



SEIS ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS

2ª edición

Celedonio Castanedo



Manual Moderno®

SEIS ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor.

En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda

Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.



SEGUNDA EDICIÓN

SEIS ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS

booksmedicos.org

Celedonio Castanedo Secadas

Ex Catedrático de la Universidad de Costa Rica (UCR)

Fundador-Director de la Maestría en Psicología (UCR)

Fundador-Director de la Maestría en Terapia Gestalt en la UACA de Costa Rica

Profesor de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, España

Editor responsable:

Lic. Santiago Viveros Fuentes

Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

Seis enfoques psicoterapéuticos. Segunda edición

D.R. © 2008 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

ISBN: 978-970-729-375-5

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiar, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Seis enfoques psicoterapéuticos / [ed.] Celedonio Castanedo Secadas. -- 2a ed. -- México : Editorial El Manual Moderno, 2008.
xx, 452 p. ; 23 cm.
Incluye índice
ISBN 978-970-729-375-5

1. Psicoterapia. I. Castanedo Secadas, Celedonio, ed.

616.8914 SEI.e. Biblioteca Nacional de México

Director editorial:
Dr. Marco Antonio Tovar Sosa

Editora Asociada:
Lic. Tania Uriza Gómez

Coordinador de diseño:
Ramiro Alvarado Esquivel

Diseño de portada:
Salvador Amezcua Flores

ACERCA DEL AUTOR

CELEDONIO CASTANEDO SECADAS

Catedrático de la Universidad de Costa Rica. Maestría en Psicología clínica por la Universidad de Montreal, Canadá. Doctorado en Psicología clínica por la Universidad de Laval, Québec, Canadá. Doctorado en Psicología educativa y evolutiva por la Universidad Complutense de Madrid, España. Posgrado en Terapia Gestalt en el *Institute Gestalt de Cleveland* (GIC) con Laura Perls, Isadore From, Joseph Zinker, Isabel Fredericson, Sonia Nevis, Rainnette Fantz, Elaine Kepner, entre otros terapeutas gestálticos, todos ellos de la primera generación. Miembro fundador y vicepresidente del Colegio Oficial de Psicólogos de Costa Rica. Director-Fundador de la Maestría en Psicología en la Universidad de Costa Rica. Director-Fundador de la Maestría en Terapia Gestalt, Universidad Centroamericana (UACA), San José, Costa Rica. Miembro del *Institute Gestalt de Cleveland* (GIC). Catedrático invitado de diversas universidades de Costa Rica y de México. Profesor de psicología, Universidad Complutense de Madrid. Director-Fundador del Instituto Contacto con Empatía, S.C.

Autor de varios libros, entre ellos: *Deficiencia Mental: Aspectos teóricos y Tratamientos* (1982); *Terapia Gestalt: Enfoque Centrado en el Aquí y Ahora* (1983), *Grupos de Encuentro en Terapia Gestalt: De la silla vacía al círculo gestáltico* (1990), *Valores educativos de los profesores* (1992), *Viviendo en los límites: A Laura Perls* (2002), *Bases psicopedagógicas de la educación especial* (2000), *Psicología Humanística Norteamericana* (2005), *Sueños en Terapia Gestalt* (2008).

COLABORADORES

ABELARDO BRENES CASTRO

Bachillerato en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Doctorado en Psicología en la Universidad de Birmingham, Inglaterra. Residencia en Psicología clínica en el Hospital Malborough Day, Londres, Inglaterra.

Catedrático de la Universidad de Costa Rica y coordinador de la cátedra de Psicoterapia de la Escuela de Psicología. Miembro de la Comisión de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Autor de varios trabajos de investigación en el campo de la psicología clínica y de ensayos en el área de la psicología transpersonal.

LEONARDO DORONY SATURNO

Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Doctorante en Psicoterapia Humanística, Instituto Humanista de Sinaloa, México. Posgrado en Psicoterapia Gestáltica en Adultos, Instituto Gestáltico de Montevideo, Uruguay. Formación en Psicoanálisis Vincular, Psicoterapia Sistémica, Especialidad en Grupo e Instituciones, Facultad de Psicología, Uruguay. Docente y Coordinador del Área de Psicología del Centro Educativo de Servicios para la Comunidad (CESCOM) de la Universidad Iberoamericana de León, México. Integrante del Programa de Desarrollo Estudiantil, en el área de atención psicológica de la Universidad de Guanajuato, México.

ÁNGEL IZQUIERDO

Licenciado en psicología por la Universidad Ruprecht-Karl de Heidelberg, Alemania en las especialidades clínica y pedagógica. Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Es Profesor Numerario de esta Universidad. Especialista en Terapia de Conducta. Desde 1977 ha trabajado en este campo en consul-

VIII Seis enfoques psicoterapéuticos

torios estatales en Alemania y en su gabinete privado en España. Ha impartido numerosos seminarios y cursos de doctorado referentes al tema y es autor de distintas publicaciones y libros, por ejemplo, *Empleo de Métodos y Técnicas de Terapia de Conducta y Autocontrol*.

HENNING JENSEN PENNINGTON

Bachillerato en Psicología por la Universidad de Costa Rica. Maestría y Doctorado por la Universidad de Fribourg, Alemania. Catedrático de la Universidad de Costa Rica. Profesor del seminario de “Introducción a la metateoría del psicoanálisis”. Miembro de la Comisión de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Director del Instituto de Investigaciones Psicológicas y Vicedecano de la Facultad de Ciencias Sociales. Autor de varios trabajos de investigación en el área de psicología y salud, y de artículos sobre psicoanálisis en revistas especializadas. Compilador del volumen: *Teoría Crítica del Sujeto: Ensayos sobre Psicoanálisis y Materialismo Histórico*.

HERMANN LUCKE VERGARA

Licenciatura en Psicología, Universidad Católica de Chile y Doctorado en Psicología en la Universidad de Kansas, Estados Unidos. Catedrático de la Universidad Nacional de Costa Rica. Miembro fundador del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica y vocal de la Primera Junta Directiva. Miembro de la Asociación Latinoamericana de Modificación de la Conducta.

GABRIELA MUNGUÍA ARIAS

Responsable del programa de Salud Mental de la Universidad de Guanajuato. Licenciatura en Psicología, Universidad de Guadalajara. Maestría en Terapia Gestalt. Doctorado en Psicoterapias Existenciales.

Profesora de programas de Maestría y Doctorado con enfoques humanísticos. Cofundadora del Centro de formación de terapeutas Contacto con Empatía, S.C. Investigadora y asesora de tesis sobre salud mental y psicología humanística.

GERARDO RODRÍGUEZ ECHEVERRÍA† (1990)

Licenciatura en Psicología y Doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Psicología social de la Universidad Pontificia de Salamanca, España. Posgrado en Dinámica de Grupos en la Universidad de París VII, Francia. Ex profesor adjunto de la Universidad de Costa Rica en el área de Psicología social y ex director de la

Escuela de Ciencias del Hombre, Facultad de Ciencias y Letras, Universidad de Costa Rica.

Catedrático de la UCR. Miembro fundador y presidente de la Primera Junta Directiva del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Ex miembro del Instituto Carl Rogers de La Jolla, California, Estados Unidos. Autor de varios trabajos y artículos acerca de la adolescencia, dinámica de grupos y tratamiento penitenciario, publicados en España y Costa Rica.

RAFAEL SÁEZ ALONSO

Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor Titular de la Universidad Complutense de Madrid, adscrito al Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Los libros y artículos publicados en revistas especializadas abarcan las siguientes área de conocimiento, en las que investiga e imparte docencia: bases metodológicas de la investigación educativa; técnicas transaccionales en intervención socioeducativa con menores en desamparo y conflicto social; educación intercultural; estudio de guiones culturales según el análisis transaccional.

En el año 2001 publica *Los Juegos Psicológicos según el Análisis Transaccional: Dos no juegan si uno no quiere*. En el 2006 publica el libro *Vivir interculturalmente. Aprender un nuevo estilo de vida*.

Desde el año 2006 es Presidente de la Asociación Española de Análisis Transaccional (AESPAT) y Director de la revista semestral *Análisis Transaccional y Psicología Humanista*.

PIERRE THOMAS CLAUDET[†] (1995)

Psicólogo I.S.E., Universidad de Ginebra, Suiza. Doctorado en Psicología de la Universidad Central de Barcelona, España. Residencia en Psicología Clínica Infantil. Oficial Médico-Pedagógico Vaudois, Lausanne, Suiza.

Catedrático de la Universidad de Costa Rica. Fundador y Jefe de la Unidad de Psicología Infantil del Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica. Miembro ordinario de la Asociación Costarricense de Pediatría. Miembro fundador de la Asociación Costarricense de Psiquiatría, Psicología clínica, Neurología y Neurocirugía. Miembro Clínico y Didacta Provisional de las Asociaciones Latinoamericana y Mexicana de Análisis Transaccional.

Autor de trabajos de investigación y ensayos en psicología y salud, psicología infantil, educación y desarrollo humano y social, publicados en revistas científicas. Asimismo, es autor de varios libros, entre ellos: *Análisis Transaccional, relaciones humanas y autorrealización personal* (1985), y *Desarrollo Integral del Ser* (1990).

LUIS VELASCO LAFARGA

Licenciado en psicología y Maestro en Desarrollo Humano por el ITESO en Guadalajara, Psicoterapeuta Familiar y de Pareja, por el Instituto Personas en México, DF. Entrenamiento en Psicoterapia Gestalt de Grupos en el IHPG de Querétaro y doctorado en Integro de Guadalajara, Jalisco.

Catedrático de las maestrías en Desarrollo Humano del Colegio Universitario Humanista de México en Tlaxcala; del Instituto de Investigación para el desarrollo del Potencial de la Persona en Tepic; del Instituto DESAFÍO, en Celaya, del cual es fundador y director general y de la maestría en Psicoterapia Humanista de la Universidad Vasco de Quiroga en Morelia. Es consultor en empresas privadas y de gobierno en el proyecto Síntesis, en México, DF.

Es miembro fundador de la Asociación de Desarrollo Humano de México (ADEHUM), y miembro de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Ha colaborado con artículos en revistas de difusión como *Enlaces*, *Prometeo*, *FD* y *Revista de la Sociedad Mexicana de Reumatología*. Es editor de nueve volúmenes de difusión del *Desarrollo Humano*, en Desafío Editores.

CONTENIDO

Prefacio a la 1ª edición	XIII
<i>Celedonio Castanedo Secadas</i>	
Prólogo a la 2ª edición: 15 años después de la 1ª edición	XV
<i>Celedonio Castanedo Secadas</i>	
Capítulo 1. Aspectos básicos del psicoanálisis freudiano y neofreudiano	1
<i>Henning Jensen Pennington</i> <i>Leonardo Dorony Saturno</i>	
Antecedentes históricos	1
Desarrollo de la teoría psicoanalítica	11
Desarrollo de la terapia psicoanalítica	18
Más de cien años después	22
El psicoanálisis a comienzos del siglo XXI	28
Otras líneas del psicoanálisis	34
Capítulo 2. Terapia conductual	53
<i>Hermann Lucke Vergara</i> <i>Ángel Izquierdo</i>	
Introducción	53
Concepciones erróneas acerca de la terapia conductual	54
Aplicaciones a problemas clínicos frecuentes	58
Respuesta de ansiedad	60
Respuesta depresiva	67

Otros problemas comunes	74
Tres generaciones de la terapia de conducta	80

Capítulo 3. Terapia transaccional 105

Pierre Thomas Claudet

Rafael Sáez Alonso

Introducción	105
Definición del análisis transaccional	112
Instrumentos del análisis transaccional	113
Estructura dinámica de la personalidad	115
Análisis estructural de la personalidad	116
Análisis estructural de la personalidad de segundo orden	121
Análisis funcional de la personalidad	128
Patología estructural	130
Transacciones	134
Necesidades psicológicas fundamentales de la persona	141
Guión de vida	156
Aplicación clínica	167
Otras técnicas incluidas en el proceso terapéutico mediante análisis transaccional	182

Capítulo 4. Psicodrama 187

Abelardo Brenes Castro

Alfonso González

Introducción	187
Psicodrama moreniano	189
Corrientes y aportes recientes	202
Fundamentos teóricos	213
Fundamentos existenciales y psicológicos del psicodrama	224

Capítulo 5. Terapia rogeriana 253

Gerardo Rodríguez Echeverría

José Luis Velasco Lafarga

Vida y obra de Carl Rogers: observaciones generales	253
Sobre la epistemología de Rogers	258

Sobre la psicoterapia	266
Sobre el carácter no dogmático de Rogers	268
Teoría de la personalidad	273
Desarrollo actual del enfoque centrado en la persona	291
Capítulo 6. Terapia Gestalt: el ahora y el cómo	307
	<i>Celedonio Castanedo</i>
Definición	307
Antecedentes	309
Teoría	312
Psicodiagnóstico	320
Diferentes aplicaciones psicoterapéuticas	329
Terapia Gestalt y análisis transaccional: semejanzas y diferencias	362
Epílogo	371
	<i>Gabriela Munguía-Castanedo</i>
Las tres fuerzas de la psicoterapia: psicoanálisis, conductismo y psicología humanística	371
Investigaciones	373
Estudio comparativo de los seis enfoques	375
¿Cuál de los seis enfoques es el mejor?	386
Referencias	393
Índice onomástico	431
Índice analítico	437

PREFACIO A LA 1ª EDICIÓN

Celedonio Castanedo Secadas

Desde hace varios años tenía el proyecto de escribir, en colaboración con un grupo de colegas, una obra que describiese los diferentes tipos de psicoterapia más utilizados en la actualidad, considerando la necesidad que existe de agruparlos en un solo libro y que éstos sean versiones originales de los autores y no traducciones, la mayoría de textos en inglés. Esta idea por fin pude cristalizarla junto con cinco colegas más, quienes presentan aquí sus conocimientos y experiencias en el sistema de psicoterapia que cada uno de ellos practica y domina.

