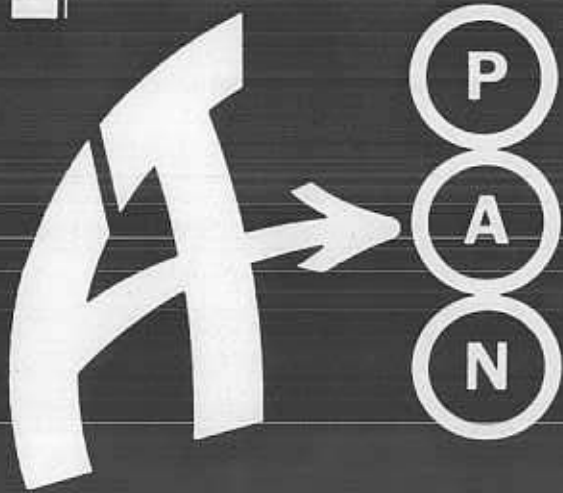


Revista de

**ANALISIS TRANSACCIONAL
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



A E S P A T

Apartado 8.222 • 28080 MADRID

Nº 53, 1. SEMESTRE/2005, AÑO XXIII

R

**REVISTA DE ANALISIS TRANSACCIONAL
Y PSICOLOGIA HUMANISTA**

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

Edita: AESPAT (fundada en 1978)

- Domicilio social: C/. Clara del Rey, n.º 44 - 7.ª A
28002 Madrid
- Junta Directiva: – Teléfono: 97 622 04 50
– 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. 28850 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 esta Revista; son los propios autores los responsables de su contenido.

E DITORIAL

Os ofrecemos, en el presente N.º 53 de la Revista, los siguientes artículos:

“Capacidad transformadora del A.T.”, de Manuel Francisco Massó Cantarero, Conferencia inaugural del XII Congreso Español de A.T. en Zaragoza (17-19 septiembre, 2004); “Integrando el Reprocesamiento y Desensibilización por el Movimiento Ocular, el Análisis Transaccional y la Terapia Relacional en la práctica clínica. Dos casos prácticos”, de Elisa Múgica San Emeterio; “Bases Constructivistas en la Psicoterapia Reeducativa con niños. Tres casos prácticos”, de Arantxa-Nadia Coca Vila; “Análisis Transaccional y Musicoterapia Autorrealizadora, una armoniosa integración”, de Conxa Trallero Flix; y “Acerca de la Danzaterapia”, de la misma anterior autora; “Cómo aplicar el A.T. en el Aula”, de M.ª Elvira de Dios Vidal; y “¿Qué es la Psicoterapia?”, de Juan García Moreno, que inicia con éste una serie de artículos sobre la Psicoterapia.

A continuación se publican las traducciones siguientes: “Tres estados del Yo básicos: El Modelo primario”, y “Substrato Neurológico de los Estados del Yo básicos”, ambos trabajos de Jordi Oller Vallejo, publicados en Inglés en la prestigiosa revista “Transactional Analysis Journal” y traducidos por él mismo al Español; “El Guión de Vida como defensa del Yo”, de Warren D. Cheney; “Los Guiones en suspenso: Una segunda posibilidad para las mujeres”, de Richard G. Erskine y Tehila Selzer; y “¿Qué hace usted después de cumplir su Guión?”, de Dorothy Jongeward; estos tres últimos publicados en “Actualites en Analyse Transactionnelle” (AAT) y traducidos por Casto Martín.

Insistimos en solicitar la publicación de más trabajos presentados en el último Congreso de Zaragoza y de otros fruto de vuestra experiencia profesional teórica y práctica para que la revista ayude, cada vez más, a la formación teórico-práctica de todos los amantes del A.T. y de la Psicoterapia en general.

Que paséis un descansado verano recuperador de fuerzas.

SUMARIO

CAPACIDAD TRANSFORMADORA DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL. Manuel Francisco Massó Cantarero	
INTEGRANDO “EL REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR EL MOVIMIENTO OCULTAR (EMDR)”, “EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL” Y LA “TERAPIA RELACIONAL” EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. DOS CASOS PRÁCTICOS. Elisa Múgica San Emeterio	14
BASES CONSTRUCTIVISTAS EN LA PSICOTERAPIA REEDUCATIVA CON NIÑOS. TRES CASOS PRÁCTICOS. Arantxa-Nadia Coca Vila	21
ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y MUSICOTERAPIA AUTORREALIZADORA, UNA ARMONIOSA INTEGRACIÓN. Conxa Trallero Flix	27
ACERCA DE LA DANZATERAPIA. Conxa Trallero Flix	35
CÓMO APLICAR EL A.T. EN EL AULA. M^ª Elvira de Dios Vidal	38
¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA? Juan García Moreno	41
TRES ESTADOS DEL YO BÁSICOS: EL MODELO PRIMARIO. Jordi Oller Vallejo	48
SUBSTRATO NEUROLÓGICO DE LOS ESTADOS DEL YO BÁSICOS. Jordi Oller vallejo	55
EL GUIÓN DE VIDA COMO DEFENSA DEL YO. Warren D. Cheney	67
LOS GUIONES EN SUSPENSO: UNA SEGUNDA POSIBILIDAD PARA LAS MUJERES. Richard G. Erskine y Tehila Selzer	71
¿QUÉ HACE USTED DESPUÉS DE CUMPLIR SU GUIÓN? Dorothy Jongeward	74
NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS	79

CAPACIDAD TRANSFORMADORA DEL
ANÁLISIS TRANSACCIONAL*

MANUEL FRANCISCO MASSÓ CANTARERO

Psicólogo

Se presentan en este artículo, tras una breve introducción, ciertas denotaciones al respecto y el poder transformador del A.T. centrándose el autor en el diagnóstico, el análisis experiencial, la catarsis, la innovación experiencial, la facilidad del lenguaje, el respeto a la subjetividad, la alianza con el Niño y la focalización del proceso.

INTRODUCCIÓN

El Análisis Transaccional (A. T., en lo sucesivo) es una obra colectiva, desde su inicio, cuando el Seminario de Psiquiatría y Psicología Social de San Francisco, liderado por Berne, comenzó sus esfuerzos por acercar la Psicología a sus usuarios y abreviar los procesos de curación, otorgando al terapeuta un papel activo, inquietud ésta que Berne compartía con Ferenzi, Sullivan, Perls y otros.

En 1997, Schlegel propuso una definición de A. T. que, a mi juicio, es completa, en lo referente a su aplicación clínica. *El A.T.*, dice Schlegel, *es un método terapéutico que se caracteriza por la integración creadora de las orientaciones cognitiva y psicodinámica de la psicoterapia, enriquecida con aportaciones que conciernen a la terapia de la comunicación. Integra, sin contradicción alguna, el incremento de la conciencia y la estimulación del cambio de conducta. Otra característica importante es el énfasis sobre el contrato y la decisión. Por último, algunos procedimientos terapéuticos transaccionales pueden describirse como experiencias emo-*

cionales correctivas, en la línea recomendada por Franz Alexander (1996).

Denotaciones

1.–La experiencia emocional correctiva la han conseguido Bob y Mary Goulding con la terapia de redecisión, y también Arbutnot, Greve, Thomson y Rotondo Magiora, por su empeño para incluir el ensueño dirigido como procedimiento de trabajo, congruente con la terapia transaccional.

2.–La catarsis emocional como recurso terapéutico, de un modo u otro, la han propuesto English, por su aportación sobre los sentimientos parásitos, Erskine, por su estudio sobre el sentimiento de vergüenza, y Steiner, cuya aportación cognitiva sobre la alfabetización emocional puede ser interesante debatir.

3.–La vertiente cognitiva, ha sido puesta de relieve no sólo por Shlegel (1998), sino también por el trabajo de Kertész, y del propio Berne cuyo concepto de confrontación tienen como objetivo la descontaminación del Adulto, o reestructuración cognitiva, para que pueda obtener mayor objetividad y efi-

Conferencia inaugural del XII Congreso Español de A.T., en Zaragoza (17-19 septiembre, 2004).

capacidad en el afrontamiento de los retos de la realidad. Kertész enriquece el A. T. combiniéndolo con la terapia multimodal de Lazarus, cuyos planteamientos biológico, afectivo, sensitivo, imaginativo, cognitivo, comunicativo y social son perfectamente asimilables al lenguaje transaccional.

4.-El carácter psicodinámico de la psicoterapia transaccional, epistemológicamente, lo puso de manifiesto también el magnífico ensayo de Schlegel y, por su práctica profesional, lo demuestran Novellino (1995), Moiso y Escribano, quien incluso, sin base empírica explícita, ha asimilado las fases evolutivas freudianas, oral, anal, fálico-genital, de latencia, etc., a las propuestas por Pamela Lewin, dentro del ámbito transaccional (Escribano, 1992).

Un psiquiatra que trabajara para el ejército de USA, entorno a 1945, tenía muchos clientes traumatizados por la guerra, que no podían esperar a que la asociación libre y la interpretación de los sueños y de los actos fallidos les proveyeran la curación. Por eso, Berne comenzó a efectuar procedimientos terapéuticos que, en ese momento histórico, se consideraban heterodoxos, especialmente vistos desde la perspectiva del Psicoanálisis ortodoxo.

En cierto sentido, el A. T., igual que la Gestalt, el Psicoanálisis Social de Sullivan y la Orgonterapia de Reich, que luego cristalizará como Bioenergética, son movimientos que se generan desde la disconformidad con la rigidez de achacar al proceso primario no sólo la estructuración del yo, sino la explicación de los trastornos actuales y la hermenéutica de la conducta entera de la persona.

5.-Los recursos de la comunicación están acreditados por el trabajo de Boyce y Allen sobre el permiso, Price que estudió las transacciones paradójicas, Barbara Clark (1995) las de empatía, Menegaux la de protección y Barnes, quien propuso una definición de transacción mucho más completa y científica que Berne, y cuya idea del diamante dramático constituye una propuesta constructivista (constructivismo social), que Barnes enraíza en el proceso de la comunicación y en la enjundia misma de la transacción que propone.

6.-Carácter constructivista: El yo es *autopoyético*, un proceso abierto a lo largo y ancho de la vida de cada persona, que no esclerosa su proceso de maduración y cambio, ni cancela sus posibilidades de seguir construyéndose, deconstruyéndose y reconstruyéndose a partir de un determinado estadio evolutivo. El yo, como el manto de Penélope, se teje y desteje continuamente, integra pautas nuevas de adaptación y desecha viejos troqueles. Temas transaccionales como el de economía de caricias de Steiner, las tesis del Adulto integrado de Kertész y Erskine (son distintos Adultos integrados), la virtualidad de la transacción del permiso de Boyce (1980) y los Allen, J. y B.A. (1991), enfatizan el carácter constructivista del A. T., demostrado también por el ensayo de los Allen (2000) y Gregoire (2000).

7.-Reparentalización: Jacqui Schiff, a quien algún día habrá que hacer justicia, propuso un método de reparentalización que convierte a la psicoterapia en una misión existencial; con independencia de esta aportación extraordinaria, nadie duda del papel reparentalizador que, ineludiblemente, concierne al terapeuta y al grupo como agente auxiliar del terapeuta. Martin Grooder, que ha aplicado A. T. a la reeducación de reclusos abundó en esa línea.

Mi exposición se atiene a los límites de mi propia práctica profesional. Los campos de aplicación del Análisis Transaccional son más abundantes y diversos que el estrictamente clínico; pero considero petulante abarcar otros ámbitos de aplicación distintos al que cautiva mi quehacer profesional.

PODER TRANSFORMADOR DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

La pregunta que pretendo responder es: ¿Dónde reside la capacidad transformadora del Análisis Transaccional? Y a ello voy.

1. El diagnóstico como método de trabajo

Inicialmente, el método de trabajo del Análisis Transaccional fue el diagnóstico, fa-

cilitar la toma de conciencia sobre los aspectos del comportamiento y de la personalidad que, pese a estar en la sombra, eran operativos y tal vez responsables de los trastornos que motivaban la petición de psicoterapia. Este era un afán heredado del Psicoanálisis y compartido con la Terapia Gestalt cuyo fin esencial era, y es, promover el "darse cuenta".

Antes de adentrarnos en este bosque del diagnóstico, conviene reparar en el valor y significación de la palabra *diagnóstico* y ver de encajarla en el marco de referencias de una psicoterapia humanista, tal como es, o pretendió ser en un principio, el A. T.

La palabra diagnóstico es una síncopa de la preposición y adverbio griego "*dia*", que significa a través de o por mediación de, y "*gnosis*", el conocimiento. Por tanto, la etimología de la palabra nos hace pensar en alguna realidad que podemos obtener "mediante el conocimiento", o "a través del conocimiento". Así pues, el diagnóstico, los resultados de cualquier exploración psicológica, sea una anamnesis, sea un análisis psicométrico, proyectivo o clínico, tiene un valor itinerante, no es un punto de llegada, sino de partida, porque a través del conocimiento que vayamos allegando, a través de la "*aletheia*", o descubrimientos que hagamos, podremos acceder a, o crear, otro estado de la realidad psicológica. El conocimiento, en este contexto, sólo tiene un valor medial, es un instrumento que sirve de puente y facilita la realización de un trabajo posterior, que a buen seguro tendrá carácter reconstructivo.

Este concepto del diagnóstico no siempre se entiende así. De hecho, el diagnóstico nosográfico tiene un valor más eleático, busca determinar cual es la realidad y cómo se llama. Pero, al dictaminar, establece un anclaje que perjudica el trabajo terapéutico, porque el dictamen se constituye en lastre o dique de contención para el proceso terapéutico; por ejemplo, si establecemos que esta realidad que tengo frente a mí es un esquizofrénico paranoico, o que es un hebefrénico, el cliente puede identificarse con el diagnóstico e incluso hacerle gracia una terminología tan intrincada y críptica. Si me permiten una nota de humor negro, tener

una *neurosis narcisista* puede resultar tan presuntuoso como tener un deportivo último modelo.

El carácter iatrogénico del diagnóstico nosográfico tiene dos fuentes de alimentación:

- el cliente, que se pregunta: ¿cómo voy a dejar de ser lo que soy?, ¿cómo y por dónde voy a afrontar un cambio tan complicado?
- el terapeuta, que corre el riesgo de embarrancar, si confunde a la persona con el síndrome que sufre y pretende enfrentarse al mismo, sin conocer la persona de su cliente, ni hacer la alianza terapéutica con las partes sanas que sin duda conserva. A este respecto, conviene recordar el consejo que Hipócrates, en siglo V antes de nuestra era, daba a sus discípulos, cuando les decía que el médico que quiera curar a sus pacientes, primero ha de conocerlos, saber de sus hábitos, de sus gustos y del ajuste que tengan a su trabajo y a sus diferentes medios, social, cultural y afectivo.

A mi juicio, el diagnóstico es útil cuando sirve para establecer hipótesis que nos acerquen a las esencias de la persona. Mediante el diagnóstico, conocemos mejor a la persona que tenemos delante, podemos profundizar más sobre sus múltiples realidades estructurales y funcionales, sean históricas, sociales o conductuales; pero, especialmente mediante el análisis fenomenológico, podemos acceder al mundo de las significaciones afectivas, cognitivas y simbólicas que la persona atribuye a sus experiencias y que luego ha empleado para construir su identidad y todo su sistema de adaptación.

Este trabajo no puede, ni debe, hacerlo el terapeuta de espaldas al cliente, sino en colaboración con él, a fin de poder integrar los conocimientos que vayan depurándose en pro del éxito de la terapia, que no es otro que la transformación del sistema de adaptación y la reconstrucción del propio yo.

Operativamente, el diagnóstico, como herramienta de trabajo, es una propuesta de conocimiento, un revelado que el terapeuta propone a su cliente, que es quien más sabe

acerca de sí mismo. Por ello, es precisamente el cliente quien puede aceptar o rechazar la propuesta del terapeuta. No es necesario imponer nada a nadie, ni pretender estar en posesión de la verdad. Cuando el cliente acepta la formulación del terapeuta, el revelado puede servirle para rebelarse contra estereotipias y clichés que tal vez lo hayan constreñido desde muy temprano. Si el cliente no acepta el diagnóstico propuesto, esto no equivale a que sea erróneo, pero el terapeuta debe retirarlo inmediatamente, bien para fundamentarlo mejor, bien para esperar a que el cliente esté en actitud más receptiva, bien a que el proceso alcance una fase de mayor madurez productiva en la colaboración entre cliente y terapeuta. Pero, nunca el terapeuta debe aparentar que sabe sobre su cliente más de lo que dice, o más de lo que el cliente sabe acerca de sí mismo, o que sabe algo que el cliente no deba saber o que tenga que aceptar por imposición, como si el terapeuta fuera un oráculo infalible.

Los resultados de los cuatro tipos de diagnóstico que veremos, están siempre a disposición del cliente, como ayuda que se le brinda para incrementar su conciencia. El cliente, participa en matizar aspectos, concretar detalles y clarificar resultados, porque el diagnóstico está llamado a promover claridad y alejar el ofuscamiento que ha sumergido al cliente en la patología, que surge de las eliminaciones, nominalizaciones y malformaciones semánticas con las que la persona construye sus vivencias y refracta su realidad personal e interpersonal.

Berne apunta cuatro métodos de diagnóstico a utilizar, a saber:

1.1.-Conductual: Sigue el paradigma de la terapia de conducta, compatible con A. T., según postula Kertész (1985), si asumimos la subjetividad del cliente como componente esencial de la terapia. El cliente de A. T. tiene un protagonismo irrenunciable que le otorga la aceptación del contrato de negocios, que abarca todos los detalles relativos al proceso de psicoterapia, y los poste-

riores contratos mayores, intermedios y menores de curación, que son compromisos de trabajo concretos y específicos.

1.2.-Histórico: Comprende el análisis de los antecedentes biográficos que hagan referencia al síndrome de comportamiento que constituye el motivo de consulta. Sin necesidad de hacer arqueología psicológica, hemos de convenir que los hábitos que presenta una persona, sus rasgos idióticos y hasta su forma de enfermar presentan una congruencia interna que se enraíza en su pasado cercano y remoto, formando "gestalten". Muchas de estas continúan abiertas, constituyendo focos de tensión, o factores de distorsión de la realidad psicológica. El análisis histórico se justifica en orden a cerrar estas "gestalten" abiertas.

1.3.-Social: Se refiere al análisis de las transacciones entendiendo estas como intercambios que originan la interacción, "en un proceso de ajuste continuo que se desplaza a través del desarrollo de la acción entera" según hemos defendido en una publicación reciente (Massó Cantarero, 2003, p. 139).

La importancia del carácter social del A. T., a mi juicio, ha periclitado en el plano teórico por completo, conformándose con ser un conjunto de técnicas de aplicación inmediata en el área laboral, pese a que Berne pretendió hacer "una teoría sistemática de la dinámica de la personalidad social, derivada de las experiencias clínicas" (Berne, 1976, p. 21).

1.4.-Fenomenológico: Me voy a extender sobre este último, aun a riesgo de repetir ideas expuestas en el pasado congreso de Barcelona, conceptuándolo no sólo como un método de trabajo en psicoterapia, sino también como una actitud ética de acompañamiento del proceso.

La palabra "fenomenología" se forma a partir de dos vocablos griegos: "faenomenon" y "logos". "Faenomenon" deriva de "faines-

zai" que significa mostrarse. A su vez, "faineszai" es la voz media del verbo transitivo "faino", que significa sacar a la luz del día, hacer patente y visible en sí mismo. El significado de "logos" no tiene secreto, es la palabra, la razón, el saber.

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

2. Poder transformador del diagnóstico

A través del conocimiento, desentrañamos el valor del fenómeno. Este, a juicio de Heidegger, es "lo que se muestra, el ser, su sentido, sus modificaciones y derivados" (p. 46). El fenómeno que estudiamos en la consulta es lo dado por nuestro cliente, no importa que sea real o una ilusión, lo que importa es que es algo que se presenta a nuestra consideración, para que trabajemos con ello. El diagnóstico sobre ese material nos va a permitir conseguir resultados de alto valor terapéutico. A saber:

A) Extracción de la significación: Los diferentes métodos de diagnosis pueden revelar un sinfín de significaciones de cada hecho o asunto que nos ofrece el cliente de la terapia. No podemos obviar que cualquier realidad, aunque sea fingida y espuria, como dice Rickert, es multivalente, compleja en su constitución, vertientes y haces de relaciones, a diversos niveles y en diversos momentos. Por ejemplo, una persona viene con un rebusco de falsa tristeza; posiblemente, tal manifestación no resista un análisis crítico positivista, si buscamos la causa, el por qué del llanto; pero, si nos preguntamos dónde, cuándo, cómo se produce, qué efectos tiene esa manifestación emocional sobre la interacción que mantiene la perso-

na, cómo afecta a su identidad, etc., podemos encontrar toda la riqueza semántica del hecho.

B) Diferenciación entre síntoma y proceso: Todo síntoma que nos traiga nuestro cliente es pura apariencia. Es decir, así como la fiebre es una apariencia de enfermedad, el rebusco de falsa tristeza puede ser, pongamos por caso, apariencia de una necesidad inmarcesible de poder. Una aproximación simplificadora del síntoma, vaciaría de valor y significación al proceso del que es indicador.

Es preciso ir más allá del síntoma para comprender el proceso, el esfuerzo de adaptación que contiene, la creatividad que ha requerido y rescatar los beneficios adyacentes al mismo. Todo este trabajo constituye una ayuda de primordial importancia.

A mayor abundamiento, pese a que el proceso de adaptación sea un fracaso, haya trastornado la vida de nuestro cliente, le haya hecho sufrir y acarreado incomodidades a quienes le rodean, entraña valores, que hay que ponderar.

C) Acceso a la subjetividad: En tercer lugar, lo que nos interesa a nosotros como psicoterapeutas es lo que se muestra tal como es, la esencia, que no es algo oculto, ni una sustancia que subyaga a las apariencias, sino el ser o contenido fundamental con todas sus propiedades, connotaciones y denotaciones, que se revela a través del fenómeno. En última instancia, ese ser es la persona humana con toda su complejidad y peculiaridades, que se construye más allá de los síntomas y mediante múltiples procesos.

Cualquier método de diagnosis exige al conocedor que se despoje de todo cuanto provenga de él, sentimientos, actitudes y cualesquiera otra posición personal, para estar en condiciones óptimas de respetar la realidad. De aquí que considere el método fenomenológico también como una actitud ética de acompañamiento. Erskine y Trautmann (1996) dicen: "La exploración respetuosa de la vivencia fenomenológica de los clientes permite a estos aunar coherentemente sus necesidades relacionales, sentimientos y conductas actuales y anteriores".

3. Poder transformador del análisis de la experiencia

A mi modo de ver, una necesidad acuciante de quienes acuden a terapia es averiguar todo lo posible acerca de su síndrome. Conforme esta necesidad va satisfaciéndose, emerge una necesidad más amplia de conocerse a sí mismos. El "gnosci seauton" de Sócrates cobra dimensión terapéutica, que se agrega al valor que la máxima tiene como pauta pedagógica y ética. De aquí que, más allá del diagnóstico sobre el síndrome, el análisis de la experiencia, incluida la propia experiencia terapéutica, es una de las claves de la capacidad transformadora del A. T., porque facilita:

A) Comprensión:

La comprensión se refiere a las determinaciones que caracterizan la experiencia de la persona dándole coherencia, incluso por encima o por debajo de sus contradicciones. Sólo cuando la persona se comprende a sí misma, puede empezar a amarse.

Comprender las connotaciones de su experiencia permite que el cliente deje de considerarse inútil, un estorbo, un fracaso existencial, para a continuación reconocer su capacidad creadora e ingenio. No buscamos comprender un quid oculto, o misterioso como el inconsciente, ni un ente de razón como el alma; sino la esencia de la propia experiencia personal.

B) Clarificación:

La terapia además de aumentar la conciencia del cliente, ha de diferenciar sus diferentes estados del yo, sus polaridades y contradicciones, sus sistema de adaptación y atribuciones, para ayudarle a vivir "aquí y ahora", con todo su poder creativo, sensitivo, emocional y aun trascendente que pueda asumir como persona.

En este sentido, Manuel Villegas (1995), decía que "la psicoterapia empieza allí donde se plantea la comprensión del sujeto, donde no se pretende la supresión del signifi- ficante, sino la construcción de nuevos sig-

nificados, allí donde el concepto de curación es sustituido por el de cambio" (p. 22-23).

Los mismos Erskine y Trautmann (1996) decían que "los terapeutas han de partir del supuesto de no saber nada acerca de la experiencia de sus clientes y, en consecuencia, han de luchar constantemente para comprender la significación subjetiva de sus conductas y procesos psíquicos".

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

A este respecto, conviene recordar la definición de psicoterapia aportada por McLeod (1997): "Proceso en el cual cliente y terapeuta trabajan juntos para descubrir la evaluación de los acontecimientos sociales que conforman la historia del cliente, a fin de conseguir una nueva evaluación de los mismos que resulte más satisfactoria".

Nada habremos adelantado si un cliente entra en la consulta aquejado de crisis de ansiedad y sale apabullado porque además tiene un Padre Crítico Perseguidor, el Niño excluido, el Mandato "No disfrutes", el Impulsor "Trata más", un argumento de perdedor y encima su posición existencial es -/+...

4. Facilitación de la catarsis

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

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

El A. T. dispone del contrato menor como herramienta para recoger los efectos de la catarsis. En una de sus conferencias, nos decía Bob Goulding que, el contrato es justamente la gran ventaja que tiene el A. T. sobre la Gestalt, porque ésta puede verse obligada a remover varias veces el mismo *impasse*, toda vez que no trabaja fuera del presente y no previene qué hacer después de un trabajo catártico; en cambio, decía él, el contrato hace responsable al cliente de la utilización posterior del resultado de la terapia, prolonga la terapia más allá de la sesión y, en cierto modo revalida su efectividad.

La catarsis emocional, en tanto que experiencia correctiva, es el secreto del éxito de la terapia de redecisión, porque restituye el poder al cliente y éste puede así reconstruir su experiencia, demoliendo la construcción original.

Con la utilización del ensueño dirigido, no sólo es posible facilitar la catarsis, sino abrir otras fuentes de poder psíquico, dejar a la persona frente a sus opciones reales, después de haber desarmado los fantasmas disfóricos en los ensueños de bajada y hecho las alianzas que correspondan con las fuerzas constructoras, incluidas las numinosas.

5. Innovación

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

El empleo del metamodelo, a posteriori de la comprensión, lo considero necesario para retar el cambio y acompañarlo. Especialmente, puede ser útil retar el cambio, mediante la paradoja que movilice al Niño Rebelde del cliente. Esta transacción puede parecer manipuladora, si el Adulto es ajeno; es decir, si no se ha efectuado un análisis correcto respecto al asunto en cuestión; pero no lo es cuando recurrimos al Niño Rebelde después del oportuno análisis. Por ejemplo, pensemos que nuestra cliente está sobreadaptada a una maldición existencial del tipo "tú nunca tendrás éxito en la vida", en ese contexto habrá desarrollado multitud de habilidades de fracaso, empezará una y otra vez esta tarea y la otra, para abandonar ambas al poco tiempo. Paradójicamente, podemos decirle que parece muy empeñada en dar la razón a quienes le lanzaron la maldición. Si, mediante esa transacción, logramos la alianza con el Niño Rebelde, éste se involucrará en demostrar lo contrario.

6. Facilidad del lenguaje

Es una constante, en las diferentes disciplinas y métodos de trabajo de la Psicología académica y empírica, que, en aras de ser precisos y ganar claridad, utilizan un lenguaje intrincado, demasiado duro para los legos. Dijéramos, por ejemplo, que hablando de threctia, parmia, harria, premsia o cualquiera de los neologismos que introdujo Catell, para denominar sus 16 factores, los psicólogos podemos movernos como peces en las exquisitas aguas de la propiedad intelectual, y sin embargo, ser perfectamente ineficaces, porque los usuarios de nuestra ciencia no nos comprenden.

El A. T. utiliza el lenguaje ordinario, el "roman paladino, en el cual suele el pueblo hablar con su vecino", como apostaba Gonzalo de Berceo en el siglo XII, al alba del nacimiento del castellano, para defenderlo de quienes se enrocaban en la excelencia del latín culto.

Desde el principio, la actividad del Seminario de Psiquiatría y Psicología Social de

San Francisco estuvo presidida por el prurito de no clasificar a los clientes poniéndoles las etiquetas del diagnóstico nosográfico y, en cambio, utilizar palabras sencillas que les permitiesen entender su propio proceso. Pienso que este fue un gran acierto, porque cualquier tipo de taxonomía tiene un poder hipnótico de sugestión, que colude con la propia patología del cliente en contra de éste. El cliente no sólo se cree a pie juntillas el dictamen del especialista, sino que, el diagnóstico resulta confirmatorio de identidad y la persona se considera justificada para ejercer de acuerdo con el mismo. El lenguaje sencillo del A. T. elude este problema de forma creativa y lúcida, porque el lenguaje permite que el cliente comprenda su proceso y aun su identidad, con sus propias palabras, las que usa habitualmente.

Berne (1976) dice: "...debido a lo reducido de su vocabulario (que en la práctica no consiste sino en cinco palabras Padre, Adulto, Niño, juegos y guión) el A.T. ofrece un marco de referencia de fácil aprendizaje para la clarificación". Puede pensarse que tal pretensión adolece de simpleza; sin embargo, es una de las características que singularizan a la Psicología Humanista. Ni Rogers, ni Perls, ni Maslow tienen argot, ni utilizan jerga que los distancie de sus usuarios naturales.

Además, el lenguaje, al diferenciar al Yo de sus partes, favorece no sólo la alianza terapéutica inicial, sino todo el trabajo de descontaminación y rededición posteriores, porque aísla el área dañada responsable de la perturbación y convoca a las partes sanas que integran al Yo a remover el *impasse* y solucionar el problema. El lenguaje nos ayuda a situar casi topográficamente dónde está el bloqueo, qué estado del Yo tiene la responsabilidad del cambio y cómo pueden ayudar los otros estados o boicotear la operación que estamos pretendiendo. En este sentido, el A. T. se comporta como una fenomenología constructiva tal como pedía Husserl.

En el plano de la interacción social, desmitifica los conflictos reformándolos en "juegos" y provee una herramienta muy ma-

neable como es el análisis de las transacciones; pero quizás sea la filosofía de la *economía y abundancia de caricias*, que debemos a Steiner (1980), donde el lenguaje transaccional demuestra tener una mayor poder para transformar la dinámica de las relaciones dentro de cualquier grupo humano.

