresor y con capacidad de disminuir la resistencia del huésped a virus y bacterias. Las cannabinoles son capaces también de alterar la forma, función y movilidad de los macrófagos.

En pacientes con una debilitación inmunitaria, como es el caso de los infectados por el HIV, el consumo aumentaría el riesgo de contraer infecciones.

## DE LA ALTERACIÓN PSÍQUICA A LAS PSICOSIS

### PSICOSIS CANNÁBICAS

¿Existe una Psicosis cannábica? o es el afloramiento de un cuadro esquizofrénico en una personalidad alterada de base?

En la actualidad es raro el Psiquiatra que lleve a cabo una asistencia práctica y que no se plantee como mínimo que "existe un doble diagnóstico en un 40% de las Esquizofrenias paranoides juveniles en las que intervienen factores tóxicos".

El trastorno psicótico inducido por cannabis se caracteriza por ideas delirantes, principalmente de tipo paranoide, habitualmente con ansiedad, labilidad emocional y despersonalización, que se presenta tras el consumo de derivados del cannabis. Las alucinaciones son raras y por lo general sólo se presentan con consumos muy elevados. Este trastorno es poco frecuente y cuando aparece suele remitir en menos de 24 horas, aunque ocasionalmente puede durar varios días. Su aparición parece que está relacionada con la dosis, la psicopatología premórbida del paciente y el entorno. En los individuos predispuestos este trastorno puede ser el principio de una alteración persistente. Para el diagnóstico del trastorno psicótico inducido por cannabis se requiere confirmar el consumo de cannabis, descartar que sea inducido por otras drogas o alteraciones orgánicas e investigar los antecedentes psicopatológicos.

### TRATAMIENTO

Procurar un ambiente cálido y tranquilizador, recordando que las sensaciones son producto de la sustancia y que desaparecerán. Puede ser necesario administrar una benzodiazepina de vida media larga o anti-psicóticos si los síntomas son graves y persistentes.

El DSM-IV con respecto al cannabis da criterios de *abuso dependencia* y *trastornos mentales*.

#### 304.30. Dependencia del Cannabis

Habitualmente la dependencia del Cannabis se caracteriza por un consumo diario o cotidiano de la sustancia. En el abuso del cannabis el sujeto consume la sustancia de forma episódica pero presenta una conducta desadaptativa evidente, como conducir bajo los efectos de la intoxicación.

Síntomas psicológicos asociados a la Dependencia del Cannabis son:

- **letargo, anhedonia;**
- **problemas de atención y memoria;**

- puede haber tolerancia a algunos efectos psicoactivos de la sustancia, provocando un aumento en el consumo.

### 305.20. Intoxicación por Cannabis

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en cambios conductuales, desadaptativos, y síntomas físicos específicos debidos al uso reciente de cannabis.

Los efectos conductuales desadaptativos incluyen:

- Euforia, ansiedad, suspicacia o ideas paranoides.
- Sensación de enlentecimiento del tiempo.
- Deterioro de la capacidad de juicio.
- Retraimiento social.

En aquellos sujetos que todavía no han desarrollado la tolerancia hacia la sustancia puede aparecer la risa inadecuada, ataques de angustia y una afectividad disfórica.

Los síntomas físicos específicos incluyen:

- Casi siempre irritación conjuntival y taquicardia.
- Aumento del apetito.
- Sequedad de boca.

Puede aparecer despersonalización, pero no suele haber alucinaciones, excepto si los niveles son muy elevados en que actúan como alucinógeno.

### CURSO

La intoxicación es casi inmediata, se consolida a los 30 min. y dura 3 horas, por vía fumada. En vía oral su absorción es más lenta, alcanza niveles plasmáticos más bajos y sus efectos duran más.

### 292.11. Trastorno delirante por Cannabis

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un síndrome delirante eufórico, por lo general con ideas delirantes persecutorias que aparecen poco después del uso del cannabis:

- Sintomatología obsesiva.
- Puede haber notable ansiedad emocional.

- Despersonalización.
- Amnesia posterior.
- Alteración de la conciencia.
- Confusión.
- Alteración y lentitud del pensamiento y de las funciones manipulativas.
- Desequilibrio motor.

Puede haber alteraciones de la memoria, alucinaciones auditivas y motoras, delirios paranoides y comportamiento violento o absurdo. El lenguaje, según el nivel de afectación de la conciencia, es inconexo o extraño y con frecuencia de contenido delirante. El cuadro dura desde unas horas hasta días.

### TRATAMIENTO

Recomendaciones generales de manejo de los deliriums, es decir, mantener al paciente en un ambiente tranquilizador y facilitar que se sienta cómodo. Además se puede calmar al paciente explicándole que es un trastorno transitorio y las causas del mismo. Si se precisa medicación se les suele administrar antipsicóticos a dosis adecuadas de acuerdo con la gravedad de la sintomatología. Cuando el síntoma predominante es el insomnio y la agitación y el cuadro confusional no son severos se puede valorar dar benzodiazepinas de vida media corta.

La literatura contractual fue la primera que describió con todo detalle los cuadros psicóticos de cannabis, utilizando terminología descriptiva.

Se pueden diferenciar los siguientes cuadros agudos:

#### 1. Paranoia aguda o "para"

Es muy parecido a todas las paranoias tóxicas, como las de las anfetaminas o LSD, en argot le suelen llamar "un mal viaje o mal rollo", aunque debido a su frecuencia se ha quedado en la simple "para", pues debe de ser muy frecuente y la mayoría de las veces no acuden a los Servicios Sanitarios, ya que tanto el que lo padece como sus compañeros lo conocen bien.

El cuadro se presenta como una alteración paranoide aguda de tipo persecutorio, desde ideas de referencia a captación del pensamiento, suele dominar una sensación

de influencia: "noto que me intentan comer el coco", "no puedo pensar", etc.

Suele ser de inicio brusco y durar de horas a un día, con oscilaciones de calma a excitación psicomotriz. Últimamente debido a la alta concentración de T.H.C. más alcohol y coca, se crea un cuadro mixto de una extraordinaria violencia.

#### 2. Cuadro Confusional alucinatorio paranoide agudo o "cuelgue"

Aparece todo tipo de sintomatología de las psicosis tóxicas:

- Obnubilación, confusión, desorientación.
- Despersonalización, ilusiones de todo tipo.
- Alucinaciones visuales.
- Alucinaciones olfatorias, cenestésicas.

El delirio clásico es de tipo onírico, muy desordenado, incoherente e incongruente, pero casi siempre con matices visionarios, proféticos.

Su estado oscila de la euforia a la crisis de pánico. A nivel motriz están:

- Inquietos, excitados, hiperactivos.
- Pasan de una marcada anorexia a bulimia.
- Insomnio.
- Crisis de intensa despersonalización.

El cuadro puede oscilar con toda una sintomatología florida y activa. La duración oscila entre horas hasta 7 días, y los flashes de horas a minutos e incluso segundos, cuando van remitiendo.

#### 3. Cuadro Hiperquinético o "marcha"

Es menos frecuente, aunque ahora se ve más que en los años 70. Recuerda mucho a la intoxicación por anfetaminas y es parecido al de cocaína.

Se caracteriza por:

- hiperquinesia;
- enorme inquietud e insomnio.

#### 4. Cuadro Hipoquinético o "muermo"

Es el menos frecuente. En él es típico lo siguiente:

- marcada hipoquinesia (recuerda a los catatónicos agudos);
- extraordinaria vivencia afectiva y comunicación visual;
- imposible comunicar oralmente;
- se le bloquea el pensamiento a las preguntas más simples.

### 5. Cuadro Amotivacional

Este es un déficit y enlentecimiento psíquico y motriz, debido a la impregnación, saturación del sistema de conducción bioeléctrica central producido por el T.H.C. en toda la actividad neurotransmisora. La incapacidad de comprender y la falta de reacción al estímulo es por bloqueo de todo el circuito del Sistema Límbico, núcleos de base y corteza frontal.

Los riesgos derivados del consumo de las diversas drogas no pueden aislarse del modo en que son habitualmente consumidas. En el caso del hachís la pauta más frecuente es el consumo combinado con alcohol, con lo que los efectos se multiplican pudiendo favorecer la aparición de lipotimias.

Se discute si está asociado al consumo de cannabis o si refleja rasgos caracteriales a un subgrupo de personas debido al consumo de la sustancia. Tradicionalmente el síndrome se ha asociado a consumo prolongado de dosis altas y se caracteriza por desgana para hacer cualquier cosa que requiera atención prolongada. La persona está anérgica y apática.

### 6. Trastorno de ansiedad inducido por cannabis

En algunas personas, especialmente inexpertas, el cannabis induce estados de ansiedad de corta duración a menudo provocado por ideas paranoides. En tales circunstancias, pueden inducirse crisis de angustia basadas en temores poco organizados. Los trastornos de ansiedad son la complicación psíquica más frecuente en consumidores de cannabis.

### 7. Trastorno relacionado con el cannabis no especificado

El DSM-IV no reconoce de forma formal los trastornos del estado de ánimo induci-

dos por cannabis, así que si aparece un cuadro de estas características debe aplicarse el diagnóstico de trastorno relacionado con el cannabis no especificado. No obstante, la intoxicación por cannabis puede cursar con síntomas depresivos o hipomaniacos.

El DSM-IV tampoco reconoce los diagnósticos de trastorno del sueño y disfunción sexual inducidos por cannabis, así que ambos están clasificados como trastornos relacionados con el cannabis no especificados.

### 8. Síndrome Flashback

Es la recurrencia transitoria de sensaciones y percepciones originariamente experimentadas bajo la influencia del cannabis. La mayoría son episodios de distorsión visual, reexperimentación de emoción intensa, despersonalización, desrealización o síntomas físicos que aparecen tras fumar cannabis, después de haber tomado un tiempo antes sustancias psicodélicas o en el contexto de un estrés emocional, o fatiga. Los flashback son totalmente variables en cuanto a carácter, intensidad y duración, que pueden ir desde segundos a horas, y se experimentan como algo placentero o desagradable.

El tratamiento se basa en tranquilizar a quien los padece. A veces se administra medicación ansiolítica y sólo en contadas ocasiones están indicados los antipsicóticos.

### EPIDEMIOLOGÍA

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en España y en el conjunto de los países de la Unión Europea. El 19,5% de la población española de entre 15 y 65 años la ha probado en alguna ocasión. Un porcentaje que sube a casi uno de cada tres (28,2) si nos centramos en la banda de 15-29 años.

Del total de la población, el 42% la han consumido durante el último mes, en lo que podríamos llamar un consumo regular. Una pauta seguida por el 8,6% de los jóvenes de 15-29 años.

Aunque en general en el consumo de drogas ilegales la proporción de hombres es claramente superior a la de mujeres, en el caso del cannabis esa diferencia se va acortando. De hecho, en la banda de 15-17 años, el porcentaje de quienes lo han probado es superior entre las chicas (21,6%) que entre los chicos (21,1%). A estas edades, el consumo más o menos regular (último mes) se iguala entre chicas y chicos.

Respecto a años anteriores esta pauta de consumo desciende entre los chicos y aumenta entre las chicas.

El mayor consumo regular se da en la banda de edad de 20-24 años con un 11,5% del total (14,7% de los chicos y 8,2% de las chicas).

Consumen hachís habitualmente (1-2 días por semana) 280.000 personas con un descenso de los chicos en los últimos años y un aumento de las chicas.

### CONSUMO DE CANNABIS. ESPAÑA 2000 (Población Escolar 14-18 años)

Si nos centramos en los estudiantes de 14-18 años encontramos los siguientes datos:

En las tres categorías (alguna vez, últimos 12 meses, últimos 30 días) se ha producido un aumento desde 1994. Para este colectivo, la edad de inicio se sitúa en los 14,8 años.

Del total de personas en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas en 1999, el 53% lo fueron por su consumo de derivados del cannabis, lo que representa un total de 2.825 personas con una edad media de 23,9 años.

De los 2.141 episodios de urgencias motivados por las drogas durante 1999, 257 fueron debidos al consumo de cannabis, el 12,2%.

### DIAGNÓSTICO

#### 1. Criterios generales de evaluación

Como en todos los casos se deberá hacer historia toxicológica detallada, y en lo posible

contrastada con familiares o allegados, y exploración física y psicopatológica buscando signos de intoxicación. No hay instrumentos diagnósticos específicos para el cannabis.

La determinación de THC en orina es la prueba analítica más utilizada, pudiéndose detectar durante 4-6 días en consumidores agudos y 20-30 días en los crónicos. Los análisis en sangre son poco útiles porque dada su elevada liposolubilidad sus concentraciones en plasma son muy bajas. Los análisis de saliva permiten detectar consumo realizados en las últimas 4-8 horas. La determinación en cabello, cuando la longitud del pelo lo permite, facilita diferenciar entre el consumidor esporádico y el habitual.