Se han escrito en inglés libros que contienen diferentes enfoques de la psicoterapia, algunos de ellos los presentan de forma muy breve, como ejemplo tenemos la compilación realizada en 1980 por Richie Herink (*The Psychotherapy Handbook: The A to Z more than 250 therapies in use today*), obra que dedica un par de páginas a cada uno de los enfoques que describe, como dice el título. Otros autores han profundizado en cada uno de los modelos de psicoterapia, como Raymond Corsini (*Current Psychotherapies*, 1973), quien se limita a exponer doce corrientes.

En cuanto a libros publicados en lengua castellana, que reúnan diferentes corrientes de la psicoterapia, éste es el único que existe en el "aquí y el ahora"; aunque sí hay otras obras que integran o desintegran dos enfoques contradictorios entre sí, como son el psicoanálisis y la terapia Gestalt, como lo hace Taragano (*Psicoanálisis gestáltico*, 1973), lo cual parece ser absurdo por las divergencias existentes entre ambas corrientes; el lector podrá descubrirlo cuando lea los capítulos de estos enfoques más adelante.

Uno de los acontecimientos más importantes de este siglo, en lo que se refiere al campo de la psicoterapia, fue el congreso *The Evolution of Psychotherapy*, realizado en Phoenix, Arizona en 1985, en el que el autor tuvo el privilegio de ver trabajar *in vivo* a algunos de los más reconocidos psicoterapeutas, con que cuenta la psicología contemporánea: Bruno Bettelheim, Albert Ellis, Jay Haley, Ronald Laing, Arnold L. Azarus, Rollo May, Salvador Minuchin, Zerka Moreno, Erving Polster, Miriam

Polster, Los Gouilding, Carl Rogers, Thomas Szasz, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Carl Whitaker, Joseph Wolpe y otros muchos, quienes trataron temas tan complejos como: ¿Qué es la salud mental? ¿Qué es la psicoterapia? ¿Cómo se desarrolla ésta y hacia dónde evoluciona? En esta conferencia se pudo apreciar que a pesar de los divergentes puntos de vista que existían entre ellos, compartían algunos principios humanísticos, como el respeto por los homólogos que no aplicaban los mismos fundamentos psicoterapéuticos, tenían un gran sentido de responsabilidad frente al paciente, considerándolo en la mayoría de los casos una "persona" y no un "paciente".

La asistencia de más de 7 000 terapeutas de 20 países, a este encuentro magistralmente organizado por la Fundación Milton Erikson, indica que la psicoterapia "está viva" y es una necesidad que tiene el ser humano en el "aquí y el ahora".

Celedonio Castanedo Secadas
Universidad Complutense de Madrid
Agosto, 1993
ccasta@edu.ucm.es
<http://www.pagina.de/celedonio>

PRÓLOGO A LA 2ª EDICIÓN: 15 AÑOS DESPUÉS DE LA 1ª EDICIÓN

Celedonio Castanedo Secadas

*El hombre no sufre trastornos por las
cosas que vive, sino por las
percepciones que tiene de ellas.*
Epitectus

En relación con la eficacia de la psicoterapia se ha debatido -se sigue debatiendo- desde 1893 cuando dos médicos vieneses, Josef Brauer y su protegido Sigmund Freud, describieron "la cura por la palabra" que utilizaban con sus pacientes que padecían lo que entonces se conocía como histeria de conversión y hoy como histrionismo, según el DSM IV-TR. Durante decenios este asunto no llamó tanto la atención de la sociedad ni pasó de unas simples páginas de artículos publicados en revistas científicas o en círculos de asociaciones profesionales. Sin embargo, ahora el interés se ha extendido, aplicándose la psicoterapia en infinidad de contextos, cubriendo incluso los gastos y la seguridad social, en algunos países desarrollados, lo que hace que se evalúe el costo-beneficio de ésta. Evaluación difícil de realizar por la gran variedad de teorías y técnicas, y por la diversidad de nombres como terapia-ecléctica-dinámica, terapia centrada en el paciente, terapia interpersonal, terapia Gestalt, análisis transaccional, terapia racional-emotiva, psicodrama, logoterapia, terapia cognitivo-conductual, y un largo etc.

Otra dificultad que se presenta es la que se relaciona con la naturaleza de los conflictos tratados en psicoterapia; Stroop no duda en que se pueda medir la reducción de la ansiedad y la depresión, aunque añade que el psicoterapeuta necesita saber cómo una madre interactúa con sus hijos para poder medir la mejoría o el cambio.

XVIII *Seis enfoques psicoterapéuticos*

Los primeros apoyos a la psicoterapia consistían en relatar historias de casos en donde el terapeuta juzgaba la mejoría del paciente. En los decenios 1930-39 y 1940-49 aparecieron algunos estudios comparativos, aunque eran cuestionables. Este asunto persiste desde los análisis que hizo en 1952 el psicólogo londinense, Hans Eysenk y que publicó con el título: *Uso y abusos de la psicología* (1953, 1957). Eysenk realizó numerosos estudios, pero no pudo detectar en ellos mejoría o deterioro de los pacientes tratados en psicoterapia de aquellos que no recibieron tratamiento alguno.

Con respecto a lo anterior, *Seis enfoques psicoterapéuticos* proporciona una introducción esencial y una perspectiva global de los principales métodos más utilizados hoy en día en la psicoterapia, la orientación o la consejería. Aquellos profesores que se dedican a la docencia, en especial a la enseñanza de cursos de psicoterapia, encontrarán en esta obra una excelente herramienta que introduce a los alumnos que se "embarcan" en psicoterapia, los elementos básicos para cada enfoque.

Los colaboradores de este libro trazan, en sus respectivos capítulos, el desarrollo de cada corriente psicológica y examinan la relación existente entre ellas. En consecuencia, se analizan los seis modelos principales de psicoterapia -psicoanálisis, conductismo, AT, psicodrama, centrado en la persona, y Gestalt- situándolos en el contexto histórico y con el desarrollo de los conceptos teóricos y sus propósitos.

Han transcurrido 15 años desde que apareció la 1ª edición de esta obra que ahora se actualiza en la 2ª edición. Todos los capítulos han sido revisados, para actualizar la obra se han anexado nuevos textos incorporando coautores: en psicoanálisis, Leonardo Dorony; en conductismo, Ángel Izquierdo; en análisis transaccional, Rafael Sáez; en el enfoque rogeriano, Luis Velasco Lafarga; en el enfoque Gestalt, Celedonio Castanedo. Asimismo, Gabriela Munguía-Castanedo colabora con el cierre de la obra, haciendo un estudio comparativo entre los seis enfoques.

Celedonio Castanedo Secadas
Guanajuato, Gto.
Capital Cervantina de las Américas
México, Febrero, 2008.

DEDICATORIA

Dedicado a mis tres hijos Fede,
Nati y Cristi, a ellos debo mi motivación
en mi lucha por la existencia

ASPECTOS BÁSICOS DEL PSICOANÁLISIS FREUDIANO Y NEOFREUDIANO

Henning Jensen Pennington
Leonardo Dorony Saturno

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La carrera científica de Sigmund Freud se inició en una época en que declinaba la influencia que hasta el momento había tenido la Filosofía de la Naturaleza. Esta corriente del pensamiento alemán, caracterizada por un *monismo cercano al misticismo* (Bernfeld, 1944), concebía al universo como un organismo consistente en fuerzas y movimientos en perpetua contradicción. Un principio fundamental de la visión metafísica de la realidad era la ley de las polaridades, con la cual se señalaba la existencia de fuerzas antitéticas como la noche y el día, el sueño y la vigilia. Freud mostró un entusiasmo intenso por la Filosofía de la Naturaleza, su deseo por estudiar medicina fue determinado cuando escuchó una conferencia del profesor Carl Brühl sobre anatomía comparada, en donde se leyó el fragmento "La naturaleza" del teólogo suizo G. C. Tobler y que ha sido atribuido a Goethe. Esto sucedió en el verano de 1873, poco antes de que Freud finalizara su enseñanza secundaria.

La Filosofía de la Naturaleza perdió su papel dominante *Wel-tanschauung* por la Fisiología Física. Un grupo de discípulos de Johannes von Müller, influyente zoólogo y fisiólogo, emprendió la tarea de otorgarle a la ciencia de los organismos vivos un fundamento físico y químico. A este grupo, conocido ahora como

2 Seis enfoques psicoterapéuticos

la Escuela de Helmholtz, pertenecían además del propio Herman von Helmholtz (1821-1894), Carl Ludwig (1816-1895), Emil Du Bois-Reymond (1818-1896) y Ernst von Brücke (1819-1892). Ellos hicieron de la fisiología la más atractiva de las disciplinas científicas de la época.

Estos destacados científicos formaron un club privado al que animaba "un verdadero espíritu de cruzada" (Bernfeld, *ob. cit.*). En 1842 explicitaba Du Bois-Reymond los principios directivos de sus afanes científicos:

Brücke y yo hemos hecho el solemne juramento de dar vigor a esta verdad: No existen en el organismo otras fuerzas activas que las corrientes de fuerzas físicas y químicas. En aquellos casos que, por el momento, no pueden ser explicados por estas fuerzas, se debe hallar la forma o vía específica de la acción, mediante el método físico-matemático, o bien suponer la existencia de nuevas fuerzas, iguales en dignidad a las fuerzas físico-químicas inherentes a la materia, y reductibles a la fuerza de atracción y repulsión (Du Bois-Reymond, 1918, citado en Bernfeld, *ob. cit.*, p. 442).

Brücke era el director del Instituto de Fisiología de la Universidad de Viena, en donde Freud inició sus estudios de medicina en 1873. De 1876 a 1882, perteneció a ese instituto, donde realizó valiosas e importantes investigaciones independientes acerca de la histología del sistema nervioso. Brücke había publicado sus *Lecciones de fisiología* en 1874. Bernfeld resume los principales postulados en esta obra de la siguiente manera:

La fisiología es la ciencia de los organismos como tales. Los organismos se distinguen de los entes materiales sin vida, pero con actividad (máquinas), están dotados de asimilación, pero constituyen los fenómenos del mundo físico, sistemas de átomos, movidos por fuerzas. De acuerdo con la ley de la conservación de la energía formulada por Helmholtz; la suma de las fuerzas (motrices y potenciales) se mantiene constante en todo sistema aislado. Las causas reales son simbolizadas en la ciencia por el término de 'fuerza'. Mientras menos conocemos a aquéllas, mayor es la variedad de fuerzas que tenemos que distinguir (mecánicas, eléctricas, magnéticas, luz, calor). El avance en la ciencia las reduce a dos: atracción y repulsión. Todo esto es válido también para el organismo que es el hombre (Bernfeld, *ob. cit.*, p. 443).

Josef Breuer (1842-1925), también estudió en el Instituto de Fisiología de Brücke. El nombre de este famoso médico vienés aparece íntimamente asociado a la fase inicial del psicoanálisis, en virtud de su colaboración con Freud en las investigaciones sobre la histeria, por ello se olvida que fue un notable investigador, quien descubrió la regulación de la respiración por el nervio vago, también realizó estudios sobre la fisiología del oído que ahora se consideran clásicos. A propuesta de Exner, Hering y Mach, fue designado Miembro Honorario de la

Academia de Ciencias de Viena en 1894. A pesar de los ofrecimientos que tenía de convertirse en profesor titular de la Universidad de Viena, Breuer se retiró de la carrera docente para dedicarse sólo a la práctica privada de la medicina, función en la que gozó de un extraordinario renombre.

En sus innumerables aportaciones a la historia del psicoanálisis, Freud se refiere, sólo incidentalmente, a la influencia que sobre su pensamiento tuvieron las teorías de los fisiólogos contemporáneos y se limita a mencionar los nombres de Brücke, Meynert, Exner y, después, de Charcot, Janet y Breuer. Una investigación detallada respecto a las teorías fisiológicas y psicológicas que influyeron en el pensamiento freudiano fue presentada por Assoun (1981).

Freud llevó a cabo una reproducción literal de las teorías contemporáneas, cuando lo verdaderamente importante es indagar el nuevo sentido que adoptan los conceptos tradicionales al ingresar en contextos de descubrimiento. Assoun no incurre en esta limitación, pero lo inédito freudiano aparece todavía en forma fragmentaria. En el laboratorio de Brücke, Freud se convirtió en un entusiasta seguidor de la fisiología física. No hay duda de que el ideal de la conmensurabilidad, del determinismo y del mecanicismo de la Escuela de Helmholtz, tuvo una perdurable influencia sobre sus teorizaciones psicológicas, tanto en su fase prepsicoanalítica como a lo largo de su vida. Esta influencia es visible en las investigaciones que realizó conjuntamente con Breuer. Freud conoció a Breuer hacia finales del decenio de 1870. Entre 1882 y 1885, se desarrolló entre ambos una amistad muy cercana compartiendo también el estudio de problemas científicos de interés común. Debido a su precaria situación económica, Freud abandonó su carrera académica y se dedicó, como médico asalariado, a dos ámbitos de aplicación de la fisiología: la fisiología del cerebro y la neurología clínica. Motivado por la práctica de sus experiencias en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales, empezó a concentrarse cada vez más en el estudio de fenómenos psicopatológicos y, en particular, de los síntomas histéricos. El neurólogo francés J. M. Charcot era la autoridad más importante de la época en esta materia y se había encargado de otorgarle a los fenómenos histéricos, que hasta entonces eran considerados productos de la simulación, la dignidad de objeto del conocimiento científico. Charcot afirmaba que la histeria era el resultado de una degeneración hereditaria del cerebro y utilizaba el método hipnótico en su tratamiento. Además, había demostrado que los síntomas histéricos podían ser provocados y eliminados por medio de la sugestión hipnótica, con lo cual logró establecer la naturaleza relativa de los factores neurológicos causales.