7. Respeto a la subjetividad

Desde el primer día, el sujeto es reconocido y respetado como individuo diferenciado y único, y tal cual es participa en su proceso formulando el *contrato mayor* en paridad con el terapeuta. Hay una equiparación entre el terapeuta y su cliente desde el origen del proceso. El terapeuta pone su saber, su interés y capacidad de acogida al servicio de su cliente, desechando de antemano toda señal de prevalencia simbólica, cognitiva o de autoridad formal. Son dos personas en interacción, que hacen sinergia en pro de resolver el problema que le afecta a una de ellas; pero subyacente, inspirando el modo y el alcance de la relación, está el principio "yo estoy bien, tú estás bien", según el cual, toda persona, aunque esté sumergida en la desesperación, contiene en sí misma un enorme poder de autoayuda, que hay que despertar, evidentemente, pero que es la mejor garantía para un buen pronóstico.

El cambio es posible cuando el cliente cobra conciencia de ser autor de su sistema de adaptación, aunque este haya fracasado y le esté acarreado problemas y sufrimientos. Su responsabilidad existencial abarca la adopción de iniciativas y la creación del mapa de sus creencias y de los hábitos que le han conducido hasta la situación actual. Todo el sistema de adaptación es una creación personal. Pero, tal responsabilidad se prolonga en orden a seguir lanzando nuevas expectativas y atribuciones en el futuro; es decir, en orden a promover el cambio, desde el convencimiento de que la persona, le guste o no, es autor y protagonista de su propia vida.

La terapia introduce en el cliente la conciencia de su propia autoría antes, durante

y después del proceso. En cierto sentido, antes de la terapia, construimos nuestro mapa de representación del mundo, o nuestra historia y la historia que nos creemos, a nuestro modo y con los materiales que van llegando. Durante el proceso, la persona que consulta deja de ser paciente para convertirse en cliente, alguien que viene porque así lo ha decidido, pero que tiene reservado un rol activo, protagonista de su proceso, porque escoge el área de trabajo, debate las opiniones del terapeuta y decide sus compromisos. Después del proceso terapéutico, el cliente ha de reconocer su responsabilidad en dos vertientes:

1. la atribución de sentido y significaciones a los acontecimientos reales, o sea a su propia vida;
2. la construcción reflexiva del sí mismo, de su modo de estar en y frente al mundo.

Es decir, habrá dejado de ser Sísifo, condenado a repetir los dictados de la transferencia, o de hacer por hacer y ser un mero respondiente a los estímulos externos, para convertirse en autor de su vida y protagonista real de ella, al adueñarse de su intencionalidad y reconocer su poder para definir su proyecto existencial.

El profesor Freixas decía en uno de sus cursos que el A. T. es constructivista, aun cuando los transaccionalistas no lo pretenden. Sin embargo, la conciencia constructivista no es ajena a la cultura transaccional. De hecho, el premio Eric Berne 1998, se otorgó al trabajo de James y Bárbara Allen (2000) en el que defienden la tesis del carácter narrativo del argumento de vida. Huelga decir que el constructivismo cuenta con tres ramas: social, radical y narrativa. Pues bien, los Allen vienen a decir que cambiar el argumento es crear una historia nueva y, por tanto, un personaje nuevo, modificar la identidad vivenciada hasta el momento de la terapia. Ya hemos aludido al carácter de constructivismo social del trabajo de Barnes; pero el propio Berne, coetáneo de Kelly, resulta constructivista desde la postulación del Pequeño Profesor y su funcionamiento, hasta la ponderación de la

autonomía como criterio de alta del proceso terapéutico.

8. La alianza con el Niño

El cambio fiable es el que se produce desde la emoción. El cambio promovido a expensas de un proceso meramente cognitivo puede ser catalogado de voluntarista y necesitará ser reforzado a posteriori, si queremos que sea estable.

El cambio lo propone el Adulto, en el plano cognitivo, pero es el Niño quien fantasea con el cambio y lo desea, antes de iniciarlo, hasta que termina por aceptarlo cuando prevé las ventajas que el cambio comporta.

Si el Niño está implicado en el cambio, éste ni es difícil, ni exige el mismo esfuerzo que si el cambio sólo cuenta con el apoyo de un análisis de conveniencia y la presión moralizadora del estado Padre.

De aquí que resulta muy necesaria la alianza entre el Padre del terapeuta y el Niño del cliente, que puede establecerse desde la acogida incondicional que el terapeuta brinda en la primera sesión, pero que ha de verificarse en tres condiciones posteriores:

- a) **Protección:** El Niño del cliente necesita sentir que está en buenas manos, que su interlocutor es prudente y lo va a acompañar con delicadeza y respeto, que va a trabajar dándole apoyo y ánimo en todo momento.
- b) **Permiso:** Es fundamental la complicidad del Padre del terapeuta, en orden a despejar los temores que pudiera tener el Niño del cliente, desbloquear sus atascos e inducir conductas exploratorias que hasta ahora lo han amedrentado y limitando su desarrollo.
- c) **Poder:** Tiene poder quien inspira confianza porque sabe, acumula una experiencia, muestra sinceridad en sus expresiones, manifiesta un orden y una pulcritud en cuanto dice y hace, en el escenario donde recibe al cliente, "yo material" según W. James, y hasta en su vestimenta, que es tam-

bién expresión no verbal. Es obvio que el terapeuta con poder concita mejor la confianza del Niño de su cliente y suelda con más fuerza la alianza terapéutica.

9. Focalización del proceso

Ya he aludido a las virtualidades de los contratos que establece el A. T. Toda la actividad está presidida por el *contrato de tratamiento*, el acuerdo general que habla del objetivo del proceso a tenor del motivo de consulta, honorarios, duración de las sesiones, confidencialidad del proceso, intervalos entre sesión y sesión y demás compromisos recíprocos entre cliente y terapeuta. Es obvio que estoy utilizando la terminología de Wollams y Deomm (1979).

Después cada sesión está regida por otro contrato, que según la clasificación hecha por Gellert y Wilson, pueden ser:

- **Mayores:** Propician redediciones que afectan a la estructura de la personalidad, al concepto que la persona tiene de sí misma y al conjunto de usos y normas que venían caracterizando la vida de la persona.
- **Intermedios:** Pretenden una modificación de conducta mediante el procedimiento que corresponda; no alteran el argumento de vida, pero reconcilian al cliente con su poder y le facilitan experiencia de éxito, gozo o amor.
- **Menores:** Se realizan de inmediato, por ejemplo, para usar una técnica concreta o para determinar el asunto que el cliente quiere tratar en la sesión. Este contrato evita que la conversación deambule sin norte, al socaire de las ocurrencias que emerjan; no practicamos la asociación libre, sino la conversación dirigida a un objetivo preciso, que no es otro que examinar el asunto que se nos ha planteado, llegar a algún tipo de conclusión, y suscitar emociones para proponer un cambio, si ello fuera pertinente.

El hecho de que el cliente haya de establecer su demanda, no sólo le otorga un pa-

pel activo, sino que es otro de los secretos de la capacidad transformadora del A. T., porque el cliente hace uso de su libertad y *elige* qué quiere tratar; para ello habrá pensado qué es lo que le conviene y puede venir a sesión con inquietud, e incluso ciertas expectativas o barruntos de algún cambio posible. Es decir, todos los estados del Yo están implicados desde el comienzo de la sesión. Con ello, ganamos energía libre para dar efectividad al proceso.

A su vez, si la sesión, por el efecto de innovación ya tratado, nos aboca a un cambio deseable, se establece el correspondiente *contrato de cambio* que estará en vigor entre sesión y sesión y se controlará al comienzo de la sesión inmediata siguiente.

Así pues, el cliente siempre está orientado sobre dónde está el tajo de su trabajo, qué le conviene hacer, cual es la disciplina necesaria para modificar el sistema de adaptación que tantos problemas le viene acarreado.

RESUMEN

En consecuencia, la capacidad transformadora del Análisis Transaccional, en el ámbito clínico, estriba en restituir el poder de la persona, haciendo real el principio de equiparación (yo estoy bien – tú estás bien) en todos las vertientes de la intervención práctica.

Muchas gracias, por su atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. y B. (2000). Un nouveau type d'Analyse Transactionnelle: Une version du travail sur le scénario à partir d'une perspective constructionniste. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 24, 93, 7-18.
- Berne, E. (1976). *Análisis Transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires: Ed. Psique.
- Erskine, R.G. y Trautman, R. (1996). Les Méthodes d'une psychothérapie intégrative. *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 1996. Traducción en *Transactional Analysis Journal*, 1999.

Escribano, G. (1992). *Analyse Transactionnelle et Psychologie Clinique*. Psicom Editions, Gap.

Gellert, S. y Wilson, G. "Les Contrats". *Actualités en Analyse Transactionnelle*, 13, 4-9.

Heiddeger, M. *El ser y el tiempo*. Barcelona: Planeta.

James, W. *Principios de Psicología*. México: F.C.E.

Kertész, R. (1987). *¿Quiere hacer terapia?* Buenos Aires: IPPEM.

Massó Cantarero, M. F. (2003). *Los pilares del poder humano*. Madrid: Eneida.

McLeod (1997).

Schlegel, L. (1996). Was ist Transaktionsanalyse. *Zeitschrift fur Transaktionsanalyse in theorie und praxis*, 14, 1-2, 5-30.

Steiner, C. (1980). *Libretos en que participamos*. México: Diana.

Villegas, M. (1995). *Psicoterapia*. 3-4, 22-23.

Wollams y Deomm (1979). *The Total Handbook of T.A.* New York: Prentice Hall.

INTEGRANDO
“EL REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR
EL MOVIMIENTO OCULAR (EMDR)”, “EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL”
Y LA “TERAPIA RELACIONAL” EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.
DOS CASOS PRÁCTICOS*

ELISA MÚGICA SAN EMETERIO

Psicóloga Clínica
 Terapeuta EMDR

Se hace, en este artículo, una breve introducción al EMDR de F. Shapiro, a la Terapia Relacional de Erskine y al A.T. de E. Berne, exponiendo a continuación dos casos clínicos, tratados conforme a dichos enfoques.

El Reprocesamiento y Desensibilización por el Movimiento Ocular (EMDR), se realiza por movimiento de ojos y por otros tipos de estimulación bilateral como tapping o sonido y es uno de los más novedosos y poderosos instrumentos terapéuticos.

Descubierto por la psicóloga Francine Shapiro en 1989, se presenta como una técnica neuropsicológica basada en la hipótesis de que existe un componente fisiológico en cada dolencia. Esta técnica de estimulación bilateral permite restablecer el equilibrio excitatorio inhibitorio del sistema neuropsicológico, permitiendo que la información congelada que queda en el cerebro después de un trauma, revivida de diferentes formas una y otra vez, y que afecta (aunque haya ocurrido en el pasado muy lejano) a situaciones actuales, sea desensibilizada, procesada e integrada adaptativamente en el presente y de forma consciente.

Inicialmente se desarrolla y utiliza EMDR en Trastornos de Estrés Postraumático, casos de violencia como violación y víctimas

de guerras, pero actualmente se ha comprobado su eficacia en un amplio espectro de patologías.

Tiene la ventaja de trabajar e integrar en la persona simultáneamente los recuerdos de la situación problema en sus aspectos cognitivo, emocional, físico y conductual. En el protocolo estándar de trabajo se plantea el incidente original que estableció la estructura cognitiva afectiva disfuncional, se evocan los disparadores ambientales e internos actuales que arrojan la conducta desadaptada y se instala la respuesta cognitivo conductual deseada por medio de la estimulación bilateral que actúa sobre el circuito cerebral permitiendo que todo el sistema esté en su funcionamiento óptimo para reestructurar y reprocesar la información traumática (como debería haber sucedido en el momento del trauma para que no quedaran “residuos”). Existe un protocolo básico de 8 pasos y con esta técnica los problemas que antes implicaban un largo nº de sesiones terapéutica necesitan muchas menos sesiones de trabajo.

También el EMDR destapa de forma intensa y rápida recuerdos y experiencias, mensajes o programaciones antiguas que se han mantenido disociados, escindidos de la consciencia durante mucho tiempo, años, pero que son importantes para la resolución de situaciones del presente ya que sin acceder a ellos el cliente se encuentra bloqueado o con importantes resistencias al cambio. Con EMDR y una relación implicativa y respetuosa del terapeuta (a modo de lo que la Terapia Integrativa nos plantea) esta información crucial aparece de forma rápida.

Desde los protocolos estándar se han desarrollado variantes uniendo EMDR, **Terapia Relacional**, de Erskine y **Análisis Transaccional**, de E. Berne, que se orientan a la integración de estados del yo y reestructuración de experiencias infantiles, decisiones, mensajes parentales o guiones de vida desadaptativos.

En casi todos los pacientes descubrimos la necesidad de liberar al Niño del cliente de su sobre adaptación, de su rebeldía o descontentamiento del Adulto y desmontar los mensajes parentales destructivos internalizados para que el paciente pueda empezar a desarrollar sus decisiones y plan de vida de forma más operativa como vemos en el trabajo teórico y práctico realizado por el psicólogo americano R. Erskine (donde se trabaja también al paciente en su parte cognitiva, conductual, física y emocional, como en EMDR). Podemos realizar esto con trabajos en regresión y EMDR para reestructurar los estados del Yo contaminados o mal integrados, revelar transferencias de experiencias históricas, de defensas arcaicas y de rupturas relacionales del pasado del Niño del cliente en una relación respetuosa de contacto pleno.

Para el trabajo de EMDR con clientes en regresión intrapsíquica es importante que el paciente no se sienta amenazado, al revelar vivencias ocultas para él durante mucho tiempo, con una Exploración respetuosa. Por tanto, trabajar terapéuticamente desde la Implicación, con el Reconocimiento, la Validación, la Normalización y la Presencia disminuye los procesos defensivos internos. El terapeuta necesita estar muy presente y consciente, en Sintonía con el Ritmo del cliente,

como si viera la película que éste tiene en su mente. Cuando el paciente entra en el estado del Yo Niño, es la figura (actúa de Padre nutricional) que reconoce y protege. El terapeuta, con su Adulto, reorienta la escena ofreciendo informaciones reales y objetivas, cuestionando y confrontando las figuras parentales que tuvo. Esto es lo contrario de la experiencia primitiva del cliente. El terapeuta guía al cliente hasta que la parte adulta de este pueda empezar a actuar, recuperando y sanando la vivencia infantil; o la ruptura de la relación, sustituyendo entonces la voz del terapeuta. El diálogo interno del paciente será ya el de un Padre comprensivo, dando libertad de sentir y experimentar a su propio Niño.

En esta dirección de trabajo se desarrolla también lo que la psicóloga americana Peggy Pace denomina Integración del Ciclo Vital y que ella articula con base en las teorías de la imaginación activa de Jung utilizando imágenes de la Línea del Tiempo para integrar el estado del Yo que ha estado guardando el material traumático.

El resultado de este trabajo es la conciencia que el cliente toma para dirigir su vida en presente, la separación entre pasado y presente de experiencias traumáticas o mensajes infantiles. El Niño sumiso/rebelde pasa a un estado de Niño libre conectado con un Padre nutritivo y un Adulto más eficaz. El entendimiento de cómo la propia biografía establece bloqueos y dificulta el camino de la vida y el cambio, de cómo los mensajes recibidos fueron traumáticos o enseñaron un mundo irreal o parcial, otorga al paciente la libertad para crecer emocional y experiencialmente. Esto se realiza con una rapidez impactante en muchos casos, ya que EMDR permite acceder a las conexiones neuronales de la experiencia y reprogramar nuevas conexiones o caminos en el sistema fisiológicamente.

CASO 1: “MIEDO AL CASTIGO”

Hombre de 40 años, profesional de rango medio. Competente, inteligente e implicado en el trabajo. Frustrado porque en su pue-

* Trabajo presentado en el XII Congreso Español de A.T. en Zaragoza (17-19 Septiembre 2004).

to no puede ascender más y hace el trabajo de sus jefes y ellos se llevan el mérito.

Acude con angustia, no puede dormir, no respira bien, va al trabajo abatido, desanimado, con sensación de fracaso profesional, falta de energía.

Cree que debería cambiar de trabajo pero le asusta el riesgo de la empresa privada. Tiene miedo a hacerlo mal, refiere miedo a la autoridad. La sensación de ser competente le ha ido dejando. **Refiere miedo al castigo** y sin embargo es un profesional valorado y nunca ha sido censurado ni "castigado" en su trabajo.

Hemos realizado hace 4 años otro trabajo terapéutico más prolongado, con demandas diferentes de la presente.

Realizamos **seis sesiones**. Las tres primeras semanales las tres siguientes quincenales.

En la 1ª sesión damos cuerpo a la demanda. Aparece la ansiedad y angustia en el trabajo, el miedo al castigo y la desmotivación laboral como demandas fundamentales.

En la 2ª sesión trabajamos con EMDR la ansiedad, la sensación de vivirse en el despacho como en una cárcel.

En la 3ª sesión confirmamos la eficacia de la anterior y la desaparición completa de los síntomas de ansiedad, se siente mejor en el trabajo y percibe posibilidades más allá de su situación laboral actual.

Pero subsistía una angustia residual, irracional, sensación de algo que es más grande que él, que está por encima. Retoma un viejo recuerdo de la infancia y localiza en el cuerpo la sensación con la imagen, la cognición "me van a castigar" y la emoción de miedo.

Tiene 6 años y su abuela le pilla con una vecina en juegos sexuales, les riñe fuertemente. Durante muchos años esta angustia le acompaña. Cuando fue a hacer la comunión sintió pánico con ese recuerdo y no se confesó. La sensación de sentirse empequeñecido, de poder ser pillado en falta y castigado ha sido revivido en muchas ocasiones en su vida.

Este recuerdo en el transcurso de las terapias anteriores había aparecido trabaján-

dolo desde lo cognitivo y enfrentándolo a la realidad de sus capacidades actuales. Pero nunca se había llegado a desmontar, desde lo emocional, lo sensorial e irracional, la sensación de sentirse pillado en falta y el miedo al castigo. En la terapia anterior la técnica EMDR no había llegado a España.

La 3ª sesión se dedicó a este recuerdo con EMDR:

- Instauramos primero un lugar seguro en una imagen mental y una sensación de bienestar físico, siendo éste uno de los pasos del protocolo EMDR.
- Tomamos la cognición, emoción y la sensación física de la angustia en el cuerpo, el estómago. La escena, un niño de 6 años con la vecinita y su abuela entra, la emoción de miedo, la idea me he portado mal, me castigarán. Pedimos al paciente que lo ponga todo junto.
- Vamos desde la sensación física atrás hacia la escena, vemos al niño atónito, parado, amedrentado, la abuela castellana, sobria, vieja, amenazadora, riñendo y hablando de pecado mortal, y entonces paramos allí esa imagen. Se dejan unos segundos en cada intervención para que llegue a tomar consciencia.
- ¿Cómo se siente ese Niño, qué piensa, qué necesita?... ponte a su lado tú ahora con tus años actuales, entra en la escena tú ya mayor, eres fuerte...
- Pregúntale qué le pasa... Tú conoces cosas que el niño no sabe, háblale de lo normal que es descubrir el cuerpo a su edad... de lo agradable de ser tocado y tocar, de lo simpática y lo linda que es la vecinita y dile que es un juego..., como la vida hay que descubrirla jugando con amigos y amigas de la misma edad, y ahora cógelo de la mano y háblale de cómo los mayores a veces están equivocados...
- Hacemos pausas y preguntas adecuadas para saber cuál es la experiencia interna del paciente, su ima-

gen mental o cognición y vamos guiando la reestructuración.

- Ponte tú mayor delante de la abuelita y explícale cómo es un niño bueno y saludable que descubre el cuerpo y las sensaciones, y lo mal que se está comportando asustándole así, diciendo cosas falsas porque tú ya tienes experiencia en la vida y sabes que es diferente a lo que la abuela cuenta; díselo a ella y a el niño... y ahora dale permiso para sentirse sin miedo..., nadie le va a castigar. Tú estás allí para protegerle y ayudarle. Díselo. ¿Cómo se siente ahora? Está mejor y tranquilo, protegido...
 - Bien, cógelo de la mano y pasas mirando en una pantalla por esos momentos donde el Niño se angustió, pero no hay castigo, no había nada malo... (aparecen diversas situaciones en diversas edades donde ese miedo y esa idea estaban actuando y son percibidas por el paciente con gran diferencia). Ahora dile al Niño que el peligro pasó... deja que se estire y empiece a crecer con esta nueva sensación.
 - Volvemos al recuerdo, a la escena, pero ésta ha desaparecido, se siente libre, sin miedo. Finalizamos la sesión con un sentimiento de expansión interior, como si hubiera crecido, una idea de vivir y descubrir la vida y una sensación interna de poder resistir a la intimidación y censura y valorar las situaciones con objetividad.
 - Instauramos comportamientos útiles y nuevos para el futuro. "Imagina cómo quieres actuar ante la amenaza, la presión, la intimidación... Métete en esa imagen..."
 - Cerramos la sesión instaurando una cognición, conducta, sensación física y emoción nueva.
- Las sesiones 4ª, 5ª y 6ª se distanciaron 15 días y se estructuraron aspectos vitales generales sobre el sentido que quiere dar a su vida y cómo va a marcarse su plan de vida. Ya no siente miedo, ni angustia. Está más activo y seguro en la búsqueda de un

nuevo trabajo pero puede sentirse bien en el actual y darse el tiempo necesario para encontrar algo que le satisfaga.

La 6ª sesión utiliza EMDR para procesar una sensación de provisionalidad y convertir esta sensación en posibilidad; la vida está abierta y los cambios vendrán y serán buenos.

Las sesiones empezaron el 16 de marzo y terminaron el 21 de mayo, habiéndose mantenido los cambios hasta el momento actual.

CASO 2: "ALGO FUNCIONA MAL EN MÍ"

Mujer de 50 años. Su marido le dejó hace dos años por una amiga común y más joven que ella, después de 24 años de matrimonio.

Ambos profesionales liberales. Ella dejó su trabajo para ir con él. La pareja fue un centro importante para la paciente. Tuvieron un hijo. Pasó una depresión sin diagnosticar ni tratar el resultado de su relación y desacuerdos de pareja. Al marido le describe como racional, exigente y perfeccionista, ejecutivo de alto nivel al que ella admiraba, inteligente y sociable pero frío y distante con ella. Vivía insatisfecha y culpable por demandar afecto y sexualidad. No se ha sentido querida. Ella quería hablar de la relación y él no; esto fue frecuente en todos los años de relación, alternado con periodos de relativa calma.

Tomó durante año y medio medicación después de la separación (Orfidal y Prisdal) sin resultado ni mejoría en su estado emocional y, por tanto, la había dejado.

Llora con frecuencia, se siente inútil. Las emociones son angustia y culpa. La cognición fundamental "algo funciona mal en mí". Lo peor de su vida es haber sido abandonada y no ser querida por ese hombre lo que ratifica que hay algo que va mal en ella. Ya que si fuera de otra forma no la habrían abandonado. La sensación de no ser querida ni querible es muy intensa y se extiende en la actualidad a diferentes ámbitos de su vida, amigos, familias, hombres, trabajo. Sueña con la relación fracasada. No puede sen-

tir enfado ni rabia por la forma en que fue tratada: "Mi corazón no puede entender".

Esta paciente es una mujer altamente exitosa en su trabajo, capaz, inteligente y sociable. No puede ver nada de esto. Su bloqueo está en la culpa y la vergüenza, ya que debió de haberlo hecho mejor para que la quisieran.

La Historia familiar es significativa. Con padres lejanos afectivamente, muy entregados a la relación de pareja desoyendo las necesidades de los hijos. Ella es la mayor de 4 hermanos. En su infancia sus padres regentaban una tienda de pueblo y ella trabajó allí muy pequeña. A los 13 años se encargó de sus hermanos y familia. El afecto entre los padres lo vivía bochornoso, sobaban los hijos. Tenía miedo al padre que le imponía una carga de trabajo desmesurada mientras ellos salían a bailar y disfrutar. Verbaliza "yo no puedo disfrutar", sentía temor si salió con amigas. Se recuerda esforzándose para recibir afecto.

Las dos primeras sesiones fueron de recogida de la historia actual y pasada, y en ellas se estableció un buen vínculo terapéutico. La paciente necesita hablar y su forma de procesar es muy verbal, en cogniciones.

La 3ª sesión fue de EMDR, trabajando con la hipótesis de que recuperando la vivencia e historia relacional de su infancia con sus padres y sobre todo con su padre, trabajando sobre los mensajes recibidos y las injusticias soportadas, y desactivando la necesidad de esforzarse para que le quieran sin nunca conseguir el objetivo, se podría empezar el proceso de duelo por la separación.

No puede conseguir un "lugar seguro". Ésta es una de las fases importantes del EMDR, antes de iniciar el procesamiento de la vivencia traumática, el paciente necesita un asidero seguro, una imagen mental, que recuperándola puede llevar a una sensación física placentera. Cuanto peor es la situación emocional de la persona, más difícil es

ubicar un lugar seguro. Muchas personas deprimidas toman la imagen de su casa, en su cama, acurrucadas.

El proceso EMDR va a hacer que los pacientes revivan las situaciones de malestar de forma intensa. Hay que explicar esto adecuadamente y también dar la seguridad de que si se siente muy mal podrá parar el proceso, ya que ellos marcan el ritmo de la terapia.

Desde la sensación de malestar situada en el corazón, la culpa* como emoción, la idea "algo va mal en mí" y una de las imágenes de cuando fue abandonada, empezamos la estimulación bilateral, tapping en este caso. (Hay personas muy dañadas, en que la estimulación auditiva es demasiado amenazadora, ya que les hace conectar demasiado rápido con recuerdos.) Se pide a la paciente que una todos los estímulos.

- Vamos a rastrear la sensación de abandono partiendo de la reciente experiencia y pidiéndole a la paciente que recorra su vida hacia atrás, guiada por las sensaciones y emociones para buscar la situación sensorial, imagen o emoción más antigua relacionada con "esto". Aparecen imágenes de la cara del marido, de cómo ella quería pedirle amor y él la rechazaba, imágenes de adolescente rebelde, peleando con la autoridad de su padre, a los 13 años encargándose de sus hermanos y la tienda, el miedo al padre cuando salía, de cómo se enteró por una vecina que iba a tener un hermano sin que sus padres se lo hubieran dicho, la idea de "no soy importante para mis padres", a los 6-7 años culpa, el deseo de que su padre se muriera para no sentir más miedo.
- Ahora mira a la niña más pequeña, la de la situación más antigua, ¿cómo es, cómo está? ¿Qué siente?, ¿si mi-

raras por sus ojos qué verías? ¿Si te metieras dentro qué sentirías? (Esto se hace para asociar esas experiencias escindidas entre sí. Se intercalan como en el caso anterior preguntas como ¿qué aparece? etc. para seguir el proceso de su mente y escuchar las verbalizaciones al respecto. Se dejan unos segundos en cada intervención para que llegue a tomar conciencia de la importancia de los comentarios suyos o del terapeuta.)

- Se refuerza lo que va apareciendo. Mira cómo sufre, se siente sola. Pon a tu hijo al lado de ella y mira la diferencia..., pobrecita, cómo sufrió sin nadie que cuidarle... tanto trabajo... tanto esfuerzo... ahora tú puedes entrar allí en esa imagen y darle lo que necesita y decirle lo que necesita... "te permito descansar, disfrutar, cuidar de ti"... todo en ti está bien, sólo eres una niña que quiere el amor de sus padres, unos padres descuidados, desatentos.
- Y esta niña, mira cuántos esfuerzos hizo y ellos ausentes... coge a la niña y a todas aquellas que fuiste y deja pasar por una pantalla tantos esfuerzos por ser querida, atendida... cógelas a todas ahora tú puedes reconocerlas y descubre los maravillosas niñas que son, amorosas, especiales.

Las pausas corresponden a los momentos en los que ella puede expresar, y también a la intención de procesar la información y experiencia con una nueva estructura.

- Ahora, pondremos allí a esos papas y díles lo que hicieron mal... tan mal... y lo que tanto dañó a esas pequeñas... ahora tú eres grandes y sabes cómo se cuidan a los bebés y los niños... Tienes a todas contigo, ahora díles "yo os quiero, os cuido"... no hace falta ningún esfuerzo más... pon a estos que te maltrataron... papá y él (marido) cuanto te esforzaste durante tantos años porque tú sólo que-

rías que te quisieran... pasa por una pantalla todo eso... y mira cómo esas niñas y esa mujer están libres ahora...

- Seguir preguntando ¿qué hay, dónde estás? para ir guiando la nueva perspectiva de las situaciones vividas.
- Lo que estaba mal era la situación no esas niñas, ¿puedes verlo ahora?... Díselo a ellos... Coge a todas ellas y haz que entren en ti con tu nueva sabiduría, ahora eres más grande ya creciste y puedes cuidar de ti, no necesitas buscar el amor está en ti, el pasado pasó, está atrás...
- ¿Cómo te sientes? ¿Cómo está tu corazón? ¿Qué puedes decir ahora de ti? Puedo disfrutar de mí y sentirme bien. Refiere sensación de paz y luminosidad interna.

Se instala la nueva sensación, pensamiento. Volvemos a la primera imagen del abandono del marido; y el dolor y la culpa han desaparecido, se siente más distante, más segura, más fuerte. Se instalan estas sensaciones. Instauramos un lugar seguro para próximos trabajos y procedemos al cierre de la sesión.

En las siguientes sesiones (muchas de ellas con EMDR) empezamos a estructurar situaciones laborales que estaban contaminadas de las ideas y la sensación de "algo está mal en mí".

Empezó a criticar la actitud de su ex marido, a sentir rabia, y dejó paulatinamente de llorar. Se distanció del problema viéndolo sin tanto dolor. Los sueños fueron diferentes, como que él se metía en su cama y ella lo rechazaba. Pensó vender la casa común. Incluso compartió algunos encuentros familiares con su ex, ya que la madre de éste estaba enferma. En la sesión 10 tomó unos días Seroxat coincidiendo con que las noticias sobre su ex marido y su nueva vida aumentaban. A final de junio (iniciamos las sesiones el 16 de diciembre de 2003) se sentía bastante bien, incluso aceptando compartir (aunque a regañadientes) los amigos que habían sido comunes y habían acepta-

* La vergüenza intrapsíquica aparece como resultado natural de la humillación transaccional, según R. Erskine. Y esta creencia de guión, "algo funciona mal en mí" puede pertenecer a la vergüenza. Sin embargo, aquí respetamos el nombre con el que la paciente alude a su emoción: culpa.

do a la nueva pareja de él "demasiado" rápido. En la actualidad se siente estable, con algunas situaciones difíciles que orienta con fuerza y la rabia necesaria para salir adelante. En este proceso utilizamos 13 sesiones, las 7 primeras semanales y el resto quincenales.