#### 2. Dificultades Diagnósticas

La principal dificultad puede provenir tanto de la frecuente copresentación alcohol-cannabis, cuanto de la relación, causal o no, entre consumo de cannabis y trastorno psicótico. En ambos casos, los sujetos concernidos suelen ser adolescentes o adultos jóvenes. También en ambos casos, al inicio de la evaluación clínica habrá de hacerse diagnóstico aplazado tanto en el Eje I —qué sustancias, qué tipo de trastorno, sea por el propio consumo (abuso, dependencia), sea de forma inducida (intoxicación, y especialmente los trastornos psicóticos y por ansiedad)— cuando en Eje II, en espera de que el curso evolutivo y la indagación diagnóstica clarifiquen el caso.

#### 3. Instrumentos de evaluación específicos

No hay en nuestro medio instrumentos específicamente diseñados para evaluar trastornos por consumo de cannabis.

#### 4. Pruebas complementarias (análisis, otras exploraciones)

Es imprescindible poder detectar THC en orina, tanto al inicio como durante el segui-

miento, aunque es importante recordar las limitaciones que presenta la determinación en orina como ya se ha descrito previamente.

Además de la analítica de detección, es conveniente que el consumidor de cannabis, al igual que cualquier otro consumidor de sustancias, goce de la posibilidad de que se le efectúe un hemograma completo para cribado estándar y, si hay indicios de neuropatía propia del fumador, proceder a las exploraciones pertinentes.

### INDICACIÓN TERAPÉUTICA Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Hay indicación de **psicoterapia de cesación del hábito cannábico** en todo paciente, adolescente o adulto, que así lo solicite y que reúna criterios de padecer alguno de los trastornos por consumo de cannabinoides o inducidos por cannabinoides. Si hay motivación para la psicoterapia, se indicará también en los casos subumbral.
- **Los objetivos generales** del tratamiento son los mismos con cannabinoides que en cualquier otra sustancia de abuso. Hay que recordar que los cannabinoides presentan tolerancia cruzada con alcohol, opiáceos, benzodiazepinas y barbitúricos principalmente. De hecho, el uso simultáneo o inmediatamente sucesivo de estas sustancias constituye un ejemplo de interacción farmacológica deseada por el consumidor, quien logra así aumentar o prolongar el efecto apetecido, o bien atenuar —es el caso del consumo conjunto de opioides y cannabis— los rigores de una sintomatología de abstinencia como la causada por opiáceos. Por tanto, es imprescindible que se tenga siempre en cuenta la posibilidad del policonsumo y los riesgos que éste entraña.

La psicoterapia de cesación del hábito cannábico es de tipo ambulatorio.

## 1. Reducción de daños y riesgos

Se considera que, más allá de la polémica sobre si el consumo de cannabis es o no el inicio de una escalada en el consumo de drogas ilícitas, la interrupción y el abandono del hábito cannábico reduce significativamente daños y riesgos sociosanitarios importantes para el individuo y la sociedad.

## 2. Mantenimiento de la abstinencia

Es objetivo primordial de la psicoterapia de cesación del hábito cannábico el mantenimiento de la abstinencia. Para lograrlo, el período de seguimiento debería durar años, como mínimo y por convención tres. Las sensaciones de mantenimiento al principio **semanales** pasan a ser luego **mensuales**, más tarde **bimensuales** y **trimestrales**, y por último **semestrales**. Estos intervalos son por supuesto orientativos, y el psicoterapeuta ha de saber adaptarlos con flexibilidad en cada caso.

## 3. Prevención de Recaídas

Se admite que la recurrencia en el hábito cannábico, poco estudiada con metodología rigurosa, sigue pautas similares al caso del tabaquismo y, en general, al conjunto de drogas de abuso. Es decir, que las recidivas son realmente muy frecuentes, y que éstas tienden a entrañar una gravedad creciente, tanto como experiencia subjetiva como en las consecuencias físicas.

## 4. Papel de la Familia

El papel de la familia es importante en terapia de adolescentes, pero no debiera ser determinante. Como sucede con el tabaco, el adolescente debe sentirse protagonista único de su motivación de abstenerse de fumar. Al respecto suele tener ventaja de que en casa nadie más fuma porros, cosa que no es así para el caso del tabaco. Así, el adolescente consumidor de cannabis por un lado se libra de estar sometido al modelado

negativo de sus padres, en el sentido de que éstos no suelen fumar porros, pero por otro lado precisamente lo que le impele a consumir cannabis es el aspecto ilícito que conlleva. Y ello es importante en psicología juvenil, por la conocida necesidad que tiene el sujeto adolescente de individualizarse frente a sus padres, de alcanzar la propia identidad por contraste con la de los progenitores. Por tanto, el adolescente que frecuenta el consumo de cannabinoides sienta como refuerzo positivo el halo de lo prohibido que todavía tienen dichas sustancias. Este refuerzo positivo que emana de lo que popularmente se describe como "espíritu de contradicción" propio de la adolescencia es claramente uno de los principales obstáculos motivacionales en psicoterapia de cesación de cannabis.

## INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

El modelo general de intervención psicoterapéutica en consumo de cannabis se ha extrapolado del existente en el campo del tabaquismo, y se conoce como psicoterapia de cesación del hábito cannábico. Se basa en la monitorización objetiva de la abstinencia de cannabinoides y el correspondiente seguimiento psicoterapéutico, en régimen ambulatorio, con sesiones semanales y durante seis meses como mínimo. En la práctica resultan insuficientes seguimientos de menos de un año de duración.

### 1. Apoyo

En psicoterapia del consumo de cannabis, al igual que en el tabaco, es importante que todo psicoterapeuta muestre una actitud informativa y de apoyo. Todos los fumadores sean dependientes de nicotina o de cannabinoides, deberían hallar interlocutores sociosanitarios capaces de informar con rigor técnico sobre los riesgos de ambos consumos para la salud. No se trata, por supuesto, de que los psicoterapeutas mues-

tren actitudes de "grito en el cielo", pero tampoco que exhiban actitudes demagógicamente liberales.

## 2. Técnicas Individuales

### 2.1. Cognitivo-Conductuales

Dentro de los procedimientos cognitivo-conductuales se incluyen la entrevista motivacional, los métodos informativos y psicoeducativos, el control de estímulos y prevención de respuestas, los métodos cognitivos (manejo de atribuciones causales erróneas, de distorsiones y automatismos, de esquemas y postulados subyacentes). Al igual que en otras adicciones habría que hacer especial mención a la prevención de recaídas.

### 2.2. Terapia Interpersonal

En algunos casos puede estar indicada la terapia interpersonal.

### 2.3. Terapia Familiar

La intervención con la familia es recomendada sobre todo en los adolescentes.

## 3. Técnicas Grupales

Como en otras adicciones las técnicas grupales también están indicadas en los consumidores de cannabis. Hay consenso en que el estilo de conducción debe ser semidirectivo. Al contrario de lo que ocurre en otras adicciones, no tenemos noticias de que en nuestro medio exista algún grupo de autoayuda centrado en mantener la abstinencia de cannabinoides, y probablemente no exista a nivel formal.

## SITUACIONES ESPECIALES

### 1. Comorbilidad somática y codependencia

En cannabis, el factor comórbido y codependiente por excelencia es el tabaquismo. También el alcohol, suele copresentarse en

el consumo, especialmente en fines de semana, cuando otros psicotrofos de abuso pueden ser también las anfetaminas de discoteca y el ácido lisérgico. Además el consumo de cannabis es muy frecuente en los politoxicómanos y por ello, el psicoterapeuta, ante el cannabis como posible indicador de policonsumo y problemas sociosanitarios asociados, debe estar especialmente atento a la posibilidad de consumo de otras sustancias, enfermedades por transmisión sexual, infección por virus de la inmunodeficiencia humana, patología respiratoria, tuberculosis, hepatitis, malnutrición y traumatismos, y debería considerar la inclusión del paciente en un programa de vacunación contra la hepatitis B.

## 2. Comorbilidad Psiquiátrica

En presencia de consumo de cannabis, el diagnóstico dual por excelencia es la esquizofrenia y demás trastornos psicóticos. Hay acuerdo en que dicho consumo puede desencadenar o exacerbar este tipo de enfermedades en personas vulnerables. Hay indicios de que la exposición a cannabinoides tiende a que, de haber esquizofrenia, ésta curse con predominio relativo del llamado síndrome positivo, con productividad delirante-alucinatoria, aunque también puede haber sintomatología negativa como embotamiento afectivo y especialmente apatía. La apatía mostrada por los consumidores de cannabis ha hecho hablar en términos de síndrome amotivacional.

Dada la importancia del consumo de cannabis en la adolescencia, el psicoterapeuta deberá estar especialmente atento a la detección precoz de problemas de salud mental en esta franja de edad. Además, y dada la probada copresentación del consumo de cannabis tanto en los problemas por consumo de alcohol como en la precipitación o exacerbación de la esquizofrenia, entre las medidas encaminadas a mejorar la atención de los enfermos con trastorno mental severo, se debería incluir la detección y manejo de los problemas relacionados con el consumo de cannabis.

### 3. Detección y dificultades diagnósticas

Las dificultades diagnósticas son las mismas que existen para el resto de sustancias de abuso, aunque en cannabis también hay que destacar que, por gozar su consumo de tolerancia social, los usuarios pueden descuidar dar información por parecerles que carece de importancia para su salud. Por eso es recomendable interrogar por posible exposición a cannabinoides en adolescentes y adultos jóvenes que consultan por problemas de conducta y por problemas físicos como los que acabamos de enumerar en el apartado anterior. En servicios de urgencia y para dicha franja de edad, nunca debería omitirse preguntar por la exposición a cannabinoides.

#### BIBLIOGRAFÍA

Agencia Antidroga de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid (1999). *Cannabis: ¿hasta dónde?* Madrid: Harcourt.

Bobes, J. y Calafat, A. (2000). *Monografía Cannabis*. Adicciones 2000; 12:2.

CSAT. Centre for Substance Treatment (1998). *Adolescent substance abuse. Assesmente and treatment*. Treatment

Improvement Protocol Series (TIPS), National Institute on Drug Abuse, Rockvill (MD).

*DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1995). Barcelona: Masson, S.A.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). Trastornos relacionados con el cannabis. En *Sinopsis de Psiquiatría*, p. 432-436. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Menéndez, L. y Andrés-Trelles, F. (1992). Psicodislépticos y sustancias relacionadas. Cannabis. En Velasco Martín, A. y otros (1992). *Farmacología*. Madrid: Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill.

Millman, R.B. y Beeder, A.B. (1997). Cannabis. En Galanter y Kleber (eds.). *Tratamiento de los trastornos por Abuso de Sustancias*, p. 91-109. Barcelona: Masson, S.A.

Solé Puig, J. (1999). Cannabis y esquizofrenia: estado de la cuestión. *Rev. Psiquiatría, Fac. Med. Barna*. (2001). 26, 6, 181-193.

Solé Puig, J. y Ramos Atance, J.A. (2001). *Cannabinoides: aspectos psiquiátricos y bioquímicos*. Barcelona: Ediciones Rol.

Solowij, N. (1998). *Cannabis and cognitive functioning*. Cambridge: University Press.

## ADOLESCENCIA, GUIÓN DE VIDA Y ESTRUCTURA FAMILIAR

### *Una perspectiva desde los centros educativos*

LOLA CAMPOS PÉREZ

Psicoterapeuta, Psicopedagoga

*En los centros educativos de enseñanza secundaria obligatoria aparecen con más frecuencia cada día focos de tensión.*

*La administración educativa ha adoptado una serie de medidas: modificación del currículo, programas pedagógicos y organizativos, etc., que resultan a todas luces insuficientes, ya que no contemplan la fuerza con que las conductas de lealtad de los alumnos hacia las dinámicas de sus respectivas familias están presentes en el entorno escolar.*

*La visión sistémica y, en concreto, el enfoque de Bert Hellinger, aporta una perspectiva diferente, desde la que se pueden encontrar vías de solución.*

#### INTRODUCCIÓN

Un instituto de enseñanza secundaria acoge alumnos en edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Si en dicho centro se imparte formación profesional, la edad límite se amplía hasta los 22, 24 aproximadamente.

Desde hace unos años viene aumentando, en progresión geométrica, tres situaciones que son fuente de conflicto en los centros educativos, en general, y muy especialmente en los institutos, en particular:

- Un aumento de lo que se oficialmente se llama fracaso escolar, que en la práctica no es sino dificultades en el proceso de aprendizaje, sin que haya causa directa y grave que lo justifique. No incluyo en este epígrafe las deficiencias psíquicas, físicas, etc.
- Un aumento de conductas de inadaptación escolar, o conductas disruptivas:

alumnos que no se acoplan al ritmo de un aula, a las normas del centro, que actúan irrespetuosamente con profesores y compañeros, y cuyo rendimiento escolar es bajo cuando no, nulo.

- Un aumento considerable de la población emigrante: alumnos que proceden de una gran variedad de países, unas veces de habla hispana, como es el caso de los sudamericanos, otras veces con una cultura y una lengua tan diferente de la nuestra, como es el caso de los alumnos procedentes de países del este, países árabes, etc.