Del otoño de 1885 al invierno de 1886, Freud realizó estudios en París, donde asistió regularmente a las conferencias que Charcot ofrecía los martes. La cautivante atracción que ejerció el neurólogo francés sobre Freud, la expresó éste con las siguientes palabras: "Como maestro del día", Charcot era realmente fascinante: cada una de sus clases era una pequeña obra de arte por su plan y su realiza-

4 Seis enfoques psicoterapéuticos

ción, perfecta por su estilo, y tan impresionante en su expresión, que sus palabras seguían resonando y el tema tratado no se borraba de la vista y la memoria por el resto del día (Jones, 1981). El conocimiento de las teorías y los métodos terapéuticos de Charcot intensificaron el interés de Freud por los fenómenos histéricos, pero a la vez lo decepcionaron, pues Charcot se mostraba desinteresado por el estudio de los mecanismos psicológicos específicos que subyacen a estos síntomas. En sus primeros trabajos como el dedicado a la neurosis de angustia, Freud se adhirió a la usanza francesa de la neurología clínica, la cual se caracterizaba por una serie de síndromes patológicos, según las categorías de entidad mórbida, tipo y formas difusas. En el prefacio a su traducción de las *Lecciones policlínicas* de Charcot, Freud expone sintéticamente el estilo de trabajo de los franceses:

He resaltado los conceptos de *entité morbide*, de serie, de tipo y *de formes frustes*, porque en su aplicación se expresa un carácter central de la forma francesa de trabajar clínicamente. Tal forma de apreciación de ver las cosas le es extraña a la manera alemana; aquí no juega un papel principal la sintomatología o el tipo, sino que sobresale un rasgo que se explica a partir de la historia del desarrollo de los clínicos alemanes, a saber, la inclinación hacia la interpretación fisiológica del estado patológico y de los nexos entre los síntomas (Freud, 1892, p. 486).

Es precisamente esta "manera alemana", cuya fuerza recae en la interpretación de los estados patológicos, la que predominaría posteriormente en la forma en que Freud abordaría el estudio de los fenómenos histéricos. Este tipo de planteamiento se logró por la colaboración con Josef Breuer. Para 1882 y con Breuer, Freud había conocido una variante específica del método hipnótico. Mientras que Charcot y Bernheim Liébault utilizaban la hipnosis para hacer conscientes contenidos psíquicos hasta entonces inaccesibles, Breuer (y después también Freud) la utilizó para "interrogar al enfermo acerca de la historia del surgimiento de su síntoma, la cual él no podía comunicar del todo tan solo incompletamente en estado de vigilia" (Freud, 1926a, p. 43). Esta cita nos permite ver en forma clara que ya en las tempranas fases del pensamiento psicoanalítico, el interés de Freud empezaba a dirigirse hacia lo que constituiría el tema central de sus intervenciones terapéuticas: la elaboración de la historia vital del sujeto.

La experiencia psicoterapéutica más decisiva de esos años fue el tratamiento, realizado por Breuer, de la paciente Berta Pappenheim, mejor conocida en la literatura con el seudónimo de Anna O. Los principales datos de esta paciente han sido resumidos por Ernest Jones de la siguiente manera:

Desde diciembre de 1880 hasta junio de 1882, Breuer trató un caso de histeria que llegaría a ser clásico, el de la señorita Anna O. Se trataba de una muchacha de veintiún años de edad, de inteligencia nada común, que había acumu-

lado una amplia gama de síntomas relacionados con la enfermedad de que murió su padre. Figuraban entre estos síntomas una parálisis de tres extremidades con contracturas y anestias, graves y complicadas perturbaciones de la vista y del habla, incapacidad para alimentarse y una penosa tos nerviosa, que fue el síntoma por el cual llamaron a Breuer para que la atendiera. Lo más interesante del caso, sin embargo, era la existencia de dos estados diferentes de consciencia: uno era enteramente normal, el otro, era el de una pequeña criatura, mala y fastidiosa. Se trataba, entonces, de un caso de doble personalidad. La transición de uno a otro se denotaba por una fase de autohipnosis, de la que despertaba con mente clara y normal. Por fortuna, esta fase coincidía con las visitas de Breuer, y pronto ella tomó la iniciativa de narrar a éste los acontecimientos desagradables del día. Entre éstos figuraban terribles alucinaciones, después de las cuales se sentía aliviada. En cierta ocasión le relató los detalles de la primera aparición de cierto síntoma, cosa que determinó la completa desaparición de éste, para asombro de Breuer. Consciente de la importancia de continuar, la paciente siguió refiriendo un síntoma tras otro, bautizando tal procedimiento, con el nombre de 'cura de conversación' o 'limpieza de chimenea'. Otro problema que refería era que sólo podía hablar en inglés, pues había olvidado el alemán (su idioma natal) y cuando se le pedía que leyera en voz alta un libro en italiano o en francés, lo hacía inmediatamente y con toda fluidez... en inglés (Jones, *ob. cit.*, pp. 227-228).

La importancia de este caso es notable en diversos aspectos. Uno de ellos fue el descubrimiento del *método catártico* aplicado a Anna O., que desde entonces se encuentra asociado al nombre de Breuer. Este método consiste en la eliminación o expulsión de recuerdos que perturban la consciencia del paciente y fue utilizado sistemáticamente por Breuer y Freud en el tratamiento de la histeria. Otro aspecto de gran relevancia es que la exploración biográfica de la paciente determinó que ella sufría bajo la influencia de un trauma psíquico, lo cual constituyó, a su vez, un descubrimiento que modificaría el marco hipotético-causal de la psiquiatría contemporánea. De acuerdo con la moderna teoría del estrés, la psiquiatría concebía el trauma como una irrupción inespecífica que actuaba sobre la predisposición hereditaria como un factor desencadenante. Breuer y Freud, por el contrario, empezaron a dirigir su atención hacia el contenido vivencial del *trauma* y su vinculación con experiencias vitales. Lorenzer (1973) considera, sin embargo, que la innovación más importante que produjo el caso de Anna O., fue que la hipnosis se convirtió en el método diagnóstico, pero en especial que "el desarrollo de la anamnesis... superó los límites tradicionales del encuadre de la entrevista psiquiátrica... El paciente mismo inicia la elaboración histórico-vital y el proceso de comprensión de su sufrimiento" (p. 27).

A pesar de que en estas primeras experiencias se iniciaba un nuevo horizonte del conocimiento científico, tanto Breuer como Freud se empeñaban en anexar sus descubrimientos al pensamiento fisiológico vigente. En 1885, Breuer y Freud

publicaron conjuntamente los *Estudios sobre la histeria*, en cuyo tercer capítulo, escrito por Breuer, se detallan interpretaciones teóricas que servirían de base a la investigación de la histeria. Breuer expone, que las funciones psíquicas disponen de cierta cantidad de energía que produce el organismo en su economía fisicoquímica. Breuer no especifica si se trata de diferentes formas de energía ni le interesa establecer su cantidad. Se trata más bien de un potencial energético inespecífico. Esta energía es producida por las células cerebrales durante el sueño y su acumulación, más allá de un determinado nivel, provocaría el despertar, con el cual se inicia el trabajo psíquico, la percepción, el pensamiento y la inervación motriz. Cuando la reserva de energía se agota con las actividades de la vigilia, el organismo se sume en el sueño y así empieza un nuevo ciclo. En resumen, Breuer sostenía que la cantidad de energía disponible para el trabajo psíquico oscila de una magnitud óptima. El aumento o la disminución de esa energía provocan la activación de procesos de regulación (la vigilia y el sueño) para restituir el equilibrio. Breuer concibe entonces el organismo como un sistema de autorregulación, cuyas acciones tienen la función de mantener constante el nivel de energía. Ésta, sin embargo, no se encuentra distribuida uniformemente en el cerebro, lo cual sugiere que su cantidad no es suficiente para llevar a cabo diferentes funciones psíquicas, sino que se desplaza de una región a otra, o bien se produce un equilibrio energético entre las diferentes regiones cerebrales. Este equilibrio es perturbado por la aparición de afectos, los cuales son considerados resultado de una concentración de energía en una parte del sistema. La concentración "unilateral" de energía obstaculiza el libre curso de las ideas hasta que se produzca una descarga de la excitación a través de acciones motrices. Pero si la descarga de la excitación no se lleva a cabo, entonces se producen reacciones anómalas, una de las cuales es la conversión histérica.

La influencia de estas concepciones sobre las teorías de Freud fue importante. Aún en 1926, Freud definió el punto de vista económico de la metapsicología psicoanalítica en los términos de la teoría de Breuer, al decir que "el aparato psíquico tiene la tendencia a mantener la suma total de las excitaciones... en el nivel más bajo posible" (1926b, p. 302). Estimulado por los resultados obtenidos con la aplicación del método catártico, Freud introdujo diferentes términos, como *abreacción*, *represión* y *defensa*, los cuales cumplían funciones descriptivas y no explicativas. Estos conceptos mostrarían a la postre una gran flexibilidad y pudieron ser adaptados a observaciones cambiantes. Bernfeld resume así las teorías freudianas más tempranas:

Ellas se refieren al organismo como totalidad, consistente de cuerpo, cerebro, células cerebrales y mundo exterior, y los potenciales de energía física localizados entre ellos, los cuales, en tanto potenciales de naturaleza particular, pretenden alcanzar un equilibrio final. Las necesidades, los sentimientos, el sueño, el comportamiento intencional de la vigilia, todo fue concebido bajo la forma de

situaciones energéticas, específicas, determinadas a su vez por la cantidad y la dirección de los potenciales y por los sistemas existentes entre ellos. Por ejemplo, las percepciones están ligadas a un potencial entre el mundo exterior y el cerebro; los sentimientos, a potenciales dentro del cerebro; hambre, sexualidad o necesidades semejantes, a un potencial entre el cuerpo y el cerebro. El comportamiento de una persona, ya sea interno o externo, inmediato o mediado, consciente o inconsciente, está dirigido, en última instancia, por la macronecesidad de eliminar la microacumulación de energía a través de las vías adecuadas, energía que es producida por el metabolismo de las células cerebrales. Todo comportamiento es impulsado por energías disponibles a través de los potenciales así producidos. Si las acciones adecuadas no están dadas o son inhibidas, la persona debe inventar sustitutos o recurrir a acciones inadecuadas que pueden adoptar el carácter de anormalidades y, en especial, de síntomas neuróticos (*ob. cit.*, pp. 453-454).

Las teorías freudianas iniciales pretendían conceptuar y describir los mecanismos psíquicos de las neurosis, especialmente de la histeria y otros cuadros psicopatológicos. Los conceptos de sexualidad, defensa y formación de síntomas llegaron a ocupar una posición central. En el capítulo "El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos" de los *Estudios sobre la histeria* (1895), publicado con el título de *Comunicación preliminar*, en 1893, Breuer y Freud sostienen que estos fenómenos se encuentran ligados a un trauma psíquico, cuyo recuerdo actúa como factor patógeno, a la manera de un cuerpo extraño que no ha sido "descargado por reacción" o no ha sido elaborado asociativamente: "... el histérico padecería principalmente de reminiscencias" (Freud, *ob. cit.*, p. 86; en el original). El factor traumático fue concebido como cualquier tipo de acontecimiento externo que representara una exigencia de superación afectiva para las funciones psíquicas. Si estas funciones eran excedidas en sus posibilidades de elaboración de los estímulos externos, entonces se provocaría un funcionamiento inadecuado de los mecanismos reguladores y surgiría un estado de desamparo psíquico. Asimismo, el recuerdo del trauma estaría "investido" de un afecto intenso. En virtud de su incompatibilidad con el ego, éste se defendería contra el recuerdo y lo expulsaría de la consciencia. Este proceso de defensa después fue definido más específicamente en términos de *represión*. El proceso de defensa, según fue postulado por Breuer y Freud, conduciría a la formación de una consciencia hipnoide o *condition seconde*, cuyo contenido serían los recuerdos intolerables del trauma. Esta "segunda consciencia" tendría una capacidad intelectual y asociativa restringida, pero obtendría el dominio en la inervación somática durante el ataque histérico y en toda la existencia del paciente. El proceso de transformación de la suma de excitación provocada por el afecto no descargado, por reacción en un síntoma corporal, fue denominado *conversión*, y representaba un intento de neutralizar los efectos de las representaciones del trauma. Liébault y Bernheim habían utilizado la hipnosis como instrumento de la sugestión, mientras que Breuer y Freud la apli-

caron con el fin de reconstruir la génesis de los trastornos neuróticos. La forma de actuar del método catártico fue descrita así:

Anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida, por medio de la expresión verbal, al efecto concomitante, que había quedado estancado, y llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la consciencia normal (en una ligera hipnosis) o de su supresión por sugestión médica, como sucede en los casos de sonambulismo con amnesia (Freud, *ob. cit.*, p. 97; cursivas suprimidas).

En las historias casuísticas de los *Estudios sobre la histeria* (1895), se expone la aplicación práctica del método catártico, pero también traslucen ciertos rasgos técnicos que serían esenciales del método psicoanalítico posterior. En el caso de Emmy de N., no sólo se trata de aplicar la hipnosis y la sugestión. Freud además observa que:

... tres días antes, cuando expresó por primera vez su miedo a los manicomios, yo había interrumpido sus manifestaciones al terminar de contarme una primera historia... y observo ahora que tales interrupciones son contraproducentes, y que lo mejor es escuchar hasta el final las manifestaciones de la enferma sobre cada punto concreto. La dejo, pues, agotar ahora el tema... (*ob. cit.*, p. 114).