BIBLIOGRAFÍA

- Erskine, R.G. y Moursund, I.P. (1988). *Integrative psychotherapy in action*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lovett, J. (1999). *La curación del trauma infantil*. Barcelona: Paidós.

BASES CONSTRUCTIVISTAS EN LA PSICOTERAPIA REEDUCATIVA CON NIÑOS TRES CASOS PRÁCTICOS*

ARANTXA-NADIA COCA VILA**

El objetivo de este trabajo es exponer las observaciones y conclusiones realizadas en sesiones de psicoterapia reeducativa en niños de entre 8 y 11 años de edad. Se comentan los diferentes tipos de trabajo psicoterapéutico que pueden llevarse a cabo con niños en edades de Primaria, describiendo en qué consiste el enfoque Constructivista en los procesos de aprendizaje y en concreto qué aspectos deben tenerse en cuenta en la psicoterapia reeducativa.

LA PSICOTERAPIA REEDUCATIVA

Cuando hablamos de psicoterapia infantil casi siempre suele entenderse esa intervención que trabaja el mundo emocional del niño que manifiesta algún tipo de trastorno como alteración de la conducta, ansiedad, depresión, etc.

Sin embargo, ésta no es la única intervención psicológica que podemos hacer con el pequeño. También está lo que algunos autores han llamado Psicoterapia Reeducativa (García y Jaumejoan, 1999). Este tipo de psicoterapia no debe confundirse con sesiones de repaso o refuerzo escolar. En este tipo de intervención el trabajo de tipo "escolar", esto es, donde aparecen y se ejercitan contenidos instrumentales como Lengua o Matemáticas, no se realiza porque no es ese su objetivo.

En el trabajo psicoterapéutico con niños hay tres estructuras que pueden trabajarse y las tres pertenecen al estado NIÑO del niño-cliente.

- EI PADRE DEL NIÑO (PNIÑO): donde está y se forma el disquete del individuo y se graban los Permisos, Mandatos y, por tanto, Drivers que éste aprende.
- EI ADULTO DEL NIÑO (AN): donde se encuentra el Pequeño Profesor o lo que comúnmente llamamos intuición. La intuición es un instrumento natural y propio de la persona que debe desarrollarse sobre todo en etapas tempranas, porque es el que guía la curiosidad, y la curiosidad es la que mueve la Motivación de Conocimiento del niño, es decir, la que promueve el aprendizaje.
- EI NIÑO DEL NIÑO (NN): donde se encuentra el Niño Libre y Niño Biológico o conjunto de necesidades y manifestaciones espontáneas e instintivas auténticas del individuo.

Así, podemos dirigir la intervención psicológica infantil hacia tres direcciones, según los objetivos de la terapia.

* Comunicación presentada en el XII Congreso Español de A.T., en Zaragoza (17-19 de Septiembre 2004).

** Arantxa-Nadia Coca Vila. Pº Sant Joan, 50. 08010 Barcelona. acocavila@yahoo.es

¿Dónde interviene la Psicoterapia Reeducativa (desde ahora, P.R.) en estas tres estructuras? Principalmente en la segunda, en el Adulto del Niño, teniendo en cuenta que estas tres estructuras están interconectadas ya que pertenecen al mismo estado del Yo, el estado Niño, y que por tanto siempre que trabajamos sobre una de ellas también incidimos indirectamente sobre las otras. De alguna manera, las tres conforman un Sistema donde los cambios de una de ellas afectarán a las otras dos. En este sentido, podemos decir que la P.R. tiene incidencia también sobre el mundo emocional del niño, aunque no lo trabajemos directamente. Por ejemplo, si durante la terapia damos el Permiso al niño de equivocarse, evidentemente estamos colateralmente interviniendo sobre el Driver "Sé Perfecto" que el niño pudiera tener.

Así pues, el objeto de trabajo de este tipo de intervención es el AN, es decir, desarrollar el aparato intuitivo del niño. Pero entonces, si no se trabajan contenidos instrumentales (esto es, escolares, "letras" y "números"), ¿en qué consiste la P.R.?

EL CONSTRUCTIVISMO

Antes de responder a la pregunta anterior, es necesario conocer algunos aspectos del paradigma constructivista ya que sus premisas se transforman en la base de actuación a partir de la cual la P.R. se lleva a cabo.

Bajo el término Constructivista se agrupan concepciones, interpretaciones y prácticas bastante diversas. No hay una única teoría constructivista, sino un conjunto y es por eso que hablamos de Paradigma Constructivista, porque se trata de una manera de entender cómo funciona la inteligencia del ser humano en los procesos de aprendizaje, y bajo esa manera de entender se agrupan varias teorías que la trabajan (las más conocidas son las de Piaget, Vigotski, Ausubel y aquellas que provienen de la teoría del procesamiento de la información cuyo representante es Bruner). Todas ellas

son enfoques sobre el aprendizaje, es decir, explican cómo la persona entiende la realidad y cómo la aprende. Cuando hablamos de aprender no debemos pensar en el aprendizaje que se hace en la escuela, sino en el aprendizaje en el sentido más global y general, sinónimo de adquirir conocimiento a través no sólo de los libros y los estudios académicos, sino también de las experiencias que vivimos en el día a día.

Haciendo un resumen de lo que postula este paradigma a la hora de explicar cómo trabaja la mente humana cuando aprende, diríamos que:

1. El sujeto es activo frente a lo real, e interpreta la información proveniente del entorno.
2. Lo nuevo se construye siempre a partir de lo adquirido.
3. Por tanto, debe existir una actividad mental constructiva propia e individual para producir conocimiento.

Este último aspecto es el que se pretende desarrollar en la P.R.: la construcción de estructuras mentales o de pensamiento, es decir, desarrollar la capacidad intuitiva moviendo estructuras mentales o de pensamiento del niño. En otras palabras: hacerle pensar.

PSICOTERAPIA Y CONSTRUCTIVISMO

¿Cómo y a través de qué tipo de actividades llevaremos a cabo el objetivo de la psicoterapia?

El Constructivismo nos enseña cómo funciona la inteligencia de una persona, pero no nos dice cómo o qué debe enseñarse para desarrollarla, no prescribe qué debe hacerse. Eso es algo que cada maestro, formador o psicoterapeuta debe diseñar y adaptar según los objetivos de trabajo. Por lo tanto, el Constructivismo nos ofrece la descripción pero no la intervención. Sin embargo, a partir de sus postulados podemos intuir cómo debiera de ser ésta última.

Teniendo en cuenta lo que el Constructivismo nos enseña sobre el funcionamiento de la mente humana y partiendo, evidente-

mente, de los principios del Análisis Transaccional, las características de la P.R. son las siguientes:

- Se lleva a cabo a través de un proceso de descubrimiento relativamente autónomo por parte del niño a partir de una situación vivencial concreta en el marco de la consulta.
 - Esa situación vivencial que el niño está experimentando se convierte en un CONFLICTO COGNITIVO, es decir, se convierte en un reto que le invita a buscar una solución.
 - El niño va haciendo interpretaciones sobre la situación que vive, hasta dar con una que le satisfaga, que le ayude a llevar a cabo lo que pretende. Cuando eso sucede, decimos que se ha producido un CAMBIO COGNITIVO en el niño, lo que en psicología llamamos "insight".
 - Es por tanto, un proceso de ensayo-error, donde el niño prueba una y otra vez de dar explicación a lo que está sucediendo. Por tanto se establece un diálogo entre niño y objeto/situación.
- Por lo que se refiere al psicoterapeuta:

- El papel del psicoterapeuta es de mediador social en ese diálogo entre niño y objeto/situación. Tiene que aprovechar las situaciones y experiencias espontáneas que surjan para ejercitar la actividad mental e intuitiva del niño, es decir, hacerle pensar.
- Es necesario que el psicoterapeuta se sitúe en el interior de la mente del niño y que intuya qué es lo que éste último está entendiendo en ese momento y hacer que dé un paso más que le acerque al insight o cambio cognitivo.
- Es importante que el psicoterapeuta no proponga experiencias o actividades para hacer, o al menos no de forma directa, es decir, no puede facilitar el conocimiento porque, por un lado, el Constructivismo nos enseña que el verdadero aprendizaje es aquel que la persona ha construido (y experimentado "personalmente") y no aquel que proviene de una incorporación sin más. Y por otro

lado, el A.T. nos enseña que existe el riesgo de que el psicoterapeuta sea visto por el niño como un Padre Crítico. Es común en muchos niños desarrollar una ansiedad persecutoria hacia el psicoterapeuta, a quien pueden llegar a ver como una figura autoritaria y censuradora a la que temer u obedecer.

Este tipo de psicoterapia puede aplicarse en casos de fracaso escolar, trastorno de Hiperactividad con/sin déficit de atención (T.D.A.H.) y en general a todos aquellos niños con baja capacidad de simbolización.

A continuación, se exponen diversos casos del trabajo realizado en alguna sesiones de P.R.

CASO 1: RAÚL

Raúl es un niño de nueve años que juega con agua y unos vasitos, llenándolos y vaciándolos en la bandeja donde están. No se da cuenta de que la bandeja se llena de agua y que está mojando la mesa y el suelo. Cuando la mesa está literalmente "inundada" de agua, Raúl cae en la cuenta.

RAÚL.—*¡Anda! ¡Pensaba que no había agua!*

Raúl juega con el agua, mojándose el pelo.

RAÚL.—*¡Agua!*

TERAPEUTA.—*¿Qué vas hacer con el agua?*

RAÚL.—*No sé. ¿Me perdonas?*

TERAPEUTA.—*¿Por qué te tengo que perdonar?*

RAÚL.—*Porque se ha caído.*

TERAPEUTA.—*¿Y eso es algo malo?*

RAÚL.—*Está en el suelo y hay que cogerla.*

TERAPEUTA.—*¿Y cómo podemos hacerlo?*

RAÚL.—*No sé (preocupado). Dímelo tú.*

TERAPEUTA.—*Yo tampoco lo sé.*

RAÚL.—*Noooooo, dímelo tú, porfa.*

TERAPEUTA.—*Es que yo tampoco lo sé.*

Tenemos que pensar cómo recogerla.

RAÚL.—*Ya está, nos la bebemos de la mesa.*

TERAPEUTA.—*Es que yo no tengo sed.*

RAÚL.—*Anda, porfa.*

TERAPEUTA.—*Es que no tengo sed. Además, la mesa está sucia.*

RAÚL.—¡Jooooo! (muy preocupado). ¡Dímelo tú!

TERAPEUTA.—Vamos a pensar qué nos puede ir bien para recogerlo.

RAÚL.—¡La ponemos otra vez en la botella!

TERAPEUTA.—Vale, vamos a probar. ¿Cómo lo hacemos?

Silencio. RAÚL está pensativo.

RAÚL.—No sé (quejándose). ¡Dímelo!

TERAPEUTA.—Yo tampoco lo sé. Pensemos en más cosas (pone cara pensativa).

RAÚL.—¡Ah! ¡Con un trapo!

TERAPEUTA.—¡Anda! Vamos a probar. Busquemos un trapo.

Buscan un trapo y la TERAPEUTA se lo da a RAÚL. Éste empieza a pasarlo por la mesa y todo el agua cae al suelo, pero la mesa sigue mojada.

RAÚL.—¡¡El agua no se va!

TERAPEUTA.—¿Qué raro? ¿Y por qué no?

RAÚL.—No sé (muy enfadado). ¡Ya sé! ¡Tiramos el agua al suelo y cogemos una fregona y limpiamos el suelo!

TERAPEUTA.—¡Ah! Probemos. Porque... ¿no hay otra manera? No sé, tirar todo el agua al suelo...

RAÚL.—No, sólo ésta. Sólo ésta.

TERAPEUTA.—Vale, venga.

Tiran con el trapo el agua restante al suelo.

TERAPEUTA.—Ojalá pudiéramos poner esta agua en otro sitio y no en el suelo.

RAÚL.—¡Ah! En la bandeja (señala una bandeja pequeña que hay en una mesa).

TERAPEUTA.—¡Anda, es verdad!

Cogen la bandeja y retiran el agua de la mesa a la bandeja. Pero el agua se cae.

RAÚL.—No la coge (refiriéndose a la bandeja y al agua).

TERAPEUTA.—¿Y por qué?

RAÚL.—¡No sé! ¡Vamos a por una fregona!

Cogen una fregona. RAÚL la pasa por la mesa y por el suelo.

RAÚL.—¡La mesa no se limpia!

TERAPEUTA.—¡Es verdad! ¿Y que hacemos?

RAÚL.—¡Una toalla!

En este caso se trabaja una actividad desarrollada a partir de una situación "accidental", no preparada a priori. Es lo que lla-

mamos aprendizaje incidental, realizado a partir de situaciones espontáneas que son aprovechadas por el psicoterapeuta como material de trabajo.

Raúl, al tener que hacer frente a sucesivos interrogantes que van surgiendo, va haciendo propuestas hipotéticas de soluciones y las pone en práctica. Estas propuestas son, en cada ocasión, más ajustadas a la situación, con lo cual cada vez el niño hace una construcción mental de lo que está sucediendo más acorde con la realidad.

Por otro lado, la actitud del terapeuta es en todo momento de orientación, no de dirección. Se abstiene de ofrecer resultados y se dedica a expresar en voz alta lo que está sucediendo relejendo la situación para hacerla más comprensible y mostrándose auténtico con cómo se siente.

CASO 2: SEBASTIÁN

Sebastián es un niño de diez años a quién le encanta el básquet. En la consulta siempre pide jugar con la pelota y utiliza la papelera como canasta. Un día, al acudir a la consulta, encuentra que la canasta ha desaparecido...

SEBASTIÁN.—¡La canasta no está! ¡Yo quería jugar a básquet un ratito!

TERAPEUTA.—Es verdad ¿y ahora qué harás?

SEBASTIÁN.—¡Necesito una canasta!

TERAPEUTA.—Utilizar la papelera como canasta fue un idea muy buena. Quizás puedas buscar otra cosa que te sirva...

SEBASTIÁN.—¡No, no hay! (enfadado).

TERAPEUTA.—Ya veo que te desanimas en seguida... Seguro que puedes encontrar algo si miras un poco más.

SEBASTIÁN abre las cajas de juguetes y encuentra en una de ellas cartulinas.

SEBASTIÁN.—¡Voy a construir una canasta!

Coge una cartulina y tijeras y empieza a recortar de forma apresurada.

SEBASTIÁN.—¡No sale! ¡No sé hacerlo! ¿Me ayudas?

TERAPEUTA.—Yo tampoco sé hacerlo. ¿Cómo es una canasta?

SEBASTIÁN hace la forma con las manos.

TERAPEUTA.—¡Ah! ¡Como un vaso! Quizás un vaso nos sirva...

SEBASTIÁN.—¡Nooo! La canasta es más grande y tiene una redonda donde meter la pelota. ¡Ya sé cómo hacerla!

Coge otro trozo de cartulina y recorta una circunferencia.

SEBASTIÁN.—¡Ya está! (gritando de alegría). La engancharemos en la pared.

Con celo engancha la cartulina-canasta en la pared.

TERAPEUTA.—Ya no necesitamos la papelera ni tampoco una canasta de verdad. ¡Esta será nuestra canasta a partir de ahora!

En esta ocasión, la actividad no fue espontánea, sino indirectamente dirigida por el psicoterapeuta ya que éste retiró la canasta previamente.

El psicoterapeuta lee en voz alta la actitud que muestra en todo momento el niño y refuerza la confianza en sí mismo proponiéndole que piense en posibles soluciones. En un inicio, el niño no se para a pensar en cómo es una canasta y en lo que debe hacer para construirla. Sólo cuando la describe en voz alta encuentra las pautas para fabricarla, se produce el cambio cognitivo. Para que esto sucediera, fue suficiente con hacerle una pregunta: "¿cómo es una canasta?". La satisfacción que produce en el niño comprobar que es capaz de hacer cosas (que tiene Potencia, utilizando términos de A.T.), acaba por superar la ilusión por la posesión del objeto (la canasta) (Imagen 1).

CASO 3: DANIEL Y BORJA

Daniel y Borja son hermanos y llevaron a cabo una psicoterapia de grupo¹. Daniel tiene once años y Borja cinco. Es el primer día que están juntos en la sesión. Daniel se muestra nervioso, intenta acercarse a su

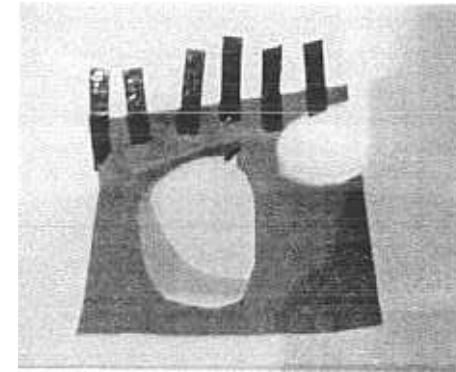


Imagen 1: La canasta de Sebastián.

hermano pero en seguida vuelve a evitarlo de una manera muy agresiva. Cuando la terapeuta les propone que piensen en algún juego que puedan hacer entre los dos, Borja se muestra entusiasmado, pero Daniel se queja diciendo que con su hermano no se puede hacer nada. Borja abre la caja de juegos y descubre las piezas de barro. En seguida lleva una a la mesa y comienza a golpearla.

TERAPEUTA.—¿Queréis hacer algo con el barro?

DANIEL.—Bueno, pero con mi hermano es imposible.

TERAPEUTA.—Pensemos que podemos hacer los tres con el barro.

Durante la primera sesión, Daniel se mostró receloso de compartir algo con su hermano, y surgieron pocas ideas. En la siguiente sesión, Borja planteó a la terapeuta poder hacer una figurita con ella. Ambos decidieron hacer una barca.

TERAPEUTA.—¿Qué sabes hacer?

BORJA.—¡El mar, el mar!

TERAPEUTA.—¿Cómo es una barca?

Se inicia un diálogo sobre cómo es una barca. Daniel no quiso colaborar en la acti-

¹ Este tipo de tratamiento en niños merece un capítulo a parte puesto que hay consideraciones muy concretas y no es el objetivo de este trabajo describirlas, sin embargo la P.R. también se utiliza en estos casos.

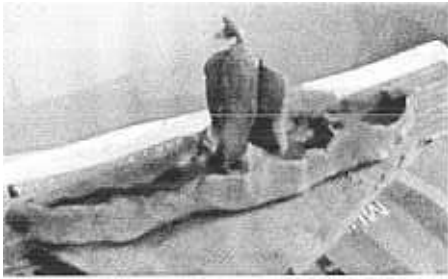


Imagen 2: La barca de Daniel, Borja y la psicoterapeuta.

vidad hasta el tercer día. Decidió que haría la vela de la barca. Se hicieron varios intentos de barca, hasta que salió una figurita que gustó a los tres.

En este caso la actividad ha sido pensada por todos los integrantes de la sesión. El psicoterapeuta invita a los niños a que compartan un tiempo y una producción con otras personas, teniendo en cuenta no sólo sus necesidades, gustos e intereses sino también los de los compañeros. También fomenta el diálogo y permite el ensayo-error a partir de la reflexión de las diversas propuestas que van surgiendo para trabajar. Como comentábamos en un inicio, no sólo se desarrollan estructuras mentales en este tipo de abordaje psicoterapéutico sino que paralelamente se trabajan aspectos emocionales como la rivalidad fraternal, la inhibición de juego compartido y la posición vital -/ ó -/+ (Imagen 2).

CONCLUSIONES

Podemos decir que:

1. La P.R. se convierte en el Permiso "Piensa", que es un permiso gregario del Permiso Básico "Existe".
2. La P.R. opera como un puente entre la realidad interna y externa del niño, permitiendo la elaboración de nuevas estructuras mentales, poniendo en marcha la capacidad de simbolización y re-significación de la realidad, permitiendo así el aprendizaje.
3. Permite rescatar las dificultades de aprendizaje de estos niños y colocar-

las en otros ámbitos de la vida cotidiana del niño donde hay también dificultades que tampoco pueden resolver. Esas dificultades se transformarán en actividades-oportunidades de aprendizaje en la sesión terapéutica.

4. La P.R. facilita, a partir de la implicación y participación activa y directa del niño, el aprendizaje de la toma de decisiones.
5. El psicoterapeuta debe tener una buena capacidad para contener su propia ansiedad y sus Drivers y evitar caer en la tentación de responder o actuar por el niño. Es necesario que viva adecuadamente las situaciones inesperadas y no programadas de la sesión, y que sepa reconvertirlas en oportunidades de aprendizaje. Los Estados con los que el terapeuta debiera trabajar son el A, el AN (su propia intuición) y su NL.

Esta forma de trabajo convierte la psicoterapia en un área de seguridad que permite al niño ser más atrevido, tener hipótesis (o fantasías) y ponerlas en práctica. El marco psicoterapéutico, pues, se convierte en un laboratorio donde poder experimentar, cambiar, equivocarse, acertar, etc. Es decir, donde poder conocer el mundo y a uno mismo y tomar decisiones de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruner, J. (1996). La pasión por renovar el conocimiento. *Cuadernos de Pedagogía*, 243, 8-13.
- Delval, J. (1997). Hoy todos son constructivistas. *Cuadernos de Pedagogía*, 257, 78-84.
- García, C. y Jaumejoan, M. (1999). El grupo de reeducación: una modalidad terapéutica de aprendizaje significativo. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 27, 35-55.
- Glassersfeld, E. von (1995). *Radical constructivism*. Londres: Falmer.
- González, C. y Coll, C. (1994). De qué hablamos cuando hablamos de constructivismo. *Cuadernos de Pedagogía*, 221, 8-10.

ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y MUSICOTERAPIA AUTORREGULADORA, UNA ARMONIOSA INTEGRACIÓN

CONXA TRALLERO FLIX*

Profesora Titular de la Universidad de Barcelona,
del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical y Corporal

En este trabajo se ofrecen, después de la presentación de los objetivos, los antecedentes y descripción de la MT, sus bases científicas, sus métodos, corrientes y aplicaciones, un método personal de la MTA, la armoniosa integración del A.T. a la MTA, los resultados obtenidos y las conclusiones a tener en cuenta.

PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS DE LA PONENCIA

Desde hace 14 años desarrollo mi labor en el ámbito del crecimiento personal a través de la música, conduciendo sesiones de Musicoterapia (MT) e impartiendo talleres y cursos que buscan conseguir que las personas se encuentren a sí mismas, se conozcan mejor y aprendan a descubrir su potencial creativo, a reconocer y manejar mejor sus emociones y a sentirse más integradas con ellas mismas y con su entorno, a la vez que aprenden a afrontar las situaciones de ansiedad, depresión o estrés, originadas por circunstancias personales o laborales.

El objetivo de esta ponencia es doble. Por un lado, difundir la MT, una técnica psicoterapéutica que se conoce poco y mal, y sobre la cual abundan ideas erróneas o inexactas, muchos tópicos y un gran desconocimiento sobre su aplicación y utilidad. Por

otro lado deseo compartir con las personas interesadas mis experiencias en el terreno de la MT, en el que apporto un método propio, la Musicoterapia Autorrealizadora (MTA), que integra algunas técnicas del **Análisis Transaccional**.

ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DE LA MT

Si bien es cierto que las capacidades terapéuticas de la música eran bien conocidas por las civilizaciones antiguas (China, Egipto, Grecia...), que la usaban en contextos mágicos, míticos o médicos, no fue hasta el final de la Segunda Guerra Mundial y a raíz del tratamiento con música a los heridos de guerra, cuando empezó a considerarse una ciencia y a expandirse por distintos países, en los que poco a poco se fueron creando asociaciones para el estudio y

* Master en Musicoterapia, pianista, improvisadora y creadora de un método propio, la Musicoterapia Autorrealizadora.

la práctica de la MT. Paralelamente, los profesionales empezaron a desarrollar investigaciones, cuyos resultados comenzaron a publicarse en forma de artículos, libros y métodos, creando así un sólido cuerpo de conocimiento que permite demostrar de manera empírica la eficacia de la música como herramienta terapéutica. Así y todo, estamos hablando de una Ciencia que tiene tan sólo unos 50 años, si consideramos sólo la era moderna, lo cual es muy poco tiempo para que sea comprendida y acreditada, tanto por el ciudadano de la calle como por las instituciones, que todavía desconfían de sus virtudes.

Para hacer una primera aproximación a la MT empezaremos destruyendo algunos tópicos que circulan y que reducen en gran medida la credibilidad de su eficacia. A menudo, si preguntamos a alguien qué es la MT, nos respondería que es un método de relajación que consiste en escuchar música clásica tumbado en el sofá de casa. Si seguimos recavando información, nos dirá que es posible adquirir unos discos de música (clásica, otra vez) especialmente seleccionada para entrar en un estado de calma y solucionar los problemas, salir de una depresión, animarse, etc. También se puede recurrir, añadirá, a cierto tipo de música Nueva Era, compuesta para superar situaciones y conflictos específicos, así como a los sonidos naturales del mar, los pájaros, etc., que pueden sanar. Con estas aseveraciones nos encontramos ante los primeros y muy difundidos conceptos erróneos sobre la MT, propiciados en parte por intereses comerciales de los productores de este tipo de grabaciones y mantenidos por una sociedad que busca recetas fáciles, cómodas y pasivas, en lugar de ponerse cada uno a trabajar activamente en el propio desarrollo, asumiendo la responsabilidad de iniciar una psicoterapia que le permita adquirir estrategias para resolver los problemas.

Para que una psicoterapia pueda ser considerada como tal ha de existir, al menos al principio, la figura del psicoterapeuta. Otra cosa es que al cabo de un cierto tiempo de trabajo, el cliente haya adquirido suficien-

te conocimiento sobre sí mismo y disponga de estrategias y recursos para lidiar él solo con sus conflictos. Por lo tanto, ponerse en casa un CD de música sin el acompañamiento de un profesional no se puede decir, de ninguna manera, que sea MT. También es cierto que todas las situaciones tienen distintos grados y que en nuestra vida cotidiana a veces nos automedicamos. En este sentido, el ejemplo citado de escuchar música podría compararse a tomarnos una aspirina cuando nos duele la cabeza... y poco más.

Otro tópico muy extendido, también, es el de creer en la existencia de fórmulas o recetas musicales que sirven para cualquiera. Es falso: no hay una música específica que sirva para curar la tristeza, la melancolía, la depresión o el estrés. Cada persona necesita una música distinta dependiendo de muchos factores como su estado de ánimo, sus preferencias musicales, sus experiencias, vivencias y recuerdos asociados a la música, y un largo etcétera. Una misma música puede producir efectos completamente diferentes, e incluso opuestos, en distintas personas o incluso en la misma persona en momentos diferentes de su vida.

Es muy frecuente, igualmente, la creencia de que para animar a alguien que está deprimido hay que hacerle escuchar música alegre e, inversamente, para calmar a unos alumnos hiperactivos debemos hacerles escuchar música lenta. Contrariamente a esta idea, la MT se rige por el principio homeopático del ISO según el cual cualquier intervención musical se debe corresponder al estado anímico y al ritmo vital del individuo, a fin de establecer una conexión directa con su emoción, en lugar de oponerse a ella. De esta forma se favorece el que la experimente con mayor conciencia y profundidad, un requisito previo para dejar que se vaya.

Otro error habitual es considerar que la MT sirve sólo (o básicamente) para relajarse, cuando sus aplicaciones son múltiples y variadas, entre las cuales la relajación es más bien un medio y no una finalidad. Tampoco es cierto que haya que escuchar música clásica o Nueva Era. Porque, en realidad, ni siquiera es verdad que la MT consis-

ta en escuchar música. La audición pasiva o receptiva es un recurso poco usado, y que se reserva para enfermos terminales, pacientes en coma, procesos pre y post operatorios, anestésicos y otras situaciones en las que el paciente no puede o no debe realizar movimientos o actividades musicales. En este caso, cuando el musicoterapeuta determina que es necesario o conveniente usar la música en audición pasiva, elige una que sea significativa para el cliente y que pueda vincularse con sus emociones, recuerdos, vivencias y necesidades. Tampoco se suele abandonar al cliente a su suerte mientras dura la audición. Si la música está grabada, el musicoterapeuta puede acompañarle dirigiéndole en una visualización, dándole instrucciones y sugerencias sobre aspectos en los que pueda centrarse. Y aún más eficaz, aunque todavía en el ámbito de la MT receptiva, es que sea el propio musicoterapeuta quien cree la música en el momento, ya sea improvisada vocal o instrumentalmente en función del estado de ánimo del cliente, o ya sea tocando o cantando alguna melodía que sea representativa para él.

Con esto llegamos a la línea de trabajo en el que se inscribe mi método, la MT activa, en el cual el cliente se implica de forma global a través del movimiento, el ritmo, el canto y la ejecución musical con instrumentos sencillos, básicamente de percusión. Dentro de la MT activa se puede usar música conocida que el cliente interpreta o reproduce en forma de ritmos o canciones, o podemos estimular su inventiva invitándole a improvisar y permitiéndole así expresar sus sentimientos del momento.

BASES CIENTÍFICAS DE LA MT

Las investigaciones realizadas hasta el presente evidencian que la música tiene una gran capacidad estructuradora y reguladora de los distintos aspectos que conforman la persona: físico, emocional y mental.

En primer lugar encontramos el sonido, la materia prima de la música, una realidad fi-

sica que se propaga en forma de ondas y que recibimos a través de los huesos, la piel y el oído. La vibración del sonido activa diferentes zonas corporales, que vibran por simpatía según su frecuencia o altura. Nuestro cuerpo es receptivo a los sonidos que le llegan, incluso sin que tengamos consciencia de ello. Frecuentemente los sonidos y ruidos a los que estamos expuestos cotidianamente nos afectan sin que nos demos cuenta. También los animales y las plantas son sensibles al sonido y a la música, que modifica su comportamiento.

El ritmo activa la parte fisiológica y tiene gran influencia sobre los ritmos vitales (latido, respiración, presión sanguínea...). Nuestro ritmo interno tiende a sincronizarse con el que proviene de la música, siempre que ambos no sean demasiado distintos en cuanto a su velocidad. De esta manera podemos acelerar o retardar los ritmos corporales, usando unos ritmos musicales de velocidad rápida o lenta.

La melodía está formada por diferentes alturas de sonidos en sucesión. Enlaza rápidamente con las emociones, recuerdos, fantasías. Permite evocar y revivir situaciones y experimentar de forma muy vívida los sentimientos del presente o del pasado.