Ante esta situación las Administraciones educativas buscan soluciones que impliquen sólo el aspecto pedagógico del alumno: programas de educación compensatoria, de aprendizaje de la lengua española, de apoyo y/o refuerzo escolar... Estas medidas, siendo oportunas, son a todas luces insuficientes. Se centran en el alumno individual, y en uno

de los procesos que vive, el de aprender en un determinado contexto. Como si todos los espacios estuvieran separados: el afectivo, el familiar, el comunicativo, el relacional, el aprendizaje. De manera que dichas medidas acaban convirtiéndose en un "más de lo mismo" para la mayoría de sus beneficiarios.

Es necesario que nos cuestionemos qué está pasando: ¿es a causa de los diferentes métodos pedagógicos?, ¿qué ha cambiado en la consolidación de la personalidad de estos adolescentes?, ¿qué sentido evolutivo tienen estos comportamientos que llamamos inadaptados., ¿qué función de equilibrio cumplen los cambios bruscos en la conducta, en la motivación, en el estado emocional, en las relaciones?

Veamos cómo los procesos de aprendizaje en la edad pre-adolescente y adolescente están en íntima conexión con el mundo afectivo-familiar de los alumnos.

## EL GUIÓN DE VIDA

Durante los primeros años de vida, incluido el período intrauterino, el bebé está sometido a todo tipo de estímulos. El psiquismo percibe/recibe, interpreta, selecciona, ordena y estructura dichos estímulos, de acuerdo con su grado de desarrollo y maduración. Y emite una respuesta. Al principio, siguiendo el impulso de ensayo y error, más adelante, con intención. La emisión de esta respuesta intencionada supone optar, decidir entre varias alternativas. La respuesta del entorno será procesada nuevamente, y así sucesivamente. Mediante este proceso dialéctico, los seres humanos construimos una visión de nosotros mismos, del mundo y de la relación entre ambos. Es decir, elaboramos una serie de mapas que nos permiten desenvolvernos en lo que llamamos realidad.

Las opciones elegidas, las "decisiones", están al servicio del instinto de supervivencia; de todas las posibilidades se adopta la mejor para ese momento, en las circunstan-

cias de ese momento, con la información de ese momento y con los recursos de ese momento.

La supervivencia está garantizada cuando se cubren las necesidades básicas: protección, afecto, reconocimiento/valoración. Expresado desde otro punto de vista, las decisiones infantiles están encaminadas a mantener el vínculo con los padres, que son los que se ocupan de satisfacer nuestras necesidades más elementales.

A este conjunto de mapas para vivir, es lo que en el marco del Análisis Transaccional llamamos "Guión de vida". Los pioneros en el estudio y desarrollo del guión señalan, en su compleja dinámica, una serie de elementos entre los cuales consideramos nucleares:

- Mensajes y Mandatos: los estímulos analógicos y verbales que dicen al niño/a lo que es y lo que no es; lo que puede y/o tiene que hacer y lo que no, lo que puede y/o tiene que desear y lo que no; lo que puede y/o tiene que amar y lo que no; lo que tiene y/o puede lograr y lo que no...
- Los modelos de los propios padres y figuras adultas significativas afectivamente, que corroboran, o no, los mensajes y mandatos.
- Los contramandatos, que las figuras paternas expresan verbalmente a partir de la pre-adolescencia y adolescencia de los hijos. Constituyen un esfuerzo por redimir los resultados que se consideran negativos de los mensajes originarios. El efecto es paradójico: los confirman y refuerzan.

En esta visión clásica del guión de vida, el niño/a sobre los 5/6 años de vida ya tiene su programación elaborada: qué va a hacer y cómo, y cuáles serán los personajes de su obra. Sólo falta hacer las sucesivas elecciones con los elementos que el discurrir de la vida le proporciona.

La pre-adolescencia y la adolescencia constituyen un período de transición con singulares características: desde el punto de vista cognitivo, aparece el pensamiento formal abstracto, lo que supone la capaci-

dad racional de inducir y deducir sus propias conclusiones a partir de los hechos de la realidad y de la propia subjetividad.

Emocionalmente se vincula a sus pares, lo que le proporciona la seguridad, el afecto y el reconocimiento en un plano de igualdad, sin que tenga que ocupar la posición dependiente de la relación padres-hijos.

La instintividad, auspiciada por los cambios corporales, le abren la puerta al reconocimiento de los deseos en general y de los deseos sexuales en particular.

Conductualmente la libertad de movimientos de que goza el adolescente, en especial en la actualidad, le permiten establecer un gran abanico de relaciones con su entorno.

Toda esta apertura y estos recursos están al servicio de un proceso con un claro sentido evolutivo; el ego busca re-conocerse y formular-se en términos de identidad: ¿quién soy?... ¿cómo soy?... ¿qué me gusta y qué rechazo?

Pareciera que todo está preparado para adquirir una personalidad autónoma en todos los sentidos. Sin embargo, se ponen a prueba todos y cada uno de los elementos de los mapas construidos –el guión para vivir– y de los procesos que los sustentan (sistema de caricias, juegos psicológicos). En este "ensayo general" prevalece, de nuevo, encontrar una fórmula de compromiso entre satisfacer las propias necesidades, y conservar los vínculos de pertenencia, amor y reconocimiento con el grupo familiar. De no ser así, de no encontrar esta vía intermedia, tendrá prioridad la conciencia de grupo.

## LAS IMPLICACIONES FAMILIARES

Esta somera descripción de la formación del guión de vida en la infancia y en la adolescencia, está enfocada en el ser humano individual. Para alcanzar una mejor comprensión se hace necesario ampliar la mirada y atender al entorno socio-familiar. En la actualidad, además del AT son varias las

corrientes psicológicas que se ocupan de las implicaciones familiares y de su importancia, no sólo en el desarrollo de la personalidad, sino en el devenir de la vida de cada individuo:

- A. Jodorowsky (2001), creador de la Psicomagia: *"Cada vez que tenemos un problema que nos parece individual, toda la familia está concernida"* (p. 337);
- A. Belart y M. Ferrer (1998), terapeutas formadas en Terapia Familiar Sistémica: *"Todo comienza en la familia, sin darnos cuenta nos comportamos mal y como aprendimos a hacerlo en nuestra familia de origen. En ella se fue formando la imagen que cada uno tiene de sí mismo, el sentimiento de valor interno, la personalidad y las expectativas hacia la vida"* (p. 19);
- B. Hellinger (2004): *"Poco a poco me fui dando cuenta de que los pacientes no siempre viven su guión personal... A veces reproducen el de un familiar. En otras palabras, nuestros antepasados se mezclan con nuestro destino"* (p. 50).

Quiero centrarme en las **aportaciones de Bert Hellinger y su método de las "constelaciones familiares"**. Es un método fenomenológico, es decir, no hay "a priori" una teoría que lo sustente, sino que lo que ocurre –lo obvio– en el proceso de constelar, muestra "lo que es".

Se da prioridad a los hechos dramáticos ocurridos en la historia de la familia, dejando en un segundo lugar la experiencia subjetiva consciente y las emociones secundarias. Se entiende por hecho dramático: las muertes tempranas y/o trágicas, enfermedades graves, exclusión de alguno de los miembros, ruptura conflictiva de la pareja...

La familia es un sistema vivo. Como tal tiene una estructura y sus miembros están interrelacionados. Cuando un hecho dramático afecta a la estructura y/o sistema de relaciones, se produce un desequilibrio. Lo que se constata, una y otra vez, fenomenológicamente, es que en la consecución del nuevo equilibrio juegan un papel protagonis-



ta los miembros más jóvenes del sistema, al moverse guiados por lo que B. Hellinger (2000) denomina "dinámicas de fondo". Básicamente, hay tres:

- *Yo te sigo* (en la muerte, en la enfermedad, en una situación trágica...);
- *Yo en tu lugar*, o expresado de otro modo, prefiero que esto malo que te está pasando, me ocurra a mí en lugar de ti;
- *Yo cargo con tu culpa*.

Estos movimientos inconscientes, que nacen de un amor ciego a los padres y/o figuras significativas de la familia, tienen su soporte en el pensamiento mágico del niño que cree que con este movimiento va a impedir que le ocurra algo fatal a alguno de los miembros queridos de su familia.

Como bien dice B. Hellinger, estos hechos dramáticos ocurridos en las generaciones anteriores —abuelos, bisabuelos, tatarabuelos— son los que condicionan en el niño las decisiones del guión, e incluso que abandone su guión personal para vivir el de otro miembro familiar.

## PROPUESTAS DESDE EL ENTORNO EDUCATIVO

Un centro educativo también es un sistema vivo, en continua interacción con los sistemas familiares de los alumnos.

Marianne Franke-Grickschi (2004): "*Ser parte del sistema escuela implica que la escuela sea también parte de todos los sistemas familia relacionados con ella, o en un sentido figurado, que las familias originarias de todos los alumnos representen subsistemas de una escuela*" (p. 87).

Según esta misma autora (2004), los alumnos, están profundamente comprometidos con las dinámicas de sus familias y trasladan esta lealtad a su estar en el colegio o en el instituto. De manera que resulta difícil determinar dónde termina una y empieza otra.

Desde los centros educativos se mantiene comunicación más o menos fluida con las familias: Son los profesores-tutores los

que con mayor frecuencia reciben la información de lo que pasa y cómo pasa en el seno familiar. El psicopedagogo/a suele mantener contacto con los padres de los alumnos que presentan problemas en el aprendizaje. A los Jefes de estudio llegan los casos de conductas difíciles, lo que venimos llamando inadaptadas.

En ocasiones estas entrevistas tienen la dificultad de no poder contar con alguno de los padres, o de no poder mantenerla con ambos progenitores al tiempo, por el grado de tensión que existe entre ambos. Constatamos que uno de los cambios más acentuados con que nos encontramos hoy en día, es la **gran variedad de estructuras familiares**:

- Familias monoparentales por padres/madres solteros/as;
- Familias monoparentales por separación de los padres. En un alto porcentaje de estos casos, las relaciones entre los padres es tensa cuando no abiertamente conflictiva;
- Familias monoparentales y/o escindidas por causas de inmigración;
- Alumnos inmigrantes, cuya adaptación a la cultura y al idioma español va a resultar difícil mientras no lo integren con su cultura y lenguas maternas;
- Familias formadas por segundas parejas, con la presencia de un padrastro/madrastra y, de medio, hermanos;
- Alumnos bajo la tutela de la administración por desestructuración familiar. Son alumnos que residen habitualmente en centros de menores o pisos de acogida;
- Cambios en la estructura familiar por muertes prematuras (accidentes, enfermedades graves en alguno de los miembros).

¿Podemos afirmar que estos hechos que modifican la estructura familiar y su sistema de relaciones, cuando ocurren después de la primera infancia, también repercuten en los elementos básicos del guión?

Parece que sí. Lo que muestran las constelaciones familiares es que sí. Y desde mi

experiencia, lo constato. No se trata de una modificación radical sino de que estos mismos elementos se ponen al servicio de una decisión posterior. **Pasan de ser el qué a constituirse en el cómo de alguna de las dinámicas de fondo mencionadas.**

Retomando el principio de este artículo ¿podemos encontrar soluciones integrales desde un centro educativo cuando estamos ante problemas graves de disciplina escolar, desmotivación y apatía ante el estudio, conductas claramente inadaptadas al sistema escolar, cambios bruscos en el comportamiento y/o estados de ánimo de los alumnos?

Es claro que no concierne a los profesionales de la enseñanza hacer intervenciones terapéuticas. Sin embargo, la labor educativa no termina impartiendo unos conocimientos. Educar al alumno también es hacer un seguimiento de cómo es su evolución integral. En este sentido sí caben actuaciones concretas. **Veamos cada uno de los sistemas implicados:**

Empezando por la **Administración**, tanto desde el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, como en las diferentes Delegaciones Autonómicas, es posible, y personalmente animo a ello, hacer una revisión de las prioridades a la hora de tomar decisiones. Aunque no es, evidentemente, el objeto de este artículo, es importante señalar una vez más este hecho: muchas de las decisiones que se suponen prioritariamente educativas, tienen un carácter político al servicio de ideologías de partido o personales, y un tanto alejadas del alumno que día a día se sienta en la mesa de un aula.

En los **centros académicos**, como se ha comentado, las funciones están muy parceladas: Corresponde a los profesores-tutores la revisión minuciosa del historial académico y personal de los alumnos, especialmente de aquellos que presentan en ese momento más dificultades, así como la entrevista con las familias de sus alumnos. Lo que suele ocurrir muchas veces es que se encuentran con un cúmulo de información que no saben muy bien cómo manejar. En

estos casos acuden al psicopedagogo/a, y las soluciones están íntimamente ligadas a la formación y visión con que ambos profesionales cuentan.

Es frecuente, ante alumnos con dificultades, emitir diagnósticos cerrados tales como "fracaso escolar" y más frecuente aún los pseudodiagnósticos del tipo "es un vago", "lo que tiene es cara dura". No cabe duda que estos comentarios cumplen la función de calmar la angustia ante una situación que desborda no sólo al profesorado, sino también a la familia y a los propios profesionales de la Psicología. Curiosamente, el efecto que se deriva es el mismo que el de los contramandatos: corroboran y ratifican las decisiones inconscientes adoptadas.