Más adelante, Freud constata: "La conversación, en la que la enferma se desahoga, va adquiriendo cada día más importancia" (p. 118; suprimidas las palabras "antes de la hipnosis"). Además de que no se trata ya sólo de combatir las representaciones patógenas con representaciones contrastantes, sino de indagar la historia de la génesis de los síntomas (p. 146 y siguientes). En el caso de Lucy R., Freud renunció a la hipnosis, pues la paciente no era hipnotizable. Exigió de ella sólo "concentración" y que se tendiera en un diván y cerrara los ojos. Con Catalina, por otro lado, procedió de tal manera que toda información relevante fue obtenida por una conversación, sin recurrir a la hipnosis ni a ningún otro artificio técnico basado en la sugestión o en la coerción psíquica.

Argelander (1976) ha argumentado que el caso de Catalina es el primer ejemplo de una entrevista psicoanalítica. Mientras que hasta entonces Freud buscaba contenidos traumáticos en sus pacientes, con la ayuda de técnicas sugestivas, por primera vez, exhortó a la paciente a hablar libremente sobre sí misma. Freud logró comprender que la resistencia del paciente no puede ser superada mediante preguntas e insistencias, sino sólo por la existencia que "el analista, gracias a su comportamiento y a pesar de la graduación jerárquica de los papeles iniciales de médico y paciente, le conceda a éste la libertad y la oportunidad de convertirse en un interlocutor con igualdad de derechos" (Argelander, 1976, p. 678). Al hacerle ver Catalina a Freud que sus suposiciones no eran acertadas, no reaccio-

nó con disgusto, sino que le dio la razón. Freud reconoció que la única posibilidad de comprender las manifestaciones de la paciente, era dejarla hablar: "... la invité a continuar relatándome lo que se le ocurriese, con la seguridad de que se le ocurriría precisamente lo que me era preciso para el esclarecimiento del caso" (Freud, *ob. cit.*, p. 189). Freud propuso así el modelo básico de la actitud del psicoanalista y su experiencia con Catalina lo condujo a formular las siguientes recomendaciones:

Comenzamos, pues, por dejar relatar al enfermo todo lo que sabe y recuerda... Una vez que hemos laborado en esta forma durante algún tiempo, surge por lo general en el paciente una fuerza colaboradora. Evoca, en efecto, multitud de reminiscencias, sin necesidad de interrogatorio por nuestra parte... Durante algún tiempo deberemos entonces dejarle evocar sus recuerdos sin influir sobre él... Los elementos que vaya reproduciendo parecerán muchas veces incoherentes, pero nos proporcionarán el material al que más tarde dará coherencia el descubrimiento de la conexión lógica (Freud, *ob. cit.*, pp. 296-297).

En el capítulo "Psicoterapia de la histeria" de la obra *Estudios sobre la histeria* (1895), Freud abandonó definitivamente la hipnosis y se distanció de la catarsis, ya que ésta no actuaba directo sobre las causas y podría conducir a una sustitución de síntomas. A pesar de ello, Freud hablaba todavía de la psicoterapia catártica, la cual consistía en promover la concentración del paciente y superar la resistencia a la asociación mediante el ejercicio de presión sobre la frente, tal como fue ensayada esta técnica en el caso de la señorita Lucy R., Freud resaltó la relación entre el médico y el paciente como condición esencial de la que dependería el éxito de la terapia, a la vez que utilizó por primera vez el concepto de *transferencia*. Un cambio notable y de importantes consecuencias se dio también en la conceptualización del trauma psíquico. Al intento de Freud de concretar la naturaleza de los acontecimientos traumáticos infantiles, correspondieron los recuerdos de los pacientes, en el sentido de que no permitían llegar a otra conclusión que no fuese la de que se trataba de una seducción sexual del niño por parte del adulto. El destino de esta hipótesis etiológica es bien conocido: en su carta Wilhelm Fliess del 21 de septiembre de 1897, Freud abandona la seducción sexual como contenido del trauma psíquico infantil, arguyendo que la difusión de la perversión contra los niños debería ser más frecuente que la histeria, pues ésta sólo se presenta por acumulación de acontecimientos traumáticos. Pero tal difusión era poco probable. Mientras, en el inconsciente, argumentaba Freud, no existan signos de la realidad, no podrá distinguirse la verdad de la ficción investida de afecto. Como solución al enigma de la frecuente comunicación de los pacientes de haber sido seducidos sexualmente en la infancia, Freud propone la tesis de que la fantasía sexual se apodera con regularidad del tema de los padres (1950, pp. 86-187).

En el momento en que Freud abandonó la teoría de la seducción fue objeto de vehementes críticas durante los últimos años. Miller (1981) afirmó que Freud

redujo así a los adultos a meros focos de proyección de las fantasías infantiles, negándoles un lugar en la teoría a los actores reales del proceso de socialización. Como consecuencia del abandono de la teoría de la seducción, el psicoanálisis se volvió incapaz de comprender los dolores y el sufrimiento infligidos en la infancia por los adultos. Masson (1985) presentó una argumentación similar y calificó el cambio teórico en Freud como "una falta de valor" (p. 140). La crítica de cobardía se debería al supuesto de que la teoría de la seducción representaba una impugnación de "todo el ámbito del pensamiento médico alemán" (p. 143), mientras que la renuncia a ella habría de provocar la aceptación de las teorías freudianas por parte del *status quo* científico de la época.

Estas críticas se basan en la creencia implícita de que Freud privó a la realidad externa de toda importancia etiológica en la provocación del sufrimiento humano. La verdad, sin embargo, es otra y más compleja. En los *Tres ensayos de una teoría sexual* (1905a), ocho años después de la carta de Fliess, Freud afirmaría que en la etiología de las neurosis.

El flujo de la seducción tiene primacía; ella trata al niño como objeto sexual prematuramente y, bajo impresionantes circunstancias, le enseña la satisfacción de las zonas genitales, permaneciendo entonces el niño obligado a renovar esta satisfacción anomícticamente... no puedo afirmar que haya sobrevalorado la frecuencia o la importancia de la seducción en mi ensayo de 1896 Sobre la etiología de la histeria..." (p. 91).

En las *Lecciones introductorias al psicoanálisis* de 1916-17, Freud introdujo el concepto de serie complementaria para explicar la etiología de las neurosis y evitar el dilema de escoger entre factores endógenos y exógenos (*cf.* Freud, 1917, pp. 359-360). En este contexto, debe resaltarse la siguiente cita: "Existen casos en que todo el peso de las causas recae sobre las experiencias de la infancia, en la que estas impresiones manifiestan con seguridad una acción traumática... Hay otros casos en donde todo el centro yace sobre conflictos posteriores..." (*ob. cit.*, pp. 378-379). Esta renuncia a la teoría de la seducción fue, más bien por hacer relativa la importancia de los efectos traumáticos de la infancia en la etiología de las neurosis. Para una mayor clarificación, serán de interés las siguientes consideraciones. El concepto de trauma se refiere a una acción violenta proveniente del exterior que tiene efectos nocivos sobre el organismo. En medicina, el trauma es concebido como un estado de cambios corporales o psíquicos que se presentan como consecuencia de una conmoción. Breuer y Freud asumieron esta definición y en 1917, Freud lo concibió como "una experiencia que, en breve lapso, le acarrea a la vida psíquica un aumento de estímulos tan fuerte que fracasa su terminación o elaboración a la manera acostumbrada, por lo que resultan trastornos permanentes en el funcionamiento energético" (1917, p. 284). El concepto de trauma tiene para Freud entonces un sentido económico. Su importancia es cen-

tral tanto para las neurosis llamadas traumáticas como para las psiconeurosis. En el caso de estas últimas, sin embargo, Freud introdujo una variación teórica al contraponerle al trauma el concepto de situación de peligro, en que son anticipadas las experiencias realmente vividas (*cfr.* Freud, 1926c, p. 199). La situación de peligro y el trauma son puestos en relación con la señal de angustia: "... cuando se ha superado favorablemente un trauma, se presta atención a la aproximación de situaciones similares y se señala el peligro por medio de una repetición abreviada de las impresiones vividas en el trauma, a través de un afecto de angustia" (Freud, *ob. cit.*, p. 229). A diferencia de las neurosis traumáticas, las psiconeurosis no serán para Freud un resultado inmediato de traumas directamente experimentados, sino de los intentos por evitar la amenaza de estados traumáticos anticipados. En *Inhibición, síntoma y angustia* (1926c), Freud mencionó cinco condiciones provocadoras de este tipo de trastornos: pérdida del objeto, pérdida del amor del objeto, castración, pérdida del amor del superego y pérdida del amor del superego proyectado en las fuerzas del destino, de las cuales sólo las tres primeras situaciones conducirían a problemas neuróticos. De importancia sobresaliente en la variación teórica del concepto de trauma en Freud, es el hecho de que éste descarta la naturaleza absoluta de los acontecimientos traumáticos externos y evitó la reedificación de la realidad exterior. El concepto de trauma fue definido desde la perspectiva de una relación entre el organismo y su medio interno y externo, a la vez que el término "organismo", al contrario de la tradición científico-natural, fue concebido dentro de una teoría del sujeto.

La correlación de la teoría de la seducción señala el nacimiento del psicoanálisis propiamente dicho. El viraje hacia la realidad psíquica, la "revolución copernicana" de Freud, permitió el descubrimiento de la sexualidad infantil, de la importancia de los sueños y el desarrollo de la teoría de la pulsión.

DESARROLLO DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Se analizó cómo la indagación de procesos psíquicos y la conceptualización de sus mecanismos subyacentes, en especial en el análisis de fenómenos psicopatológicos y sus síntomas, le permitieron a Freud descubrir paulatinamente la naturaleza *sui generis* de la realidad psíquica. El universo de la subjetividad fue inaugurado en la medida en que Freud dudó de la verdad autoevidente de los datos empíricos. Quienes como Masson ven en este viraje una concesión ante las presiones sociales, argumentan en realidad en favor del retorno a una epistemología ingenua. La "revolución copernicana" de Freud le permitió "descubrir" objetos de investigación hasta entonces considerados científicamente indignos. A partir de 1895, Freud se dedicó más al estudio de fenómenos del comportamiento normal, como los actos fallidos y especialmente los sueños, tanto en lo referente a su significación como a sus funciones psíquicas. Un rasgo esencial del procedimiento cognos-

citivo de Freud lo constituyó su tendencia a traducir sus observaciones clínicas a niveles metateóricos. En su correspondencia con Fliess, se encuentran varios manuscritos con el título de *Proyecto de una psicología para neurólogos*, publicados póstumamente en 1950. Este proyecto, escrito en otoño de 1895, representó un enorme esfuerzo de Freud por brindarle a sus observaciones clínicas un marco teórico estrechamente ligado a la tradición fisiológica de la época. Las concepciones desarrolladas allí fueron utilizadas posteriormente, con pocas modificaciones, en el desarrollo de la teoría sobre el aparato psíquico: el modelo topográfico. A partir de 1897, sin embargo, Freud se mostró escéptico acerca de la adecuación de los conceptos fisiológicos para la comprensión y la explicación de los fenómenos psíquicos. No obstante, permaneció ligado a las ideas mecanicistas sobre el funcionamiento del aparato psíquico en la medida en que, a pesar de abandonar el nivel fisiológico, mantuvo modelos teóricos que mostraban una estrecha vinculación con conceptos físicos y mecánicos. El modelo topográfico postulaba tres sistemas del aparato psíquico: lo inconsciente, lo preconscious y lo consciente. En el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (1900), Freud afirmaba que la sugerencia de esta diferenciación provenía de Fechner:

El gran G. Th. Fechner en su *Psicofísica* (parte II, p. 520), en conexión con algunas discusiones dedicadas al sueño, expresa la suposición de que el escenario de los sueños no es otro que el de la vida de las ideas en la vigilia. Ninguna otra hipótesis permite comprender las peculiaridades específicas de la vida onírica (*ob. cit.*, p. 541).

Los tres sistemas fueron comprendidos como localidades psíquicas, cuyos contenidos serían imágenes perceptuales o mnémicas (representantes psíquicos), que podrían ser diferenciadas según su relación con lo consciente.

Al mismo tiempo que Freud desarrollaba sus concepciones respecto al modelo topográfico y como consecuencia de su renuncia a la teoría de la seducción, se dedicó con ahínco al estudio de los deseos pulsionales y sus destinos. El concepto de pulsión (*trieb*) fue introducido en los *Tres ensayos de una teoría sexual* (1905a), aunque en un principio se encontraba esbozado en distinciones antes realizadas por Freud en diversos tipos de estímulos a que se enfrenta el organismo: junto a estímulos externos, que el individuo puede evitar o ante los cuales puede protegerse, existen fuentes internas que constituyen una constante emergencia de estímulos inevitables para el organismo. Freud definió la pulsión según los criterios de fuente, objeto y fin, a los que añadió el de presión en 1915. Además, afirmó que la pulsión es un concepto para determinar lo psíquico de lo somático. Nunca podrá insistirse demasiado en este último punto. A pesar de los trabajos de Lacan y sus discípulos, todavía tiende a repetirse el fatal error de Brill, quien tradujo el término alemán *trieb* por instinto. Freud, por el contrario, fue claro en establecer la diferencia y utilizó el término *instinto* cuando se refería a

los correspondientes fenómenos biológicos filogenéticamente desarrollados. En el desarrollo de la teoría freudiana de la pulsión pueden distinguirse tres fases:

1. Pulsión sexual y pulsiones del ego o de autoconservación: En los *Tres ensayos*, Freud contraponen a la pulsión sexual un grupo de necesidades no sexuales o "funciones corporales de vital importancia". Supone también que la pulsión sexual se desarrolla a partir de estas necesidades y de pulsiones parciales ligadas a diferentes zonas erógenas. Al contrario de las pulsiones del ego, cuyos objetos están predeterminados filogenéticamente, los objetos de la pulsión sexual son variables y contingentes. En este sentido, la pulsión sexual es "perversa".