La armonía, formada por diferentes alturas de sonidos en simultaneidad, es el elemento más complejo de la música. Tiene relación con los aspectos mentales y cognitivos. Requiere del análisis y de la síntesis y nos pone en relación con el universo, a través de las leyes de los armónicos.

Es importante destacar que cada uno de los elementos integra los anteriores; así, el ritmo está compuesto de sonido, la melodía está formada por sonido y ritmo, y la armonía comprende el sonido, el ritmo y la melodía. De esta manera cada elemento de la música se vincula con una parte de la persona y le ayuda a integrar las demás. Ritmo, melodía y armonía permiten expresar y comprender nuestro mundo físico, emocional y mental. Por esa razón la música permite la estructuración del mundo interno, la comunicación interpersonal y el descubri-

miento de las potencialidades y singularidades que subyacen en cada uno de nosotros.

MÉTODOS, CORRIENTES Y APLICACIONES DE LA MT

La MT es una disciplina muy amplia que se puede aplicar de distintas maneras y en situaciones dispares. Se acostumbra a poner en práctica asociada a diferentes corrientes psicológicas. Así, podemos encontrar musicoterapeutas de línea psicoanalítica, conductista, humanista o transpersonal. A esta diversidad podemos añadir la posibilidad de elegir entre la aplicación receptiva o activa. Esta última puede ser, a su vez, más o menos creativa, es decir basada en la improvisación o no. También es cierto que en muchos casos el profesional usa distintos métodos en función de la situación o de las demandas del cliente; así, puede ser que en una sesión alterne el trabajo de improvisación propio de la MT activa-creativa con el de la MT activa-interpretativa y con la audición receptiva. Igualmente, un musicoterapeuta de marcada tendencia humanista puede usar puntualmente técnicas conductistas de desensibilización, por citar un ejemplo.

Las sesiones pueden ser individuales o en grupo. En ambos casos se combina la expresión y comunicación no verbal con la verbal.

MTA, UN MÉTODO PERSONAL

Musicoterapia Autorrealizadora es mi propio sistema de aplicar las cualidades terapéuticas de la música en situaciones que requieran una intervención terapéutica para mejorar las capacidades expresivas, creativas y de comunicación, a la vez que se fomenta la propia realización personal del cliente.

El trabajo que vengo desarrollando en el terreno de la MTA se centra, sobre todo, en la terapia de grupo, a partir de un enfoque humanista e integrador que propone a la persona un recorrido hacia su interior en bus-

ca de una forma genuina de manifestación de la creatividad. La exteriorización de la música personal es un reflejo del mundo interno y las dificultades para reconocerlo y aceptarlo se manifiestan en la creación e improvisación musical. Toda modificación en el interior se muestra rápidamente en la forma de comunicarse musicalmente. Inversamente, todo cambio en la estructura de la improvisación o en la relación con los compañeros del grupo con el que se toca o canta, comporta un cambio en el nivel interno.

Las personas que trabajan en mis grupos buscan un mayor grado de autoconocimiento a través de descubrir y aprender a usar la propia voz como una afirmación de la riqueza interna, no contaminada por los estereotipos sociales. Buscan cultivar el centrarse e interiorizar, encontrar paz y plenitud, vencer bloqueos expresivos, superar el miedo a mostrarse, desarrollar la creatividad como una forma de aumentar su autoestima, mejorar las relaciones interpersonales, enfrentarse a las inseguridades, miedos, ansiedades, estrés... es decir, crecer y avanzar como personas y sentirse más integradas, equilibradas y armónicas. Para seguir un tratamiento con MTA no se necesita ningún conocimiento musical previo, porque desarrollamos la intuición y la percepción de la música interna que todos poseemos, lo que se llama el "ser musical", innato en todos los seres humanos.

En una sesión de MTA se efectúan actividades con distintos objetivos. Al empezar realizamos estiramientos y ejercicios corporales en la línea de la gimnasia holística, con el fin de deshacer los nudos y las tensiones instaladas en el cuerpo y concentrar la atención de los participantes en el aquí y ahora, puesto que suelen llegar preocupados, tensos y dispersos. Algunos ejercicios están tomados de la bioenergética, del tai-chi o de la eutonía y siempre se desarrollan con música, que puede ser interpretada por mí con el piano o con un instrumento de percusión, o producida por los participantes en forma de sonidos. Otros tienen como finalidad favorecer la emisión de la voz o armonizar la respiración con el sonido y con el movimiento del cuerpo. En esta etapa inicial

de la sesión se improvisan ritmos usando percusiones corporales para mejorar la psicomotricidad y sentir el cuerpo más presente.

Sigue una etapa de experimentación individual, de búsqueda de las posibilidades de la propia voz, de investigación sobre el efecto que la vibración de las vocales y consonantes que emite cada uno tiene sobre su organismo y estado anímico. Otras veces propongo dirigir la atención y la voz a zonas corporales concretas, para relajarlas o revitalizarlas o para calmarlas si está doloridas. Otra variante consiste en centrar la atención en una parte del cuerpo y emitir el sonido que nos sugiere. A veces usamos la suma de todas las voces del grupo, lo que produce una sensación de potencia y energía muy grande, para que cada persona la conduzca donde sienta que lo necesita.

El trabajo por parejas permite desarrollar la comunicación, el dar y recibir, el cuidar y ser cuidado, lo cual se realiza a través de la expresión no verbal por medio del canto sin texto. Uno de estos ejercicios consiste en sentarse dos personas de frente, darse las manos y, con los ojos cerrados, iniciar un diálogo en el que cada una le participa a la otra cómo se siente, improvisando una melodía sin palabras.

Guiar con la voz al compañero que lleva los ojos vendados, a través del espacio, es una actividad para desarrollar la confianza y el dejarse conducir.

Después de aprender a respirar sacando el aire por las palmas de las manos y posteriormente la voz, practicamos el masaje vocal por parejas, en el que una persona dirige su voz, a través de las manos, a distintas partes del cuerpo del compañero.

Acabamos la sesión con actividades de grupo y con propuestas relativas a la improvisación colectiva con instrumentos y voz, que describen el estado de ánimo de cada persona o que refuerzan la evocación de situaciones importantes de sus vidas generando el clima sonoro adecuado. Otras facilitan la adquisición de mayor seguridad, autoestima, capacidad de exteriorización, mientras se van estrechando los vínculos entre el grupo, y cada miembro aprende a encontrar

su espacio y a permitirse mostrarse sin miedo a ser rechazado o juzgado.

Trabajamos en un espacio grande e insonorizado, con pocos o ningún mueble, preferentemente con cojines para sentarse en el suelo. Tenemos una variada colección de instrumentos de percusión de tipo escolar y otros étnicos, que son muy sencillos de manejo y no requieren ninguna técnica previa. Cada uno es considerado como una prolongación de la persona, lo que favorece el lenguaje no verbal. El instrumento se convierte así en un objeto intermediario, que tiene una gran significación: la forma cómo se coge, cómo se toca y la relación que establece cada individuo con el instrumento indica muchas cosas sobre él. Igualmente importante es el uso del cuerpo como instrumento de percusión, que contribuye en gran medida a la percepción sensorial.

Pero, sobre todo, lo más importante de la MTA es el trabajo con la voz, una de las facetas personales más ricas y valiosas, a la vez que la más complicada debido a los bloqueos que obstaculizan la manifestación vocal cantada de muchas personas. Cantar es la vía más directa que conozco para relacionarse con el propio mundo emocional de una manera honda y penetrante, a la vez que favorece el consuelo y la cicatrización de las heridas, a modo de bálsamo. El canto está íntimamente relacionado con la respiración e influye enormemente en ella. Es especialmente eficaz la práctica del *toning* o canto de vocales sobre una sola emisión de voz, como en el canto de mantras o en el gregoriano. Esta práctica modifica el estado físico, emocional y mental de la persona, llevándola de forma rápida a un estado de calma, interiorización y meditación muy profundo.

En este viaje en busca de la voz íntima y auténtica, cada persona va descubriéndose a sí misma y a los demás, aprende recursos para comprender y resolver sus problemas y encuentra en ella misma unos tesoros que la música le permiten aflorar y realimentar cada vez más.

Los logros conseguidos se van extendiendo al quehacer cotidiano. Poco a poco

los clientes son capaces de establecer un vínculo perdurable con el grupo y con las experiencias vividas en las sesiones, lo que les permite ampliar a su vida diaria los efectos benéficos que van obteniendo en las sesiones.

INCORPORACIONES DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL (AT) A LA MTA

Aunque ya conocía desde hace tiempo el AT, tuve ocasión de profundizar más en él a través de la realización de un 101, de la lectura de diversos libros y del valioso intercambio con Jordi Oller Vallejo, analista transaccional que me ha contagiado su entusiasmo por el AT, a la vez que me ha enseñado muchas cosas importantes. Me di cuenta de que algunas de las propuestas del AT ya las venía trabajando de forma más o menos intuitiva pero sin una base teórica tan clara y estructurada como la que ofrece el AT. Después de reflexionar, comentar y explorar distintas ideas, he ido haciendo pequeñas modificaciones en algunos de los ejercicios, sobretodo en la forma de proponerlos.

Uno de los conceptos que me gustó del AT es el de trabajar con las Caricias. De hecho, siempre había propiciado mucho el refuerzo de la autoestima de los participantes, sólo que ahora les doy el nombre concreto de Caricias a algunas de las actividades que sirven para que cada persona se sienta más aceptada y valorada por el grupo y por ella misma. Algunos de los ejercicios que propongo para desarrollar las Caricias son:

- Cada persona inicia el canto de su nombre sobre una melodía improvisada, acompañándose de un instrumento. El resto del grupo le escucha unos instantes y, acto seguido, se añade a este canto reforzando la estima de persona que se siente respaldada, querida y tenida en cuenta por el grupo. Otras veces la persona se queda en silencio, escuchando, mientras el grupo le canta su nombre a la vez que todos centran su atención y su intención en ella.

- Facilito al grupo hojas de papel con el nombre de un participante en cada una de ellas. Cada persona escribe alguna cualidad que le guste de cada uno de sus compañeros. Cuando tenemos la lista de cada nombre llena de cualidades, el grupo las canta a su destinatario, en forma de Caricia positiva. Mientras, la persona que es "acariciada" permanece en silencio escuchando y recibiendo el regalo.
- Todos los miembros del grupo están en círculo, con los ojos cerrados. Dirijo una pequeña interiorización en la que todos se centran en la persona que les propongo, buscando la vinculación afectiva con ella, percibiendo sus cualidades y potencialidades. A continuación, todos juntos le crean una música, cantada y acompañada de instrumentos, como un regalo amoroso, único y personal, hecho a su medida. Después se repite el procedimiento con cada uno de los participantes. En este trabajo interviene la intuición, la conexión interior con el otro y la búsqueda de su bienestar. Se intenta crear una música que sea adecuada a la persona y que el grupo sienta que es la que necesita en aquel momento para avanzar y crecer.
- En una variación del ejercicio anterior, el grupo se concentra en una persona propuesta, capta su esencia y sus cualidades y le improvisa una música que la defina, que la describa positivamente sin lenguaje... que sea un reflejo de su mundo interno.

Habitualmente trabajaba con la expresión de las emociones, pero el conocer la descripción de las Emociones Básicas que formula el AT me ha permitido incorporar un nivel de análisis mayor a mis propuestas. Después de mostrar una lista de dichas emociones (afecto, miedo, enfado, tristeza, alegría, tranquilidad) pido que cada participante las ordene de mayor a menor significación en su vida. Busco potenciar las que se manifiestan menos, porque pueden estar tapadas por las más evidentes, así que sugiero a cada persona que elija la que ha puesto en último lugar, la menos frecuente

o habitual, que la viva intensamente y que cree una música que la exprese. Mientras, el grupo le acompaña tocando instrumentos y/o cantando, reforzando así el clima emocional. El objetivo de este trabajo es favorecer la toma de conciencia del papel que tienen las Emociones Básicas en nuestra vida, y de qué manera reforzamos unas y reprimimos u ocultamos otras. A través de la música vamos aprendiendo a dejarlas fluir todas.

El Niño Interior también había tenido siempre un espacio en las sesiones de MTA, pero el ahondar en los Estados del Yo que propone el AT me ha dado una base más consistente para plantear los ejercicios destinados a ponerse en contacto con nuestro Niño que desea ser cuidado y protegido. Una actividad que resulta muy eficaz es hacer una visualización dirigida en la que nos encontramos con nuestro Niño indefenso; a continuación cada participante modela con plastilina la figura que ha visualizado, con atención y cariño y tomando conciencia de lo que representa. Seguidamente cada uno toma la figura en sus manos, y le canta una nana improvisada, en la que se refleja la protección y el cuidado que le da a su Niño, desde su Padre Cuidador o parte parental cuidadora mientras el resto del grupo apoya el canto. La canción puede incluir frases del tipo "no tengas miedo", "te protejo", "estoy junto a ti".

El trabajo sobre el Miniguión y los Impulsos ha sido una aportación nueva e importante que me ha proporcionado el AT, sobre todo en los grupos en los que hemos abordado problemas de ansiedad (enfermos de cáncer) y estrés laboral o *burnout* (maestros de Primaria). Diversos estudios hablan de la relación entre cierto tipo de conducta, llamada del tipo A, y una mayor incidencia del estrés asociado a ella. Parece claro que las personas perfeccionistas, impacientes, competitivas, que no saben pedir ayuda son más propensas a padecer estrés y enfermedades coronarias. Al conocer la teoría de los Impulsos reconocí fácilmente tres de ellos relacionados con la conducta tipo A: Sé perfecto, Sé fuerte, Date prisa. Son mandatos que estresan a la persona, porque se ve impelida a actuar siguiéndolos para lograr

ser amada y aceptada. Por otro lado, pude constatar que el resto de Impulsos están relacionados con la conducta tipo C, asociada a enfermedades como el cáncer, y que corresponde a las personas más conformistas y complacientes. Estos son: Complace, Esfuérzate y Ten cuidado (este último ha sido propuesto por Bob y Mary Goulding y adoptado por Jordi Oller Vallejo).

La consideración de los Impulsos como factores estresantes sirvió de punto de partida de muchas de las actividades desarrolladas en un Taller de Musicoterapia, en el que trabajé con un grupo de maestros de Primaria en la prevención y tratamiento del estrés y en el que obtuvimos resultados muy satisfactorios. En las sesiones fui incorporando actividades para que los participantes se hicieran conscientes de sus Impulsos y pusieran en práctica la manifestación de los derechos permisores o permisos que ayudan a contrarrestar cada impulsor.

La realización concreta de este aspecto consistió en pedir que cada miembro del grupo ordenara sus Impulsos de mayor a menor influencia en su vida. Después de hablar de los mensajes parentales, las falsas creencias y los derechos permisores, pedí a cada persona que eligiera su primer impulsor, el más persistente, y comenzara a cantar el permiso correspondiente, en forma de "tengo derecho a..." (equivocarme, por ejemplo). El grupo le acompañaba en el canto de su permiso, reforzando el efecto de la afirmación. También se trabajaron los demás impulsos, especialmente los tres principales de cada persona.

En posteriores sesiones, los participantes se ponían por parejas, sentados de frente con los ojos cerrados y las manos cogidas y uno le cantaba al otro el permiso correspondiente a su impulsor o impulsos principales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados que he obtenido a lo largo de mis años de práctica como musicoterapeuta me confirman que los efectos de la música y el canto basados en la expresión emocional, las manifestaciones de caricias

positivas, permisos y cuidados personales e interpersonales son muy eficaces y poderosos, porque a la fuerza de la palabra le añadimos un componente que mueve de forma muy contundente las emociones, lo cual impacta y deja una huella durable y persistente en las personas, que explican de qué manera al cantar se sienten transformados e imbuidos por sentimientos que les ayudan a tener más confianza en sus capacidades y una mayor autoestima. El hecho de que el grupo o un compañero les dedique su atención, su voz, su creatividad, les impresiona muy hondamente. Cuando alguien nos canta nos sentimos arropados, cuidados, amados, valorados y consolados. Aprendemos a recibir unos cuidados que posteriormente también daremos a otros compañeros.

Mis conclusiones sobre la incorporación de conceptos y técnicas del AT a la MTA,

son que aquél le aporta una base teórica sólida y consistente que permite considerar de forma sistemática y desde lo cognitivo, los conflictos que presentan los clientes, una faceta que no se contempla lo suficiente, a mi entender, en la MT. Ésta se basa sobretudo en la vivencia y la experimentación, por lo que necesita de una aproximación que facilite la elaboración y resolución de los problemas desde el punto de vista cognoscitivo. En este sentido, la comprensión analítica que aporta el AT resulta muy útil y eficaz.

En definitiva, creo que la MTA y el AT se complementan muy bien porque permiten la integración de los distintos aspectos de la persona al mismo tiempo que proporcionan una vía creativa y expresiva que facilita el hacerse consciente y conocedor de las propias limitaciones y avanzar en el camino del crecimiento y la autorrealización.

ACERCA DE LA DANZATERAPIA

CONXA TRALLERO FLIX*

Profesora Titular de la Universidad de Barcelona,
del Departamento de Didáctica de la Expresión Musical y Corporal

Se presenta en este breve artículo, una experiencia en sesión taller de la Danzaterapia, la explicación del nombre, su marco de referencia previo a la preparación de la sesión, y su estructura y proceso.

SOBRE EL NOMBRE

Este método es llamado de dos formas: Danza Movimiento Terapia (DMT) o Danzaterapia (DT). La primera es más utilizada principalmente por el mundo anglosajón, y la segunda por el latino. Concretamente, me siento más afín a la primera, porque también en este caso, la relación con la psicología profunda es mayor; además de que hago más hincapié en el uso del movimiento que en la utilización de la danza y consecuentemente de pasos coreografiados o en la importancia dada al sentido estético o artístico.

MARCO DE REFERENCIA PREVIO A LA PREPARACIÓN DE LA SESIÓN

- Contaba con que habría personas que hubiesen tenido una relación con la danza o la expresión corporal y otras que no, pero sí con que todas ellas habrían tenido algún tipo de conexión con un trabajo terapéutico. Por ello, las propuestas referidas a lo corporal o al movimiento fueron muy sencillas, y sin embargo, sí que sugerí propuestas de con-

tacto más directo que en un grupo sin experiencia terapéutica previa no habría hecho, o sí, pero con elementos intermedios como una pelota o una tela.

- Me propuse preparar una sesión de muestra, como un surtido de elementos básicos de la DMT: trabajo con un elemento, el espejo, el movimiento auténtico, la importancia de la música..., pero al mismo tiempo no quería que fuese muy superficial para que los participantes pudieran disfrutarlo, y tampoco quise que fuera muy profunda pues no formaba parte de un proceso.
- El tiempo dedicado a cada consigna es menor que en otros contextos.

ESTRUCTURA Y PROCESO DE LA SESIÓN IMPARTIDA EN EL TALLER

**De la estructura a la desestructura.
Trabajo individual**

1. Fase de Preparación

Objetivo: Conectar con el estado Adulto, para que haya una contención interna de cara al trabajo a realizar.

* Master en Musicoterapia, pianista, improvisadora y creadora de un método propio, la Musicoterapia Autorrealizadora.

Lenguaje: que sugiere y propone.
Luz.

Elemento: El espacio físico como representación previa del espacio interno.

Estamos trabajando con la mirada, externa e interna, y por lo tanto, con el pensamiento y el control. También con la capacidad de decisión, acción y logro.

Se están despertando las capacidades e consciencia, decisión, acción y logro. Capacidades que forman parte de un ciclo relacionado con la voluntad, la acción y el logro. Este ciclo despierta nuestra capacidad para ponernos objetivos y lograrlos, en la vida en general y también en esa sesión en concreto.

Aspecto del movimiento que se están conociendo implícitamente: el espacio, dirección, estabilidad, equilibrio, energía, y los que se encuentran por el camino (otros, objetos...).

Movimiento consciente y dirigido (cada uno elegía a dónde quería ir).

2. Caminar

- Inspira y expira tres veces.
 - Con los ojos cerrados imagina el espacio y a tus compañeros.
 - Imagina un lugar al que quieras ir de ese espacio, abre los ojos y ve hacia él.
- (Varias veces).

3. La experiencia de la sesión

Fuimos un grupo de doce mujeres y un único hombre (me he permitido usar el femenino a la hora de describir el contenido por ser mayoría) que aunque fue el único, creo que aportó una energía masculina al grupo importante.

Más allá de las dificultades con las que me encontré (no se podía hacer ruido, estábamos entre dos salas y el espacio resultaba pequeño), busqué la mayor comodidad: apagué la luz en determinados momentos para dar intimidad y abrí la puerta que daba al garage y la que daba al pasillo para que hubiera cierta renovación del aire y para ampliar psicológicamente el espacio de la sala.

Pregunté antes de empezar sobre la experiencia que tenían en este campo y las razones para haberse apuntado. No di explicaciones hasta después de la vivencia para no crear condicionamientos.

Dado el contexto en el que me encontraba, di preferencia al grupo por encima de lo individual, por lo que no abrí un espacio que en otro contexto sí que habría abierto para explorar en la fase de cierre algunas manifestaciones que habían tenido lugar.

Personalmente, aunque no di todas las explicaciones teóricas que me había propuesto, en cierto modo comprendí después que habría hecho falta. Fue un encuentro muy bonito y rico. Un estimulante aperitivo para lo que por la noche fue divertidísimo encuentro entre todos los que fuimos a la cena y la orquesta.

Se me ocurrió, con esta propuesta de escribir un resumen, añadir los comentarios de dos personas que asistieron:

"No hay tiempo... expresar las emociones a través del cuerpo, sin pudor al contacto... Contacto íntimo a través del movimiento. Necesitamos movernos más desde el cuerpo que desde la razón y el argumento".

"Cuando oí hablar de la DT tenía la idea de que era algo relacionado con el movimiento, el cuerpo e igual que la música. Tuve la oportunidad de comprobar en qué consistía. La experiencia rompió mis primeros esquemas, ya que me pareció algo distinto, donde sí que aparece el movimiento, el cuerpo y la música, pero es algo más que eso o que la mezcla de eso. Fue un contacto conmigo misma en un nivel distinto al que estaba acostumbrada. Mi cuerpo se expresó libremente y me dijo cosas, me mostró inquietudes, me pidió descanso, se convirtió en algo más integrado conmigo. En su lenguaje me decía: ¡eh, estoy aquí, mírame, entiéndeme, tenme en cuenta y escúchame porque sé muchas cosas de ti que te estás perdiendo! A nivel corporal, sentía la necesidad de crear algo. Todavía me estoy dejando llevar por esa sensación y voy dando salida a esa necesidad para conocerla, y después tratar de satisfacerla. He tenido otra sesión después de ésta que ahora co-

mento y fue mucho más desinhibida, porque sabía a lo que iba y eso me ayudó a conectarme más rápidamente con mi mundo interior, mis sensaciones, mis pensamientos, mis sentimientos, mis creencias, ideas, sueños y todo lo que lo forma. Tengo ganas de seguir haciendo DT durante más tiempo y seguir descubriendo desde este particular, diferente y creativo punto de vista. De esta segunda sesión algo que me impresionó es que adopte una postura en la que una de mis manos se ponía encima de una parte de mi espalda que me estaba doliendo. Fue

algo que había hecho inconscientemente, hasta que Paz sugirió contar con la posibilidad de que las manos estuvieran en contacto con alguna zona dolorida o en tensión.

Si tuviera que definir mi experiencia diría que es como dejarte llevar por un camino, el camino del cuerpo, que te lleva a donde necesitas ir sin saberlo. Y cuando llegas, no sabes explicar cómo has llegado, pero resulta que estás en el sitio adecuado. Y es una agradable sorpresa".

Por mi parte, nada más. Sólo decir: "GRACIAS A LA VIDA".

CÓMO APLICAR EL A.T. EN EL AULA

M^a ELVIRA DE DIOS VIDAL

Profesora de Educación Especial

Después de una breve introducción, se presenta la organización del aula, la programación según objetivos y la dinámica de la clase con actividades a realizar.

INTRODUCCIÓN

Han pasado unos cuantos años y todavía recuerdo, en una aula de E.E., mi primer encuentro con unos y unas adolescentes en cuyas miradas yo percibí frustración, escepticismo, resignación y como consecuencia falta de motivación y pasividad.

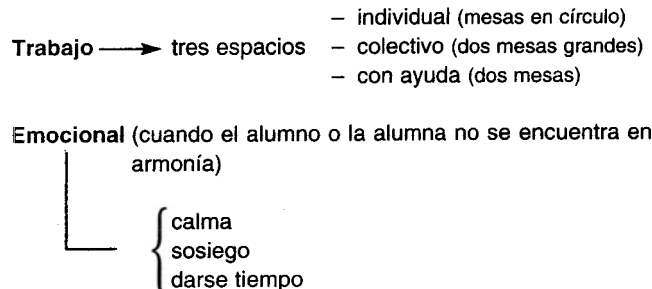
Poco a poco, pude concretar mi percepción y lo que descubrí fue: ira, miedo, vergüenza, tristeza, culpa, desesperanza,...

Ninguna de estas emociones me eran desconocidas. Es por este motivo que mi responsabilidad como educadora no me permitía colocarme delante de ellos y de ellas como mera transmisora de información y conceptos.

A partir de aquí, recurrí a las herramientas que el A.T. me había proporcionado y me proporciona para conocerme y aceptarme, para comprender y aceptar mejor a los demás, en definitiva para desarrollarme como persona, y las puse y las pongo al alcance de los educandos también.

Decidí que mi orientación estaría encaminada a ayudarles a abrir su corazón y no a machacarlos en el plano cognitivo-intelectual tan devastado en ellos por su discapacidad.

ORGANIZACIÓN DEL AULA



- Carteles en las paredes con mensajes generales.
 - "Yo confío en mis posibilidades",
 - "Yo puedo decir lo que pienso y siento sin chillar",
 - "Aunque me equivoque no pasa nada, la próxima vez lo haré de otra manera",
 - "Yo soy capaz de alegrarme de los éxitos de los demás".
- Gráficos del **yo falso** y del **Yo Real** colocados dentro de una caja que abren y cierran para pegar la pelota en la portería del que haya marcado gol.
- Frases personalizadas enganchadas en sus respectivas mesas con el tema que se estén trabajando (siempre en positivo). Estas frases cambian a lo largo del curso.

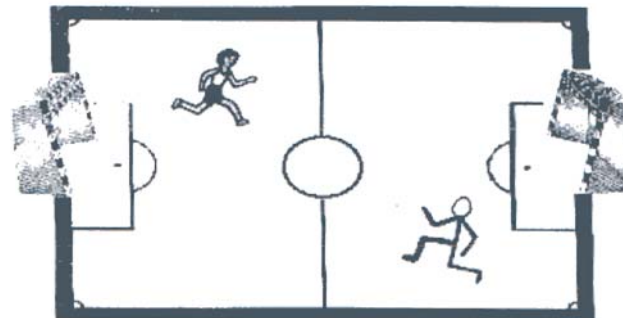


Figura 1: El Yo real y el Yo falso.

- Ilustraciones temporales del tema curricular que estemos trabajando.

PROGRAMACIÓN

Teniendo en cuenta los objetivos del ciclo, los 15 ó 20 primeros del curso, observo, escucho, investigo y, a partir de aquí, de la información que recibo y capto de ellos/as, hago la programación anual adaptándola a sus necesidades.

Procuro tener siempre presente el aquí y el ahora y por ello a lo largo del año escolar, en caso de creerlo conveniente reviso las actividades susceptibles de cambio.

DINÁMICA DE LA CLASE

- **Saludo verbal acompañado**
 - a veces de un apretón de manos,
 - sonrisa.
- **Nos damos cuenta de cómo estamos**
 - Dedicamos unos momentos, con los ojos cerrados, a escuchar nuestro interior. (Para facilitarles la escucha y la posterior verbalización les indico a qué parte de su cuerpo prestar atención).
- **Expresamos nuestros sentimientos:**
 - Abrimos los ojos y cada uno de nosotros va diciendo qué ha sentido. (Los alumnos con mayor dificultad se pueden ayudar de unas cartulinas con

el vocabulario que defina su estado personal).

- Utilizando el método de preguntas y respuestas llegamos a **explicar lo que pensamos**, lo que nos ha sucedido y cómo lo hemos vivido para sentirnos de una manera determinada.
 - Las preguntas pueden ser a cerca de nosotros/as mismos/as y/o del entorno dándonos cuenta qué ha pasado desde que nos hemos levantado y cómo lo hemos experimentado

hasta que hemos llegado a la escuela.

- Después de esta toma de conciencia **diferenciamos qué parte es responsabilidad nuestra y ¡qué parte no!**

- Seguidamente pasamos a:

- **Reforzar** aquella actitud o conducta que nos ha llevado a sentirnos bien (Felicitaciones, gol al yo falso, cariñas positivas, puntos);
- **Cambiar** lo que hemos visto que no nos proporciona bienestar;
- **Aceptar** aquellas cosas que no dependen de nosotros.

Cada una de estas respuestas se sintetiza en una frase, siempre en positivo, (yo puedo... yo soy capaz... yo decido...) se escribe en la pizarra, en la libreta y en la agenda.

- Acto seguido y sabiendo que según cómo actuamos las cosas nos van de una manera o de otra, **Decidimos** cómo queremos pasar el día y qué estamos dispuestos a hacer para conseguirlo. (Esta toma de decisión y su compromiso también se pone por escrito).

Generalmente todo esto nos lleva a empezar el día con una actitud positiva para aprender, para sentirnos más a gusto con nosotros/as mismos/as y para relacionarnos mejor con los demás.

El hecho de escribir todas estas frases también nos sirve para recordar y reafirmar la decisión que ya habían tomado a lo largo del día.

Por lo que respecta a las áreas curriculares llegados a este punto que ya hemos trabajado, dentro del área de lengua y de manera encubierta, la expresión y la comprensión oral, la expresión y la comprensión escrita, vocabulario, comunicación: escuchar y ser escuchado y evidentemente el respeto.

Para seguir trabajando estos y otros aspectos de la lengua, así como el resto de las materias que imparto: matemáticas, sociales y naturales no utilizo libros de textos sino dos libros de lectura (uno en castellano y otro en catalán).

A partir de estos dos libros elaboro las actividades sin perder nunca de vista sus inte-

reses (personales y académicos) así como sus necesidades y motivaciones.

Los personajes de estos libros me sirven para crear los ejercicios de las asignaturas antes mencionadas con enunciados cuya resolución requerirá la práctica de la asertividad, la empatía, la autonomía, la autoestima, la confianza, la responsabilidad,...