A mi parecer, son imprescindibles al menos **tres medidas**:

- La presencia continua de un asesor especialista en la visión sistémica. Si bien es cierto que la Administración impulsa la formación del profesorado, faltan especialistas en la atención a los sistemas familiares, que aporte una visión amplia a las diferentes problemáticas que surgen, tanto en el funcionamiento del centro como sistema global, como de alguno de sus miembros en particular;
- El trabajo en equipo de dicho asesor junto con los profesores, alumnos, familias, y profesionales técnicos implicados para encontrar soluciones que incluyan a todos ellos;
- La colaboración permanente con los servicios públicos o privados de atención a la familia, al objeto de facilitar la intervención terapéutica en los casos necesarios.

## CONCLUSIÓN

A menudo nos encontramos con alumnos que al entrar en la preadolescencia o adolescencia manifiestan actitudes y comportamientos radicalmente diferentes a lo que era su trayectoria anterior. Con frecuencia

estos cambios se atribuyen a cambios externos: el cambio de centro, nuevos amigos... Ahora sabemos que pueden estar influyendo otras dinámicas en el fondo que pertenecen al sistema familiar.

Es claro que los centros educativos tienen un margen de actuación limitado. También es claro que es un esfuerzo inútil pretender impartir unos conocimientos al margen de lo que cada miembro de la comunidad educativa —y no sólo los alumnos— trae de su entorno de origen.

Es necesario un cambio de perspectiva. Este cambio supone, en primer lugar y como paso imprescindible, desterrar los clichés rápidos y las medidas drásticas. En segundo lugar, ampliar la mirada para incluir, con respeto, a todos y cada uno de los sistemas familiares que acuden a un centro educativo. Y por último, desde esa nueva perspectiva, valorar en las situaciones de conflicto, si las soluciones son estrictamente pedagógicas o si, además, se hace necesaria la colaboración con los servicios públicos

o privados de atención a la familia, al objeto de facilitar otros tipos de intervención.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belart, A. y Ferrer, M. (1998). *El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Berne, E. (1973). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo.
- Franke-Gricksch, M. (2004). *Eres uno de los nuestros. Miradas y soluciones sistémicas para docentes, alumnos y padres*. Buenos Aires: Alma Lepik.
- Hellinger, B. (2000). *Reconocer lo que es*. Barcelona: Herder.
- Hellinger, B. (2001). *Órdenes del amor*. Barcelona: Herder.
- Jodorowsky, A. (2001). *La danza de la realidad*. Madrid: Siruela.
- Van Eersel, P. y Maillard, C. (2004). *Mis antepasados me duelen. Psicogenealogía y constelaciones familiares*. Barcelona: Obelisco.

## UN CONTRATO DE SALIDAS DE EMERGENCIA

GÜNTER JURSCH

Presenté mi modelo de contrato para cerrar salidas de emergencia. Mis bases son:

1. El contrato lo hace el cliente consigo mismo, no con el terapeuta. La razón es que una divergencia entre cliente y terapeuta no repercute automáticamente sobre el contrato.
2. Hace muchos años, proponiendo un contrato, el cliente quería hacerlo por vida. Yo estaba muy contento y me sentía descargado. Pero una voz interior me dijo que aquí había una falla y repensaba el proceso. Llegué a la conclusión de que un contrato tiene que tener una posibilidad de terminarlo. De otro modo no es un contrato sino una obligación de por vida. Yo mismo hice dos obligaciones de esta clase, y las quebranté (mi primer matrimonio católico y mi juramento como soldado, pues deserté).
3. El plazo de aviso para rescindir el contrato es no menos de 24 horas (para que haya una noche antes de tomar la decisión) y no más de tres días. Este plazo de tan corto lo propongo para incluir mejor el Niño, pues para un niño un plazo de una semana ya sobrepasa su capacidad de previsión.
4. En el renglón de no matar a otra persona, propongo añadir "salvo en caso de legítima defensa". La razón es que considero adecuado evitar el "delegar el suicidio a otra persona". Si **no** estoy dispuesto a defenderme con toda fuerza en caso de un ataque contra mi vida (o por ejemplo la vida de mis niños) puede ser que en una situación muy precaria esté provocando a otra persona a ser mortalmente agresiva.

Las experiencias en asilos para mujeres maltratadas nos dan mucho a pensar. Muchas mujeres dejan el asilo dentro de poco, sin protección adecuada y con resultados dolorosos. Comprendo a estas mujeres, cuando en su infancia la única persona que les parecía mantener vivos era un padre brutal.

5. Al renglón "no me vuelvo loco" añadimos en el taller que tampoco elija el "no sentir".
6. En el texto del contrato probamos la diferencia entre una formulación en presente y en futuro. Diciendo las dos formas ("no me volveré loco" contra "no me vuelvo loco"), el cliente en la mayoría de los casos elige la forma del presente porque lo siente más poderoso. La razón será que un niño muchas veces hasta cierta edad no usa el futuro sino el presente.
7. Después de poner lugar, fecha y firma pregunto por reacciones físicas y emociones. Además convenimos cómo el cliente puede comunicarse conmigo en caso de reacciones excesivas, de sueños extremos, etc.

Este contrato lo ofrezco a todos mis clientes, no sólo a los que parecen estar en peligro de suicidio, de rabia mortal o de perder la razón. Lo hago porque la terapia sigue más fácil cuando este campo está cubierto de modo satisfactorio.

Describí uno de estos casos. La cliente, después de firmar el contrato se sintió mucho mejor, dijo como si su pecho se hubiese ampliado, facilitando la respiración. Después tuvo cuatro sueños que por fin resolvieron en parte un problema que tenía. Cuando era

pequeña, nacieron gemelos que murieron pocos días después de nacer. Tanto la madre como el padre dijeron a su hija que los niños no hubieran muerto si ella no existiese. El padre incluso la mostró los dos pequeños cadáveres, hablando como si fuese culpa de ella que los dos hermanitos murieran. En el último de los sueños, ella se vio en un ataúd teniendo en sus brazos a la de-

recha y a la izquierda sus pequeños hermanitos que eran vivos en este sueño. Ella decidió que no quería quedarse toda su vida en el ataúd y se levantó. Sus hermanos, lejos de sentirse desamparados, estaban contentos y se acercaron el uno al otro y se abrazaron, lo que antes no podían hacer porque ella estaba en medio. La cliente estaba muy contenta de este desarrollo.

## UNA VARIABLE DEL ANÁLISIS DEL GUIÓN: LA IMPREGNACIÓN\*

LOIS M. JOHNSON

*“La reacción del feto a unos estímulos exteriores, tales como un ruido o una fuerte emoción de la madre, muestra que sucesos anteriores a su nacimiento pueden tener una influencia sobre él” (Campbell, Dugal y Thompson, 1968).*

Los terapeutas del AT analizan el guión con ayuda de la matriz de Steiner (1966). Fenómenos observables se identifican como mandatos, órdenes, atribuciones y mensajes apremiantes del miniguión. Los clientes vacían sus mandatos de guión de su poder dominador, reemplazan los mensajes apremiantes por los mensajes permisivos y hacen una redecisión respecto a su posición de vida fundamental. Y, después de todo esto, algunos permanecen a la merced de un sentimiento nebuloso y desolado que parece desafiar toda identificación. Mi hipótesis es que la impregnación es a menudo en estos casos la variable olvidada: controla o deforma el guión produciendo un impase resistente, como “tablas” en el ajedrez.

La memoria celular registra todas las sensaciones recibidas durante la gestación, el nacimiento y los cinco o siete meses que siguen. No se necesita un ordenador estructurado: registra la impresión, la imagen o la visión. Más tarde, a medida del desarrollo normal del niño, el vocabulario se desarrolla y esta impregnación puede ser reactivada por palabras que corresponden al recuerdo almacenado en las células del cerebro (Gonzales, 1977).

La idea de la impregnación humana no es nueva, pero siempre se la ha aceptado con reticencia, bajo forma de comparación curio-

sa o de una huida en lo imaginario (Hess, 1959). Respecto al embarazo, Leonardo de Vinci escribió en sus Cuadernos: “La misma alma gobierna dos cuerpos (...) las cosas que desea la madre se imprimen a menudo sobre los miembros del niño que lleva en ese momento (...). Cada voluntad, cada deseo intenso, cada pavor de la madre, o cualquier otra emoción desagradable para ella, tiene más poder sobre el niño que sobre ella misma” (Ferreira, 1965, p. 108-118).

Charles J. Burrows, bioquímico de la Universidad John Hopkins, emitió la hipótesis de que el huevo fecundado lleva impreso en él una previsión de calendario que no se limita al desarrollo embrionario y al nacimiento, sino que se extiende hasta la edad donde declinan las fuerzas, o se arruga la piel, o se acrecienta la vulnerabilidad a la enfermedad y a la muerte, etc... Según Philip H. Gray (1946), de la universidad del estado de Montana, los niños forman unos lazos; la primera sonrisa relacional del bebé equivale a la reacción del patito quien, algunas horas después de la eclosión, se dispone a seguir a su madre por donde ella vaya. Uno y otro comportamiento se programa biológicamente para asegurar la supervivencia al establecer un lazo simbiótico con la madre, fijando por tanto un modelo apto de dirigir los aprendizajes ulteriores.

\* *Actualites en Analyse Transactionnelle (AAT)*, 1979, III, 9. Traducción: Casto Martín.

John A. Ambrose (1963), un colega de John Bowlby en la clínica de Tavistock de Londres, está de acuerdo con Gray al afirmar que la sonrisa promueve ciertos objetivos sociales, sobre todo la impregnación.

Bárbara H. González, una analista transaccional mejicana, afirma que el bebé se forma una imagen mental de la cara de su madre, y que se encuentra incómodo y se pone a llorar si la cara real no está regularmente disponible.

Eric Berne habló en muchos artículos de la impregnación. En "Principios del tratamiento en grupo", afirma: "La impregnación, para el analista transaccional, reviste una importancia social considerable" (1966, p. 206). En "Sexualidad y amor humano" (1970), atribuye a estas impregnaciones el fetiche y la fascinación. Añade que, en la mayoría de los casos, es la madre quien efectúa la impregnación que menciona de nuevo en su último libro "¿Qué dice Vd. después de decir hola?" (1972).

El drama de la vida comienza en la concepción. Para que resulte completo y eficaz el análisis del guión, necesitamos pues de una matriz de guión que se remonte hasta allí. Mi hipótesis es que todos los primeros mensajes de guión, los que se imprimen sobre un suelo virgen, son transmitidos a través de una simbiosis prenatal, o, según la terminología de Erikson, una simbiosis intrauterina (Fig. 1). Desde el final de los tres primeros meses, la impregnación del feto está ya en curso. Después del nacimiento, permanece subterránea. Pero biológicamente, regresamos allí en el sueño y la fantasía; en patología esto llega igualmente cuando las defensas esquizo-paranoicas y depresivas no son suficientes ya para hacer frente a un objeto externo que se percibe como muy amenazante (Gonzales y Quevedo, 1969).

Puede que un paciente permanezca bajo el golpe de un guión limitativo incluso después de un examen muy rebuscado de su matriz de guión clásico, que no concierne más que a los acontecimientos posteriores al nacimiento:

esta situación es probablemente el efecto de la primera impregnación. La primera demanda no verbal de la madre al feto imprime sobre un suelo virgen esta parte del guión, al que importa que el terapeuta esté atento si quiere actualizar el conjunto del guión y los planes de vida triunfadores, perdedores y no-ganadores.

Para mí hay dos niveles de impregnación: prenatal y posnatal.

### PRIMER NIVEL DE IMPREGNACIÓN

En el primer nivel, la impregnación es intrauterina y simbiótica (Fig. 1). La característica de esta impregnación es que se muestra por unos sentimientos fantasmas inidentificables. Si algunas veces se insiste en examinar lo que pasó, durante el embarazo, el contenido probable de la impregnación aparece si la madre es lo bastante franca para revelar sus sentimientos y pensamientos durante este período. El feto está influenciado por las actitudes, del **Padre** de la madre, por los actos y los datos que acepta o rehusa registrar en su **Adulto** y por los sentimientos que tiene en su **Niño**. Las tres series concurren en la impregnación.

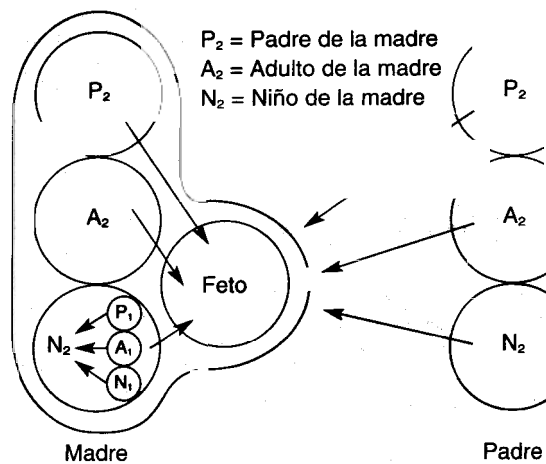


Figura 1: Matriz del escenario prenatal.