2. El narcisismo y la agresión: Entre 1911 y 1920, el interés teórico de Freud se dirigió al estudio del ego. La investigación de las neurosis de transferencia había posibilitado la descripción de las investigaciones de la libido; "...el ego, sin embargo, su composición en diferentes organizaciones, la estructura y la forma de funcionamiento de éstas, nos permanecían ocultas, debiendo suponer que sólo el análisis de otros trastornos neuróticos podrían brindarnos este conocimiento" (Freud, 1917, p. 430). En este contexto, Freud hizo referencia a Karl Abraham, quien, en su ensayo *Las diferencias psicosexuales de la histeria y la demencia precoz* (1912), había hecho la observación de que, en las psicosis, la libido es retraída de los objetos hacia el propio ego. Este fenómeno, denominado narcisismo secundario para diferenciarlo del narcisismo primario (aquel estado primitivo en que todo niño es investido por la libido), así como de las ideas de grandeza de los niños y de la elección homosexual de objeto, fueron el motivo de los nuevos desarrollos teóricos. Al introducir el narcisismo en 1914, Freud retomaba ideas esbozadas ya en los *Tres ensayos* concernientes a la antítesis entre libido del ego y libido objetual, pero provocó una relatividad de la independencia de las pulsiones del ego para las que había postulado una fuente de energía autónoma.

3. Eros (instinto de vida) y thanatos (pulsión de muerte): La hipótesis hasta entonces establecida de que todos los procesos psíquicos eran regulados por el principio de placer, experimentó una conmoción de grandes consecuencias cuando Freud hizo la observación clínica de la compulsión a repetir, fenómeno en torno del cual gira la discusión de *Más allá del principio del placer* (1920). "El nuevo y curioso hecho... es que la compulsión a repetir devuelve incluso aquellas vivencias del pasado que no contienen posibilidad de placer ni pudieron haber representado satisfacciones..." (*ob. cit.*, p. 18). Con el propósito de responder a este problema, Freud utiliza una especulación que todavía es motivo de polémica, a saber qué:

La pulsión reprimida no cesa de aspirar por su completa satisfacción, la cual consistiría de la repetición de una vivencia primaria de satisfacción; todas las formaciones sustitutivas, reactivas o sublimaciones son insuficientes para superar la incesante tensión de la diferencia entre la satisfacción encontrada y la exigida, resulta el momento impulsor que no permite permanecer en ninguna de las situaciones producidas... (*ob. cit.*, pp. 44-45).

La fase de desarrollo teórico entre *La interpretación de los sueños* (1900) y *El inconsciente* (1915) estuvo dominada por los esfuerzos de Freud por comprender la dinámica de los procesos inconscientes y la naturaleza de la pulsión. Durante este periodo, el cual coincide con la consolidación del psicoanálisis como procedimiento terapéutico, se realizaron múltiples descubrimientos que precisaban de aprehensión teórica. Esta tarea fue realizada de manera parcial por Freud en una serie de escritos destinados a la construcción de una metapsicología.

El término de metapsicología ha sido interpretado comúnmente por la mayoría de los psicoanalistas como el referente de una teoría psicológica de alto nivel de abstracción. Laplanche y Pontalis (1967, p. 307) definen la metapsicología como la psicología freudiana en su dimensión teórica. Gili (1976) ha expresado una opinión contraria, al afirmar que la metapsicología contiene enunciados bio-neurológicos que no pueden explicar fenómenos psíquicos. Gili sostiene, además, que la metapsicología y la teoría clínica del psicoanálisis están estrictamente separadas. El punto de partida de la argumentación de Gili lo constituye un pasaje de la carta de Fliess del 10 de marzo de 1898, en la que Freud dice:

Me parece como si con la teoría de la satisfacción del deseo sólo estuviese dada la solución psicológica, no la biológica, o mejor dicho metapsíquica. (Por lo demás, te preguntaré seriamente si puedo dar a mi psicología, que conduce más allá de la consciencia, el nombre de metapsicología) (1950, p. 211).

Gili (1976) comenta esta cita de la siguiente manera:

En la primera frase, Freud equipara lo biológico con lo metapsicológico y lo contrapone a lo psicológico. En la segunda frase da una definición totalmente diferente de metapsicología. No es definida ya en relación con la biología, sino sólo como aquella psicología que va más allá de la consciencia. Cualquier enunciado psicológico 'profundo' sería entonces un enunciado metapsicológico. Pero... la metapsicología representa propiamente la teoría explicativa 'biológica (y solución neurológica)', aunque, a primera vista, parece como si Freud la definiese sólo como una psicología que va más allá de lo consciente (*ob. cit.*, p. 964).

Así, este autor se opone a aquellos intérpretes de la obra freudiana que sostienen que la transición del *proyecto* al capítulo séptimo de *La interpretación de los sueños*, hasta llegar a lo inconsciente y los demás escritos metapsicológicos, estuvo marcada por el abandono de una forma neurológica de presentación de lo psíquico, aunque Freud siguiera utilizando un lenguaje científico-natural "fuerza", "energía", "estructura" para designar fenómenos psíquicos.

En la obra publicada de Freud, el término metapsicología, aparece por primera vez en *La Psicopatología de la vida cotidiana* (1901):

... gran parte de la visión mitológica del mundo, que llega hasta el interior de las más modernas religiones, no es otra cosa que psicología proyectada sobre el mundo exterior. El oscuro conocimiento... de factores psíquicos y de las

condiciones del inconsciente se refleja... en la construcción de una realidad suprasensible que debe ser retransformada por la ciencia en una psicología del inconsciente. Podría uno atreverse a traducir... la metafísica en metapsicología (pp. 287-288).

Freud comprendía entonces la metapsicología en una doble dimensión; a saber, como un desarrollo teórico que conduciría a una crítica de la psicología de la consciencia y que proporcionaría a la vez el fundamento de la validez de esa crítica; además, la metapsicología traduciría las estructuras ideológicas del mundo social de la vida (Husserl) en términos de una ciencia materialista de los procesos inconscientes individuales y colectivos. Con esto, sin embargo, no se invalida la certificación de Gilí de que, en la carta a Fliess antes mencionada, Freud equipara lo metapsicológico con lo biológico. Por otro lado, Assoun (1976, p. 77) traduce la frase alemana "... *nicht die biologische, oder besser, nietapsychische*", en términos de una corrección conceptual: "... no es ninguna solución biológica; más bien sería metapsicológica". Una respuesta al enigma de la interpretación correcta de este pasaje puede encontrarse en el contexto de la misma carta. Lo citado por Gilí continúa así: "Sin excepción, me parece que la vida onírica parte biológicamente de los restos de la época prehistórica de la vida (uno a tres años), de la época misma que constituye la fuente del inconsciente... Lo que es visto en la época prehistórica, da el sueño como su resultado..." (Freud, 1950, p. 211). Freud no utiliza aquí el término "biológicamente" como el referente a procesos orgánicos, como lo lee Gilí, sino como indicativo del proceso de constitución de la actividad vital general, como metáfora de la génesis del sujeto.

En 1915, Freud dio la definición de metapsicología que considerará teóricamente vinculante: "Propongo hablar de presentación metapsicológica cuando logremos describir un proceso psíquico en las relaciones dinámica, tópica y económica" (p. 281). En estos términos formuló la exigencia de aprender el interjuego de fuerzas, la localidad psíquica y la cantidad de energía presente en los diferentes logros de la actividad anímica. El ropaje científico-natural de los conceptos metapsicológicos sirvió para expresar, en última instancia, una tensión entre neurofisiología y hermenéutica, el campo límite entre lo psíquico y lo orgánico.

La discusión acerca del papel de la metapsicología por parte de los autores citados anteriormente, indica que se limita a determinar el lugar y la función que ella cumple dentro del complejo conceptual freudiano. Es, por ello, una discusión formal. No puede sustituir la elucidación de los significados de los conceptos que conduciría al descubrimiento de la intención epistémica crítica de Freud.

Lorenzer (1967, 1972, 1974) presentó una reconstrucción de la metapsicología freudiana desde la perspectiva de una teoría de la socialización, la cual realizó una nueva definición del objeto del conocimiento psicoanalítico, de tal forma que a él se le sustraen las mistificaciones presentes en una teoría rectificadora de las instancias psíquicas, pero que, al mismo tiempo (y en esto consiste la aproxima-

ción de Lorenzer a Freud), aparece en un nuevo concepto lo que siempre se ha querido decir. Por ejemplo, lo que Freud llamó **huella mnémica**, Lorenzer lo denominó **figuras de la praxis** o bien, **formas de interacción**. Con ello logra descubrir que las estructuras subjetivas surgen de los procesos objetivos en que se realiza la dialéctica práctica de la socialización. Dicho de otra manera, en la teoría psicoanalítica ingresa el momento del enfrentamiento del hombre con su praxis histórica concreta.

La intención de los escritos de Lorenzer era ofrecer una revisión conceptual que posibilitara el punto de fusión entre lo general y lo particular; en otras palabras, que hiciera posible aprender conceptualmente la objetividad de lo subjetivo y la participación de lo subjetivo comprendido en los procesos sociales. El proceso en que se desarrolla la fusión entre naturaleza pulsional y formación social es la socialización primaria. Las necesidades corporales del niño y los cuidados maternos están antes que la introducción del lenguaje. La pulsión infantil es introducida de manera distintiva en formas de expresión de la madre determinadas de forma social. El cómo esto se lleva a cabo es llamado por Lorenzer **forma de interacción**. Naturalmente que para el niño no se trata de figuras determinadas en su contenido, sino, el principio, de una estructura relacional. Lo interesante es que, en este estadio, la subjetividad y la forma de interacción no pueden ser cosas diferentes. Más bien, las formas de interacción constituyen la subjetividad. El sujeto es el conjunto de las formas de interacción producidas socialmente. La esfera de la subjetividad consiste en las figuras de interacción producidas en el proceso de socialización, cuya totalidad es la estructura de interacción, es decir, la totalidad de las figuras del pensamiento, del lenguaje y de la acción del sujeto.

Lorenzer describió así la estructura pulsional del hombre como una estructura de formas de interacción, con el propósito de mostrar que los elementos básicos de la estructura individual deben comprenderse como resultado de la mediación entre naturaleza y praxis social. Estas formas de interacción inician en la relación entre la madre y el organismo embrional y se prolongan por la diada madre-niño hasta las interacciones de la vida adulta. Para Lorenzer fue importante demostrar que la praxis colectiva ingresó en el individuo hasta en los estratos corporales; de allí los términos complementarios de la sociabilidad del cuerpo y de la corporalidad de lo social. Con este planteamiento, Lorenzer se remite a aquel pensamiento de Marx que reza así:

El hombre es el objeto inmediato de la ciencia natural, pues para el hombre la naturaleza sensorial inmediata es, de manera inmediata, la sensoriedad humana... pues su propia sensoriedad le es sensoriedad humana sólo a través de otro hombre. Pero la naturaleza es el objeto inmediato de la ciencia del hombre. El primer objeto del hombre, el hombre, es naturaleza, sensoriedad y las fuerzas sensoriales humanas, tal como ellas encuentran su realización objetiva en objetos naturales, sólo en la ciencia del ser natural encuentran su autoin-

telección. El elemento del pensamiento mismo... el lenguaje es de naturaleza sensorial. La realidad social de la naturaleza y la ciencia natural humana o la ciencia natural del hombre son términos idénticos (Marx, 1844, p. 544).

Lorenzer también se planteó la pregunta acerca de cómo, a partir de símbolos sensorialmente palpables, surgen la identidad individual y la pertenencia a una colectividad cultural, antes de que la subjetividad sea ligada a la introducción del lenguaje. El niño, por medio de la relación práctica con los objetos, ingresa en el campo de la praxis colectiva, ya que no sólo las figuras lingüísticas, sino también los objetos son portadores de significaciones sociales. Las categorías de la metapsicología freudiana (consciente, preconsciente e inconsciente) son interpretadas por Lorenzer como referentes en diferentes estratos de sentido en que se articulan "bosquejos vitales", modelos de interacción humana y de comportamiento social.

Las razones que condujeron a Freud a distinguir entre *eros* (pulsión de vida) y *thanatos* (pulsión de muerte), produjeron también la necesidad de revisar la relación entre el ego y lo consciente. Esto llevó a su vez a la formulación del modelo estructural del ego, *id* y superego. Estas razones provenían de:

... la impresión del trabajo analítico de que el paciente que opone resistencia frecuentemente no sabe nada de ella. Pero no sólo el hecho de la resistencia le es inconsciente, sino también los motivos. Debimos buscar éste o estos motivos y, para nuestra sorpresa, los encontramos en una fuerte necesidad de castigo que sólo a los deseos masoquistas podíamos agregar (Freud, 1933, p. 115).