Durante el día y en cualquier situación que se dé en el aula o en el patio, susceptible de corregir o potenciar, **siempre la utilizo para aplicar el A.T.**, por ejemplo delante de:

- una frustración,
- de una agresión verbal o física,
- de un éxito.

¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?

JUAN GARCÍA MORENO

Universidad Complutense de Madrid
Miembro de AESPAT

Inicio una serie de artículos centrados en la Psicoterapia en general. En este primero, presento, además de una introducción breve, su variabilidad, los criterios para poder conceptualarla específicamente, sus objetivos y su clasificación descriptiva.

Existe una gran variedad de formas de Psicoterapia, a veces tan diferentes unas de otras que resulta difícil dar una definición que sirva para todas ellas.

Es preciso analizar desapasionadamente sus elementos fundamentales para hallar lo que constituye lo esencial psicoterapéutico.

A veces, las diferencias secundarias inducen a algunos a pensar que "lo suyo" es lo único, y que "lo de los demás" no constituye una verdadera Psicoterapia, olvidando que lo esencial está en todas y une e iguala a todas las Psicoterapias en su verdad, diferenciándose sólo por lo accidental.

En ocasiones, se confunde la verdadera Psicoterapia con formas "analógicas" de la misma. Por ejemplo, se habla de "caminoterapia" como si fuera una verdadera Psicoterapia, no siendo sino una forma de **ayuda psicológica** generalizable a otras muchas actividades humanas, como la educación, el diálogo constructivo, la amistad, el trabajo social, etc., que siempre han existido en toda sociedad y que benefician a toda clase de personas. Es preciso ofrecer una definición de la Psicoterapia para distinguirla de las variadísimas formas de ayuda psicológica que existen en la sociedad. Una cosa es esta ayuda y otra la que se ofrece en la Psicoterapia, aunque una y otra benefician y curan a la persona de sus desviaciones.

En lugar de dar al principio una definición escueta de la Psicoterapia para diferenciarla específicamente de las otras formas de ayuda psicológica, pienso que será mejor hacer una descripción de los diferentes elementos que la constituyen en su contexto intrínseco: variedad de formas de practicarla, criterios básicos para conceptualizarla, su proceso y sus objetivos, su clasificación y sus cuestiones más importantes. Después podremos ofrecer una definición que recoja todo cuanto debe contener esencialmente, aplicable a cualquier forma de Psicoterapia.

1. VARIABILIDAD DE LA PSICOTERAPIA

Impresiona bastante el polimorfismo de la Psicoterapia. Su proliferación en sistemas, métodos, modelos, técnicas y estrategias es tal que ya entre 1959-1961 **Frank Von Geb-sattel** y **J.H. Schultz** recogieron en cinco volúmenes, de más de 800 páginas cada uno, resúmenes de cada una de ellas y se encontraron "con una yuxtaposición de doctrinas y técnicas, sin evitar considerables lagunas en la selección operada"; **Parloff** (1976) recoge 130 formas diferentes de Psicoterapia; **Herink** (1980) estima que es posible elegir entre, al menos, 250 psicoterapias diferentes; y, **Goldfried** (1984) mencio-

na más de 330 libros y artículos al respecto (la mitad publicados desde 1980).

Esta abundancia de formas de Psicoterapia puede interpretarse como una cierta confusión conceptual y terminológica respecto de las teorías o de las técnicas, o como una forma rica de responder a la tan polifacética personalidad de los clientes. Pero esta exuberancia de Psicoterapias dificulta su conceptualización, definición y clasificación, como es obvio. Esta cuestión es muy importante resolverla para poder, después, lograr definir, con su impresionante complejidad, la Psicoterapia.

2. CRITERIOS PARA CONCEPTUAR LA PSICOTERAPIA

Eysenck (1961) ofrece una serie de criterios para entender la Psicoterapia:

- Existe una relación interpersonal de una especie prolongada entre dos o más personas;
- Uno de sus participantes, ha tenido una experiencia singular y ha recibido una enseñanza especial en el manejo de las relaciones humanas o una u otra de estas dos cosas;
- Uno o más de uno de los participantes ha formado parte de la relación por causa de haber experimentado un descontento con respecto a su adaptación emocional e interpersonal o por una u otra de estas dos últimas cosas;
- Los métodos utilizados son de naturaleza psicológica, esto es, comprenden mecanismos tales como explicación, sugestión, persuasión, etc.;
- El procedimiento seguido por el psicoterapeuta está fundado en una cierta teoría formal con relación a los trastornos mentales en general, y al trastorno específico en particular;
- El objetivo del tratamiento consiste en el mejoramiento de las dificultades que hacen que el paciente busque la ayuda del psicoterapeuta.

3. OBJETIVOS

La Psicoterapia, se aplica a un número ilimitado de problemas psicológicos o a la prevención de los mismos (profilaxis). Cada sistema teórico se orienta a la superación especializada de determinados problemas, pero de un modo inmediato, mediato o lejano.

Resumiendo, podríamos especificar los más comunes: reorganizar la personalidad; adaptación adecuada al entorno, sociedad, familia, etc. mediante el aprendizaje de hábitos adaptativos; reducción de la ansiedad; alivio del sufrimiento; reencuentro de valores o significado a la vida; autorrealización del individuo.

La ayuda puede dirigirse a los diversos ámbitos de la persona: a su mundo interno cognitivo y afectivo, a las experiencias conscientes o inconscientes, o a sus conductas manifiestas en diversas situaciones, etc.

La Psicoterapia envuelve siempre aprendizajes y reaprendizajes, renuncia a patrones de conducta negativos para adoptar otros más positivos, cambios para reducir la ansiedad, mejorar la funcionalidad de la conducta, incrementar la capacidad adaptativa a las situaciones, promover el desarrollo personal y facilitar las relaciones satisfactorias.

Haldane (1982) advierte que la Psicoterapia debería incluir entre sus objetivos: de un modo general, la disolución del dolor-ansiedad de cualquier modo expresado (experiencia interna, sentimiento, conductas negativas, relaciones, síntomas, etc.); y más específicamente, alterar la experiencia emocional, la conducta, y las relaciones interpersonales; comprender los síntomas y su significación; cambiar e integrar adecuadamente la personalidad por la maduración, independencia y autonomía. Estos cambios pueden ser independientes y específicos o complejos y enterconexiónados del ámbito psiquiátrico o puramente psicológico.

Newman y Howard (1986) afirman que la Psicoterapia es aplicada a los pacientes en orden a reparar o prevenir disfunciones cognitivas, emocionales, conductuales y sociales.

Brady (1986) aporta un objetivo a tener muy en cuenta: ayudar a actuar o ajustar el comportamiento de tal manera que, según, su propia o ajena apreciación le haga una persona valiosa y efectiva.

Raimy (1986) dice que el objetivo principal de la Psicoterapia consiste en el descubrimiento de los conceptos erróneos relevantes del cliente, y en su cambio verdadero, pues estos conceptos pueden aprenderse y desaprenderse. Todas las psicoterapias tratan de lo mismo aunque de forma diferente.

Strupp (1986) defiende que la meta de toda psicoterapia es ayudar al paciente a pensar, sentir y actuar de modo diferente. Este objetivo puede ser alcanzado de muchas formas diferentes. Cuestiona seriamente el que pueda existir una técnica particular o juego de técnicas útiles para todos los pacientes. Lo útil para cada uno es algo idiosincrásico. Esto es, la Psicoterapia: ha de ajustarse a las necesidades del paciente y a sus capacidades. En todo caso ésta integra específicamente aprendizaje (desaprendizaje, reaprendizaje, nuevo aprendizaje) que puede tomar muchas formas diferentes; y procede a través de una diversidad de métodos que pueden tener resultados divergentes. Los mismos resultados pueden manifestarse como cambios en cogniciones, sentimientos o de conducta (o alguna combinación de éstos).

Y veamos, ahora, comparativamente los objetivos de algunas Psicoterapias representativas: a) para *el psicoanálisis* todo consiste en erradicar las resistencias del paciente y hacer un examen de sus represiones y defensas, para lograr la máxima unificación y fortalecimiento del Yo, capacitándole así a salvar la energía psíquica que se desgasta en conflictos internos, procurando al tiempo su desarrollo lo mejor que sus aptitudes heredadas permitan, y desarrollando su capacidad de iniciativa a fin de que sea eficiente y capaz de una vida dichosamente feliz (Lipton, 1972); b) *el conductismo* subraya directamente, desde el primer momento, las conductas objetivo a cambiar o remodelar, pero indirecta e implí-

citamente persigue siempre el que el sujeto llegue a ser más feliz consigo mismo y con los demás; c) *los existencialistas* buscan directamente los objetivos últimos como autorrealización (Maslow, 1970), y funcionamiento óptimo de la personalidad (Rogers, 1961), pero indirecta e implícitamente facilitan el cambio de conceptos erróneos y conductas inadecuadas.

Como se puede comprobar todos buscan todos los objetivos, pero de forma diversa. Unos directamente los objetivos inmediatos, pero indirectamente otros mediatos o remotos, o viceversa. Para unos lo primordial es cambiar lo interior (pensamientos, sentimientos, actitudes, motivaciones, etc.) pensando que así se resolverá lo exterior (las conductas manifiestas). Por el contrario, los conductistas se orientan directamente hacia las conductas cognitivo conductuales, afirmando que el cambio conductual conlleva siempre cambios profundos. El error está en dar más importancia a una u otra dimensión. La verdad es que todo es esencial y que todas las dimensiones interactúan entre sí.

4. CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

Existen tres modelos básicos acerca del hombre: el biológico, cuyo representante es el psiquiatra; el psicológico, representado por el psicólogo; y el social por el sociólogo. Los tres no son antagónicos, sino complementarios, referidos al único sujeto que es el hombre que con su realidad compleja abarca substancialmente los tres ámbitos.

Ciñéndonos al modelo psicológico de la Psicoterapia, ésta se puede dividir de **varios modos**:

1) Según **Korchin** (1976) las diversas formas de Psicoterapia podrían clasificarse en función de sus metas u objetivos, sus procedimientos, sus teorías, su duración, los sujetos y los psicoterapeutas con su forma específica de interacción, p.e.:

- psicodinámica, conductual, cognitiva, humanista, existencial (según la teoría);

- explorativas vs. de apoyo (según su profundidad);
- a largo plazo vs. a medio o corto plazo (según su duración);
- reorganizar la personalidad por “insight”, modificar o reemplazar las conductas, facilitar el crecimiento personal, corregir las cogniciones, descargar la emocionalidad (según sus objetivos).

2) De otra manera, quizás más específica, la Psicoterapia se puede dividir:

- Según los diversos enfoques psicológicos en:

- *Psicodinámica*, centrado en las diversas fuerzas internas psicológicas, conscientes e inconscientes, de la persona (psicoanálisis con sus diversas formas de llevarlo a cabo, existencialismo, cognitivismo, etc., aunque el término “psicodinámico” es referido directa y principalmente por el psicoanálisis a las fuerzas inconscientes, represivas y defensivas del hombre).

- *Conductual*, centrada en las conductas manifiestas sobre las que habrá que intervenir para cambiarlas o modelarlas.

Algunos psicólogos añaden un nuevo enfoque centrado, sobre todo, en una dimensión “transpersonal” centrada en la realidad trascendental sea cósmica (lo absoluto, el ser absoluto, el todo –una especie de panteísmo cósmico o un cosmos con los atributos divinos de eternidad, omnipresencia, etc.–) o religiosa centrada en un Dios personal transcendente a todo lo físico, o al menos en un Dios inmanente a la misma realidad humana explicado p.e. por un arquetipo a lo Jung de lo religioso. Aquí late un problema filosófico referido a esa realidad transcendente, en el que no debo entrar aquí, pero que refleja en todo caso un fenómeno también psicológico (la psicología del fenómeno religioso existencial vivido por el hombre a través de su historia) que puede y debe ser tratado por la mis-

ma Psicoterapia centrada en toda realidad psicológica con todos sus elementos siempre interactuantes. Lo religioso, vivido de alguna manera por el paciente puede ser un elemento distorsionados (necesidad de la Psicoterapia) o integrador de toda su realidad. La Psicoterapia ayuda al hombre, con sus valores específicos, a que esta dimensión psicológica sea integradora y constructiva.

- *Integradora*, se trata de responder a todas las dimensiones del hombre, abarcando los enfoques anteriores, y siendo llevada a cabo por un experto integrador o por especialistas de manera simultánea o sucesivamente.

- Según el número de sujetos, la Psicoterapia puede ser *individual o grupal* (varias personas, matrimonial o de pareja y familiar, en sí misma o en sus contextos extensivos –sistémica–).

- Según la dimensión salud-enfermedad, la Psicoterapia puede ser “*curativa*” o reparadora (propia “terapia”), *profiláctica* o preventiva y centrada principalmente en el desarrollo de las potencialidades de la persona; dichas formas coexisten interactivamente.

- Teniendo en cuenta la *edad evolutiva*, puede ser: Infantil, Juvenil, de Adultos, y de Tercera Edad.

- Según el liderazgo del psicoterapeuta, la Psicoterapia puede ser *directiva, semidirectiva o simplemente no directiva* (centrada en la misma persona que se constituye en autopsicoterapeuta, en interacción con el psicólogo que hace de simple facilitador de su propio tratamiento).

- Según el enfoque etiológico o causal de la conducta, puede dividirse, sobre todo, en el pasado condicionante o “*genetista*” (el Psicoanálisis centrado principalmente en la búsqueda del pasado conflictivo reprimido), en el presente que nos condiciona o “*actualista*” (sobre todo, los psicoterapeutas existencialistas centrados en las experiencias presentes, aquí y ahora, del cliente en interacción con el psicoterapeu-

ta), y en el futuro condicionante o “*finalista*” (Psicoterapia de las motivaciones u objetivos de vida, como la de Adler, y el conductista Skinner con la búsqueda de refuerzos positivos y negativos, y la evitación de estímulos aversivos positivos y negativos, que explican cualquier conducta).

- Según la naturaleza de los procedimientos de los que se vale la Psicoterapia, ésta puede utilizar **Métodos**: *Físicos*, activando fuerzas psíquicas, por medios físicos, como la farmacología, el shock eléctrico, la expresión corporal, el baile, el ejercicio físico, el paseo, el senderismo, el montañismo, el reposo o la relajación, los masajes, la bioenergética centrada en deshacer las tensiones somatizadas, la música, los colores, el trabajo manual, el arte, etc.; *Reflejos*, basándose, sobre todo, en la adquisición de los condicionamientos (clásico, operacional, estimular, vicario o social) que condicionarán reflejamente las conductas posteriores; *Sugestivos*, por la utilización principal de la sugestión, como en la sofrología, la hipnosis, pudiendo ser éstos hetero o auto aplicados; *racionales*, como la aplicación directa del análisis, la reflexión, la persuasión, el consejo; *experienciales*, buscando principalmente el concienciar las experiencias que tiene el sujeto aquí y ahora en interacción con el psicoterapeuta.
- Según la amplitud de la actuación psicoterapéutica, ésta puede centrarse en *un problema concreto* (Psicoterapia centrada en el problema específico) para analizarlo y superarlo, o en *toda la problemática de la personalidad* donde se ven todos los problemas interrelacionados y enmarcados en la misma persona.
- Psicoterapias centradas en el **insight vs. acción**:
 - El “*insight*”, concienciar profundamente algo, tiene que ver con las Psicoterapias que buscan el tomar conciencia de algo oculto mediante la manifestación verbalizada del pacien-

te y el análisis e interpretación, como en el Psicoanálisis, Terapias Existencialistas, y que buscan así la solución de los problemas psicológicos.

- Psicoterapias de “*acción*”, son las que tratan de facilitar el cambio conductual a través de la misma conducta aparente del sujeto, como el Conductismo.

Esta clasificación anterior es similar a la que contrapone a las Psicoterapias “evocadoras o expresivas” y las “conductuales”. Las primeras propician el cambio mediante la concienciación de los problemas por la evocación o expresión del sujeto y las segundas por el mismo cambio conductual que conlleva cambios actitudinales.

No siempre concienciar un problema y analizarlo resuelve un problema, hay, además, que ayudar al sujeto a cambiar la conducta mediante técnicas adecuadas. Y por el contrario, cambiar de conducta no siempre da al sujeto un conocimiento contextual profundo de la misma conducta. La integración de ambos procedimientos es la que con seguridad dará siempre la solución más razonablemente humana para un cambio más consistente y permanente.

3) Clasificaciones de la Psicoterapia basadas en la investigación.

Este tipo de clasificación añade la investigación a la observación clínica contrastada, base de las anteriores.

Patterson (1978) nos ofrece resumidamente unas clasificaciones que están basadas en los resultados de varios cuestionarios de autores representativos de este campo.

1. Psicoterapias conforme a tres factores (“Análisis”, “Impersonalidad-personalidad”, y “Directividad-no directividad”). **McNair y Lorr** (1964) utilizando un cuestionario de tres factores, basado en la “Escala de orientación Psicoterapéutica”, de Sundland y Barker (1962) compuesta por las escalas **A, I, D**, acabadas de mencionar, hallaron por Análisis Factorial los tres factores: el **A**, con las puntuaciones más altas,

que correspondía al Psicoanálisis, y con las más bajas a Sistemas Experienciales, donde no se analiza sino que se concientizan las propias experiencias; el I, con las puntuaciones más altas se relacionaba con los enfoques centrados más que en la relación personal, en el tratamiento específico "objetivo" a cambiar (Terapia Conductual), y las más bajas con los sistemas centrados en la persona del cliente (Existenciales, y sobre todo en el C. Rogers); y el factor D, con sus puntuaciones más altas, correlacionaba con Psicoterapias más activas, planificadoras, más favorecedoras de la adaptación social, y las más bajas con enfoques menos directivamente activos.

Aunque los tres factores se relacionan de alguna manera (**tienen algo en común**), como es natural, factorialmente son diferentes.

2. Psicoterapias conforme a una *relación ideal de bondad*. Fiedler (1950) utilizando una Escala con "ítems de acuerdo", de Sundland y Barker (1962) aplicada a psicoterapeutas de diferentes enfoques, hallaron, a través del Análisis Factorial, un factor común de bondad de la relación psicoterapéutica con las características de interés, aceptación, y comprensión.
3. Terapias de *más distancia personal versus menos distancia personal* (Wallach y Strupp, 1964). Utilizando la "Escala de Prácticas Psicoterapéuticas Habituales" sobre dos grupos de psicoterapeutas, encontraron, por Análisis Factorial, un Factor Principal de distancia-proximidad, muy positivo terapéuticamente.
4. Terapias "*analíticas*" (no necesariamente psicoanalíticas) versus "*experienciales*". Sundland y Barker (1962) utilizando el "Cuestionario de Orientación Terapéutica", de Sundland y Barrer (1962), con 16 subescalas (presencia de actividad, tipo de actividad, planificación, concepción: de la relación, objetivos de la terapia, teoría del

crecimiento personal, de la neurosis y de la motivación, y criterios de éxito), sobre 139 psicoterapeutas, miembros de la Asociación Americana de la Psicoterapia, agrupados en freudianos, sullivanianos y rogerianos, hallaron a través del Análisis Factorial, **seis factores con un factor general común** entre "análisis" y "experiencia". Los analistas (no sólo los psicoanalistas) siguen un proceso de conceptualización, planificación, descubrimiento de lo in y sub consciente, y de menos espontaneidad. Por el contrario, los experienciales facilitan un proceso más informal y espontáneo.

4) **Coordenadas de la intervención**, de André Verge (1970):

Este autor ofrece una interesantísima clasificación integradora, centrada en el Sistema Nervioso, acudiendo a dos coordenadas (del ser físico al ser moral –ordenada vertical– y del ser individual al ser social –ordenada horizontal–). Entre estas dos coordenadas sitúa los procedimientos psicoterapéuticos referidos a los distintos niveles del Sistema Nervioso.

- *El Sistema Nervioso Autónomo (SNA)* actúa, de un modo casi absoluto y general (indirectamente se puede llegar a controlar incluso el ritmo cardíaco y la tensión arterial) fuera de nuestro control consciente reflexivo y voluntario; su funcionamiento está estrechamente ligado al funcionamiento endocrino-hormonal, y constituye un proceso emocional profundo e inconsciente en sí mismo, no en sus consecuencias. El SNC a través del Hipotálamo y de la Hipófisis (con sus lóbulos anterior o adenohipófisis, y posterior o neurohipófisis) controla, y coordina el SNA y el Sistema endocrino, integrando de una forma radical lo fisiológico, lo neurológico y lo hormonal con lo psicológico. Sobre este SNA inciden los procedimientos, con la palabra o sin la palabra, que conllevan emocionalidad, como los colores (Cromoterapia), la música (mu-

sicoterapia) o cualquier otro medio sensorial, y todas las formas de sugestión destinadas a modificar las disposiciones afectivas (Autosugestión –Coué, Schultz, etc.–, y heterosugestión transferencial, p.e. del psicoanálisis).

- *El Sistema Nervioso Central (SNC)*: a) **a nivel medular** contiene las funciones más simples relaciones con los "procedimientos corporales", como los métodos de relajación que reduciendo el tono muscular conllevan tranquilidad y equilibrio a la persona: p.e. "El entrenamiento autógeno o autorrelajación concentrativa, de Schultz", "El Método de relajación, de Jacobson", "El Yoga", "El Zen", "la posición supino con descontracción en el diván del Psicoanálisis", etc.; b) **a nivel subcortical**, se relaciona con los procedimientos que actúan sobre las conductas y hábitos, y hasta sobre las emociones sin recurrir a la comprensión y voluntad, como p.e. las formas de reflejos condicionados: condicionamiento y descondicionamiento de la Sensibilidad Sistemática de Wolpe, Reflejo condicionado del condicionamiento clásico de Pawlov, la terapia asertiva y aversiva; automatismos del aprendizaje, etc.; c) **a nivel cortical** relacionada con las psicoterapias que hacen intervenir la conciencia, la reflexión, la voluntad, y la intencionalidad, como "el tomar conciencia" del Psicoanálisis, "la introspección" de la Psicoterapia de la Motivación de P. Diel, "el autoanálisis" para el conocimiento de la tendencia neurótica de Karen Horney, "la reflexión" de la Psicoterapia emotivo-racionalista de Ellis, "el Análisis" de la Psicoterapia Semántica de Lacán, "la reflexión filosófica existencial sobre el sentido de la vida" de la Logoterapia de Frank, etc.

La ordenada horizontal (del ser individual al ser social) ayuda a situar progresivamente las psicoterapias entre las más individuales (psicoanálisis...), las de pareja, familiar, grupal..., hasta

las centradas en la integración social de grupos étnicos o políticos.

5) Otro tipo de clasificación se centra en **las Psicologías humanistas frente a las no humanistas**.

La *psicología humanista* "aunque compuesta de muchas tendencias intelectuales heterogéneas, comparte varias características comunes básicas, como: la insatisfacción y la reacción frente al psicoanálisis y al conductismo –de aquel momento–, por su determinismo biológico y estimular respectivamente, y frente a la Psiquiatría tradicional, por el peligro de codificación estereotipada de la psicopatología; convertir al hombre en el centro, como norma y medida de todas las cosas; poner más énfasis en el "self" que en el "ser en el mundo" de los existencialistas; resaltar las potencialidades y capacidades del hombre, no consideradas o insuficientemente tratadas por el psicoanálisis o conductismo, como amor, creatividad, libertad, responsabilidad, valores espirituales y hasta transcendentales; enfatizar el proceso de actualización del ser humano realizable (García Moreno, 2004, p. 34).

"Los principales sistemas acogidos a la Psicología Humanista, y que expresan su gran *heterogeneidad*, son: El Psicoanálisis Social, de Erich Fromm; La Terapia Centrada en la Persona, de C. Rogers; El Movimiento de los Grupos de Encuentro con su sede principal en Esalen; La Gestalterapia, de F. Perls; La Bioenergética, de Lowen; El Análisis Transaccional, de E. Berne; La Psicosisíntesis, de Roberto Assagioli; La Neuropsicología Gestáltica, de Goldstein; La Terapia Transpersonal, de Maslow; El Psicodrama, de Moreno; El Humanismo Conductual, de Thoresen; El Sistema Tecnológico del Desarrollo Humano, de R.R. Carkhuff" (García Moreno, 2004, p. 34).

TRES ESTADOS DEL YO BÁSICOS: EL MODELO PRIMARIO*

JORDI OLLER VALLEJO**

Certificado en Psicología por la Universidad de Barcelona
Analista Transaccional Clínico Certificado por la ITAA y EATA

Después de describir la controversia sobre los dos modelos recientemente conocidos como el modelo de los tres estados del yo y el modelo de Adulto integrado/integrador, el autor argumenta sobre la incompatibilidad de estos dos enfoques y aboga por la validez exclusiva del modelo de los tres estados del yo, declarándolo como el único modelo primario de los estados del yo válido en análisis transaccional.

INTRODUCCIÓN

Cuando al principio comencé con el análisis transaccional y aprendí sobre la existencia vivencial y social de los tres tipos de estado del yo: Padre, Adulto y Niño, creía que dado que se trataba de los conceptos fundamentales originados por Berne, formaban parte de un modelo de la personalidad que no dejaba lugar a interpretaciones dispares. Es decir que, a pesar del hecho de que sólo se trataba de un modelo, pensaba que, en cierta manera, era indiscutible. Y todavía más, pues dado que constituía un hito en el desarrollo de las teorías y modelos de la personalidad, asumí que estaba bien justificado. Pero con los años —a través de mi práctica, de escribir para el TAJ y de leer lo que se ha publicado sobre el tema— fue en aumento mi desilusión al encontrarme con la existencia de diferentes modelos de estados del yo, cada uno pretendiendo ser el

verdadero. Sin embargo, esta circunstancia también me ha sido útil en mi desarrollo profesional, al permitirme profundizar en la controversia, a la búsqueda de una explicación y de una posible solución.

Dejando aparte los modelos demasiado simplificados, dos modelos de los estados del yo están en controversia y luchando actualmente por el predominio: uno conocido como el *modelo de los tres estados del yo* (Novey, Porter-Steele, Gobes, & Massey, 1993) y al que considero el modelo primario (Oller Vallejo, 1997), y otro denominado el *modelo del Adulto integrador* (Trautman & Erskine, 1999), previamente conocido como *modelo del Adulto integrado* (Erskine, 1988; Gobes, 1993). Ambos modelos son justificados por sus partidarios en base a los escritos de Berne.

He tratado sobre la controversia entre estos dos modelos en mi artículo *Un análisis integrador de los modelos de los estados del*

yo (Oller Vallejo, 1997), proponiendo una perspectiva integradora. Sin embargo, la controversia continúa y se está generando un cisma epistemológico que podría tener serias consecuencias para el futuro de análisis transaccional, no sólo porque muchas personas están desconcertadas, lo que podría causar que el método sufriera una pérdida de credibilidad, sino también debido a la falta de rigor teórico que la controversia revela. Por ejemplo, Stewart (2002), en base a las premisas del modelo del Adulto integrado/integrador, argumenta en favor de eliminar el modelo funcional de la formación y literatura del análisis transaccional, a pesar del hecho de que este modelo fue comenzado por Berne y deriva del modelo primario.

Como una solución, Novey (1994) sugirió que los autores en sus trabajos especifiquen a qué modelo están refiriéndose, pero no creo que esto sea suficiente. Por ejemplo, cuando escribí *Los estados del yo y las tres funciones básicas* (Oller Vallejo, 2002), tuve que tener en cuenta los dos modelos, en cierto modo para "satisfacer" a ambos. Así, en mi opinión, es de suma importancia que se resuelva esta pluralidad de modelos, encontrando un sólo modelo que epistemológicamente acabe con esta infructuosa controversia. Esto es ahora especialmente importante cuando algunos miembros de la ITAA están trabajando en la posibilidad de normalizar los conceptos básicos del análisis transaccional. Sin embargo, para lograr tal objetivo, no sólo es necesario considerar lo que Berne escribió y las interpretaciones sobre lo que escribió, sino también poder generar nuevas maneras de pensar sobre el problema (White, 1989), abordándolo con una actitud constructiva y, desde luego, a veces también con sentido común. De esta manera, podremos encontrar una solución cooperativa que vaya más allá de los fundamentalismos de una u otra teoría, lo que, en definitiva, será beneficioso para la identidad y utilidad de análisis transaccional.

EL NÚCLEO DE LA CONTROVERSIAS

El punto principal de diferencia en esta controversia es el siguiente: en el modelo

del Adulto integrado/integrador un solo tipo de estado del yo —el Adulto— está en contacto útil con la realidad actual, mientras que en el modelo de los tres estados del yo todos los estados del yo: Padre, Adulto y Niño, están en contacto útil con dicha realidad.

Los partidarios del modelo del Adulto integrado/integrador fundamentan su perspectiva en base a la definición de Berne (1961/1976) sobre el Adulto como "un conjunto de sentimientos, actitudes y patrones de conducta que está adaptado a la realidad actual" (pág. 76). Esta definición los lleva a considerar al Padre y Niño como nunca adaptados a la realidad actual. La consecuencia teórica y práctica de aceptar exclusivamente esa perspectiva sobre el Adulto es la invalidación de los enfoques del reparamiento, la redecisión y el reniñamiento, los cuales tienen probada utilidad terapéutica, complementando y completando la efectividad de análisis transaccional.

Los partidarios del modelo de los tres estados del yo fundamentan su perspectiva en el hecho de que Berne, en muchas ocasiones, consideraba útiles la conducta del Padre y del Niño. Por ejemplo, refiriéndose al trabajo de un terapeuta, Berne escribió (1961/1976) "Si decide que un enfermo necesita apoyo Paternal, no desempeña el papel de padre; más bien libera su estado del yo parental" (pág. 247). Y en otra parte, refiriéndose al tratamiento de esquizofrénicos, Berne escribió (1966/1983) "Aquí, es dable que el terapeuta tenga que funcionar deliberadamente como Padre, más que como Adulto, durante un período más o menos largo, que a veces puede durar años" (pág. 279). De hecho, Berne (1966/1983) incluso describió cuatro tipos de intervenciones terapéuticas mediante el Padre: apoyo, tranquilizamiento, persuasión y exhortación, diferenciándolas claramente de las intervenciones del Adulto y atribuyendo por tanto al Padre funciones útiles en la realidad actual. Igualmente, el terapeuta puede usar eficazmente su Niño. Por ejemplo, refiriéndose a este uso y respecto a un cliente llamado Ennat, Berne escribió (1961/1976) "El detalle poco común del caso es que el Niño del médico, funcionando intuitiva y subconscientemente, más bien que de-

* Publicado originalmente en Inglés en *Transactional Analysis Journal*, Abril de 2003, 33, 2, 162-167. Se trata de un número monográfico en el que se debaten los conceptos básicos del AT. Esta es la versión original completa en Español. Si en forma oral o escrita usas este artículo y sus conceptos, cita a su autor.