La importancia y la influencia del padre no debe ser ignorada o minimizada: puede no solamente contrariar la eficacia del tratamiento, sino exacerbar las tensiones inherentes a una joven familia (Earls, 1976). Al examinar a futuros padres, Trethowan constató, en un 11% de ellos, ciertos síntomas somáticos en relación directa con la simbiosis. En 1965, Towne y Afterman compararon un grupo piloto con un grupo de veintiocho futuros padres hospitalizados en razón de dificultades psicóticas. En éstos, los síntomas de hostilidad y de rivalidad predominaban. Sus necesidades de dependencia eran exacerbadas y, después de la hospitalización, fue esto lo que constituyó el nivel del trabajo terapéutico.

William Liley (1976), pediatra de la Universidad de Auckland (Nueva Zelanda) y especialista en la medicina del feto, afirma que antes de su nacimiento, un niño puede aprender a sentir dolor, amar ciertas cosas y detestar otras. Imaginamos a menudo el seno materno como un lugar de oscuridad y de silencio absoluto; pues bien, no es ni lo uno ni lo otro.

Los fetos y los bebés no son receptores pasivos; son vivientes, y por tanto, activos. Después de numerosos estudios, su conocimiento del entorno, más que selectivo, se adquiere también antes, durante, así como después del parto.

Una madre cuenta: "Cuando yo iba a nadar, el feto comenzaba a hacer movimientos similares, como si nadáramos al mismo tiempo". Los médicos británicos prescriben a las mujeres encinta masajes en los pies, en las piernas, la cabeza, el cuello y la espalda, y el feto reacciona a ellos con movimientos distendidos.

Freud habla de la "compulsión del destino". Ahora bien, la periodicidad del ciclo interno de la madre pasa de ocho horas, ritmo de la vida adulta, a cuatro horas, ritmo de la vida uterina. Mi intuición me dice que si ella se adapta mal a estos cambios, puede dar al feto la impregnación que hará de ello un "verdugo de trabajo" compulsivo.

La placenta se estructura como un órgano de comunicación somática primaria entre la madre y el feto (Kestenmberg, 1976). Esta

comunicación puede ser entabada por sentimientos ambivalentes de la madre con respecto al embarazo, que pueden traducirse por náuseas. El conflicto entre la aceptación y el rechazo puede conducir, por ejemplo, a una mezcla de valorización de ella misma, porque crea algo precioso y puede ser rechazado a causa de su embarazo. Si piensa que será rechazada porque su línea se deforma, puede tener mal de estómago y el vómito expresará su deseo de echar el feto. En este caso, puede ocurrir la impregnación de un mensaje "No existas".

He aquí algunos ejemplos clínicos:

1. "Mi madre me confirmó la historia siguiente. Un mes antes de mi nacimiento, mi abuelo estaba muy enfermo. Suplicaba a mi madre y a mi abuela que le mataran, que le dejaran morir; en ocasiones, también, argumentaba con vehemencia. Tan pronto montaba en cólera y gritaba, como sollozaba y suplicaba. Tuvo un acceso de locura furiosa y quiso matarlas. Pegó a mi madre. En mi nacimiento yo tuve cólicos y, durante tres meses, tuve vómitos espasmódicos. Yo gritaba cuando mi padre intentaba cogerme en brazos, alimentarme o meceme. Siempre tuve en la cabeza la idea de que estaría destinada a ser matada por un hombre, en este caso mi padre. Crecí con el miedo de que me tocara, con el miedo de su voz cuando me reñía. Me dejó muy vulnerable al mandato «No tengas confianza en los hombres». Tengo cuarenta y dos años y finalmente me he liberado de este fantasma".
2. "Mis padres se casaron cuando mi madre estaba encinta de cinco meses de mi hermano. Yo nací dos años después y mi madre tuvo una depresión. Escuché muchas observaciones del tipo: «Si no fuera a causa de tu embarazo», «Si no hubiera sido por tus deseos continuos de hacer el amor» o «Mira lo que nos ha hecho hacer». Hasta el presente estas impregnaciones no habían sido identificadas. Ahora sé cómo he llegado a ser lo que soy".

3. "A los diecisiete años, me herí en el vientre. Todos los médicos y los especialistas que consulté me afirmaron siempre que no podía tener hijos. Me casé y decidimos adoptar uno cuando llegara el momento. Un día se pararon mis reglas. El médico declaró que era debido a un tumor y que era necesario «esperar todavía un poco antes de operar». Al cuarto mes, el feto se movió. Y entonces el doctor me previno de que no podría llevar el feto a término. me dijo: «No considere tener un bebé; psicológicamente, esto supondría problemas por encima de sus fuerzas». Durante ocho meses y dos días, ignoré al feto y me dije que simplemente estaba ganando peso. No había preparado para el bebé ni el baño, ni la habitación, y mi imaginación no había trabajado en la perspectiva de tener un bebé conmigo. Mi hija nació prematura; se la consideraba como un milagro viviente. Incluso se me había advertido: «No se haga demasiadas ilusiones». Cuando la vi no tenía ni cabellos, ni párpados y estaba toda arrugada. Pensé: «Debería haberte abortado». Después se la puso en la incubadora. «Aquí, la impregnación comporta un mandato: No existas»".

gres u otras, de la madre. En el tercer caso relatado anteriormente, el bebé prematuro en la incubadora recibió una impregnación negativa suplementaria, que cristalizó la impregnación prenatal (Fig. 2). Las enfermeras, los asistentes, los pediatras, las mujeres de las salas se detenían para mirar el milagro de un kilo y medio que la autoridad médica había condenado a no sobrevivir. Todos meneaban la cabeza, fascinados y sorprendidos; no daban crédito a sus ojos. Una vez le bebé entró en casa, este mensaje se reforzó numerosamente por la familia y los amigos. Todas estas cabezas dijeron: "No al bebé" lo que contribuyó a cristalizar el mandato "No existas" transmitido ya por el rechazo de la existencia del feto y la falta de acogida en el nacimiento.

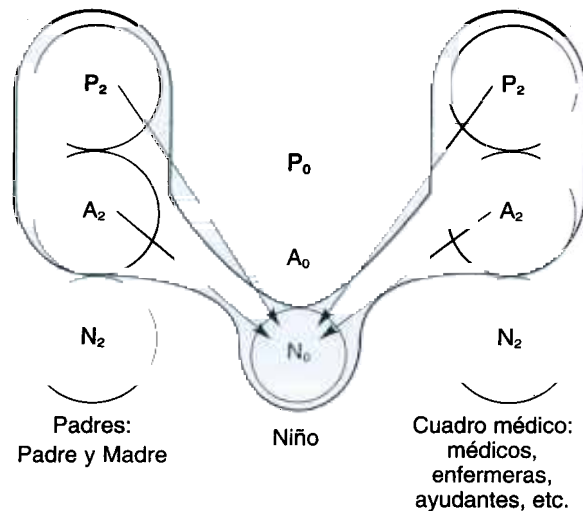


Figura 2: Matriz del escenario dentro de la simbiosis postnatal.

Según Susan Isaacs (1966) se registran en el cerebro unos mandatos y unas imágenes visuales; Mélanie Klein hacía alusión a la memoria celular. De este modo, las impresiones de movimientos percibidos después del nacimiento acompañan a la persona durante toda su vida. Después del naci-

miento, estos padres tomaron sus responsabilidades en la simbiosis con su hija, y le dieron permiso de ser, de existir, de crecer y de tener éxito. No obstante a pesar de sus esfuerzos, puede que, treinta años más tarde, el mensaje "No existas" la aceche y deba comenzar una terapia.

## IMPREGNACIÓN SEXUAL

En «Dérèglements de la puissance sexuelle masculine» (Disorders of Sexual Potency in the Male), John Johnson, profesor de psiquiatría en la universidad de Manchester, no hizo más que mencionar la impregnación humana. Pero Masters y Johnson, en el mismo libro, enuncian una conclusión importante: la identidad sexual proviene por impregnación de la madre encinta. Ella desea un chico o una chica; antes del nacimiento ella anticipa, reflexiona, imagina, hace planes de futuro. Estas actitudes y estos sentimientos en la época del embarazo tienen consecuencias sobre los niños: si no son del sexo esperado, éstos, aún aceptando fundamentalmente su sexualidad, lleva en ellos un oscuro sentimiento de enfermedad. Es como si unos fantasmas revivieran una impregnación directamente contraria a los hechos somáticos. Interrogados, los padres admiten que hubieran preferido un muchacho a una chica, pero, con un exceso de protestas, insisten en el hecho de que, aunque un poco decepcionados, eran felices de "verte con buena salud", lo que no cambia la impregnación.

## OTROS EJEMPLOS

4. "Creciendo, me convertí en el campeón de los muchachos frustrados del barrio. Hacía como los muchachos, y a menudo mejor que ellos. Sabía subir a los árboles, jugar al baloncesto, al fútbol o al beisbol, cortar el césped, quitar la nieve con la pala y pelearme. Me gustaban los cabellos rizados, pe-

ro lloraba si los veía alrededor de mi cara, pues el cabello rizado y los adornos de niños eran para las personas delicadas. A los diez años, cambié a mi primo mi muñeca que había recibido en Navidad por su caja de herramientas, lo que me costó muchos disgustos. Siempre supe que debía haber sido un muchacho. Mi padre decía que no, que me equivocaba, que ellos me querían tal como era.

Cuando mi padre murió, Mamá me envió unas fotos que había encontrado entre su despacho. Me vi en la escuela primaria, en el papel del Príncipe transformado en sapo. El sentimiento me volvió: debía haber sido un muchacho. He aquí la carta de mi madre: «Cuando vi estas fotos, a ti jugando al Príncipe transformado en sapo y a ti con tu equipo de beisbol, me acordé del día de tu nacimiento. La enfermera te trajo y me dijo: He aquí a su hijita. Yo te miré y dije: Debería haber sido un muchacho, es el vivo retrato de su padre».

Interrogada, mi madre reconoció finalmente: «Sí, nosotros hubiéramos preferido un muchacho. Eso le hubiera gustado a tu padre, pero estamos felices de tenerte».

5. Luc es un teniente de marina de treinta y un años. Es inteligente y muy atractivo, pero inhibido y desgraciado frente a las mujeres: "Las princesas no son para mí: cada vez que una muchacha reacciona favorablemente, tengo este extraño sentimiento". Acepta hacer un ejercicio de desensibilización. Imagina una mujer y se acerca a ella, como en la adaptación por los Goulding del trabajo de Wolpe. Redecide su mandato "No seas íntimo" y se prepara a vivir con las mujeres unas relaciones renovadas. Un mes más tarde, se vuelve frustrado, furioso, lleno de lágrimas: "No puedo, no llego, es más fuerte que yo; no es que no tenga deseo, no es esto, sino que no puedo". Después de cinco años de búsqueda,

## SEGUNDO NIVEL DE IMPREGNACIÓN

En el nacimiento, la reacción de la madre ante el bebé refuerza la impregnación prenatal. Si es negativa, si los gritos y los movimientos desordenados del bebé suscitan en ella repulsión, aparece un segundo nivel de impregnación, más grave que el primero. Si por el contrario, su reacción es positiva y llena de interés, el bebé recibe un gran "hola" caluroso.

El equipo cuidador contribuye igualmente a amplificar o a disminuir las reacciones, ale-

yo llego a la conclusión de que Luc recibió una impregnación.

Interroga prudentemente a su madre. Ella ríe y responde: "Sí, tienes razón, nosotros queríamos una hija, puesto que ya teníamos a Mathieu. Incluso había comprado todo el ajuar rosa para estar segura". Después se ponía seria: "Pero, Luc, somos felices de tenerte y de constatar que estabas bien". Luc empieza a comprender y a aceptar que fue desvirilizado en el vientre de su madre. De este modo, retoma su poder de ser un hombre.

Es un error que los padres creen que no tienen influencia sobre el feto durante el embarazo. Es necesario tomar en serio la impregnación prenatal. Se forman actualmente unos grupos dedicados a estas cuestiones. Nadie duda que tengan influencia sobre las generaciones futuras.

Otros autores han igualmente reconocido la importancia de los mensajes parentales dirigidos al niño desde antes de su nacimiento, como James (1974) y Goulding (1975). Muriel James confronta el guión de impregnación por su terapia "preprimal". Para llegar a la consciencia la impregnación en la relación terapéutica, es necesario llevar a un alto grado la confianza entre terapeuta y cliente.

Una monografía ulterior publicará un cuestionario sobre la impregnación, así como técnicas específicas y eficaces de tratamiento.

Traducido de

*Transactional Analysis Journal*,

VIII, 2 1978, p. 110-115:

"Imprinting: A Variable in Script Analysis".

I.T.A.A.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ambrose, J.A. (1963). *Conférence à la clinique Tavistock*.

Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. New York.

Berne, E. (1970). *Ser in Human Loving*. New York: Simon & Schuster.

Berne, E. (1979). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press.

Campbell, Dugal et Thompson (1968). Developmental Psychology. In *Annual Review of Psychiatry*, 19, 121-291.

Earls, F. (1976). The Fathers (Not the Mothers): Their importance and influence with Infants and Young Children. In *Psychiatry*, 39.

Ferreira, A.J. (1965). Emotional Factors in prenatal Environment. In *Journal of Nervous and Mental Diseases*, III, 1, 108-118.

Gonzales, J.L. et Quevedo, G. (1969). Referentials Design of Psychoses. Conférence au premier Symp Anal. Int. In *Groupenpsychotherapie*.

Gonzales, B. (1977). *Psycholinguistics conférence au congrès d'A.T. du Sud-Est*. Atlanta.

Goulding, R.L. (1975). Thinking and Feeling in T.A.: Three Impasses. In *Voices*, I, 11, 11-13.

Gray, P.H. (1946). In *Journal of Psychology*, p. 155-166.

Hess, E.H. (1959). *Science*, 130, p. 133-141.

Isaacs, S. (1952). *Developments in Psycho-analysis*. Londres: Hobart Press.

James, M. (1974). *What do you do with then now that you've got them?* Mass: Asddison-Wesley.

Kestenmberg, J.S. (1976). Regression and Reintegration in Pregnancy. In *Journal of the A.P.A.*, V, 24, 213-250.

Klein, M. (1956). *New Directions in Psycho-analysis*. New York: Basic Books.

Liley, W. (1976). *News Story*. Londres: Associated Press.

Steiner, C. (1966). Script and Counterscript. In *T.A.B.*, V, 18, 133-135.

## TRATAMIENTO DE GUIONES CULTURALES\*

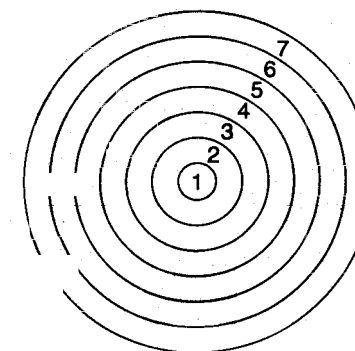
DENTON L. ROBERTS

En análisis transaccional, el objetivo central del tratamiento es liberar a las personas de su "guión de vida". En términos simplificados, los guiones son limitaciones ilusorias que las personas se imponen en su infancia con ocasión de decisiones de supervivencia tomadas en un momento de tensión en el que percibieron una amenaza para su vida. El tratamiento les permite liberarse de estas limitaciones y llegar a ser autónomas, poderosas y "presentes".

Pero otras fuentes de tensiones engendran igualmente unas decisiones de vida patológicas. Se trata de tensiones inducidas por la sociedad y presentes prácticamente en cada aspecto de la vida, del nacimiento a la muerte. Impulsan a las personas a tomar y a ratificar sin cesar unas decisiones que les comprometan y a crear de este modo unos guiones que, aunque de origen social, son tan limitativos como los guiones de vida individuales. Las tensiones debidas al hecho de ser blanco, negro, marrón, amarillo o rojo, de ser hombre o mujer, de ser de condición alta, media o pobre, conducen continuamente a las personas a definirse de forma estereotipada. Estas definiciones imponen unas limitaciones ilusorias al poder y al poder personal y establecen exclusivismos en las relaciones. Por tanto, perpetúan unos grandes problemas sociales. Según Eric Berne (1977), la cultura está transmitida por el Padre. Los trabajos de

Claude Steiner (1972), sobre los guiones sexuales banales, así como los de Graham Barnes (1972), sobre los guiones raciales y étnicos, indican que el racismo y el sexismo resultan de mandatos que pasan del Niño de un padre (o de su reemplazante) al Niño del niño. El tratamiento de la patología sexual o racial no consiste pues simplemente en liquidar una contaminación del Padre (Berne), ni a dejar de lado un registro parental (Harris, 1973). Por el contrario, el tratamiento de los guiones culturales comporta un trabajo de redecisión (Goulding, 1973), poniendo en juego el Padre, el Adulto y el Niño.

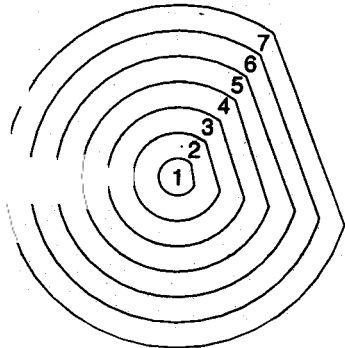
Puede representarse el conjunto de las dimensiones de la persona por unas capas sucesivas: personal (guión de vida), sexual, familiar, étnico, de clase social, regional, cultural (Fig. 1). En tanto que las capas son uniformemente curvadas, el ser humano está unificado en su vida entre las realida-



1. Dimensión personal.
2. Dimensión sexual.
3. Dimensión familiar.
4. Dimensión étnica.
5. Dimensión regional.
6. Dimensión de clase social.
7. Dimensión cultural.

Figura 1: Dimensiones de la persona en capas envolventes sucesivas.

\* *Actualites en Analyse Transactionnelle (AAT)*, 1979, III, 9. Traducción: Casto Martín.



1. Conminación primaria a nivel personal: "No existas".
2. Deformación sexual: "No seas un hombre".
3. Deformación familiar: "No tengas ataduras".
4. Deformación étnica: "No seas íntimo".
5. Deformación regional de clase: "No seas poderoso".
6. Deformación de clase social: "No estés orgulloso de tí".
7. Deformación cultural: "No te sientas igual a los otros".

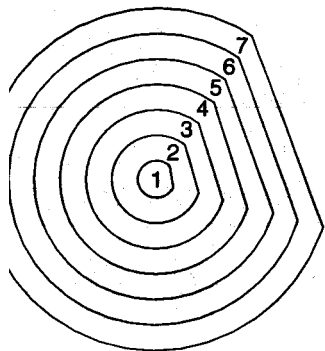
**Figura 2:** Conminación primaria a nivel personal y deformaciones en la persona.

des de su existencia personal única y de su existencia social. Por el contrario, una tensión deformante de alguno sobre unas capas produce una distorsión de toda la persona.

Si la capa personal está deformada por la decisión "El mundo marchará mejor sin mí", esta deformación repercutirá sobre las otras capas de su existencia. Inversamente, una persona cuya capa étnica está deformada por las tensiones ligadas a su color de piel, desarrollará y mantendrá unas anomalías de comportamiento que afectarán a la vez su interacción social y su imagen de sí (Fig. 3).

Tomemos el ejemplo de un mandato primario de guión "No existas" (Fig. 2). Una redecisión de vivir corregirá la deformación mayor de la capa personal. Esto tendrá una

influencia benéfica sobre las otras capas, pero éstas no serán necesariamente rectificadas, por esto mismo: una tensión de origen social puede reforzar los mandatos secundarios. El terapeuta debe pues estar preparado para tratar el conjunto de las decisiones. Si, por el contrario, la tensión primaria está a nivel étnico, el tratamiento de la deformación a nivel personal no producirá el cambio deseado. Un ejemplo: un cliente judío de mediana edad siguió seis años de tratamiento con muchos terapeutas de diversas tendencias. Decía: "He hecho de todo, todo lo he experimentado". Después de mis entrevistas con él, los tratamientos anteriores no parecían ni mal aplicados ni incompletos. Sin embargo, su depresión y su desesperanza no le habían dejado.



1. Deformación personal: "No existas".
2. Deformación sexual: "No seas un hombre".
3. Deformación familiar: "No seas íntimo".
4. Conminación primaria a nivel étnico: "No te sientas orgulloso".
5. Deformación regional de clase: "No tengas ataduras".
6. Deformación de clase social: "No seas importante".
7. Deformación cultural: "No tengas ataduras".

**Figura 3:** Conminación primaria a nivel étnico y deformaciones en la persona.

Un día, le pedí que se sintiera orgulloso. Me respondió: "La única cosa de la que nunca he estado orgulloso es de ser judío, y esto no es OK". Le pregunté por qué: "—Porque cinco millones y medio de judíos fueron matados en Alemania". Bajó la cabeza y se puso a mirar el suelo.

La Figura 3 representa la situación. Su tratamiento, aunque largo y variado, no había llegado más que sobre las manifestaciones de sus mandatos de infancia a nivel personal (guión de vida) pero nunca había redecidido (Goulding, 1973) que era OK para él sentirse plenamente orgulloso de ser judío. Tomó esta redecisión, terminó su terapia y abandonó su desesperanza. Su larga búsqueda había terminado y prosiguió su vida.

Una persona sometida a una tensión, no importa en cuál de los niveles, sufrirá limitaciones ilusorias en muchos sectores de su vida, hasta que ella haya tratado suficientemente y sobrepasado las decisiones tomadas anteriormente con respecto a sí misma y a su Poder. Un blanco que no haya afrontado la tensión cultural y étnica de ser pues-to desde su nacimiento en competición con todo el mundo, tendrá unos comportamientos anormales en la medida en que considerará a toda otra persona como un rival que él debe sobrepasar para ser OK. Esta deformación es muy difícil de tratar a partir de una teoría del guión de vida: su origen se sitúa en las zonas sexual y étnica del guión cultural.

La Tabla 1 muestra algunos de los esquemas de mandatos sociales que he observado. Estos mandatos se combinan y se entremezclan con los mandatos personales de cada uno.

Actualizar un mandato permite al terapeuta y al paciente reparar la acción del guión, es decir, la forma en que se cumple el guión. Para el terapeuta que tiene en cuenta los mandatos sociales lo mejor que puede realizar es tratar a toda la persona: individuo, relaciones e inserción social.

La cuestión primordial es siempre la misma: ¿cómo sacar provecho en el tratamiento de la información que tenemos del guión?

¿Cómo integrar nuestra información sobre los guiones culturales con nuestros programas de tratamiento, que se refieren a personas que nos llegan bajo la influencia de tensiones de orden personal? ¿Y cómo tratar las enfermedades sociales, de suerte que la persona no esté atrapada en un sistema estático que se sienta impotente de cambiar?

Existe una cantidad de herramientas y de experiencias que se pueden poner en práctica al principio del tratamiento. La herramienta más simple es el "cuestionario de vida racial" puesto a punto por Graham Barnes, del F.R.E.E. (Fellowship for Racial and Economic Equality), en el presente el "South-East Institute". Sin embargo, mi primer interés está dirigido al tratamiento del individuo en un grupo. En el contexto terapéutico, no hay mejor herramienta que nosotros mismos. Si guardamos en el espíritu que los mensajes de guión primario pueden situarse en otros niveles que la capa personal determinada por la infancia del paciente (guión de vida), nuestra constancia se agudiza y aportamos a nuestra terapia unos recursos mayores. En *The Politics of Therapy*, Seymour Halleck hizo las recomendaciones siguientes a los terapeutas: 1) haz conocer al paciente tus valores morales; 2) habla en los grupos de temas morales y sociales; 3) sé una persona real.

Suscrito a estas recomendaciones, pienso que éstas no dispensan de responder a la cuestión enunciada anteriormente. He aquí cómo combino yo la psicología gestáltica y la teoría del guión para descubrir y tratar unos mandatos primarios de origen social.

Primeramente integro el binomio gestáltico "figura/fondo" y la "teoría del guión". En Gestalt, se produce un impasse cuando la persona está bloqueada en su capacidad de organizar el flujo sensorial que entra en la figura, percibida sobre el fondo, en la que hace la experiencia primaria. En AT, tal bloqueo resulta de una limitación ilusoria que la persona se impone a ella misma, y que se funda en una decisión tomada en un momento de tensión; de ordinario, esta decisión era en su origen una decisión de su-

Sentimiento parásito	Etnia	Mandato general de la etnia	Sexo	Mandato sexual	Situación económica	Mandato de clase social
Soledad	Blanca	"No sientas"	M	"No seas íntimo"	Inferior Media Superior	"No triunfes" "No seas poderoso" "No tengas confianza"
Frustración			F	"No pienses"	Inferior Media Superior	"No triunfes" "No seas poderosa" "No tengas confianza"
Cólera	Negra	"No tengas confianza"	M	"No hagas"	Inferior Media Superior	"No existas" "No seas tú mismo" "No seas íntimo"
			F	"No seas tú misma"	Inferior Media Superior	"No existas" "No seas negra" "No seas íntima"
Miedo	Amarilla	"No seas íntimo"	M	"No tengas confianza"	Inferior Media Superior	"No existas" "No te afirmes" "No seas tú mismo"
Depresión			F	"No sientas"	Inferior Media Superior	"No existas" "No seas tú misma" "No seas íntima"
Cólera	Marrón	"No pienses"	M	"No tengas confianza"	Inferior Media Superior	"No existas" "No seas importante" "No seas íntimo"
Sin recursos			F	"No seas importante"	Inferior Media Superior	"No existas" "No cuentes" "No seas tú misma"
Estupidez			M	"No pienses"	Inferior Media	"No existas" "No seas tú mismo" "No seas íntimo"
Tristeza	Roja	"No existas"	F	"No sientas"		"No existas" "No seas tú misma" "No seas íntima"

Tabla 1: Mandatos sociales

pervivencia. En Gestalt, la deformación, el impasse, el bloqueo se producen cuando el fondo llega a ser figura, en todo o en parte. Para el terapeuta de AT, esto es obedecer a un mandato que proviene del pasado en lugar de ir hacia adelante con la vida en la situación presente: esto es la acción del guión. Lo que no organiza el flujo sensorial que entra sobre un fondo siempre en movimiento es un impasse, que indica el terapeuta sobre los mandatos eventuales subyacentes en esta acción del guión.