Estas resistencias inconscientes no podían ser comprendidas dentro de un modelo de conflicto entre pulsiones, sino en una construcción teórica de diferentes instancias psíquicas que permitiesen, por un lado, la conceptualización de la resistencia misma y por otro el origen de los motivos. Estas instancias serían el ego y el super-ego, con las cuales Freud hizo explícito que el modelo del conflicto no podía encontrar su fundamento en el dualismo de las pulsiones de vida y de muerte, dualismo que adquiriría más bien la forma de una antítesis con significancia restringida. La conexión entre la teoría pulsional y el modelo estructural quedaría definida en lo sucesivo por la contribución de ambas pulsiones al desarrollo y la estructuración de las tres instancias. El desplazamiento del interés teórico de Freud con respecto a la pregunta de la relación de los contenidos psíquicos con lo consciente hacia la dinámica de los conflictos psíquicos (además de descubrir que procesos propios del ego, como los mecanismos de defensa, también son inconscientes), convirtió en obsoleta la clasificación de los contenidos psíquicos según su pertenencia a los sistemas inconsciente, preconsciente o consciente, asimismo la equiparación del ego con lo consciente:

En el ego mismo hemos encontrado algo que también es inconsciente y que se comporta igual que lo reprimido, es decir, muestra intensos efectos sin tornarse consciente... La consecuencia de esta experiencia para la práctica analítica es

que caemos en infinitas imprecisiones y dificultades, si mantenemos nuestra acostumbrada terminología y si, por ejemplo, reducimos la neurosis a un conflicto entre lo consciente (o preconscious) y lo inconsciente... es todavía correcto que todo lo reprimido es *inc.*, pero no todo lo *inc.* es reprimido. Incluso una parte del ego... puede ser *inc.* ... Y esto *inc.* del ego no es latente, en el sentido del *prec.*, de lo contrario no podría ser activado sin volverse consciente, y su conscienciación no debería provocar tan grandes dificultades (Freud, 1923, p. 244).

La introducción del modelo estructural ha sido interpretada como un sustituto del modelo topológico. Arlow y Brenner (1960) afirmaron que "las dos hipótesis (tópica y estructural) eran incompatibles, siendo la estructural superior, ya que da cuenta de los factores explicados por la hipótesis tópica y muchos otros más" (p. 447). Eissler (1962) argumentó en contra de esta interpretación y resaltó la interrelación entre ambos modelos. Mientras que los términos ego, *id* y superego asumirían el papel de contenidos propios de la tópica, los términos de inconsciente, preconscious y consciente definirían sus cualidades psíquicas:

No debería sorprender que la tópica y la teoría estructural operen con los mismos *termini technici*. En anatomía se enseña la topografía del hígado y en fisiología, sus funciones. La introducción del punto de vista estructural por Freud podría compararse con el descubrimiento de nuevos órganos, lo cual, naturalmente, tendría efectos en la fisiología y sobre la anatomía topográfica (Eissler, 1962, p. 954).

DESARROLLO DE LA TERAPIA PSICOANALÍTICA

En el primer apartado de este capítulo, se expuso el camino que condujo a Freud desde el modelo del trauma y la teoría de la seducción, utilizados como argumentos explicativos centrales de los fenómenos histéricos, hasta el descubrimiento de la realidad psíquica de los procesos inconscientes. El método terapéutico se servía de la hipnosis con el propósito de develar el suceso traumático original, liberar el afecto reprimido y provocar una corrección asociativa en la consciencia. Hemos aducido también que Breuer y Freud utilizaron la hipnosis de una manera diferencial. Al contrario de Liébaux y Bernheim, en quienes la hipnosis estaba al servicio de la sugestión, ellos aplicaban el procedimiento hipnótico con una finalidad diagnóstica, para reconstruir la anamnesis del paciente. Como ya se ha dicho, la corrección de la teoría de la seducción y el abandono de la hipnosis marcaron el inicio del psicoanálisis en el sentido estricto.

El término "psicoanálisis" aparece por primera vez en el artículo publicado en francés con el título de *L'hérédité et l'étiologie des névroses* (1896a) y en alemán, el mismo año, el trabajo *Observaciones adicionales sobre las neuropsicosis de defensa* (1896b). Sin embargo, tanto en ese texto, como en *Las neuropsicosis de defensa* (1894)

y en los *Estudios sobre la histeria* (1895a), en donde aparecen términos como **análisis psíquico**, **análisis psicológico**, **análisis**, se observa su empleo como sinónimo del **método catártico**. El primer intento de diferenciación entre ambos métodos es realizado en *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (1898), aunque Freud se limitó a señalar tal diversidad, sin exponer en qué consistía. Aún en el *Fragmento de un análisis de histeria* (*El caso Dora*, 1905b) se encuentra la sinonimia. Sin embargo, esta historia casuística fue escrita en las dos primeras semanas de 1901 y publicada cuatro años más tarde. En *El método psicoanalítico freudiano* (1904), Freud expuso con exactitud la diferencia entre ambos métodos y describió detalladamente, por primera vez, el procedimiento que sustituiría a la hipnosis: la asociación libre, aunque tampoco utilizó este término. Existe consenso en que la introducción de la asociación libre constituye el nacimiento de la terapéutica psicoanalítica. Al abandonar Freud la hipnosis, mantuvo la posición yaciente de sus pacientes, a la vez que tomaba asiento detrás de ellos, sustrayéndose así de su campo visual. La adopción de la asociación libre, conocida ahora como la regla fundamental del psicoanálisis, fue justificada por Freud en virtud de la observación clínica de la represión de contenidos psíquicos, la cual se traduce en lagunas mnémicas y en una resistencia al recuerdo. Las ocurrencias sin intención provocadas por el método de la asociación libre fueron concebidas como derivados de las formaciones psíquicas reprimidas, como desfiguraciones causadas por la resistencia existente contra su reproducción. Freud mencionó que la interpretación de tales ocurrencias libres, así como de los sueños, de las acciones y de las equivocaciones del habla en la vida cotidiana, constituían la vía de acceso a lo reprimido y a lo inconsciente. Como tareas del método psicoanalítico, estableció la superación de la amnesia, la disolución de las represiones y hacer consciente lo inconsciente, a la vez que señala su indicación en casos de psiconeurosis crónicas y de histerias.

En *Sobre psicoterapia* (1905c), Freud entró nuevamente a diferenciar entre la técnica sugestiva y el método psicoanalítico, para lo cual se sirvió de un símil tomado de Leonardo da Vinci: "La pintura trabaja... *per vía di porre*, es decir, pone sobre una tela incolora montoncitos de color donde antes no había nada; la escultura, por el contrario, procede *per vía di lavare*, es decir, quita de la superficie de la piedra lo que cubre la estatua en ella contenida" (*ob. cit.*, p. 17). Freud sugería así que la hipnosis trabajaba por vía de la imposición de ideas, sin interesarse por la patogenia ni por el significado de los síntomas neuróticos. El método psicoanalítico, en comparación, haría de estos temas su principal interés.

En *El caso Dora*, Freud trató el tema de la transferencia. La definió como:

... reediciones, reconstrucciones de emociones y fantasías que habrían de ser despertadas y hechas conscientes con el avance del análisis, con una (para la especie) característica sustitución de una persona más temprana por la persona del médico. Para decirlo de otra manera: toda una serie de vivencias psíquicas tempranas se revitalizan, no como pasadas, sino como relación actual con la persona del médico (p. 279).

Freud mencionó además que la transferencia puede consistir de reediciones simples o inmodificadas de vivencias infantiles, o de reelaboraciones complejas y sublimadas. Mientras que en los *Estudios sobre la histeria* (1895, p. 307), el tema de la transferencia había sido tratado como un obstáculo, a la vez que Freud mostraba su íntima vinculación con la resistencia, ahora es caracterizada como el medio auxiliar más poderoso del psicoanálisis (1905b, p. 281).

En *Observaciones sobre un caso de neurosis obsesiva* (1909), hace implícitamente varias indicaciones técnicas. En primer lugar, Freud insinuó que la cura ha de iniciarse con la comunicación de la regla fundamental de la asociación libre (p. 385). En segundo lugar, que el analista debe reconocer como justificado un afecto aunque éste se encuentre ligado a un contenido falso (p. 399). En tercer lugar, la interpretación ha de proceder paso a paso, a la vez que expresa la tesis de que es imposible vencer a alguien *in absentia*, giro que en la obra freudiana generalmente hace referencia a la transferencia, pero que en este contexto es una alusión a la neurosis infantil. En cuarto lugar, describe el fenómeno del beneficio secundario de la enfermedad, aunque no utiliza el concepto (p. 406).

Lo que actualmente se conoce con el nombre de técnica clásica o modelo básico del psicoanálisis (Eissler, 1953, 1958), fue desarrollado por Freud en los escritos técnicos de 1910 a 1919. No existe consenso acerca de la obligatoriedad de las normas allí expuestas (Cremierus, 1982). Algunos autores ven en la técnica clásica o estándar sólo una expresión especial de la técnica psicoanalítica. No obstante, puede argumentarse en favor del modelo básico en la medida en que éste representa una construcción típico-ideal, a partir de la cual puede descubrirse la especificidad del procedimiento terapéutico del psicoanálisis.

La teoría del proceso psicoanalítico fue desarrollada por Freud progresivamente en los diferentes escritos del periodo mencionado. La situación analítica, término con que se denomina al encuadre en que el psicoanalista toma asiento fuera del campo visual del paciente, mientras que éste yace en el diván y expone las ideas que surgen en su mente, promueve que el diálogo transcurra sin la influencia correctiva o retroalimentadora del contacto visual recíproco. Freud añadió a esta constelación una condición ulterior, a saber: el paciente ha de obtener la menor cantidad posible de información de la persona del analista. Esta prescripción ha recibido el nombre de regla de la abstinencia. En esta situación, el paciente, no se encuentra expuesto a determinantes externos, lo cual le provoca la necesidad de conformar la relación con el analista a partir de sus propias disposiciones conductuales, elaborativas y de vivencia interna. La situación analítica favorece la expresión relativamente libre de tales disposiciones. De esta manera, el paciente puede actualizar de nuevo las disposiciones vivenciales en la relación con el analista, pero con modalidades que corresponden a la forma en que ellas se han sedimentado en la personalidad adulta (neurosis actual, neurosis de transferencia). La situación analítica adquiere su posibilidad terapéutica del desarrollo

de tales transferencias, pero en especial de aquellas que se tornan vivenciables y comprensibles para el paciente. Estas transferencias se convierten en el centro del proceso psicoanalítico. Ya que el analista se abstiene de transmitir prescripciones, prohibiciones, consejos y opiniones personales; las experiencias transferenciales pueden manifestarse continuamente, pero también pueden ser rechazadas, reprimidas o mantenidas por el paciente, de tal manera que el analista las señalará e interpretará para que pueda clasificarse su naturaleza y luego disolverse por la labor interpretativa (traslaboración). Las reacciones transferenciales, las cuales pueden adoptar la forma de sentimientos positivos, negativos o ambivalentes, logran su desarrollo pleno en la neurosis de transferencia. El analista y toda la situación analítica se convierten en el tema central de los intereses del paciente, de sus sentimientos, conflictos, deseos y temores. El que la neurosis de transferencia no sea una reacción fugaz e inestable, se debe a la compulsión a repetir, propia del trastorno neurótico. Contra las intenciones terapéuticas se activan procesos de resistencia, los cuales pueden adquirir diferentes formas, así como por ejemplo la exoactuación, es decir, vivir en la acción los contenidos transferenciales, en lugar de interpretarlos, elaborarlos y disolverlos; o bajo la forma de mecanismos de defensa que impiden el doloroso proceso del autoconocimiento. La regla de la abstinencia, le prescribe al analista privar al paciente de satisfacciones sustitutivas, dicho de otra manera, negarle la satisfacción inmediata de sus deseos neuróticos, a la vez que debe evitarse la adopción de un comportamiento que corresponda a las expectativas o los temores transferencialmente condicionados. La abstinencia es una de las medidas para provocar la presión del sufrimiento en el paciente, la cual se convierte en la principal fuente de motivación para el cambio terapéutico. Además de la interpretación de sueños y actos fallidos, el acceso más importante al inconsciente lo constituye la elucidación interpretativa de los determinantes que fundamentan, impiden o controlan el proceso de libre asociación. Las intervenciones verbales del analista (interpretación) mantienen el proceso analítico y provocan la comprensión de los determinantes inconscientes de los síntomas neuróticos, del comportamiento y de las vivencias del paciente en sentido general, tanto dentro, como fuera de la situación analítica, a la vez que revelan su origen biográfico. De las interpretaciones propiamente dichas, en efecto, de aquellas intervenciones cuya función y objetivo son la consciencia del material inconsciente, se acostumbra distinguir otras intervenciones, como las confrontaciones y las clarificaciones (Greenson, 1967). Ya en los *Estudios sobre la histeria* Freud había insinuado el fenómeno conocido como alianza de trabajo (Greenson y Wexler, 1969), el cual se refiere a aquel componente de la relación analítica que se encuentra dominado por las exigencias de la realidad y la respuesta racional ante ellas de las dos personas involucradas en el proceso psicoanalítico. A estos aspectos reales pertenecen el acuerdo referente a honorarios, frecuencia y duración de las sesiones.

En *Sobre las posibilidades futuras de la terapia psicoanalítica* (1910), Freud introdujo el concepto de contratransferencia. Sus referencias explícitas a este fenómeno son escasas, lo cual es un hecho sorprendente en virtud del importante progreso técnico que se le atribuye a su descubrimiento y a su concepción. En realidad, el concepto había sido formulado por escrito en la correspondencia con C. G. Jung (carta del siete de junio de 1909), un año antes de su primera aparición en un ensayo publicado. El término aparece entre comillas en ambos lugares, lo que ha sido interpretado en doble sentido: por un lado, se trataba de un concepto comúnmente utilizado en las discusiones internas del grupo de los primeros psicoanalistas allegados a Freud; por otro lado, Freud quería expresar así lo provisional del concepto. Nágera (1974) supuso que las escasas referencias a la contratransferencia en la obra freudiana se deberían a la preocupación de Freud de no transmitir a los pacientes conocimientos detallados de la técnica psicoanalítica. En la carta del 31 de diciembre de 1911 a C. G. Jung, Freud se refiere a la necesidad de escribir un artículo acerca del tema que, sin embargo, debería circular en forma mimeografiada entre los analistas.