© Jordi Oller Vallejo.

** jollerv@jet.es

liberada y conscientemente como su Adulto, pudiera percibir con certeza las relaciones instintivas del ademán y su origen en la infancia de Ennat" (pág. 71). Es difícil de creer que Berne se refiriera al uso terapéutico eficaz del Padre y el Niño, sin implicar que, como con el Adulto, ellos también pueden estar adaptados a la realidad actual. Desafortunadamente, los partidarios del modelo del Adulto integrado/integrador, quienes dan gran importancia a la definición escrita de Berne sobre el Adulto, no clarifican sus descripciones escritas sobre los usos positivos del Padre y el Niño.

Acerca del concepto de Adulto del modelo de los tres estados del yo, no sólo es más restringido que el del modelo del Adulto integrado/integrador, sino que es considerado inconsistente (Gobes, 1993) desde el punto de vista de ese modelo. Ciertamente, en el modelo de los tres estados del yo el Adulto se describe a menudo funcionando pensando como si fuese un computador, a pesar de la propia definición de Berne de la que se deriva que todos los estados del yo incluyen sentimientos. Esta simplificación es análoga a la idea de que los sentimientos son lo que caracteriza al Niño y los juicios de valor lo que caracteriza al Padre. Se trata de conceptos erróneos que todavía se usan ampliamente en análisis transaccional y que necesitan ser revisados. Desde mi perspectiva, cada estado del yo se manifiesta como resultado de la interacción de un pensar, sentir y comportarse, determinada por su función primaria, es decir, cuidar, individuarse y recibir cuidados, funciones que corresponden al Padre, Adulto, y Niño, respectivamente.

Desde luego, la controversia entre el modelo de los tres estados del yo y el modelo del Adulto integrado/integrador se ha favorecido, en parte, por la mezcla conceptual entre los enfoques histórico (es decir, cuándo tienen su origen los estados del yo) y el funcional (es decir, qué utilidad tienen los estados del yo) sobre los estados del yo, en los escritos de Berne. Erskine (1991), uno de los principales desarrolladores del modelo del Adulto integrado/integrador, intentando resolver esta disparidad, argumenta que Berne desarrolló dos teorías diferentes sobre los

estados del yo —la intrapsíquica y la conductual— una justificando el enfoque del Adulto integrado/integrador y su aplicación en la terapia, y la otra justificando la aplicación funcional del enfoque de los tres estados del yo en la comunicación interpersonal. Pero el punto de vista de Erskine es rechazado firmemente por Steiner (1998a, 1998b), quien argumenta que las dos teorías, realmente, sólo son una misma y única teoría.

Ciertamente, el enfoque histórico fue el primero que Berne tenía en la mente cuando usó los familiares términos de Padre, Adulto y Niño, para los tres tipos de estados del yo. Es decir, que se trata de las manifestaciones fenomenológicas y conductuales organizadas por la hipotética actividad estructural de los órganos psíquicos exteroceptivos, neopsíquicos y arqueoceptivos, respectivamente. Sin embargo, partiendo de usar un enfoque particular que era útil en terapia —como es el histórico—, Berne comenzó a descubrir y desarrollar un enfoque más general de la personalidad según la utilidad funcional de cada estado del yo (no sólo del Adulto) para los seres humanos y su crecimiento natural, ya sea en la niñez o en la vida adulta.

Así, la contribución de Berne a nuestra comprensión de personalidad no sólo es importante debido a su enfoque histórico sobre los estados del yo, sino aún más porque condujo a los modelos funcionales de primer orden (Oller Vallejo, 2001) y de segundo orden (Oller Vallejo, 2002), es decir, a los usualmente denominados modelo primario y modelo funcional de los estados del yo. Y estos enfoques funcionales sólo pueden ser considerados si aceptamos el modelo de los tres estados del yo, de manera que cada estado del yo pueda tratarse tanto funcionalmente como históricamente. Desde esta perspectiva, ambos aspectos —el funcional y el histórico— son parte de un mismo y único modelo sobre la estructura de la personalidad, tal como Berne lo originó.

MI PROPUESTA

Por una parte, es obvio que el modelo de los tres estados del yo incluye todas las con-

tribuciones de Berne sobre los estados del yo: es decir, que ellos son intrapsíquicos y conductuales, históricos y funcionales, y todos ellos pueden ser tanto positivos como negativos (a lo largo de este artículo, la idea de estados del yo negativos debe interpretarse en un sentido relativo, porque aunque me refiero a ellos como negativos, representan los mejores esfuerzos de la persona para sobrevivir). Por estas razones, considero (Oller Vallejo, 1997) a este modelo como el modelo primario de los estados del yo. Contrariamente, desde mi punto de vista, el modelo del Adulto integrado/integrador considera sólo una parte de las contribuciones de Berne sobre los estados del ego, excluyendo otras según su conveniencia teórica. Es decir, aunque en este modelo todos los estados del yo son también intrapsíquicos y conductuales, en cambio, sólo el Adulto es funcional y positivo, considerando que el Padre y el Niño siempre son disfuncionales y por consiguiente negativos.

Un factor adicional que favorece al modelo de los tres estados del yo como el modelo primario, es que es el modelo más difundido y mejor conocido, siendo ampliamente popularizado durante muchos años (por ejemplo, por Gouilding & Gouilding [1979], James & Jongeward [1971], y la escuela de los Schiff [Schiff et al., 1975], entre otros). Y además, todavía continúa usándose ampliamente, no sólo en la terapia, sino también en las llamadas áreas especiales de aplicación del análisis transaccional (organizacional, educativa, counseling, etc.). El hecho es que este modelo de los estados del yo se ha convertido en claramente paradigmático y es el único que muchas personas conocen. Para éstas sólo hay un único modelo: el modelo de los tres estados del yo, el cual a su vez es también el modelo funcional de primer orden y del que deriva el modelo funcional de segundo orden (usualmente llamado simplemente modelo funcional).

Pero dado que considero que el modelo de los tres estados del yo es el modelo primario, me planteo la cuestión de si es posible tener en cuenta el concepto de Adulto integrador como una parte del modelo de los tres estados del yo. En este punto, el

término de *Adulto integrado* como era usado en los primeros años de este modelo, es crucial, a pesar del hecho de que últimamente se ha reemplazado por el término de *Adulto integrador*. El primer término se usó en el sentido que el objetivo de la terapia era integrar lo que previamente eran aspectos disfuncionales del Padre y el Niño (ambos siempre negativos), pero recuperándolas positivamente, aquí y ahora, por el Adulto e integrándolas en sí mismo. Es decir, que el término Adulto integrado indica que el Adulto no sólo lleva a cabo la función de integrar, sino que también sitúa en sí mismo lo que integra (*Figura 1*) (el círculo con A representa al Adulto contaminado). Obviamente, con esta perspectiva es imposible tener en cuenta en el modelo de los tres estados del yo este modo de funcionar del Adulto, ya sea que se le llame Adulto integrado o Adulto integrador.

En cambio, la tarea integradora del Adulto puede ser fácilmente reformulada y descrita en el modelo de los tres estados del yo, en el modelo que llamo "*la personalidad integradora*". Este modelo tiene en cuenta el uso positivo del Padre Cuidador, el Adulto Individuador y el Niño Cuidado, de una manera saludable según la situación. Si observamos, el término Adulto integrador, tomado en un sentido general, semánticamente sólo indica que se trata de un Adulto que lleva a cabo la función de integrar, pero no dice donde este proceso sitúa lo que integra, por lo que es un tema que queda abierto. De hecho, a pesar de la apropiación de este término por el modelo del Adulto integrado/integrador, el Adulto del modelo de los tres estados del yo también es un Adulto integrador, el cual coopera (además de su función individuadora específica) con la tarea terapéutica de facilitar el cambio en todos los estados del yo. Y como en el modelo del Adulto integrado/integrador, esta tarea terapéutica también consiste en integrar los aspectos previamente disfuncionales del Padre introyectado o negativo y del Niño regresivo o negativo (o Niño fijado), los cuales son entonces recuperados positivamente por el Adulto e integrados, no en sí mismo, sino en el Padre y el Niño positivos (*Figura 2*) (el círculo con

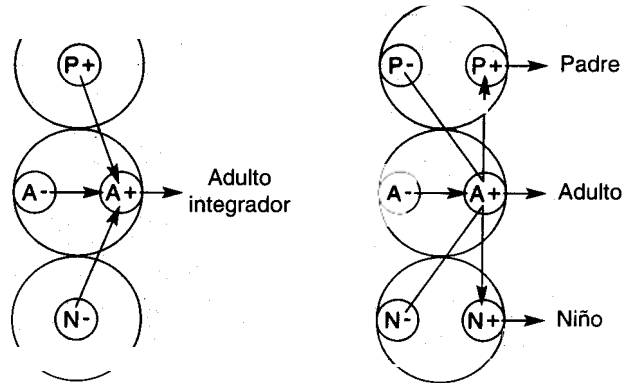


Figura 1:
Modelo del Adulto integrador

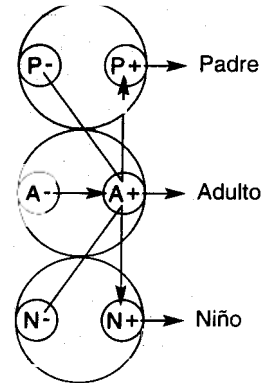


Figura 2:
Modelo de los tres estados del yo
o
modelo primario

A- representa al Adulto contaminado). Pienso que no sería difícil para el modelo del Adulto integrado/integrador aceptar esta perspectiva. De esta manera, el Adulto continúa sirviendo como coordinador de la personalidad, aunque a veces simplemente actúa como un observador que deja que el Padre y el Niño cumplan con sus funciones respectivas de cuidar y de recibir cuidados, positivamente.

Sin embargo, la reformulación no es posible en el modelo del Adulto integrado/integrador si éste no acepta el uso positivo del Padre y del Niño. En mi opinión —y en esto estoy de acuerdo con Steiner (1998a, 1998b)—, el punto de vista del Adulto integrado/integrador representa, con su integración de otros enfoques y pese a dicha integración, una continuación del pensamiento psicoanalítico, con una focalización puesta en la dinámica intrapsíquica. Pero actualmente tiene realmente poco que ver con el análisis transaccional, a pesar de su uso (no siempre necesariamente explícito) de los términos Padre, Adulto y Niño.

Una posibilidad que propongo a los defensores del modelo del Adulto integrado/integrador, es considerar usar términos del tipo *yo introyectado*, *yo integrador* y *yo regresivo* o *yo fijado*, como substitutos para

teorías de las relaciones objetales, la psicología psicoanalítica del yo, y el análisis transaccional, aunque conteniendo poco de este último, por lo menos explícitamente.

Por otra parte, de hecho, el concepto de integración aplicado al Adulto fue usado primero por Berne para indicar que el Adulto también puede expresar aspectos de la personalidad que, a pesar de su apariencia infantil o parental, se incluyen en el Adulto de una manera que es diferente de la del proceso de contaminación. Berne consideró estos aspectos como elementos arqueopsíquicos y extero-psíquicos, refiriéndose a ellos respectivamente como *Pathos* y *Ethos*, diferenciándolos así del proceso de datos objetivo (neopsíquico) al que a veces se ha llamado *Technos*. Considero que esta diferenciación es una manera de Berne de equilibrar la idea sobre el Adulto como meramente un computador procesador de datos. Sin embargo, en esta perspectiva sobre la integración en el Adulto, Berne no excluyó, de ninguna manera, el uso positivo del Padre y del Niño como estados del yo saludables distintos del Adulto. James y Jongeward (1971), usando el modelo de los tres estados del yo y basándose en la contribución de Berne sobre la integración, describieron el concep-

los términos Padre, Adulto y Niño, dejando estos últimos para ser usados refiriéndose exclusivamente al modelo de los estados del yo primarios del análisis transaccional. Pienso que tal solución no dañaría el método derivado de su enfoque como psicoterapia integradora, el cual combina métodos y teorías de los siguientes modelos: la terapia psicodinámica, la terapia centrada en el cliente, la terapia conductista, la terapia familiar, la terapia gestalt, las psicoterapias del cuerpo, las

to de Adulto integrado de una manera precisa, aunque consideraron que la integración es un proceso, es decir, que se trata propiamente de un Adulto integrador. Similarmen- te a James y Jongeward, Clarkson y Gilbert (1988) han desarrollado un enfoque del modelo de los tres estados del yo usando también el concepto de Adulto integrado, considerando que su enfoque está basado en el modelo original de Berne sobre los estados del yo (y ciertamente, desde luego, incluye todas las contribuciones de Berne sobre este tema). Por consiguiente, el uso de los términos *integrado* o *integrador* con respecto al estado del yo Adulto, no es una característica distintiva del modelo del Adulto integrado/integrador, ni es tampoco, por tanto, un rasgo exclusivo de su identidad.

CONCLUSIÓN

El seguir argumentando en favor del modelo del Adulto integrado/integrador como el único modelo válido en análisis transaccional, lleva a excluir muchas contribuciones teóricas y prácticas de Berne y otros autores, que son sumamente efectivas en análisis transaccional y que le ha dado la identidad y utilidad por la que es mundialmente conocido. Por consiguiente, contrariamente, considero al modelo de los tres estados del yo como el modelo primario originado por Berne, que fue incluyendo e incluye la mayor parte de sus contribuciones. Y así, por tanto, mi propuesta es la de continuar desarrollando y difundiendo el modelo de los tres estados del yo como el único modelo apropiado de la personalidad en análisis transaccional, finalizando de esta manera, para beneficio del análisis transaccional y de quienes comprueban día a día su utilidad, con una controversia que actualmente encuentro ya fútil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. New York: Grove Press; (1993). In-

troducción al tratamiento en grupo. Barcelona: Grijalbo.

Berne, E. (1961, 1980). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. London: Souvenir Press; (1976). *Análisis transaccional en psicoterapia: Una psiquiatría sistemática, individual y social*. Buenos Aires: Psique.

Clarkson, P. with Gilbert, M. (1988). Berne's original model of ego states: Some theoretical considerations. *Transactional Analysis Journal*, 18, 20-29.

Erskine, R. G. (1988). Ego structure, intrapsychic function, and defense mechanisms: A commentary on Eric Berne's original theoretical concepts. *Transactional Analysis Journal*, 18, 15-19.

Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21, 63-76.

Gobes, L. (1993). Ego states: Theoretical consistency and practical application. *Transactional Analysis Journal*, 23, 129-132.

Goulding, M. M. & Goulding, R. L. (1979). *Changing lives through rededication therapy*. New York: Brunner/Mazel.

James, M. & Jongeward, D. (1971). *Born to win: Transactional analysis with gestalt experiments*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Novy, T. B. (1994). Letter from the editor. *Transactional Analysis Journal*, 24, 154-156.

Novy, T. B.; Porter-Steele, N.; Gobes, L. & Massey, R. F. (1993). Ego states and the self-concept: A panel presentation and discussion. *Transactional Analysis Journal*, 23, 123-138.

Oller Vallejo, J. (1997) (en el original en Inglés consto como Oller-Vallejo, J.). Integrative analysis of ego state models. *Transactional Analysis Journal*, 27, 290-294. (Publicado también en la revista *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, de AESPAT, nº 43).

Oller Vallejo, J. (2001) (en el original en Inglés consto como Oller-Vallejo, J.). The ego states and the three basic functions.

- Transactional Analysis Journal*, 31, 290-294. (Publicado también en la revista *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, de AESPAT, nº 47).
- Oller Vallejo, J. (2002) (en el original en Inglés consto como Oller-Vallejo, J.). In support of the second-order functional model. *Transactional Analysis Journal*, 32, 178-183. (Publicado también en la revista *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, de AESPAT, nº 50).
- Schiff, J. L.; with Schiff, A. W.; Mellor, K.; Schiff, E.; Schiff, S.; Richman, D.; Fishman, J.; Wolz, L.; Fishman, C. & Momb, D. (1975). *Cathexis reader: Transactional analysis treatment of psychosis*. New York: Harper & Row.
- Steiner, C. M. (1998a). Letter to the editor. *The Script*, 28(4), 5-6.
- Steiner, C. M. (1998b). Steiner and Erskine/Trautmann dialogue continues [Letter to the editor]. *The Script*, 28, 6.
- Stewart, I. (2002). The myth of the "functional model". *EATA Newsletter*, 75, 8-10.
- Trautmann, R. L. & Erskine, R. G. (1999). A matrix of relationships: Acceptance speech for the 1998 Eric Berne Memorial Award. *Transactional Analysis Journal*, 29, 14-17.
- White, T. (1989). Letters to the editor. *Transactional Analysis Journal*, 19, 58.

SUBSTRATO NEUROLÓGICO DE LOS ESTADOS DEL YO BÁSICOS*

JORDI OLLER VALLEJO**

Certificado en Psicología por la Universidad de Barcelona
Analista Transaccional Clínico Certificado por la ITAA y EATA

El autor relaciona algunas contribuciones de la neurociencia con el modelo funcional de primer orden de los estados del yo. De entre los diversos sistemas operantes neuroanatómicos y neuroquímicos que se han investigado y descrito hasta la actualidad, considera a cuatro de ellos como siendo el substrato primario de tres macrosistemas neurológicos básicos en los que se sustenta la manifestación de los tres estados del yo funcionales básicos. Previamente, también describe los tres principales grupos neurológicos del cerebro, a los que considera como el substrato cerebral de los órganos psíquicos y presentando un enfoque sobre su interacción estructural en los estados del yo.

INTRODUCCIÓN

En mi artículo "Los estados del yo y las tres funciones básicas" (Oller, 2001a) señalé que la contribución de Berne a nuestra comprensión de la personalidad no sólo fue importante por iniciar el enfoque histórico o biográfico sobre los tres estados del yo básicos (Oller Vallejo, 2003b), sino aún más porque inició el enfoque funcional de los mismos. De esta manera, partiendo de un modelo particular tal como es el histórico, abrió el camino para un modelo más general de la personalidad: Padre, Adulto y Niño, según la utilidad que cada uno de estos tres tipos de estados del yo tiene para el ser humano. Y así, basándome en los estudios sobre las necesidades de apego-separación-individua-

ción (siendo a destacar: Ainsworth, 1991; Bowlby, 1969; Guidano, 1991; Mahler, Pine, & Bergman, 1975; Stern, 1985), he identificado y descrito a los tres estados del yo básicos (Fig. 1), desde el punto de vista funcional, como el Padre Cuidador, el Adulto Individuador y el Niño Cuidado, teniendo este último el sentido de Niño buscador y receptor de cuidados. Y si quiero evitar toda connotación histórica, alternativamente también me refiero a estos estados del yo simplemente como el yo cuidador, el yo individuador y el yo cuidado. Se trata, por tanto, de los tres tipos de estados del yo funcionales de primer orden, de los que derivan las subformas funcionales de segundo orden (Oller Vallejo, 2002, 2003a) del usualmente denominado modelo funcional de los estados del yo.

* Publicado originalmente en Inglés en *Transactional Analysis Journal*, Enero de 2005, 35, 1, 52-61. Esta es la versión inicial en Español, completa y revisada. Si en forma oral o escrita usas este artículo y sus conceptos, cita a su autor. © Jordi Oller Vallejo.

** jollerv@jet.es



Figura 1:
Los tres estados del Yo
funcionales básicos.

Pero para lo que entonces fundamenté principalmente desde el punto de vista del desarrollo psicológico, he encontrado también la confirmación por parte de contribuciones de la neurociencia, siendo particularmente útiles las desarrolladas por Panksepp (1998). Y así, desde mi punto de vista, considero cuatro de los sistemas neurológicos funcionales que ha descrito este neurocientífico hasta el momento, como fundamentales en el origen de la dinámica funcional de los tres tipos de estados del yo básicos. Y además, por otra parte, Panksepp también tiene en cuenta los trabajos anteriores de MacLean (1990) sobre los grupos neurológicos básicos en el cerebro, de los cuales derivó y reconfiguro para el análisis transaccional un enfoque sobre la dinámica estructural de los órganos psíquicos descritos por Berne, esto es, de la *exteropsique*, la *neopsique* y la *arqueopsique*.

Todo ello además es útil para apoyar la contribución de Berne sobre la personalidad desde la perspectiva neurológica, tema hacia el que éste había mostrado interés (Berne, 1966), explorando encontrar una explicación psicobiológica que apoyara sus descubrimientos clínicos. Y no se trata sólo de la similitud de los términos "neopsique" y "arqueopsique" respectivamente con los neurológicos de "neopallium" y "archipallium", a

los que Berne (1961/1980) se refirió justificando su vocabulario técnico, sino que incluso sobre la *neopsique* escribió (Berne, 1966, pág. 281) que "la estimulación del sistema de activación reticular promueve lo que aquí llamamos funcionamiento neopsíquico o del estado del yo Adulto" (es interesante resaltar aquí que aunque usualmente el Adulto se considera de origen fundamentalmente neocortical, es también una manifestación que se sustenta en contribuciones muy subcorticales). Y también, sobre el Niño escribió (Berne, 1966, pág. 312) que es "quien controla el sistema nervioso involuntario y puede también hacer voluntariamente uso simbólico de los esfínteres", añadiendo a continuación que "el Niño (*arqueopsique*) controla también las influencias del sistema nervioso autónomo sobre la musculatura voluntaria, por ejemplo, las que se manifiestan en el tono postural". Desde luego, Berne en estas aseveraciones neurológicas sobre el Niño se refiere a la *arqueopsique*, pues a veces igualaba ambos conceptos, es decir, estados del yo y órganos psíquicos, como aún hoy hacen muchos autores. Pero en *Análisis Transaccional en psicoterapia* (Berne, 1961/1980) diferenció claramente ambos conceptos, lo cual yo también hago y propongo dejar bien establecida dicha diferenciación en análisis transaccional.

Pero aunque Berne intentó relacionar los estados del ego y los órganos psíquicos con la neurología, no desarrolló este aspecto de forma consistente. Y finalmente, en su último libro (Berne, 1972) incluso abandonó el concepto de órganos psíquicos, aunque continuó refiriéndose a la existencia de una estructura psicobiológica en los estados de ego. Por otra parte, éste es un tema generalmente poco tratado en análisis transaccional, salvo algunas pocas contribuciones, como, por ejemplo, las de Allen (1999, 2000) y Hine (1997). Por tanto, relacionar las investigaciones de la neurociencia con los órganos psíquicos y con el modelo funcional de primer orden de los estados del yo (así como, en la medida que sea posible, con las subformas funcionales de segundo orden), también es útil para completar y ampliar este tema dentro del análisis transaccional.

LOS PRINCIPALES GRUPOS DE ESTRUCTURAS NEUROLÓGICAS DEL CEREBRO

En el cerebro pueden distinguirse tres grandes grupos de estructuras neurológicas fundamentales, que se han ido superponiendo e integrándose a través de la evolución filogenética. A efectos didácticos, MacLean (1990) denominó a estos grupos neurológicos (Fig. 2a): el *cerebro reptileano* o *R-complex*, el *cerebro paleomamífero* o *sistema límbico* y el *cerebro neomamífero* o *racional*, es decir, el *neocórtex*. Sin embargo, de una manera más generalizadora y también menos precisa —lo que me permite no tener que considerar aquí las divergencias y contradicciones que abundan en neurología— los denominaré (Fig. 2b) (como también hace Panksepp, 1998) *cerebro instintivo*, *cerebro emocional* (denominación que también usa Le Doux [1996], quien rechaza el concepto de sistema límbico) y *cerebro racional*.

Por otra parte, pese a estas diferenciaciones y a que según el caso puede destacar

uno u otro de estos grupos neurológicos, el cerebro es una unidad en la que todo está interconectado, siendo a resaltar la inseparable cooperación funcional que existe entre el cerebro instintivo y el cerebro emocional, hasta el punto de que prefiero integrarlos funcionalmente en lo que denomino el *cerebro instintivo-emocional* (Oller Vallejo, 2004) (Fig. 2c). En su conjunto, considero a este cerebro como el substrato neurológico de la *arqueopsique* o *mente reactiva* (Fig. 2d), pero, previamente, "separando" los mecanismos cerebrales de la *imitación* (Fig. 2b y 2c), cuyo posterior desarrollo posibilita, en términos psicoanalíticos, no sólo la *identificación* con otros, sino la *introyección* de "otros" en la propia psique.

A los mecanismos sobre la imitación (sobre los que la neurociencia aún está avanzando en su investigación [Meltzoff & Prinz, 2002]) los "agrupo" denominándoles el *cerebro imitativo* (Fig. 2c) y los considero como el substrato neurológico de la *exteropsique* o *mente imitativa*. Según MacLean (1990), la imitación (a la que denomina *conducta*

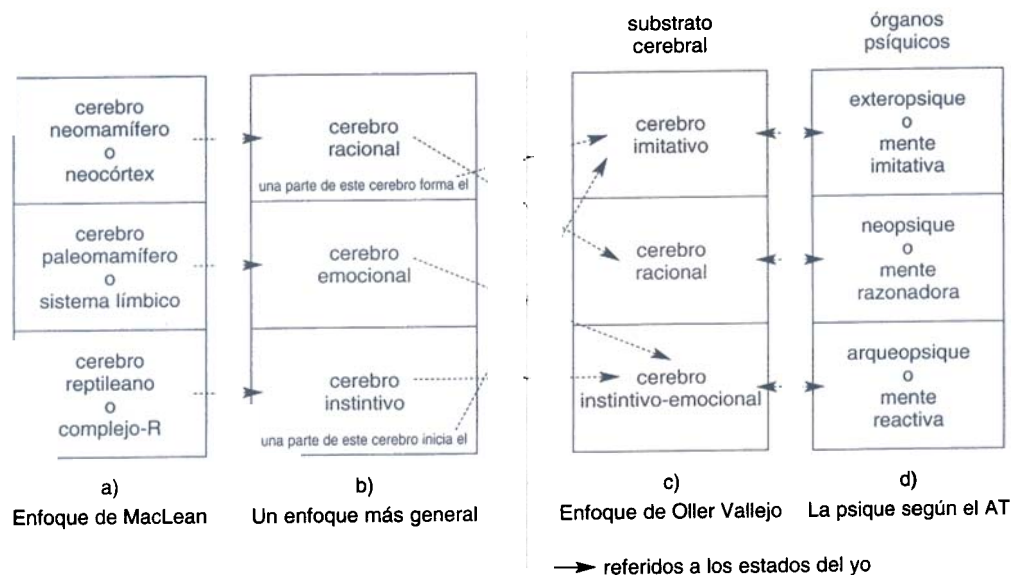


Figura 2: Diversos enfoques sobre el cerebro.

isopráxica) es inicialmente, en su origen, una contribución del cerebro reptiliano, es decir, una contribución instintiva (está comprobado [Meltzoff & Decety, 2003] que los bebés de pocas horas ya pueden imitar los gestos faciales que les hace un adulto), aunque con el desarrollo vaya contribuyendo también el neocórtex. Por ejemplo, es el caso de las denominadas *neuronas espejo* (Rizzolati, Fogassi & Gallese, 2001), situadas en un sector del área ventral del córtex premotor y las cuales se activan no sólo cuando se realiza un gesto concreto, sino que también lo hacen cuando se observa a otro realizando el mismo gesto, lo que es un mecanismo neurológico de suma importancia no sólo para la empatía, "resonando" a las necesidades de los demás (lo que es crucial para sintonizar), sino para "predecir" sobre su conducta y actitudes.

Es a resaltar en el cerebro instintivo-emocional la existencia de una colaboración funcional del hipocampo con la amígdala, memorizando entre ambas las situaciones emocionales vividas, siendo el hipocampo quien memoriza la situación y la amígdala la vivencia emocional. Y todo ello pudiendo reproducirse sin la contribución cortical, así que, por lo tanto, este sistema nemotécnico justifica neurológicamente la existencia de los estados del yo del Niño de

tipo histórico, es decir, biográficos. Y también justifica, por lo tanto, su posible manifestación como estados del yo regresivos o fijados, cuando el cerebro instintivo-emocional "domina" excluyentemente a los otros dos. Este sistema de memoria arqueocortical, que Berne claramente intuyó, es al que probablemente accedía Penfield (1952) en sus experimentos.

Y desde luego, el cerebro instintivo-emocional también contribuye con las emociones primarias de supervivencia, o sea (Oller Vallejo, 2001b): el miedo, el enfado, la tristeza, la alegría, el afecto (en el sentido de apego afectivo) y la tranquilidad (el estado de homeostasis emocional), así como con sus correspondientes conductas funcionales de tipo reactivo. Berne (1961/1980, pág. 18) ya menciona la relación de las emociones con la fisiología del arcuocortex, es decir, en definitiva, con una parte del cerebro instintivo-emocional, el substrato neurológico de la arqueopsique. Sin embargo, aunque sentir es lo que destaca en la contribución del cerebro instintivo-emocional y, por tanto, de la arqueopsique, no es lo mismo que considerar que lo propio de la manifestación del Niño es sentir. Este es un concepto erróneo análogo a la idea de que pensar como un ordenador es lo propio del Adulto y juzgar haciendo juicios de valor absolutos lo propio del Padre. Esto es así sólo cuando estos estados del yo resultan de un dominio excluyente respectivamente del cerebro instintivo-emocional, del cerebro racional o del cerebro imitativo, excluyendo entonces en alguna manera a los otros dos cerebros y manifestándose así respectivamente (Fig. 3) el Niño Regresivo, el Adulto Robotizado y el Padre Introyectado. Pero es muy distinto de cuando cada tipo de estado del yo resulta de un dominio incluyente e integrador respectivamente de cada cerebro, que incluye entonces (Oller Vallejo, 2004) contribuciones de los tres cerebros, de una manera saludable (Fig. 4) (obsérvese que estoy diferenciando los estados del yo de los órganos psíquicos y de su interacción a nivel estructural en la manifestación de cada estado del yo).

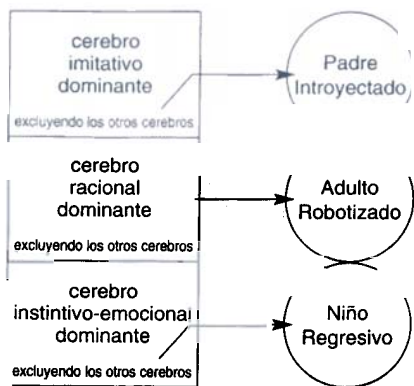


Figura 3:
Los tres estados del Yo disfuncionales.