**Joe** es un negro extremadamente inteligente y amable. Tiene treinta y cinco años. Desde los diez años, su vida se estructuró alrededor de violentos crímenes que le condujeron a prisión. En nuestro primer encuentro, golpea regularmente el dorso de una de sus manos con la otra. Para mí, este gesto es figura, y le pido que haga dialogar las dos manos, la que golpea y la que es golpeada. "No hay nada que puedas hacer a propósito de este bebé... no tiene más que esta pequeña piel marrón que te retiene". Dice seguidamente que, si no hubiera nacido con esta piel marrón, se hubiera convertido en un personaje importante: es un juego interno de "Si no fuera por ti". Sus crímenes son todos de naturaleza autodestructora. Sus mandatos son: "No existas" y "No seas un hombre"; el mensaje de contraguión es "Sé fuerte". Estos tres mensajes le empujaron a tomar siempre la raza como figura cuando se presentan unos estímulos; siente continuamente las intervenciones exteriores como ataques contra él, lo que le impide organizar no importa qué información nueva al servicio de sus deseos.

**Kay** es una joven oriental de dieciocho años, inteligente y retraída. Según ella, su madre no la ha tocado desde los diez u once años. Su cuerpo es muy rígido, su voz endeble y, cada vez que habla de algo que le es próximo, se pone a llorar. No llega a tener amigos en la escuela y "la única razón por la que ha venido es que su profesor le ha empujado y ella no sabe decir no". Para ella, la figura es su origen oriental. Es incapaz de aceptar unos estímulos exteriores a propósito de su belleza, de su inteligencia,

de su feminidad. Su mandato de guión "No seas íntima" está reforzado por su entorno y su cultura. Además, su postura rígida refleja su estado no-OK y desalienta en los otros cualquier movimiento que pudiera conducir a la intimidad con ella.

**Ring** es un mestizo "media-sangre" de origen americano. Durante su primera infancia, su padre caucasiano tenía una granja sobre el terreno de su madre en la reserva. Ring comprendió que su padre debía conservarle para poder guardar la granja, pero que no le aceptaba como persona. Fue enviado a muchas escuelas en las que fue brillante: terminó sus estudios secundarios el primero de su promoción. Sin embargo, tuvo problemas constantemente. Estas escuelas eran escuelas para militares y su conducta le impidió obtener un grado. Se vanagloriaba de ser el primer rufián que salía primero en una promoción. En la universidad fue un estudiante excelente, pero se despreciaba constantemente como persona. Para él, la figura es de ser "media sangre". Estructura su vida de forma de ser siempre "una mitad": buen estudiante, pero con problemas disciplinarios; aceptable en el plan académico, pero no en el plano social; necesario al padre para que pueda guardar el rancho, pero inútil como persona. El mandato de su guión es "No existas" y el mandato de su contraguión "Triunfa". Su comportamiento reforzó estos mensajes y contribuyó a hacerle guardar como figura su calidad de "media sangre"; es incapaz de organizar su flujo sensorial cuando se trata de su valor como persona. Uno de sus comentarios característicos es: "Soy un indio dócil".

Cuando **Jesse** vino a terapia, tenía cuarenta y cinco años. Tuvo una crisis cardíaca y no tiene empleo estable desde hace dos años. Según él, no es tan bueno en el trabajo como los otros. Estuvo en esta compañía durante veinticinco años y trabajaba siempre más duro que los demás, pero él "sabe" que no es tan bueno como ellos. ¿Ha recibido algunas censuras de sus superiores durante sus veinticinco años de trabajo? No cuenta más que observaciones halagüeñas. ¿Cómo sabe que no es tan bueno como los demás?



"Yo lo sé porque soy mejicano". Ser mejicano es para él la figura y es alrededor de esto que organiza en todas sus transacciones y los estímulos sensoriales que le llegan. ¿Cómo son los Mejicanos? "Estúpidos y perezosos". ¿Hacia Vd. cosas estúpidas en el trabajo. "No, era contra maestre" ¿Es perezoso? Incluso como contra maestre siempre trabajó más duro que los demás, y esto le valió su crisis cardíaca. Está claro que la tensión ligada al hecho de ser mejicano en esta sociedad le ha llevado a excluir la realidad de experiencias existenciales. Su mandato es "No pienses" y la orden "Trabaja duro".

Bill llegó a terapia después de un violento altercado con su mujer. Él la pegó, dice, porque "ella no se preocupa de lo que me sucede". Según él no siempre había sucedido así. Los primeros años ella fue muy estimulante y siempre se las arreglaba para que se divirtieran, pero actualmente prefiere que él se divierta solo. Él es inteligente, bien educado y bien parecido. Sin embargo, nunca ha tenido éxito para conservar un lugar durante largo tiempo. Se le despidió: cada vez "tuvo unas palabras" con su patrón. Su apariencia fría y su voz insensible revelan un mandato "No sientas" y una orden "Entra en competición". Su problema conyugal es que su mujer estuvo bastante tiempo estimulándole y ahora se ha retirado. En el trabajo, compite siempre con sus patronos y finalmente le despiden. No tiene ningún amigo íntimo; encuentra que esto debería ser ventajoso, pero es incapaz de hacer un movimiento para obtener intimidad. Para él, la figura es su cualidad de macho blanco, interpretado como competitivo e insensible. Ella excluye la organización de

información exterior con respecto a la persona y a sus sentimientos.

En resumen, la tensión continua unida a la situación social de una persona deforma para el individuo la figura y el fondo. Cuando esto se produce, las personas están oprimidas y limitadas en sus posibilidades. Fuera de su conciencia estructuran unas situaciones y unos acontecimientos que refuerzan la rigidez de su figura y de su fondo. Los guiones culturales, regionales, étnico, sexual, familiar y de clase social se entrecruzan con el guión de vida personal. Para alcanzar la autonomía, las dos caras del guión deben abordarse.

Traducido de

*Transactional Analysis Journal*,  
V, 1 1975, p. 129-35:

"Treatment of Cultural Scripts". I.T.A.A.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes, Graham (1972). *Conférence au congrès d'été de l'I.T.A.A.*  
Berne, Eric (1977). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.  
Goulding, Robert (1973). *New Directions in Transactional Analysis: Creating an Environment for Change*. In Sager et Kaplan (éd.). *Progress in Group and Family Therapy*. New York: Brunner & Mazel.  
Harris, Thomas (1967). *I'm OK - You're OK*. New York: Harper & Row.  
Steiner, Claude (1972). *Banal Sexuan Scripting, conférence au congrès d'été de l'I.T.A.A.*

## LAS SECUENCIAS DEL GUIÓN\*

HARRY S. BOYD

El guión, tal como Berne (1972) y otros autores lo definen, es un plan de vida pre-consciente y no recurrente. Es de orden estratégico, mientras que los juegos asociados al guión son las tácticas a poner en práctica para realizarlo. Cada persona puede ser considerada como portadora a su disposición de una serie de juegos en los que conoce el manejo y que ella está dispuesta a poner en práctica cuando le permite la situación. Tales planes de juego (James, 1973) son almacenados en el Niño Adaptado, que tiene el poder ejecutivo, durante la duración del juego.

Las tácticas de juego son almacenadas bajo forma general. La puesta en práctica concreta de un juego con un compañero particular en tal situación y en tal momento, es de otro orden. Puede que, por ejemplo, yo sea un experto en jugar "Por fin te atrapé" o "Patéame", pero si yo quiero jugar a esto con Jim en su salón, es necesario que adapte la táctica general a las circunstancias particulares. Yo debo buscar su punto débil: ¿a qué tipos de rechazos, es decir, de respuestas no francas, es sensible? ¿qué señales no verbales emite? ¿qué señales me aporta sobre su disponibilidad a jugar y sobre los tipos de golpes o rechazos que le interesan?

En la práctica clínica, la persona que está dispuesta a jugar un juego desarrolla, en los primeros segundos del enganche de su Niño Adaptado, un plan preciso a poner en práctica. Este plan tiene la forma de una secuencia completa con diálogos, puesta en escena, instrucciones detalladas que con-

ciernen a los movimientos, y conclusiones. Esta serie explícita de directivas, propias a esta persona aquí y ahora, yo la llamo "secuencia". Es el Pequeño Profesor quien la crea. La modifica en todo momento en función de la situación pero, como los movimientos de los juegos están también muy cerca de los de los rituales, estas adaptaciones no son generalmente ni profundas ni numerosas.

#### EJEMPLOS

Es fácil para el jugador verbalizar la secuencia en tanto que opera a partir de su Niño Adaptado y que no ha recibido el beneficio final de su mini-guion (Kahler y Capers, 1974).

Terapeuta (al paciente que llora dulcemente): "Según tú ¿cómo voy a reaccionar a tus lágrimas?"

Paciente: "Tú debes decirme qué hacer... Yo no llego a pensar".

Terapeuta: "Cuando tú no llegas a pensar ¿qué es lo que esperas que yo haga?"

Paciente (con cólera): "¡Tú debes normalmente intentar presentarme alguna cosa útil!"

Terapeuta: "Y después de esto ¿qué es lo que pasa?"

Paciente: "Habrà algo allí dentro que no marche" (Sonríe).

Terapeuta: "Y después de esto ¿qué haces tú?"

Paciente: "Abandono".

Terapeuta: "¿Cómo te sientes cuando abandonas?"

\* *Actualites en Analyse Transactionnelle* (AAT), 1979, III, 9. Traducción: Casto Martín.

Paciente: "Sin esperanza" (Mira hacia abajo y parece deprimido).

Terapeuta: "¿Y cómo sales de tu desesperanza?"

Paciente: "Simplemente... me resigno, ya sabes... y vuelvo a comenzar". Para el terapeuta, es importante recordar que, cuando el Niño Adaptado tiene el poder, cada movimiento que haga el paciente corresponde probablemente a su guión.

He aquí un ejemplo:

Paciente (mira al terapeuta como si esperara que éste hiciera algo, pero no dice nada).

Terapeuta: "¿Qué es lo más sensato que yo haga cuando me miras sin nada que decir?"

Paciente: "No sé... estoy bloqueado".

Terapeuta: "Tú te bloqueas y no respondes. ¿Qué es lo que debo hacer ahora?"

Paciente: "¿Perdón?"

Terapeuta: "Si tú no escuchas ¿cuál va a ser mi reacción?"

Paciente: "Te encolerizarás".

Terapeuta: "Si me encolerizo ¿qué es lo que voy a decirte?"

Paciente: "Me tratarás de estúpido o de algo parecido" (Parece triste).

Terapeuta: "¿Quién se encolerizaba y te trataba de estúpido?"

Paciente: "Mamá" (Llora).

Terapeuta: "Cuando lloras, ¿qué es lo más sensato que yo haga?" etc...

Quizá sea útil insistir sobre el hecho de que si en este momento el terapeuta es un poco crítico o si censura al paciente, éste tendrá una repercusión negativa, a veces muy grave, sobre el tratamiento.

## LOS DOS RESULTADOS DEL GUIÓN

Toda persona, en tanto que ella está en su Niño Adaptado, parece considerar para su guión dos resultados distintos. Lo que los pacientes verbalizan más fácilmente y más frecuentemente es la espera "mala" o catastrófica (Perls, 1974). Esta espera anticipa el rechazo que viene de las figuras pa-

rentales, que el paciente conoce por experiencia. El "buen" resultado o espera "anastrófica" es para el paciente más difícil de explicar. Esta espera sucede cuando los padres dan finalmente un buen parentaje (Levin, 1973). Es lo que Berne (1973) llama la llegada de San Nicolás. El paciente es reticente a explicar esta esperanza en tanto que no se siente lo bastante seguro con el terapeuta y con el grupo: El Niño Adaptado teme en efecto que debe abandonar esta esperanza de que sus padres reales son los buenos padres que él desearía y de los que necesitaría.

Las esperas catastrófica y anastrófica combinan su acción: **la espera catastrófica** representa "la manera en la que las cosas parecen evolucionar"; **la espera anastrófica** es el incentivo que hace que el Niño Adaptado continúe a la espera, a esperar, y a vivir en el guión. Recomiendo a los terapeutas ser prudentes y amables confrontando a estas esperas, sabiendo no obstante que el paciente no crecerá si no abandona su esperanza del Buen Padre.