Un año más tarde en *Sobre las posibilidades futuras* (1911), Freud afirmó que la contratransferencia se desarrolló a partir del influjo que el paciente ejerció en el analista, mismo que a su vez actuó en el inconsciente del médico. Al hacer referencia a que el analista llegará tan lejos como se lo permitan sus propios complejos y resistencias, alude inversamente al influjo del analista sobre el paciente y al autoanálisis como prerrequisito y necesidad permanente de la actividad analítica. Sólo en una oportunidad más, Freud volvería a hacer comentarios explícitos en referencia a la contratransferencia, en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1915b), mencionó el ejemplo de un analista que responde con su contratransferencia, expresada en su "orgullo" por la "conquista", al amor de transferencia de una paciente. Freud concluyó que el analista tendrá que reconocer que "el enamoramiento de la paciente es provocado por la situación analítica y no puede ser atribuido a las cualidades especiales de su persona (del analista, H. J.)". La cura debe llevarse a cabo en la abstinencia. Además, Freud explicó el principio analítico de que los deseos y las necesidades del paciente deben dejarse como tales, ya que constituyen fuerzas impulsoras del cambio, no deben sustituirse por subrogados.

MÁS DE CIENTO AÑOS DESPUÉS

El caso de Anna O., psicoanalizada entre 1880 y 1882, marcó el inicio del psicoanálisis. Fue importante porque hizo estallar en pedazos el encuadre tradicional de la entrevista psiquiátrica. En la medida en que la paciente se convirtió en coobservadora del proceso terapéutico: iniciaba la elaboración biográfica de su propia trama vital. Que el paciente se volviese iniciador del proceso psicoterapéutico, significó un gran desafío para la medicina de la época, el cual sólo podría-

mos comprender en sus verdaderas consecuencias si recordáramos que antes de Freud los pacientes psiquiátricos eran expuestos a "tratamientos" que variaban desde el magnetismo hasta el confinamiento carcelario y esto quizá sólo en el mejor de los casos. En otras palabras, la incipiente terapia psicoanalítica inauguró dimensiones de libertad que todavía en la actualidad, en nuestra cultura de los psicofármacos y del *psicoboom*, representan una escisión en las condiciones de supuesta omnipotencia de la ciencia y de los científicos.

En este y muchos otros aspectos, el psicoanálisis freudiano retomó, con fines terapéuticos, los grandes temas de la ilustración: la producción consciente y la re-apropiación biográfica. En la lucha por el recuerdo, en el despliegue sistemático de la autorreflexión, latió siempre para Freud un interés por la emancipación. El siguiente pronunciamiento lo expresa enfáticamente: "La mayoría de los hombres viven en un infierno, no en el otro mundo, sino aquí, en la tierra... Mis conocimientos, mis teorías y mis métodos tienen como objetivo hacer conscientes de este infierno a los hombres para que puedan librarse de él" (Freud, en Jacoby, 1977, p. 173).

En la actualidad, es difícil sustraerse del influjo directo o indirecto de la obra de Freud. Quien considere que en la labor psicoterapéutica es de central importancia la historia vital del individuo, quien afirme que la relación establecida entre el terapeuta y su paciente es un momento esencial del proceso psicoterapéutico, quien resalte el autoconocimiento del terapeuta como condición necesaria para poder ayudar a otros, estará implícita o explícitamente reactualizando las innovaciones freudianas del tratamiento psicoterapéutico. Para convencerse de ello, bastaría tan sólo con echar un vistazo a la historia de las reacciones sociales ante la locura. Freud caracterizó al psicoanálisis de la siguiente manera:

Psicoanálisis es el nombre: (1) de un método para la investigación de procesos psíquicos que apenas son accesibles de otra manera; (2) de un método de tratamiento de trastornos neuróticos que se basa en esta investigación; (3) de una serie de conocimientos psicológicos obtenidos por esa vía, los cuales se integran lentamente en una nueva disciplina científica (1923b, p. 211).

En el mismo escrito, enumeró también los pilares fundamentales del psicoanálisis:

La hipótesis de los procesos psíquicos inconscientes, el reconocimiento de la teoría de la resistencia y de la represión y la aceptación de la sexualidad y del complejo de Edipo son los contenidos principales del psicoanálisis y los fundamentos de su teoría, y quien no apruebe todos ellos, no debería contarse entre los psicoanalistas (*ob. cit.*, p. 223).

El dogmatismo de Freud ha sido resaltado muchas veces por un sinnúmero de autores, y no valdría la pena recordar esa crítica si no fuese necesario señalar

también que su verdad contiene a la vez un alto grado de falsedad; en tanto que Freud, como "padre de la iglesia psicoanalítica", fue simultáneamente su primer disidente. No se precisaría de una detallada lectura de sus historias casuísticas para darse cuenta de que su aplicación práctica de la técnica psicoanalítica era en muchos aspectos, según los criterios actuales, antipsicoanalítica. Recordemos los siguientes ejemplos:

1. En 1914, en el tratamiento del "hombre de los lobos", Freud determinó una fecha exacta para la finalización del análisis, ya que el paciente mostraba masivas resistencias.
2. En una sesión en donde Hilda Doolittle le contaba a Freud las injusticias de que había sido objeto por parte de su padre y de su hermano, Freud se levantó y le regaló una flor.
3. En una oportunidad, le dio de desayunar al "hombre de los lobos". A este mismo paciente, después de la primera sesión, le dijo que era un pensador de primer rango.

Si consideramos estos y muchos otros ejemplos, descubriríamos que el dogmatismo de Freud representaba más bien una actitud de defensa de "verdades" que estaban amenazadas por la erosión. Pero allí donde no barruntaba amenazas de este tipo, recomendó a los psicoanalistas, así como él mismo lo hacía, mantener una actitud de óptima flexibilidad en el manejo de la técnica analítica y un espíritu de curiosidad cognoscitiva ante la posibilidad de nuevos hallazgos teóricos. Incluso en lo referente a los "pilares fundamentales" del psicoanálisis, Freud cometió otro acto disidente al declarar la transferencia y la resistencia como los únicos aspectos básicos de su teoría: "Cualquier orientación investigativa que acepte estos dos hechos y los convierta en puntos de partida de su trabajo, puede llamarse psicoanalítica, incluso si llega a resultados diferentes de los míos" (Freud, 1914, p. 54).

Con el transcurso de los años, el psicoanálisis se ha desarrollado hacia una enorme pluralidad de concepciones teóricas y técnicas diferentes. Cremerius (1982) llegó a la conclusión de que a nivel internacional es imposible, en la actualidad, ser un disidente en materia psicoanalítica. Esta situación llevó a E. Joseph (1979), ex Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, a formular una solución transaccional cuando concluyó que, aunque existan diferentes concepciones, los psicoanalistas se mantienen unidos en tres principios fundamentales:

1. Existen procesos psíquicos inconscientes y barreras que se oponen a su conscienciación.
2. Existe una continuidad en la vida psíquica.
3. Existe una energía psíquica que proviene de fuentes somáticas, pero que es diferente a ellas.

El relativo hermetismo teórico de Freud ha cedido su lugar a una apertura conceptual caracterizada por la constante revisión de sus categorías. Este proceso bien puede ser analizado desde el modelo de la historia de la ciencia propuesto por Kuhn (1962). Los "pilares fundamentales" de Freud tuvieron una validez incuestionable para los psicoanalistas de la primera generación y a ellos correspondía el estatuto epistemológico de lo que Kuhn denominó "paradigmas científicos". Sin embargo, mientras los paradigmas de una ciencia mantengan todavía el carácter de validez ilimitada, esa ciencia no puede ingresar al estadio de ciencia normal. Con este concepto se entiende un determinado estadio en el desarrollo de una disciplina científica en que la construcción de nuevos paradigmas ha finalizado y se procede a un refinamiento, una precisión y una ampliación del paradigma existente.

Así, pues, pueden señalarse diferentes resultados positivos de las discusiones intrapsicoanalíticas. Sin pretender abarcar todos los aspectos de la reciente investigación psicoanalítica, podemos resaltar, de manera esquemática, los siguientes:

1. Las investigaciones de Margareth Mahler referentes a las fases tempranas de la infancia han permitido comprender detalladamente los procesos de individuación y de la formación temprana de la identidad. A la vez, estas investigaciones han brindado información precisa acerca del desarrollo de las relaciones objetales. La relevancia de los estudios de Mahler se debe, en gran parte, a su estrategia metodológica, en la cual la observación directa en los niños fue siempre conectada con la indagación casuística y la interpretación teórica. Ello le permitió evitar un modelo empirista limitado (Mahler, 1975).

2. En la misma línea de concepción de los procesos de constitución de estructuras subjetivas, se encuentra la formulación de una teoría de la socialización por Lorenzer (1974). Este autor se ha acercado a la posibilidad de aprender con mayor riqueza teórica los momentos de mediación entre lo particular (el individuo) y lo general (la sociedad), sin caer en las limitaciones del ambientalismo y del culturalismo.

3. Después de la muerte de Freud, pero siguiendo sus propias intenciones, los psicoanalistas han avanzado en la comprensión y el tratamiento de las "neurosis narcisistas", y sobre todo de los casos fronterizos. En este contexto, las aportaciones de Melanie Klein, quien se nutre de las investigaciones pioneras de Karl Abraham, fueron de suma importancia, pero su influencia (siempre enorme en América del Sur y ahora creciente en la Europa continental) ha sido sustituida por una mayor atención de la obra de D. W. Winnicott (1958) y de Masud R. Kahn (1974). Un destino semejante ha experimentado la obra de Heinz Kohut, cuya psicología del ego se ofreció como sustituta de la teoría estructural y de la metapsicología freudianas. Las teorías de Otto F. Kernberg (1975) en la actualidad, gozan de aceptación, y sus propuestas técnicas han llegado a confirmar la

validez de muchos enfoques clásicos en el tratamiento de pacientes con una organización de personalidad de tipo fronterizo. No obstante, se discute todavía con escepticismo sobre las ventajas y desventajas que los modelos teóricos de Kernberg ofrecen de cara al modelo tradicional del conflicto intrapsíquico.

4. Un lugar preferencial entre las aportaciones teóricas de los últimos decenios lo ocupan las teorías de Lacan referentes a la función de la letra y del lenguaje en psicoanálisis. Su impacto descomunal acerca del psicoanálisis, en particular, y del conocimiento, en general, sólo podrá apreciarse dentro de muchos años. De gran influencia han sido también las consideraciones de Habermas (1968) sobre el psicoanálisis como metahermenéutica, así como las de Lorenzer (1970) con respecto al estatuto epistemológico del psicoanálisis como hermenéutica crítica profunda. En la actualidad, es imposible discutir seriamente acerca de la naturaleza científica del psicoanálisis sin hacer referencia a estos tres autores.

5. Es conveniente señalar que la antigua polémica entre psicoanálisis y terapia conductual, llevada a cabo en 1960, ha evolucionado hacia un diálogo más racional entre los seguidores de ambas posiciones. Este desarrollo ha sido posible, en gran parte, porque la investigación empírica en psicoterapia ha demostrado que no existen diferencias mensurables fundamentales en la efectividad de diferentes estrategias de cambio psicoterapéutico, lo cual ha debilitado las pretensiones albergadas por la terapia conductual. Investigaciones de Luborsky *et al.* (1975), Sloane *et al.* (1975) y Smith y Glass (1977) llegan precisamente a este tipo de conclusiones. Todo ello ha tenido como consecuencia la necesidad de apartarse de los diseños de investigación comparativa, dirigida hacia la aprehensión de factores específicos, y la consiguiente acentuación de la urgencia de investigar los contenidos internos del proceso terapéutico. Esto constituye, a su vez, una posición definida y estudiada por los psicoanalistas. Estas modernas tendencias de la investigación psicoterapéutica han tenido también consecuencias que hace algunos años hubieran sido difíciles de imaginar. Influyentes personalidades de la terapia conductual-cognoscitiva han demandado mayor consideración de los fenómenos de la resistencia y de la transferencia, así también han argumentado en favor de la inclusión del concepto del inconsciente. Paul Meehl, uno de los más importantes investigadores empiristas en la historia de la psicología norteamericana, ha afirmado que la metodología de la investigación psicológica no ha madurado lo suficiente para poder abocarse con seriedad al estudio de las hipótesis psicoanalíticas e insiste en que ellas sólo deberían ser sometidas a un escrutinio crítico dentro de los límites de la situación analítica. Esto constituye precisamente un aspecto que ha sido acentuado reiteradas veces por los mismos psicoanalistas.

Si en los aspectos anteriores puede hablarse de un progreso relativo de la teoría, la práctica y los métodos de investigación psicoanalíticos, existe otro aspecto central para la teoría freudiana en que sólo eufemísticamente podría hablarse de retroceso, ya que en realidad se trata de una autonomía, cuyas condiciones se

encuentran en la marginación y el empobrecimiento de lo que constituyó el escándalo del psicoanálisis: su teoría de las pulsiones y de la cultura. Las primeras generaciones de psicoanalistas fueron intelectuales judeo-germanos, espíritus libres y bohemios, reformadores sociales, revolucionarios y utopistas, provenientes en su mayoría de las clases medias, inclinados políticamente hacia los partidos liberales o al movimiento obrero, calificados por la Iglesia y el Estado de anarquistas y decadentes. Los especialistas en biografías deformadas, como los llama Dahmer, representaban una amenaza para la estabilidad de la cultura oficial. Con la emigración de grandes contingentes de psicoanalistas hacia los países anglosajones, durante los años treinta, después de la toma del poder de Hitler y sus horras en Alemania, el psicoanálisis fue adaptado al empirismo y al pragmatismo dominante en las tierras del exilio. En 1939, Max Horkheimer escribió: "Parece que a los intelectuales expulsados no sólo se les robó el derecho ciudadano, sino también su entendimiento" (en Dahmer, 1983). El psicoanálisis, al despojarse de su crítica cultural, perdió su esencia.