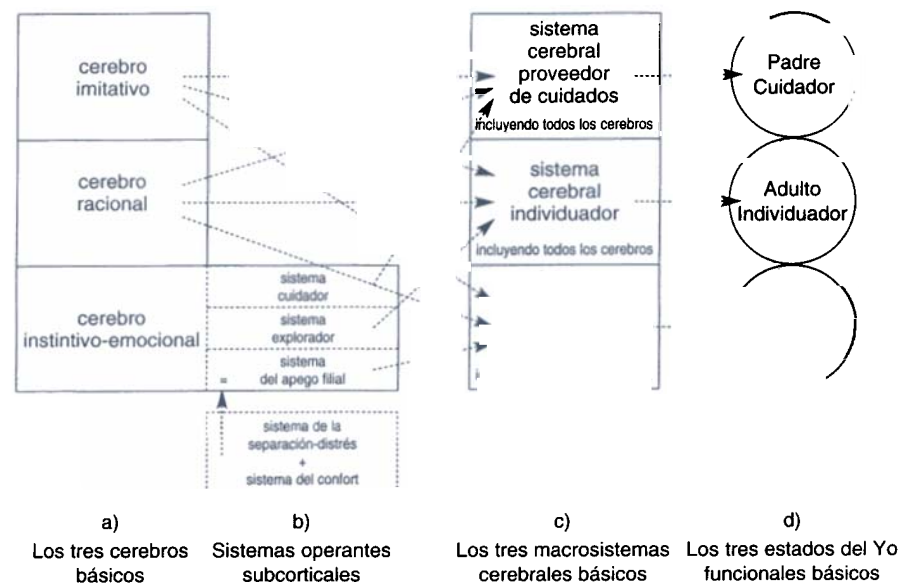


Figura 4:
Una visión global sobre el substrato neurológico de los estados del Yo básicos.

LOS PRINCIPALES SISTEMAS OPERANTES SUBCORTICALES

De una manera general, el cerebro instintivo-emocional destaca en la regulación biológica básica para la supervivencia, siendo a resaltar en ello la participación (Damasio, 1994) del tallo cerebral y del hipotálamo, con además la cooperación del popularizado sistema límbico (en el cual hay autores que incluyen el hipotálamo), posibilitando, entre todos, los diversos sistemas neurológicos básicos que describe Panksepp (1998) y a los que denomina *sistemas emocionales operantes*. Se trata de sistemas funcionales que tienen una utilidad adaptativa y que se han ido estructurando a lo largo de la historia evolutiva de los mamíferos, siendo su función general la de organizar e integrar los diferentes recursos fisiológicos, conductuales y psicológicos necesarios para sobrevivir y crecer. Cada sistema además puede interactuar con los otros, así como puede coordinar las interacciones de

varios subsistemas neurológicos dentro de sí mismo.

Desde luego, aunque en su origen son sistemas subcorticales que forman parte del cerebro instintivo-emocional, en el ser humano cuentan también con la interacción, más o menos destacada, ya sea consciente o no, del cerebro racional. Y por tanto, por lo general sus manifestaciones pasan a ser más elaboradas y complejas, coadyuvando con todo ello, junto además con la contribución del cerebro imitativo, no sólo al desarrollo individual, sino también cultural y social de los seres humanos.

Panksepp hasta el momento distingue los siguientes sistemas básicos: el *buscador*, el de la *rabia*, el del *miedo* (en cuya investigación específica cabe destacar a LeDoux [1996/1999]), el de la *sensualidad*, el del *pánico*, el del *confort* (sorprendentemente, Panksepp, aunque describe este sistema, no lo clasifica en su lista de sistemas básicos, por lo que yo lo destaco con este término), el *cuidador* y el del *juego* (en inglés Panksepp

escribe en mayúsculas los términos que designan a sus sistemas, para así darles un significado científico y no según el lenguaje común). De manera general, estos sistemas facilitan, respectivamente, respuestas del tipo: acercarse para explorar y buscar, atacar cuando se siente rabia, escapar cuando se siente miedo, buscar y disfrutar la sensualidad sexual, buscar protección cuando se siente pánico (o distrés por la separación), sentirse seguro y tranquilo cuando se está protegido y cuidado, proteger y cuidar a alguien que siente pánico (o distrés por la separación) y para que se sienta seguro y tranquilo, y buscar divertirse jugando lúdicamente. Estos sistemas se manifiestan con unos patrones que integran emoción, cognición y conducta, con unas expresiones faciales y gestos típicos (a mi modo de ver, a estos patrones, cuando están implementados por el yo, se les puede considerar propiamente como estados del yo funcionales). Y para cada sistema, Panksepp describe no sólo mucho de su manifestación psicoconductual, sino además —que es lo más importante de su contribución— la neuroanatomía y la neuroquímica que son clave en ellos. Y además también identifica sus desórdenes emocionales típicos (Panksepp, 2001) (así, el sistema buscador es el substrato neurológico subcortical que, por ejemplo, subyace principalmente en la esquizofrenia paranoide, caracterizada por una sobreactividad de la dopamina).

Panksepp se refiere también a la existencia de un *sistema de dominación* en el plano social, el cual sigue investigando. Otros autores proponen además otros sistemas, como, por ejemplo, los que ha investigado Adams (1979), que son el *ofensivo*, el *defensivo* y el *de la sumisión*, aunque Panksepp (Adams, 1979) piensa que pueden llegar a explicarse por los sistemas de la rabia y del miedo que él propone. Y no se acaba aquí, pues todavía se sigue trabajando en neurociencia en esta apasionante investigación sobre los sistemas funcionales necesarios para la supervivencia y el desarrollo, los cuales en su origen compartimos con los mamíferos y que son el substrato neurológico de muchas de nuestras manifestacio-

nes psicológicas y conductuales como humanos.

Pero lo que aquí me interesa es que, desde mi punto de vista, en los tres tipos de estados del yo funcionales básicos destaca la contribución, a través de sus correspondientes macrosistemas cerebrales, de cuatro de los sistemas neurológicos funcionales descritos por Panksepp y concretamente de los denominados: el *sistema del pánico* (o *sistema de la separación distrés*), el *sistema del confort*, el *sistema cuidador* y el *sistema buscador* (Fig. 4b). Como justificaré más adelante, los dos primeros sistemas citados los incluyo en uno al que, en su conjunto, denomino el *sistema del apego filial* (Fig. 4b) y en el que considero el apego desde el punto de vista de la persona cuidada (pues también existe el apego por parte de la persona cuidadora). Desde luego, en cada uno de estos pueden también intervenir, secundariamente, algunos de los otros sistemas, para resolver ciertas situaciones (por ejemplo, esta posible intervención es clara para el sistema del miedo y el sistema de la rabia), pero éste es un aspecto sobre el que todavía estoy trabajando para clarificarlo. Y por otra parte, también puede ser que algunos de los otros sistemas estudiados sean neurológicamente fundamentales para las subformas funcionales de segundo orden, sobre lo cual también estoy trabajando todavía.

EL SISTEMA CEREBRAL RECEPTOR DE CUIDADOS

Por *sistema del pánico* Panksepp (1998) entiende el conjunto de procesos neurológicos subcorticales que destacan para asegurar que el niño mantenga su apego con los padres (al principio usualmente la madre), pudiendo así recibir de éstos la protección y cuidados que necesita. Para ello, este sistema facilita al niño emitir algún tipo de señal o de vocalización si el contacto se pierde (por ejemplo, el denominado *llanto de separación*, en el que subyace una mezcla de *ansiedad de separación* y de *protesta de separación*, manifestaciones bien estudiadas por la *teoría del apego* [Bowlby, 1969]).

Panksepp —que plantea la dificultad de encontrar términos descriptivos adecuados— denomina a este sistema también el *sistema de separación-distrés* (de hecho, el denominarle sistema del pánico es por el interés que para Panksepp tiene la intervención de este sistema en los ataques de pánico, los cuales considera que por lo general están relacionados con alguna separación afectiva conflictiva en vínculos de apego del pasado). Previamente, MacLean (1990) ya ha aludido también a la existencia de este sistema, de manera implícita, refiriéndose a que la comunicación audiovisual para mantener el contacto hijo-madre, es una de las contribuciones del cerebro límbico a la vida de los mamíferos.

Pero, aunque en sí mismo, la función específica del sistema de separación-distrés o sistema del pánico es facilitar vivenciar sentimientos de soledad, de indefensión y de pérdida, se trata de un sistema que, en definitiva, es esencial en los procesos emocionales de los vínculos afectivos, de manera que posibilita que se pueda reaccionar buscando recuperar o mantener el apego, para sobrevivir y crecer. Y por tanto, este sistema tiene como complemento necesario a otro sistema al que Panksepp (1998) denomina el *sistema del confort social*, pero al cual prefiero denominar simplemente el *sistema del confort*. Este sistema está orientado a facilitar vivenciar la seguridad y tranquilidad que se logra cuando se tiene la necesaria protección y cuidados, sin los que, en definitiva, no es posible sobrevivir. De hecho, según Panksepp ambos sistemas: el del pánico y el de confort —que en cierta manera son antagónicos—, se integran en un único sistema neurológico al que denomina el *sistema para el afecto social*, pero al que, como ya he indicado anteriormente, prefiero llamar *sistema del apego filial* (Fig. 4b).

En el sistema de separación-distrés destacan circuitos neurológicos en los que intervienen el cíngulo anterior, el lecho de núcleos de la estría terminal del tálamo, el área preóptica, el tálamo dorsomedial y el área periacueductal dorsal gris. Y como neuromoduladores químicos, son clave diversos opiáceos endógenos (inhibiendo), la

oxitocina (inhibiendo), la prolactina (inhibiendo), la corticotrofina (activando) y el glutamato (activando). En cuanto a los circuitos neuroanatómicos del sistema del confort, aunque aún se está en fase de investigación sobre el apego en sí mismo (Insel & Young, 2001; Nelson & Panksepp, 1998), sí se sabe bastante bien cuáles son sus neuromoduladores químicos, siendo a destacar la acción de diversos opiáceos endógenos, la oxitocina y la prolactina, todos ellos activando el sistema y, por otra parte, antagonicamente, también todos ellos pudiendo inhibir el sistema de separación-distrés.

Desde mi perspectiva, partiendo del subcortical sistema del apego filial y teniendo en cuenta el desarrollo integrador de todos los cerebros, se va formando el macrosistema al que llamo el *sistema buscador y receptor de cuidados* o simplemente *sistema receptor de cuidados* (Fig. 4c), pues recibir cuidados es, en definitiva, su utilidad final. Y mi razonamiento es que el sistema receptor de cuidados es el substrato neurológico en el que se sustenta la manifestación del Niño Cuidado (Fig. 4d), en tanto que un tipo de estado del yo funcional básico.

Obviamente, aunque se trata de un macrosistema neurológico que, en su origen, es una contribución del cerebro instintivo-emocional y, en éste, de los sistemas de separación-distrés (o del pánico) y del confort, en el ser humano, con el desarrollo, en un funcionamiento saludable, va integrando además la contribución del cerebro imitativo y del cerebro racional. Es decir, que no se trata sólo de un reaccionar instintivo-emocional (como, por ejemplo, cuando la persona se mueve impulsada por encontrar los cuidados que necesita) sino que puede integrar además un identificarse (como, por ejemplo, cuando la persona se manifiesta reproduciendo lo que hace alguna figura parental ya sea para buscar cuidados o cuando los recibe) e incluso también un razonar (como, por ejemplo, pensando en cómo obtener cuidados), relacionados con la función receptora de cuidados. En este macrosistema este razonar es una contribución del cerebro racional, la cual, desde el punto de vista de los órganos psíquicos, se trata de la contribu-

implícita, como una de las contribuciones del cerebro límbico a la vida de los mamíferos, la especie que desde un punto de vista evolutivo remplaza a la de los reptiles. (Sin embargo, descubrimientos paleontológicos han permitido conjeturar que ya existía en los dinosaurios algún tipo de conducta instintiva de cuidado materno-filial [MacLean, 1990], la cual, por otra parte, se ha observado claramente en los cocodrilos actuales [Panksepp, 1998], incluso en progenitores machos, pese a ser los cocodrilos reptiles y pese a su primitivo cerebro reptiliano). Este sistema interviene en facilitar a los padres (al principio usualmente la madre) dar al hijo la protección y cuidados que éste necesita, en todos los sentidos, inclusive siendo para él una *base segura* (Bowlby, 1988), no sólo desde la que pueda ir explorando el mundo, sino además desde la que pueda ir individuándose, es decir, siendo sí mismo.

En este sistema destacan circuitos neurológicos en los que intervienen el cíngulo anterior, el lecho de núcleos de la estría terminal del tálamo, el área preóptica, el área tegmental ventral y el área periacueductal gris. Y como neuromoduladores químicos, son clave la oxitocina (activando), la prolactina (activando), la dopamina (activando) y diversos opiáceos (algunos activando y otros inhibiendo).

Mi razonamiento es que, así como en el sistema del apego filial, aunque en su origen el subcortical sistema cuidador es una contribución del cerebro instintivo-emocional, en el ser humano, con el desarrollo, en un funcionamiento saludable, va integrándose la contribución del cerebro imitativo y del cerebro racional. Es decir, que entonces su manifestación no consiste sólo en un reaccionar instintivo-emocional (como, por ejemplo, cuando la figura cuidadora manifiesta espontáneas conductas de apego parental, que son la contraparte complementaria de las conductas de apego filiales), sino que también puede conllevar un dar cuidados copiado identificándose —y por tanto, interviniendo la exteroptique— con las figuras parentales, así como incluso un razonar (como, por ejemplo, se manifiesta ponderando qué cuidados son los más saludables), todo ello

relacionado con la función cuidadora. Y así va formándose, por tanto, con la implicación de todos los cerebros (y por tanto de los tres órganos psíquicos), el que llamo el *sistema proveedor de cuidados*, al que considero el substrato neurológico en el que se sostiene la manifestación funcional del estado del yo Padre Cuidador (Fig. 4d).

Otra cosa diferente es cuando el cerebro imitativo, a efectos defensivos de supervivencia, domina excluyentemente a los otros —esto es, domina sobre el reaccionar y el razonar—, manifestándose entonces, como tipo de estado del yo, el disfuncional *Padre Introyectado* (Fig. 3). Éste es, por definición, una manifestación arcaica del Padre Cuidador. Y desde el punto de vista de quienes usan exclusivamente el modelo histórico de los estados del yo, tiene sentido referirse a esta manifestación como un *estado del yo exteroptíquico*. En esta manifestación es clara la herencia neurológica del cerebro reptiliano, en el cual se origina el cerebro imitativo y cuyo automatismo repetitivo (Beauport, 1996; MacLean, 1990) no sólo se manifiesta en establecer rutinas conductuales, sino también, con el desarrollo, en establecer creencias y valores, los cuales son copiados rígidamente de las figuras parentales y defendidos férreamente como si se tratase de una primitiva “lucha por el territorio”, en la que las creencias fuesen para la persona “el territorio” en el que se siente segura.

EL SISTEMA NEUROLÓGICO INDIVIDUADOR

Por último, como equilibrador indispensable del sistema receptor de cuidados y del sistema proveedor de cuidados, está otro de los sistemas subcorticales descrito por Panksepp, al que denomina el *sistema buscador*, pero al que, en el ser humano, aún tratándose de su forma evolutiva inicial en la que destaca la intervención del cerebro instintivo-emocional, prefiero denominar el *sistema buscador-explorador* o simplemente *sistema explorador*. Este sistema promueve en la persona —tal como el mismo Panksepp

describe— una búsqueda y exploración en el entorno, moviéndose ésta con curiosidad, interés y afán de investigación ante las cosas. Esto le facilita no sólo el logro de recursos primarios (por ejemplo, comida), sino también, con el desarrollo neurológico, la realización de tareas con un propósito intelectual y reflexivo. Y esto le lleva incluso —ya entonces con una destacada participación del cerebro racional— no sólo a querer descubrir el mundo y sus complejidades, sino, en sus manifestaciones más avanzadas, a querer averiguar el significado de la vida y de sí misma, en todas las facetas posibles, inclusive la trascendente. Es también un sistema muy implicado en psicoterapia (Carroll, 2002), pues con frecuencia ésta tiene una función exploradora y un propósito individuador. Y muy imbricado con él está el *sistema de auto-estimulación*, denominado también *sistema de recompensa o de refuerzo* y situado en el hipotálamo lateral; y en éste es fundamental el *sistema dopamínico*, por lo que también éste es fundamental para el sistema explorador.

En su origen subcortical, el sistema explorador está formado por circuitos neurológicos en los que intervienen el núcleo accumbens, el área tegmental ventral, las respuestas mesolímbicas y mesocorticales, el hipotálamo lateral y el área periacueductal gris. Y como neuromoduladores químicos, son clave la dopamina (activando el sistema), el glutamato (activando), diversos neuropéptidos, diversos opiáceos (activando) y la neurolensina (activando).

Sin embargo, en el ser humano, partiendo de las primeras conductas exploratorias de sí mismo (Oller Vallejo, 2004), con el desarrollo, en un funcionamiento saludable, el cerebro racional va progresivamente dominando (y a veces sólo supervisa) cooperativamente e integradoramente sobre la contribución del cerebro instintivo-emocional y del cerebro imitativo. Y entonces, a esta forma más avanzada e integrada del sistema explorador, la denomino el *sistema explorador-individuador* o simplemente *sistema individuador* (Fig. 4c), considerándolo como el substrato neurológico en el que se sustenta la manifestación funcional del estado del yo

EL SISTEMA CEREBRAL PROVEEDOR DE CUIDADOS

Como complemento neurológico natural del sistema del apego filial, está otro de los sistemas subcorticales descrito por Panksepp, que es el *sistema cuidador*. Previamente, MacLean (1990) ha aludido también a la existencia de este sistema, de manera

Adulto Individuador (Fig. 4d). Y este macrosistema, tal como Berne (1961/1980) descubrió para el Adulto, es esencial para la persona para dirigir, coordinar y supervisar su trabajo psicoterapéutico personal.

Desde luego, aunque en la manifestación saludable del sistema individuador suele destacar un neopsíquico razonar por sí mismo, también puede integrar además un identificarse (como, por ejemplo, se manifiesta en la eventual reproducción de la identificación con una figura cuando se comporta individualmente –por ejemplo, un psicoterapeuta–, a efectos de experimentar con su modelo la persona por sí misma) e incluso un reaccionar instintivo-emocional (como, por ejemplo, cuando la curiosidad de la persona le impulsa a descubrir nuevas facetas de sí misma). Otra cosa es cuando el cerebro racional (o sea, la neopsique), a efectos de supervivencia, domina excluyentemente a los otros dos cerebros (y por tanto a los otros dos órganos psíquicos), manifestándose entonces, como tipo de estado del yo, el *Adulto excluyente* o *constante*, al que llamo el *Adulto Robotizado* (Fig. 3). En este caso prevalece el cerebro racional funcionando mecánicamente como “un ordenador”, un concepto que erróneamente suele aplicarse como definitorio de la manifestación del Adulto, por lo general justificado en una metáfora usada por Berne (1972/1974). Pero este Adulto Robotizado es muy diferente del Adulto Integrado, un enfoque que ya Berne (1961/1980) propuso y que considera que este último incluye contribuciones de los tres órganos psíquicos, o sea, neurológicamente, de los tres cerebros.

Y en esta perspectiva integradora, recordemos que en el cerebro (y por tanto en la psique) todo está interconectado, de manera que en la conducta saludable muchas tareas del cerebro racional necesitan (Damasio, 1994) tanto de la colaboración del cerebro instintivo-emocional, para integrar las singularidades emocionales de la persona (por ejemplo, lo que le gusta o le disgusta), como de la colaboración del cerebro imitativo, para integrar las creencias y valores incorporados de figuras externas (por ejemplo, lo que está bien y lo que está mal). To-

das estas contribuciones proceden de las experiencias vividas, siendo vitales para que la persona sea capaz de poder tomar decisiones personales, no sólo individuadoras, sino también en cuanto a ser cuidada y a cuidar.

CONCLUSIÓN

Mi razonamiento es que los tres macrosistemas neurológicos a los que llamo sistema receptor de cuidados, sistema proveedor de cuidados y sistema individuador, se originan a nivel subcortical respectivamente en el sistema del apego filial (que incluye el sistema de la separación-distrés y el sistema del confort), el sistema cuidador y el sistema buscador-explorador, descritos por Panksepp. Y estos macrosistemas son el substrato neuroanatómico y neuroquímico sobre el que se sustenta la manifestación de los tres tipos de estados del yo funcionales básicos, o sea, del Niño Cuidado, del Padre Cuidador y del Adulto Individuador, respectivamente. Al principio este substrato está primariamente determinado a nivel subcortical por el cerebro instintivo-emocional, pero conforme el crecimiento progresa, ya muy pronto, va incluyendo además la contribución del cerebro imitativo y del cerebro racional, posibilitando así el desarrollo de una personalidad integrada e integradora. Y estos tres cerebros son el substrato neurológico respectivamente de la arqueopsique, la exteropsique y la neopsique, dando esta perspectiva consistencia neurológica a los órganos psíquicos postulados por Berne.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, D. B. (1979). Brain mechanisms for offense, defense and submission. *The Behavioral and Brain Sciences*, 2, 201-241.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parker, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across*

the life cycle (pp. 34-51). London: Routledge.

- Allen, J. R. (1999). Biology and transactional analysis: Integration of a neglected area. *Transactional Analysis Journal*, 29, 251-259.
- Allen, J. R. (2000). Biology and transactional analysis II: A status report on neurodevelopment. *Transactional Analysis Journal*, 30, 261-269.
- Beauport, E. (1996). *The three faces of mind: Think, feel, and act to your highest potential*. New York: Theosophical Publishing House.
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. New York: Grove Press. (1983). *Introducción al tratamiento en grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Berne, E. (1961, 1980). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. London: Souvenir Press; (1976). *Análisis transaccional en psicoterapia: Una psiquiatría sistemática, individual y social*. Buenos Aires: Psique.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?: The psychology of human destiny*. New York: Grove Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Vol. 1 of Attachment and loss*. London: The Tavistock Institute of Human Relations; (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge; (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Carroll, R. (2002). Intrinsic potentials: Panic, seeking and play in psychotherapy. *The Psychotherapist*, 19, 41-45.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Avon Press.
- Guidano, V. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive psychotherapy*. New York: Guilford Press; (1994). *El sí-mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Hine, J. (1997). Mind structure and ego states. *Transactional Analysis Journal*, 27, 278-289.
- Insel, T. R. & Young, L. J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 129-136.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster; (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Editorial Planeta.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Press.
- Mahler, M.; Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Meltzoff, A. N. & Decety, J. (2003). What imitation tells us about social cognition: A rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, B 358 (1431), 491-500.
- Meltzoff, A. N. & Prinz, W. (2002). *The imitative mind: Development, evolution and brain bases*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Nelson, E. E. & Panksepp, J. (1998). Brain substrates of infant-mother attachment: Contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22(3), 437-452.
- Oller Vallejo, J. (2001a) (en el original en inglés consto como Oller-Vallejo, J.). The ego states and the three basic functions. *Transactional Analysis Journal*, 31, 290-294. (Publicado también en la revista *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, de AESPAT, nº 47).
- Oller Vallejo, J. (2001b) (2ª ed. renovada). *Vivir es autorrealizarse: Reflexiones y creaciones en análisis transaccional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Oller Vallejo, J. (2002) (en el original en inglés consto como Oller-Vallejo, J.). In support of the second-order functional model. *Transactional Analysis Journal*, 32, 178-183. (Publicado también en la revista *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, de AESPAT, nº 50).

- Oller Vallejo, J. (2003a). In favor of preserving the functional model. *EATA Newsletter*, 77, 4-5.
- Oller Vallejo, J. (2003b) (en el original en inglés consto como Oller-Vallejo, J.). The three basic ego states: The primary model. *Transactional Analysis Journal*, 33, 162-167.
- Oller Vallejo, J. (2004). *La personalidad integradora: El doble logro de ser sí mismo y vincularse*. Barcelona: Ediciones CEDEL.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2001). The neuro-evolutionary cusp between emotions and cognitions: Implications for understanding consciousness and the emergence of a unified mind science. *Evolution and Cognition*, 7(2), 141-163.
- Penfield, W. (1952). Memory mechanisms. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 67, 178-198.
- Rizzolatti G.; Fogassi L. & Gallese V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 661-670.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books; (1991). *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

EL GUIÓN DE VIDA COMO DEFENSA DEL YO*

WARREN D. CHENEY

"Los guiones constituyen unos sistemas artificiales que limitan las aspiraciones humanas, creativas y espontáneas" (Eric Berne, 1972).

¿QUÉ ES UN GUIÓN?

El guión de vida es un concepto nuevo en psicología y en psiquiatría. A los que buscan evaluar su alcance, aparece tan rápido que no se reduce a una simple suma de mandatos parentales, de juegos, de sentimientos parásitos, de slogans, de cuentos de hadas, etc...

La idea de que funciona muy a menudo como un sistema de defensa me vino a la mente en la primavera pasada. Yo daba una sesión de iniciación "101": la lista completa de los componentes del guión se instalaba sobre seis metros de pizarra. De pronto, me pareció que estos elementos, una vez ligados entre ellos, forman claramente un sistema y que, muy a menudo, la decisión de guión que constituye el centro está motivada por una necesidad desesperada de defender el yo.

LA DINÁMICA DE LAS DECISIONES DE GUIÓN

Para ilustrar esta dinámica, retomo **dos casos** de mis archivos.

1º La paciente tiene cuatro años; está sentada sobre las rodillas de su padre. Su madre entra y, sin decir nada, coge a la niña y se la arranca con cólera al padre, que no protesta lo más mínimo. Seguidamente, se la envía a hacer un recado: comprende claramente que ni papá ni mamá de-

sean su presencia. He aquí la vieja decisión de guión, tomada a la edad de cuatro años, en los propios términos de la paciente: "Estaba tan herida que decidí que nunca pediría afecto a papá o mamá en toda mi vida".

En la adolescencia, en la edad de las primeras citas, extendió esta decisión: "No pediré amor o afecto a nadie". En la actualidad, tiene cuarenta y un años. Siempre soltera y virgen, teme a la sexualidad, marchita por falta de caricias y no alcanza a desarrollar una intimidad confiada con nadie, sea hombre o mujer.

2º A los cinco años, un muchacho fue regularmente rechazado por su madre en beneficio de su hermano pequeño. Desde el nacimiento de éste, o casi, recurrió a un "Dame una patada", y él ha practicado mucho este juego. Un día, se siente tan privado de caricias que rompe deliberadamente uno de los platos preferidos de su madre. Espera la paliza; inmediatamente muy furiosa la madre deja al hermanito que tenía sentado en las rodillas, coge un cepillo grande y le golpea en la cabeza, abriéndole una herida de casi diez centímetros. Vendando burdamente la herida, la madre continúa manifestando su cólera. El muchacho toma esta decisión: "Toda mi vida jamás haré, sea lo que sea, lo que ella quiera hacerme hacer". Al crecer, él desarrolla un poderoso sistema de defensa. En la escuela, trabajó poco deliberadamente cada año para sabotear a su madre, jugando a "Soy estúpido", a "Schlemiel" y a "Dame una patada".

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

Los preceptores que le asignaron también fracasaron. Consiguió que le despidieran sucesivamente de tres colegios de enseñanza secundaria. Al mismo tiempo se generaliza su programa de rebelión contra su madre: la convicción nace en él de que resulta peligroso buscar amor o afecto en no importa qué mujer, puesto que todas le rechazarán siempre y que no podrá soportarlo. Actualmente él tiene treinta y tres años: permanece soltero, se enamora a distancia de muchas a las que no osa jamás dirigir la palabra, se debilita por falta de caricias y espera siempre su primera cita amorosa.

La función defensiva de la decisión del guión está clara en los dos casos: los modos de comportamiento que ella pone en práctica están destinados a proteger unos sentimientos profundamente tiernos contra las heridas que recibieron tan a menudo.

Yo coleccioné las decisiones de guión de más de cincuenta pacientes míos, comprendidos niños, adolescentes y adultos. Constaté que todos vinieron a terapia con guiones de vida que trataban de defender el yo.

En cada caso, la decisión de guión es el resultado de una situación culminante en un suceso traumático de infancia, que provocó un terrible miedo instintivo. Era vital defenderse. La decisión de guión constituye por parte de un niño pequeño y vulnerable, un verdadero acto de supervivencia.

Resulta interesante preguntarse porqué Freud reconoció que el origen de una neurosis se remonta a un suceso traumático, sin remarcar que éste es la ocasión de una importante decisión de guión. Es cierto que el descubrimiento de esta decisión por Eric Berne, así como del programa en el que reside su base, constituye uno de los grandes progresos teóricos en psicoterapia. En el presente, el carácter defensivo del guión nos permite ver más claro todavía. De este modo, el nudo del trabajo terapéutico está más netamente circunscrito que en psicoanálisis.

LA FUNCIÓN DEFENSIVA DE LOS JUEGOS

Posteriormente a tal decisión de guión, se inventan intuitivamente unos juegos defensi-

vos, se adoptan unas posiciones defensivas y se encuentran unas escapatorias. A medida que el joven muchacho intenta desesperadamente defenderse contra una reprobación parental violenta, elabora para protegerse unos esquemas de juegos. En cuanto al grupo de juegos elegido, varía con la personalidad del jugador. El análisis de cincuenta y dos casos me ha permitido delimitar al menos tres categorías de juegos defensivos, correspondientes a tres tipos de jugadores.

El **primer tipo** de jugador es el que se rechaza a sí mismo, tal como el muchacho descrito anteriormente, quien, para defenderse, jugaba ininterrumpidamente a "Soy estúpido", "Schlemiel" y a "Dame una pata". El mecanismo de defensa activo en estos juegos es la regresión.

El **segundo tipo** es el jugador agresivo quien para protegerse, ataca como en "Ahora te atrapé", "Rincón" y "La escena". El mecanismo de defensa es la proyección o el trastorno.

El **tercer tipo** es el jugador evasivo que desvía los golpes de arietes jugando a "Si no fuera a causa de él, o de ella, o de ellos", "Pata de palo" y "La acusación calumniosa". Estos juegos se basan evidentemente en el rechazo.

Es probable que todo juego, incluso el agresivo, sirve o puede servir a la protección o a la defensa del yo. El análisis de mis cincuenta y dos casos me lleva a la conclusión de que, para la mayoría de los juegos, la primera motivación es de orden defensivo. Se constata por ejemplo que, entre los más virulentos jugadores de "Ahora te atrapé", muchos tienen una inseguridad patológica que intentan enmascarar por sus ataques acervos: para ellos "la mejor defensa es el ataque".