La espera anastrófica representa una necesidad auténtica del Niño Natural, que estuvo hasta tal punto negado, rechazado, reprimido, o privado selectivamente de caricias en su familia, que la persona se vuelve incapaz de sentir claramente esta necesidad o de aprender a satisfacerla por sí misma. Esto es lo que se expresa en el plan de juego del Niño Adaptado, que persiste en su espera anastrófica incluso preparando la catástrofe. Es pues de importancia vital que los pacientes no sean autorizados a "desembarazarse" de sus juegos sin haber entrado en contacto con la necesidad negada o rechazada que les pone en movimiento.

Una actualización de las secuencias es particularmente útil cuando el terapeuta encuentra un comportamiento transferencial intenso del Niño Adaptado. Las cuestiones para hacer esto enganchan al Pequeño Profesor: éste es más ágil que el Padre (P<sub>2</sub>) y más fácilmente receptivo a intervenciones terapéuticas. Por el hecho de

que esta forma de análisis de los juegos no implica al Padre, es fácil evitar los sentimientos parásitos, lo que permite al terapeuta y al paciente tener un acceso rápido a las situaciones inacabadas asociadas al guión.

Traducido de  
*Transactional Analysis Journal*,  
VI, 3 juillet 1976, p. 278-279:  
"Scripts and Scenarios". I.T.A.A.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berne, E. (1977). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press.
- James, J. (1973). The Game Plan. In *T.A.J.*, III, 4, 14-17.
- Kahler, T. et Capers, H. (1974). The Miniscript. In *T.A.J.*, IV, 1, 26-41.
- Perls, F. (1973). *Eyewitness to Therapy, Science and Behaviour Books*.
- Levin, P. A Think Structure for Feeling Fine Faster. In *T.A.J.*, III, 1, 38-39.

**ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE AESPAT  
XII CONGRESO ESPAÑOL DE A.T.  
Zaragoza. Septiembre de 2004  
20:00 horas ~ Centro de Historia de Zaragoza**

**ASISTENTES**

José M<sup>a</sup> López Reyes, Joaquina Dublan, José M<sup>a</sup> Ferran i Torrent, Jesús Serrano, José Álvarez Custodio, Iciar Garmendia Izaguirre, Juan Cruz Moreda Pérez de Eulate, David Gil Sánchez y Yolanda Sánchez Galán.

Delegaciones de Voto:

- En Jesús Serrano delegan: José Gutiérrez Valiño y M<sup>a</sup> Ángeles Díaz Veiga.
- En José Álvarez Custodio delegan: Antonio Ares Parra y Juan Franco Pitel.
- En Yolanda Sánchez delega: Joaquín Maquirriain.

**ORDEN DEL DÍA**

✓ DIMISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA Y DE LA COMISIÓN GESTORA.

✓ La Sra. Presidenta expone lo siguiente:

Como os informé en la carta enviada el 19 de junio, la junta directiva se había reunido el día anterior y acordamos que debido a las dificultades que teníamos personales y laborales, y en concreto yo, lo mejor o más adecuado para los socios de AESPAT era presentar la dimisión, los demás miembros de la junta también la presentaron. Personalmente siento no haber podido atender a AESPAT como merece y como me comprometí en el año 2003 y con todos los que votasteis por la candidatura presentada y apostasteis por mí como presidente y por la junta que proponía. Espero que podáis comprender que mi situación familiar y laboral me ha desbordado, siento no haberme dado cuenta antes o que no se aceptara mi dimisión antes. He hecho lo que he podido en esta etapa, ya son seis años en la junta directiva y tal vez sea más adecuado también que continuéis otros luchando por AESPAT, con más motivación y tiempo para promover esta nuestra asociación.

Por otro lado quiero comentaros, que se propuso como alternativa una Comisión Gestora que estuviese formada por cualquier socio que lo deseara y se hiciera cargo de las actividades de AESPAT. Los únicos candidatos presentados fueron: Jesús Serrano, Pepe Álvarez e Iciar Garmendia. Yo en principio me comprometí a ayudar a esta Comisión, como me comprometo desde ahora a colaborar o facilitar a la nueva Junta Directiva toda la información y documentación... que precisen.

Durante estos últimos meses esta Comisión se ha encargado de las actividades de AESPAT: divulgar y confeccionar la última revista publicada, atender las solicitudes de los socios de AESPAT, convocar esta Asamblea...

Bueno, después de esta breve introducción que para mí era necesaria dar a los socios, pasamos al orden del día.

El Sr. Álvarez Custodio expone que además de estar de acuerdo con lo expuesto por Yolanda quiere hacer constar su buen trabajo, realizado para la Asociación, como Secretaria durante el periodo en el que él fue Presidente.

#### ✓ ESTADO ACTUAL DE TESORERÍA Y SECRETARÍA

##### A) Tesorería:

Una vez pasadas las cuotas de 2004, realizados los pagos de revista, correos, teléfono, apartado de correos... el saldo actual de AESPAT es de 1.427,58 Euros.

El resumen de cuentas es el siguiente:

##### SALDOS BANCO

- Saldo 1 de Enero de 2004 .....	1.124,82 €
- Saldo 17 de Septiembre de 2004 .....	1.427,58 €

##### INGRESOS

- Cuotas socios y Revista .....	5.640,32 €
---------------------------------	------------

**TOTAL INGRESOS ..... 5.640,32 €**

##### GASTOS

- Revista .....	-4.138,70 €
- Devoluciones cuotas .....	-191,00 €
- Gastos Banco .....	-169,25 €
- Teléfono .....	-271,39 €
- Correos, material de oficina y Fotoc. ....	-494,17 €
- Apartado de correos .....	-38,25 €
- Internet cuotas .....	-34,80 €

**TOTAL GASTOS ..... -5.337,56 €**

##### OBSERVACIONES:

- Cuotas de ATA y ACAT de Revista de 2004	Se estima más o menos +1.000,00 €
---	-----------------------------------

**BALANCE ..... +1.302,76 €**

Tenemos que tener en cuenta que el balance total ascendería a más o menos 1.302,76 €, ya que falta el cargo de cuotas de revista de ATA y ACAT que va a ser de unos mil euros aproximadamente. Los gastos desglosados y en comparación con lo presupuestado en la Asamblea General Ordinaria celebrada en Marzo de 2004, sería positivo: se ha conseguido disminuir gastos por los siguientes conceptos: revista, devolución de cuotas, teléfono y correos y material de oficina. No siendo positiva la comparación, la comparación estimada de ingresos, que ha sido de -109,68 menor a lo presupuestado, justificado por lo que se ha ganado en las no devoluciones.

CONCEPTO	EUROS	PRESUPUESTADO	DIFERENCIA
<b>INGRESOS</b>			
- Cuotas socios y Revista .....	5.640,32 €	5.750,00 €	-109,68 €
<b>TOTAL INGRESOS .....</b>	<b>5.640,32 €</b>	<b>5.750,00 €</b>	<b>-109,68 €</b>
<b>GASTOS</b>			
- Revista .....	4.138,70 €	4.400,00 €	+261,30 €
- Devoluciones de cuotas .....	191,00 €	600,00 €	+409,00 €
- Teléfono .....	271,39 €	300,00 €	+28,61 €
- Correos, material oficina y fotocopias	494,17 €	500,00 €	+5,83 €
- Apartado de correos .....	38,25 €	38,25 €	0 €
- Internet cuotas .....	34,80 €	65,00 €	+30,20 €
<b>TOTAL GASTOS .....</b>	<b>-5.337,56 €</b>	<b>5.903,25 €</b>	<b>+565,69 €</b>
<b>BALANCE .....</b>	<b>+302,76 €</b>	<b>-153,25 €</b>	<b>+149,51 €</b>
Pendiente ingreso cuotas ATA y ACAT revista del año 2004 (unos 1.000 €) ....	+1.302,76 €		+1.149,51 €

##### SALDOS BANCO

1 de Enero de 2004 .....	1.124,82 €
17 de Septiembre de 2004 .....	1.427,58 €

##### B) Secretaría:

Se informa de la situación de socios (altas y bajas).

En cuanto a la Revista:

- Suscritos: 9.
- ATA: 50.
- ACAT: 50.
- Díaz Santos: 2.
- Intercambios: 3.

Tan sólo me queda como parte de la Comisión pedir la aprobación de las cuentas y del estado de la secretaría. Os agradecería que si alguno tiene delegaciones de voto lo comunicase para contabilizar la votación:

- Votos a favor: 14.
- Votos en contra: 0.
- Abstenciones: 0.

Quedan aprobadas las cuentas y el estado de Secretaría: Sí por unanimidad.

### ✓ PRESENTACIÓN DE CANDIDATURAS A JUNTA DIRECTIVA

Vamos a proceder entonces a la presentación de las candidaturas a junta directiva de AESPAT.

Candidatura presentada por:

Ha llegado a AESPAT sólo una candidatura y es la presentada por Jesús Serrano. Antes de ceder la palabra a los candidatos, si algún miembro de la Comisión quiere aportar algo más a lo expuesto.

Cedo entonces la palabra a: Jesús Serrano para que presente a todos los asistentes la candidatura a nueva junta directiva.

### ✓ ELECCIÓN DE JUNTA DIRECTIVA

Procedamos a votar las candidaturas:

- Votos a favor: 14.
- Votos en contra: 0.
- Abstenciones: 0.

Queda nombrada la Nueva Junta Directiva constituida por:

Presidente: **Jesús Serrano García.**  
 Secretaria: **Rosa Serrate Mayoral.**  
 Tesorera: **Iciar Garmendia Izaguirre.**  
 Vocal de Publicaciones: **Juan García Moreno.**  
 Vocales: **Juan Cruz Moreda Pérez de Eulate.**  
**José M<sup>º</sup> Ferran i Torrent.**

### ✓ RUEGOS Y PREGUNTAS

La socia Joaquina Dublán pregunta si la dimisión ha sido por algún problema dentro de la junta directiva entre los miembros que la formaban. Se le aclara que no ha sido así sino sólo por motivos personales ajenos a la Asociación y a los miembros que forman parte de la junta directiva.

El socio Juan Cruz Moreda, pregunta si está recogido en los estatutos un número de votos necesarios mínimos para la elección de la junta directiva. Se le explica lo que proponen los estatutos para la dimisión y la elección de junta directiva de AESPAT.

El socio José M<sup>º</sup> Ferran pregunta las cuotas de socios, de suscripciones a la revista así como los precios a otras asociaciones de la coordinadora.

Joaquina Dublán en nombre de la Asociación de Valladolid, expone la posibilidad de hacer un Congreso en Madrid en colaboración con AESPAT. Se le sugiere que presenten la propuesta a la coordinadora.

No se proponen más preguntas, por lo que se cierra la Asamblea General Extraordinaria de AESPAT a las 21:30 horas en Zaragoza.

## CARTA DEL NUEVO PRESIDENTE DE AESPAT

Tel./Fax: 976 22 04 50

Zaragoza, Diciembre 2004

Queridos socios:

En el XII Congreso Español de A.T. celebrado en Zaragoza el pasado mes de Septiembre, fui nombrado Presidente de AESPAT. Me apetecía, quería probarme las fuerzas en esa labor tan bonita de divulgación de nuestro querido Análisis Transaccional.

Y aquí estoy, disfrutando de escribir esta carta a todos vosotros imaginándome las futuras actividades que vamos a compartir, y de las que os iremos dando cuenta en su momento oportuno.

Como anticipo y en líneas generales, nuestra intención es continuar con actividades tanto científicas como lúdicas (personalmente me encantaría volver a disfrutar con las Jornadas entre Congresos, en especial con la Caminoterapia). ¿Y a vosotros qué os parece?

Con especial interés considero, para el desarrollo de AESPAT, el nombramiento de nuevos Delegados. Sirvan estas líneas de llamamiento a los socios que puedan estar interesados en la divulgación del AT en sus localidades.

Por mi parte, voy a poner todo mi empeño en esta labor admitiendo de antemano que, sin la estimable ayuda del resto de la Junta directiva y vuestra colaboración, poco se podrá hacer en este sentido.

En estos días he tenido ocasión de comenzar a leer los "papeles" de las Juntas anteriores y debo reconocer la ingente labor realizada, en especial en sus primeros tiempos, para conseguir que en la actualidad exista AESPAT. Un cariñoso recuerdo para todas las personas que computaron dichas Juntas, y para todos vosotros.

Un afectuoso saludo,

Jesús F. Serrano

## NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

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 *cursiva y negra*, 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 y apellido(s), título del libro (*en cursiva y negra*), 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 *cursiva y negra*, no el título del artículo sino el nombre de la Revista, poniendo después el tomo, número (*en cursiva y negra*) 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 no supone su publicación inmediata, la cual se hará en el momento adecuado a las necesidades de la Revista, y estará sujeta a las correcciones adecuadas para una correcta publicación según forma y contenidos.

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 2005 (43 € para España).

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

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

Teléfono y Fax \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

CORTAR Y REMITIR A AESPAT, AL APARTADO 8.222. 28080 MADRID - FAX 91 433 94 13

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.