LA FUNCIÓN DEFENSIVA DE LOS SLOGAN Y DE LOS SENTIMIENTOS PARÁSITOS

A propósito del uso defensivo de los slogans, Berne (1972) escribió: "La defensa caracterial, es el slogan". Desarrolla su pensamiento como sigue: La idea psicoanalítica de "mecanismo de defensa del yo" o de "coraza

caracterial", el concepto jungiano de "actitud", la noción adleriana de "mentira vital" o de "estilo de vida", y la metáfora transaccional del "slogan", describe todos los fenómenos similares. Señala lo que el enfoque psicoanalítico difiere del AT: Los analistas "caracteriales" analizan efectivamente lo visible del slogan, pero descuidan el leer por debajo del slogan del juego, la "sorpresa". Por lo menos disponen del tiempo, mientras que el analista transaccional hace enseguida la vuelta.

La colección de estampillas y el sentimiento parásito que tiene su base en ella tienen muy a menudo unas funciones defensivas. La acumulación de estampillas suministra al yo un apoyo seguro y una protección. Le deja menos vulnerable a una amplia gama de amenazas y de críticas.

LAS MANIOBRAS DEFENSIVAS DE LOS ESTADOS DEL YO

En los casos examinados de conflictos interiores, es cierto que un instinto de defensa motivó un buen número de comportamientos irracionales, inapropiados o neuróticos. Por ejemplo, si el Niño intenta defenderse contra una censura muy pesada de los Padres Críticos en su cabeza, puede haber recurrido a unos pasajes en el acto agresivos, a la pasividad, al rechazo o a la autocrítica destructiva. A veces acentúa las posiciones "no-OK" hasta el suicidio.

Este tipo de guerra intrapsíquica resulta de conflictos tales como Padre Crítico contra Niño o Adulto contra Niño o Padre. Además, batallas interiores turbadoras causan a menudo estragos entre el Niño Adaptado y el Niño Natural o el Pequeño Profesor, o entre el Niño Adaptado y el Padre Crítico proveniente del padre o de la madre; dan lugar a maniobras defensivas cotidianas que se traducen por unos sentimientos parásitos, colecciones de estampillas y juegos.

Además, en interacciones o transacciones entre dos personas o más, el paciente puede sentirse amenazado. Este es, por otra parte, a menudo el caso, sea cual sea el estado del yo en el que se encuentre: Padre, Adulto o

Niño. El Padre del paciente puede tener miedo del Padre de algún otro si éste afirma con fuerza una opinión incompatible con las suyas. El Adulto e vuelve a menudo defensivo si entra en conflicto con una persona de inteligencia, habilidad o educación superiores. El Niño reacciona defensivamente si está situado en competición con algún otro más guapo, más encantador, más provocativo, más popular o más agradable.

En grupo, conocemos todos la actitud defensiva que es la clásica resistencia freudiana. En términos de AT, Berne (1972) describió de este modo esta maniobra: El Niño (del paciente) tiene miedo de ir bien y no puede aceptar el Permiso dado por el terapeuta y los otros miembros del grupo, puesto que, si va bien, su madre (en su cabeza) le va a abandonar. En otras palabras, su yo duda de perder el apoyo nutricional de su madre, su sola protección contra un mundo que imagina frío, insensible, indiferente, cruel e incapaz de aportarle cualquiera que éste sea aceptar "el Permiso de ir bien" le aterra, desde el momento en que él realiza lo que el terapeuta espera de él: abandonar el sistema defensivo que construyó hace tanto tiempo.

USO TERAPÉUTICO DE LA FUNCIÓN DEFENSIVA DEL GUIÓN

Hace mucho, Freud y sus discípulos reconocieron que mecanismos de defensa útiles en el pasado, pero actualmente caducos, pueden estar fijados de manera irracional. Es por lo que Fenichel (1946) definió el objetivo de la terapia como "el desmantelamiento de las defensas patógenas". Según él, la persistencia de la creencia en un peligro no presente es una consecuencia de la defensa establecida en la infancia. La ansiedad que condujo a esta defensa se volvió inconsciente. Nosotros diremos: la ansiedad que forzó al paciente a tomar su decisión de guión se vuelve inconsciente.

Se abren muchas posibilidades al terapeuta de AT, desde que toma conciencia del hecho de que el guión funciona como un sistema de defensa del yo. En lo que yo he

podido ver, los pacientes toman consciencia muy rápidamente de esta idea. Retoman fuerzas y dan a su Adulto el Permiso de dismantelar unas defensas inútiles: juegos, sentimientos parásitos o eslóganes falsos defensivos sobre el delantero de su camiseta deportiva.

Bien entendido que el dismantelamiento definitivo de defensas patológicas del yo no se realiza por la sola fuerza de la voluntad, del razonamiento o de la lógica del Adulto. Es éste quien debe tomar la iniciativa de demoler los muros, pero es esencial que el paciente comprenda que todas estas defensas están profundamente arraigadas en el inconsciente. Esto implica que no pueden ser abandonadas en tanto que éste no se sienta lo bastante seguro para hacerlo. El paciente no puede hacerse ilusiones diciéndose simplemente: "Es idiota no abandonar estas viejas defensas". Freud observó esto ya hace mucho tiempo: Las leyes lógicas no actúan sobre el inconsciente. No se aprende de esto por discusiones o cursos, sino únicamente por la experiencia.

La reducción de las defensas del yo es por consecuencia un trabajo de larga duración. El Adulto debe descubrir cómo persuadir al inconsciente de que corra el riesgo de una nueva herida exponiéndose a una transacción, una confrontación o un diálogo semejantes a éste que, antiguamente, le hicieron mal. El hecho de que, actualmente, el Adulto tenga confianza de que no dañarán el yo, es insuficiente por sí solo. Cuando el inconsciente asume suficientemente tales riesgos sin ser herido o dañado, puede finalmente abandonar sus defensas definitivamente.

Si esto es exacto, estamos en posesión de una técnica para evaluar eficazmente la distancia que separa todavía al paciente de la curación. Se trata de estimar con perspicacia el trabajo cumplido por la guía del Adulto sobre el inconsciente para desarraigar sus defensas patológicas, esperando que acepte completamente que estas defensas no son ya necesarias.

Afirmar que la curación depende de la eliminación permanente de las defensas patológicas del yo, no implica que se pueda ignorar los otros factores patógenos en el entorno y las relaciones interpersonales, ni que todas las defensas del yo deban necesariamente ser eliminadas para que se cure. Los seres humanos no pueden sin duda sobrevivir como entidades sociales sin la protección de una amplia gama de defensas no patológicas del yo.

En el objetivo de que sea más precisa la evaluación del grado de curación, desarrollo actualmente una serie de cuestiones a añadir a la lista de control del guión al fin de la terapia. Tratan de hacer aparecer si las defensas anormales han sido eliminadas. Bien entendido que una etapa preliminar es indispensable: la clara y específica identificación de las defensas efectivamente patológicas, seguidas de un diagnóstico diferencial que las separe de aquellas que no lo son.

Antiguamente, la sola medida psiquiátrica del grado de curación era una pregunta muy vaga: "¿Funciona de nuevo el paciente normalmente?" Una vez validada la técnica expuesta anteriormente, esta medida será mejorada significativamente, para beneficio tanto de los terapeutas como de los pacientes.

"¿Tiene todo el mundo un guión?" es una cuestión conexas a nuestro tema. La respuesta se deriva de la diferenciación entre defensas patológicas y no patológicas. Las personas que necesitan psicoterapia son aquellas cuyas defensas de guión resultan patológicas; las que no tienen defensas anormales son consideradas como normales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press.
- Fenichel, O. (1946). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Londres: Routledge & Kegan.
- Freud, S. (1938). *An Outline of Psychoanalysis*. New York: Norton & Co.

LOS GUIONES EN SUSPENSO: UNA SEGUNDA POSIBILIDAD PARA LAS MUJERES*

RICHARD G. ERSKINE
Y TEHILA SELZER

Fue Berne (1972) quien formuló la cuestión: "¿Qué hace Vd. para cumplir su guión?" En los libros y los artículos dedicados al AT, se considera a los guiones en suspenso como no ganadores; las personas que viven con ellos, se dice, esperan la rigidez cada- vérica. Sin embargo, dadas las exigencias de nuestra cultura a propósito de las mujeres, los guiones en suspenso pueden abrirles un camino hacia la autonomía, pues unas mujeres, limitadas por su guión durante la educación de sus hijos, pueden realizar sus potencialidades en la madurez y la vejez, cuando sus niños las dejan y su guión se termina.

La cultura americana contemporánea se vuelve hacia la juventud: suministra a las mujeres jóvenes unos roles de "guión muy explícitos" (Erskine, 1974). De cara a las mayores, ella no tiene más que un mínimo de esperas. Tradicionalmente, se espera que las jóvenes sean esposas y madres, y que renieguen de su personalidad propia en provecho de esta identidad sexual (Jongeward, 1971). Wyckoff (1974) subraya que estos guiones femeninos permiten desarrollar mucho el Pequeño Profesor, el Padre en el Niño, el Padre Nutricio, pero no el Adulto, ni el Niño Natural donde se expresan las necesidades propias de la persona.

Parece que éstas que adoptaron estos roles estereotipados continúan considerándose como diciéndose a sí mismas que están OK, en tanto que siguen su impulso de

guión al mantenerse en el rol maternal y/o al tratar de corresponder con la imagen de la joven belleza que dan las "mass-media". Pero cuando los hijos dejan la casa y la juventud de la madre se difumina, el guión en suspenso llega a su término y desemboca en una falta de estructuración. Para algunas, esto conduce a la depresión o, más benignamente, a un sentimiento de soledad e inutilidad. Para otras, el cumplimiento del rol ligado al guión puede abrir unas perspectivas inesperadas de cumplimiento personal.

Los artículos y los libros consagrados a los cambios de personalidad de la mujer con la edad (Bizzen, 1964) muestran que ésta se vuelve cada vez más hacia el interior y llega a una más grande unidad entre sus necesidades reales y lo que ella consiguió. La mayoría de mujeres mayores crecen dándose el Permiso que les libera de sus roles limitativos.

Numerosos estudios (Brim, 1966) compararon los intereses, las actitudes generales, los valores, la concepción de la vejez, la adaptación afectiva, el tipo y los hábitos de trabajo de mujeres jóvenes y mayores. Las jóvenes se interesan, sobre todo, de la familia y el matrimonio, más secundariamente de los servicios sociales, los almacenes femeninos, las novelas de ficción y las biografías. Las mujeres mayores se interesan menos en los encuentros amistosos y más en ellas mismas. Son menos conformistas, sus intereses están fijados y bien definidos, y

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

les gusta las novelas policíacas, o de detectives, de tipo masculino (Hardick, 1964). Las jóvenes son más desafiantes, rebeldes, cínicas, pesimistas y preocupadas por las opiniones de los otros. Las mujeres mayores tienen, parece, unas opiniones más interiorizadas, un optimismo mejor enraizado y una confianza más firme en los demás (Brozck, 1955). Las jóvenes describen el físico de las personas mayores en términos relativamente más negativos y consideran la vejez como un proceso desagradable. Para las mujeres mayores, por el contrario, la gran característica de la vejez es el advenimiento de un sentido más agudo de la libertad y una imagen de sí mismas más satisfactoria (Neugarten, 1971).

Según estos estudios, las jóvenes, en conjunto parecen nerviosas y siempre en movimiento. Su energía y humor fluctúan. Están menos dispuestas que las mujeres mayores a tomar decisiones para su propia vida. Éstas parecen más estables y no admiten un comportamiento irracional más que en sus malos momentos.

En general, las mujeres jóvenes perciben su rol como no estando apenas fuera de la familia. Encuentran que no tienen mucha vitalidad ni autonomía. A menudo esperan que las decisiones sean tomadas por otros. Ellas son "bonitas" y "agradables". Las mujeres mayores son frecuentemente figuras-clave de la familia. Se consideran como unas personas enteras, independientemente de su marido, y aceptan mejor su propia agresividad y su gusto por la dominación. En lo que concierne al tipo y hábitos de trabajo, las mujeres mayores parecen estables, al contrario de las jóvenes que temen verdaderos trastornos afectivos con respecto a su profesión. Las mujeres mayores parecen más integradas, menos ligadas a su guión y más capaces de poner en práctica sus tres estados del yo, comprendidos el Niño Natural y el Adulto; toman sus propias decisiones.

Según Berne (1972), el tratamiento que conviene a la edad sin guión es el Permiso, pero bien poco se sirven de él. Este enunciado se aplica quizás mejor a los hombres que a las mujeres. Los hombres, en efecto,

tienen de ordinario un guión del tipo "Trabaja duro" y "Vela por las necesidades de la familia": ésto les lleva hasta los sesenta y cinco años, mientras que las mujeres afrontan la crisis ligada al guión en suspenso a una edad más joven. Ellas tienen pues más posibilidades de resolver esta crisis de forma constructiva, dándose el Permiso de asignarse unos objetivos que correspondan a sus necesidades y a sus intereses.

Como lo muestran los artículos citados, las jóvenes necesitan más esfuerzo para adaptarse a su vida que las mujeres mayores. Esto es sin duda el resultado de los guiones culturales de las jóvenes, que les imponen unos roles alienantes. Las mujeres en edad madura han cumplido su guión; esto puede resultar más positivo que negativo. Muchas de las que tienen la experiencia del "vacío existencial" toman, con respecto a su rol y sus necesidades, nuevas decisiones que no están determinadas por los mensajes Parentales y sociales. La sociedad se preocupa poco del rol de las mujeres maduras: ésto les permite por tanto elegir su estilo de vida más libremente que las jóvenes. Se comprende por tanto su mejor éxito en su adaptación, y la satisfacción más grande que resulta de ella.

La psicoterapia, comprendida en ella el análisis del guión, se ha interesado más hasta ahora en las mujeres limitadas por su guión que en su desesperanza cuando éste se ha cumplido (Berne, 1961). Se ha centrado el tratamiento en la toma de conciencia de las necesidades interiores, la experimentación de nuevos estilos de vida, y la elección para el futuro de objetivos ganadores (Spence, 1974). Se ha puesto el acento en los aspectos destructores de los guiones femeninos en suspenso y en las diversas posibilidades de cambio de vida. Se ha insistido poco en el valor constructivo: la segunda posibilidad que los guiones en suspenso ofrecen a las mujeres.

En nuestro trabajo con unas mujeres que llegan al fin de su guión en suspenso, hemos llegado a cambios considerables al fin de la terapia no insistiendo más que un poco en la patología asociada al guión. Por

el contrario nosotros ponemos el acento en el desarrollo normal de la personalidad por etapas sucesivas; cada pasaje se acompaña de una crisis (Jongeward, 1950). Paralelamente al análisis del guión, el terapeuta puede explicar que la crisis no debe durar largo tiempo, y que el fin del guión da a la mujer una segunda posibilidad: puede elegir en el presente vivir una vida maravillosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press.
- Bizzen, J.E. (1964). *The Psychology of Aging, Englewood Cliffs*. N.J.: Prentice-Hall.
- Brim, O.G. (1966). Socialization through the life cycle. In H. G. Brim et S. Wheeler (éd.). *Socialization after Childhood*. New York: Wiley.
- Brozck, J. (1955). Personality change with age: An item Analysis of the MMP. *Journal of Gerontology*, **10**, 194-226.
- Erskine, C. (1974). *Six Stereotyped Women's Scripts*. Conférence au congrès d'été de l'I.T.A.A. San Francisco.
- Hardyck, G.D. (1964). Sex differences in Personality change with age. *Journal of Gerontology*, **19**, 78-82.
- Jongeward, D. (1974). What do you do when your script runs out? *T.A.J.*, **1**, **2**, 78-80.
- Neugarten, B.L. (1971). Grow old along with me: The best is yet to be. *Psychology Today*, **12**, 45.
- Spence, M.T. (1974). Group work with old people. *T.A.J.*, **IV**, **2**.
- Wyckoff, H. (1974). Banal scripts of women. In C. Steiner, *Scripts people live*. New York: Grove Press.

¿QUÉ HACE USTED DESPUÉS DE CUMPLIR SU GUIÓN?*

DOROTHY JONGEWARD

Mis conferencias de AT reservadas a las mujeres han sido seguidas por centenares de auditoras. Entre éstas, en mayor parte amas de casa de los suburbios, cerca de dos terceras partes tienen un guión del tipo La Bella Durmiente (Wyckoff, 1971).

El tipo de la "Bella Durmiente" es la mujer que funda su identidad y su destino sobre unas identificaciones femeninas y sobre el cumplimiento de roles femeninos tradicionales programados a partir del Padre. Le falta "identidad dual", según la terminología de Virginia Satir (1964); rechaza su personalidad propia para acentuar su "feminidad".

Sus mensajes de guión se remontan al menos a sus primeros juguetes, que a buen seguro son elegidos exclusivamente entre las muñecas y los utensilios de menaje en miniatura. Las caricias de sus padres la empujan a adaptarse. Sus fruncimientos de cejas rechazan los juegos agresivos o científicos. En revancha, sonríe cuando es limpia, tranquila y maternal. Su guión femenino puede ser reforzado por reflexiones verbales: "¡Qué gentil es la mamá!" o "¡Mira qué dulce es con su muñeca!". La niña comienza a considerarse como "la pequeña mamá": sus otras posibilidades son rechazadas.

Generalmente triunfa en la escuela primaria. Sus profesores la quieren y, como la sumisión es su principal esquema de adaptación, recibe muchos elogios.

Hacia los 12 ó 14 años, sus intereses se reducen prácticamente a su apariencia física, a menudo en detrimento de su placer, de su éxito, o de las ocasiones en las que podría afirmarse. Por ejemplo, no va a na-

dar con sus compañeros por miedo de estropear su peinado y su maquillaje.

Entre los 14 y 16 años, adapta su guión infantil a la vida adulta y confirma su destino de guión: "Me casaré y tendré hijos", a menos que no se invierta el orden. Cuando se confirma este objetivo, ella se "va a dormir". "La Bella durmiente" se duerme en lugar de desplegar sus talentos, sus inteligencia y todas sus virtudes. A veces incluso toma el rol de Víctima y juega a "Soy estúpida" o se alza en mártir.

Este tipo de guión se reconoce fácilmente con unos enunciados como "¿para qué sirven las «mates»? Quiero casarme y quedarme en casa", o "¿Por qué reventarme en la universidad? Quiero casarme".

En este momento, marido e hijos son para ella el objetivo y el fin de la vida en lugar de ser el punto de partida. Piensa en el matrimonio, pero se hace, sobre las realidades de la vida conyugal y de la educación de los niños, una multitud de ilusiones que los "mass-media" refuerzan abundantemente. Estos le presentan en todos los campos unos medios de realizar su objetivo de guión: purificar el aliento o las axilas, depilarse las piernas, o enmascarar con algún "spray" los olores de su cuerpo. Su impulso de guión contamina la función de verificación de su Adulto; su Padre, por su lado, lo contamina por unos mensajes perjudiciales a propósito de los roles masculinos y femeninos y unos objetivos que conviene asignarse.

Si va a la universidad, la toma a su comodidad y/o abandona cuando "el Sr. Derecho", su complemento de guión, viene a

abrazarla. Él la elige a menudo porque ella le ayuda a cumplir su propia vocación de guión. Él es frecuentemente autoritario y lleno de prejuicios, lo que refuerza masivamente sus mensajes Parentales en ella con respecto al lugar y la función de las mujeres. A veces ella juega a "Si no fuera por ti" y/o "Mira lo que me has hecho hacer". Una "Bella Durmiente" se lamenta diciendo: "¡Pero Eduardo tendría una congestión si yo fuera a los cursos de tarde!"

En tanto que ella siga su guión y se ocupe de sus hijos, la "Bella Durmiente" se siente OK. Pero cuando su último hijo tiene 15 ó 16 años, comienza a sentirse solitaria, estructura menos su tiempo y su colección favorita de estampillas se convierte entonces en depresión. En el momento en que todos los hijos han dejado la casa, ella tiene alrededor de cuarenta años. A menudo, consulta a un médico que le prescribe unos antidepresivos o unos tranquilizantes. En su ausencia, puede recurrir al alcohol.

En este momento, su guión en suspenso (Berne, 1970) se termina. Lo ha cumplido y, en el presente, la existencia le parece vacía. Ningún mensaje viene a socorrerla para decirle qué hacer con su tiempo. Algunas, desesperanzadas, tienen un nuevo embarazo, y el bebé llena los diez años siguientes. Pero esto es una solución temporal: el guión se termina entonces para bien, y vuelve el vacío. No hay más que esperar la muerte. En muchos casos que yo conozco, una figura de autoridad, el médico, enfermera, pariente, consejero, la empuja a tener otro hijo, sin tener en cuenta que sin duda a la larga éste no resolverá el problema. Como dijo Berne (1970): "La moral de esta historia, un guión no debe estar limitado en el tiempo, sino que debe abarcar toda la vida, por larga que sea" (p. 170).

Es interesante comparar sobre este punto la condición de las mujeres actuales a la de sus homólogas a principios de siglo. Basta dibujar sobre unos diagramas circulares la vida de la "Sra. Todo el mundo" hoy día y antes (Fig. 1) para constatar que el vacío de guión constituye actualmente un problema muy grave. Actualmente, la Sra. Todo el

mundo se casa hacia los 19 años y tiene una media de 2,7 hijos, cifra que baja continuamente; su último hijo nace cuando ella tiene 26 años y su esperanza de vida es de 74 años. A principio de siglo, la Sra. Todo el mundo se casaba hacia los 22 años, tenía hasta la menopausia muchos hijos y su esperanza de vida era tan sólo de 48 años. No tenía casi tiempo de ver terminado su guión, y ante lo que le pasa a tantas mujeres hoy día, no podría más que encogerse de hombros sin comprender.

Cuando una mujer moderna encuentra el vacío del guión, se siente a menudo perdida, terminada, deprimida e inútil. Por tanto, llega a la primavera de su vida. Su drama se termina y se abre ante ella un nuevo espacio de vida, pero nadie la ha hablado de ello ni la ha preparado. Las confidencias de una mujer revelan el poder de sus ilusiones: "Cuando mi último hijo se fue de casa, mi sentimiento de ser alguien se esfumó con él. Tuve un sentimiento terrible de no saber qué hacer. Creo que esperaba que los bebés fuesen siempre bebés. Tengo 43 años y estoy acabada. Nunca pensé en hacer otra cosa".

Un elemento importante del tratamiento de la "Bella Durmiente" es la información Adulta sobre el guión en suspenso. Tiene necesidad de conocer los síntomas mentales y físicos de la ausencia de guión o de saber que no sirve de nada una reviviscencia de los mensajes interiores para estructurar su tiempo. Este método resulta tanto más eficaz cuanto que, en el pasado, sus roles de mujer en el hogar y de madre no fueron rechazados. En el caso contrario, puede desplazar sus resentimientos y censurar a sus hijos por haberla dejado "sacrificar por ellos su crecimiento personal". Cuando la Bella "se despierta" y piensa dónde está en su vida, aprueba a menudo esto respecto a su marido o a sus hijos. Pero es mejor para ella que emplee su energía en resolver el problema. Puede entonces comprender y asumir mejor su enfermedad, que a veces llega hasta la depresión. Muy a menudo, comienza entonces a ayudar a otras mujeres.

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

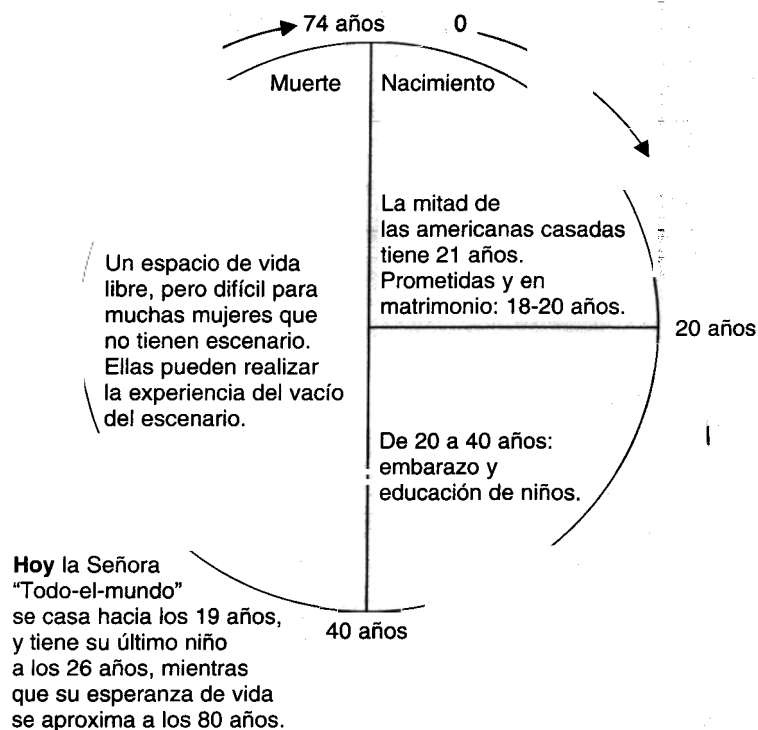


Figura 1: El desafío propuesto para la duración de la vida de las mujeres que han elegido el matrimonio y la educación de los niños.

Si quiere curarse es necesario que, pronto o tarde, examine otros estilos de vida y se asigne unos objetivos nuevos y constructivos. Estos son esenciales para situar un guión de ganador por el resto de su vida.

Los objetivos tienen por otra parte más posibilidad de ser ganadores si están basados de forma realista sobre los talentos y habilidades de la persona. Para establecer estos datos, es necesario a menudo recurrir a unos consejeros en orientación profesional o en educación. Estas mujeres necesitan reunir un máximo de información adulta realista sobre ellas mismas y sobre sus posibilidades, lo que a menudo representa una verdadera labor. Durante la terapia, sus "deberes a domicilio" se basan sobre todo en este punto; se les pide igualmente asignar-

se objetivos y alcanzarlos.

Para la curación, pueden ser necesarios cambios sociales (Berne, 1969). El consejero puede comprometerse, como lo hago yo, para obtenerlos. En la época en que yo tomé conciencia del gran número de mujeres cuyo guión era del tipo "La Bella Durmiente" o cualquier otro tipo de guión en suspenso, no tenían apenas lugares a su disposición para cumplir los objetivos de educación personal que se fijaban. Puse a punto para la administración de mi distrito un programa de educación de adultos, que otros distritos enseguida imitaron. Comencé unos cursos para mujeres a nivel universitario. En un curso sobre educación en la vida de familia para

educadores, ofrecí unos medios de trabajar desde el origen los guiones en suspenso. Finalmente, testimonié en favor de la continuación de este programa ante la comisión sobre la condición femenina del estado de California.

Un ejercicio útil resulta conducir a la cliente a asignarse unos objetivos por un periodo limitado. Durante seis meses, puede, por ejemplo, fijarse un objetivo mes a mes; a decir verdad, resultan necesarios en ocasiones unos objetivos diarios. Ella responde a las preguntas: "¿Qué es lo que yo quiero ser de aquí a un mes?" y "¿Qué es lo que quiero hacer?" La periodicidad se aumenta progresivamente, hasta el momento en que la persona asimila este modelo de pensamiento y puede fijarse un segundo

guión. Es esencial que éste englobe la vejez y prevea para ella unas actividades realistas y satisfactorias. Este trabajo resulta muy parecido al que se efectúa con los hombres cuyo guión se termina en la jubilación.

He visto de este modo a muchas mujeres coger en sus manos la conducción de su vida y asumir la responsabilidad. Algunas vuelven a los estudios, otras se consagran a proyectos locales, otras vuelven al trabajo o desarrollan un talento del que eran conscientes a la edad de diez años. Estas mujeres han elegido ir hacia delante con al vida, en lugar de esperar la caída del telón

o, como dijo Berne (1970), la "Tierra Prometida".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berne, E. (1969). Editor's Page. *T.A.B.*, VIII, 29, 7-8.
- Berne, E. (1970). *Sex in human loving*. New York: Simon & Schuster.
- Satir, V. (1964). Conjoint Family Therapy, Palo Alto. *Science and Behaviour Books*, 19, 48-53.
- Wyckoff, H. (1971). The Stroke Economy in women's script. *T.A.J.*, I, 3, 16-20.


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 “entrecomillado” al principio y al final, mencionando a continuación y entre paréntesis la página del susodicho texto publicado. **Ej.:** Según Tyler (1977): “El éxito parece depender tanto de lo que es el terapeuta como de lo que dice y hace” (pág. 266).
 - Las **Referencias Bibliográficas**, relacionadas con las citas de autores del texto y que dan categoría a una publicación, serán listadas al final del artículo, ateniéndose a las siguientes normas:
 - **Si se cita un libro**, se menciona(n) el(los) **apellido(s)** y la letra inicial del **nombre** de cada autor; después, se coloca el **año** de la publicación entre paréntesis 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.
 - Si se citan varias obras de un mismo autor, colocarlas por orden cronológico.
 - Las publicaciones de una obra en el idioma original y en español, resaltando (*en negrilla*) la primera de ambos (citada o no en el artículo). Ej.: Berne, E. (1966, 1998, 2004). **Principles of group treatment**. New York: Grove Press; (1983, 1996, 2001, 2005). **Introducción al tratamiento en grupo**. Barcelona: Grijalbo.
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.
7. 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.

CORTAR Y REMITIR A AESPAT, AL APARTADO 5.222. 28080 MADRID. FAX 91.433.34.13



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: _____ C.P.: _____
 Ciudad: _____
 Fecha y Firma: _____

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.

MADRID. FAX 91 433 94 13

CORTAR Y ENVIAR A APARTADO 8.222.

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A REVISTA DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGÍA HUMANISTA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

Precio de suscripción anual, 2005, para España 19 €.

Apellidos: _____
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Profesión: _____
 Nº c/c o libreta: _____ / _____ / _____ / _____
 Banco/Caja: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ C.P.: _____

- Señalar forma de pago:**
- Domiciliación bancaria (rellenar autorización adjunta inferior) y enviar a Banco o Caja.
 - Transferencia bancaria a AESPAT.
 Caja de Madrid - Sucursal 2038-1006-63-6001231467
 C/. Conde de Peñalver, 6 - 28006 MADRID
 Firma: _____



BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Señores: les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará AESPAT para el pago de mi suscripción a la Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista.

Nombre y Apellidos: _____
 Nº c/c o libreta: _____ / _____ / _____ / _____
 Banco/Caja: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ C.P.: _____
 Fecha y Firma: _____