La medicación del psicoanálisis en EUA, lograda gracias a la influencia de Ernest Jones, y muy a pesar de la oposición de Freud, lo sometió al programa fisiologista de las ciencias naturales y expulsó así de su seno los impulsos iluministas presentes en su fundador. Cremerius (1982) ha señalado que estos cambios se han debido a la angustia de los psicoanalistas provocada por la radicalidad de su propia teoría, y prosigue:

Se trata de un viraje contra la teoría de las pulsiones, contra la relevancia de la sexualidad; es una argumentación en favor de la autonomía del ego, contra la significancia del conflicto entre pulsión y sociedad, contra la tesis de Freud del influjo patógeno de ésta... El lugar de la comprensión revolucionaria de Freud de la dinámica entre individuo y sociedad (documentado por el concepto de represión) es ocupado ahora por un modelo de adaptación y desadaptación individual a valores, normas y objetivos de la sociedad. Ya no se comprenden como factores patógenos de una sociedad represiva; son más bien aceptados como valores dados (pp. 494-495).

En virtud de todo ello, se ha articulado de nuevo un "malestar en el psicoanálisis" (Mitscherlich-Nielsen *et al.*, 1983). Ante el peligro de que el psicoanálisis se convierta en res moribunda, Dahmer (*ob. cit.*) ha exigido un proceso de autoesclarecimiento de los psicoanalistas y exhortado a una "lucha por el recuerdo". En este sentido, la revista alemana *Psyche*, fundada por Alexander Mitscherlich, entre otros, ha publicado desde 1982 una serie de números dedicados a la investigación histórica de la relación entre los psicoanalistas y el fascismo hitleriano. Las revelaciones allí contenidas han provocado un impacto fulminante en la comunidad psicoanalítica internacional. El psicoanálisis, cuya razón de ser fue la lucha por recuperar los recuerdos infantiles reprimidos, reprimió uno de los pasajes más importantes de su propia historia.

La lucha por el recuerdo es la razón de ser del psicoanálisis. En vista de los éxitos externos y del nuevo y creciente reconocimiento que se le otorga, el psicoanálisis se encuentra, ahora más que nunca, ante el peligro de sólo "brindar consolación" (Freud) a los individuos, en lugar de recordarles sin misericordia que la autodestrucción colectiva amenaza con sabotear *a priori* la emancipación racional de la especie.

PSICOANÁLISIS A COMIENZOS DEL SIGLO XXI

Las diferentes modificaciones que se han suscitado en el psicoanálisis, son producto de un proceso que se viene desarrollando desde los albores de la Segunda Guerra Mundial. Los cambios en los paradigmas, los descubrimientos científicos y en especial, el mundo después de ese acontecimiento mundial, provocaron un gran número de demandas que exigían atención médica, fundamentalmente en problemas psíquicos. Esto promueve la experimentación en el campo grupal del uso de la teoría psicoanalítica. Hoy, el flujo de información, lo mediático, los fenómenos de la globalización, los procesos de desideologización y de ideologización, y las consecuencias en el mercado a nivel mundial, provocan crisis en las sociedades, en las instituciones, en lo organizacional, en los grupos, en las familias, en los sujetos. Nuevas identidades, diferentes formas de crear vínculos y de relacionarse, diversas vivencias de la temporalidad, crean nuevos retos al conjunto de las disciplinas sociales y entre éstas, al psicoanálisis.

Constantemente la técnica del psicoanálisis se enfrenta a problemas de conocimiento tanto teórico como práctico, ante las situaciones que pretende solucionar. Estas situaciones, producto de las nuevas y cambiantes realidades sociales, afectan al sujeto, tanto en forma individual como grupal, donde el psicoanálisis intenta dar respuestas a las demandas que la misma sociedad crea a partir de su propio desarrollo. Haciendo siempre referencia a los principios básicos que postuló Freud, siendo el inconsciente la piedra angular desde donde se sostiene toda su teoría, diferentes autores han desarrollado conceptos y creado otros, como forma de seguir el constructo inacabado de lo que es el psicoanálisis, más allá de las divergencias internas en cuanto a lo metapsicológico, entre quienes detentan la ortodoxia y las diferentes líneas desarrolladas.

Podemos hablar de diferentes líneas de pensamiento de acuerdo con el tipo de producción, según el postulado del que se parta, por ejemplo, relaciones de objeto, teoría narcisista, pulsiones y la teoría del fantasma. También, del momento histórico, ya sea estructuralismo, postestructuralismo; las diferentes construcciones ideológicas, marxista, liberal, neoliberal, sesgando también según los países en dónde éstas se desarrollan y los niveles de intervención que de alguna manera la sociedad demanda, ya sea individual, en pareja, grupal, familiar, organizacional e institucional. Así podemos encontrar los referentes en distintas escuelas del

pensamiento inglés, del norteamericano, del francés y rioplatense (Argentina y Uruguay), el cual converge en grandes focos con el pensamiento francés y las escuelas que cada uno funda.

El transitar por algunas construcciones

Por medio de la historia, a la técnica y a la teoría psicoanalítica se le van sumando, además de los procesos neuróticos, aquellas otras formas de padecimiento mental en donde se encuentran innovaciones ya desde la obra del húngaro Sándor Ferenczi (1873-1933), consideradas anticipatorias de lo que serían los descubrimientos del norteamericano René Spitz (1930), en torno al hospitalismo y del británico Donald Winnicott (1958) en cuanto a las disfunciones en la diada madre-hijo. Estos nuevos conceptos son presentados como neurosis de frustración, siendo un cuadro que se halla entre lo endógeno y lo exógeno, produciendo un aumento de la pulsión de muerte en el niño y convirtiéndose en un depositario del sadismo inconsciente de sus padres. Estos conceptos llevarán más adelante a definir los procesos en el padecimiento mental que da como estructura la psicosis.

Piera Aulagnier (1964) quien ha teorizado acerca de la psicosis, desarrolla en sus obras los procesos identificatorios en tres tiempos: el primero, hablado por la madre; el segundo, concluye con una posición simbólica, por parte del ego; y el tercero, el "efecto de encuentro". Plantea que en la psicosis hay un descubrimiento de una catástrofe que tuvo lugar. Este efecto de develamiento es enfrentarse a una situación que le revela de manera desconocida algo que no conocía del propio deseo, encontrándose con frecuencia dicho fenómeno en la perversión. El sujeto se encuentra en una situación que no provocó ni es fruto de búsqueda, pero se le devela lo que no sabía de su propio deseo. En la técnica clínica, se trata de que el sujeto psicótico encuentre afectos en cuyas representaciones fueron prohibidas en el momento en que pudieron aparecer, haciéndole revivir lo que no pudo o no se le permitió revivir. La diferencia con el neurótico es que éste, en la relación terapéutica, trata de reconstruir una historia que ya había construido en su infancia y que se le permite modificarla; mientras que en la psicosis se trata de construir ciertos blancos por primera vez que habían existido en su historia, hacer sensible al sujeto a lo que dentro de la relación terapéutica no se repite, lo no experimentado todavía. Lo propio del neurótico es poder separar, donde su problema radica en el registro del afecto. Plantea que las experiencias de sufrimiento son inevitables, pero cuando se excede el límite, obligan al ego a desvestir un objeto vital o de una función para su vida psíquica, triunfando de esta manera el *thanatos* sobre el *eros*.

Más adelante, Otto Kernberg (1987) propone una clasificación y una técnica para los desórdenes fronterizos y narcisismos patológicos, según su clasificación sobre los trastornos de la personalidad. Su teoría crea puentes entre la teoría pulsional clá-

sica y el punto de vista de las relaciones de objeto. La fundación hereditaria o genética que tienen las pulsiones, van a ser determinadas fundamentalmente por las experiencias del niño con su madre y otros objetos tempranos. Establece diferencias y similitudes en aspectos cualitativos y cuantitativos detectables en las organizaciones de personalidad por medio de lo que llama "entrevista estructural". En dicha entrevista, evalúa tres criterios diferenciales: identidad del ego, juicio de la realidad y mecanismos de defensa, determinando así la organización de la personalidad, las cuales pueden ser: neurótica, limítrofe y psicótica. La entrevista combina el examen mental con la entrevista psicoanalítica centrada en la interacción paciente-terapeuta. (Florenzano, 1999).

Análisis de grupo

Enrique Pichón Rivière (1907-1977) de origen suizo, quien vivió desde niño en Argentina, fue uno de los que introdujo el psicoanálisis en ese país, convirtiéndose así desde los años cuarenta en uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina. También fue uno de los renovadores de la psiquiatría e introdujo la psicoterapia grupal al Hospital Psiquiátrico. La vocación analítica de Pichón Rivière, surge como un esclarecimiento de los misterios familiares y de los motivos que regían la conducta de los grupos. Planteó que la enfermedad es una expresión fallida de adaptación al medio y por eso, es un proceso comprensible. El tratamiento con psicóticos llevó a Pichón Rivière a ampliar la idea de relación de objeto, construyendo la noción de mundo interno y mundo externo que concluye formulando la noción de vínculo, siendo ésta un tipo particular de relación de objeto.

Para Pichón Rivière, la existencia de objetos internos de múltiples imagos, se articulaban en un mundo construido de acuerdo con un proceso progresivo de interiorización, "configurándose una escena", siendo en ésta donde es posible reconocer el hecho dinámico de la interiorización de los objetos y de sus relaciones. Este mundo interno es la reconstrucción de la trama relacional, del sistema de relaciones intersubjetivas y sociales. Estas relaciones intersubjetivas, o estructuras de vínculos interiorizados y articulados, son producidas por un proceso de interiorización a través del pasaje fantasmagórico del sistema de relaciones exteriores por medio de una interrelación "intrasistémica". Estos grupos internos orientan la acción del sujeto hacia los demás en las relaciones intersubjetivas. La concepción de vínculo es central en su obra, y lo conceptualiza desde la psicología de la comunicación y de la teoría de los roles. Toma al sujeto incluido a un grupo, cuya base es la familia, confiriéndole su significación.

Por la misma época, los autores, Foulkes (1942) quien trabajó con Kurt Goldstein a finales de 1920, y Bion (1943) desarrollaron en Inglaterra, una nueva teoría basada en la hipótesis de que el grupo es una organización y un lugar de producción de la realidad psíquica, siendo a la vez, una entidad relativamente

independiente de los individuos que lo constituyen. Foulkes (1942) plantea la idea del grupo como matriz psíquica, estando presente en él, producciones de reacciones y comunicaciones complejas con un fondo de comprensión inconsciente. Plantea que la naturaleza social del hombre es un hecho fundamental e irreductible, donde la enfermedad se produciría en el interior de una red compleja de relaciones interpersonales. La psicoterapia grupal es un modo de tratar los trastornos en el grupo de origen primitivo y colocan al sujeto perturbado en condiciones de transferencia en un grupo ajeno. El grupo de análisis es una técnica de psicoterapia grupal y un dispositivo de experiencia psicoanalítica del inconsciente en situación grupal. Considera como única transferencia la del grupo hacia el analista, la existencia de la resonancia inconsciente entre los miembros y los fantasmas inconscientes del grupo. Foulkes (1948), al igual que Bion (1948), supone que el inconsciente produce efectos específicos en el grupo. Los que producen los sujetos son considerados como procesos anónimos y desubjetivados, donde el sujeto desaparece en lo que lo singulariza como tal, es decir, su historia, su ubicación en la fantasmática inconsciente, sus pulsiones y sus representaciones, siendo todos éstos los conceptos que constituyen al grupo como el destinatario de la interpretación.

En cuanto a Bion (1948), fue el primero en proponer una teoría puramente psicoanalítica del grupo. Distingue dos modalidades del funcionamiento psíquico: el *grupo de trabajo*, prevaleciendo los procesos y la lógica que organizan la representación del objeto y el objetivo del grupo, como organización de la tarea y de los sistemas de comunicación; y el *grupo básico*, predominando los procesos primarios, conceptualizándolos como los supuestos básicos, que se encuentran en constante tensión con el grupo de trabajo. Se genera "la mentalidad de grupo" que garantiza la concordancia de la vida del grupo con los supuestos básicos que lo organizan. Esta mentalidad se forma a partir de opiniones, voluntad y deseos inconscientes, permitiendo cierta satisfacción de sus pulsiones y deseos, sostenida en un acuerdo inconsciente con las contribuciones de los demás en un fondo común. De esta manera, la mentalidad de grupo se presenta como una uniformidad ante la diversidad de opiniones, pensamientos y deseos de los sujetos que, a su vez, contribuyen a formarla. Los supuestos básicos son: dependencia, ataque-fuga y apareamiento, los cuales califican los contenidos diferentes de esta mentalidad de grupo representando así los tres estados emocionales.

Los supuestos básicos son inconscientes, porque expresan fantasmas inconscientes y están sometidos al proceso primario. Son reacciones grupales defensivas contra las angustias psicóticas que son reactivadas por la regresión que se le impone al sujeto al encontrarse en una situación grupal.

Psicodrama psicoanalítico

El psicodrama psicoanalítico es otra de las líneas que nacen a partir de lo grupal, surgiendo en Argentina a fines de los años cincuenta (Albizuri, 1986). Toma los

principios del psicodrama de Jacobo Moreno, médico rumano, que se traslada a radicar en los Estados Unidos en 1925. Los primeros psicodramatistas argentinos tienen influencia de Moreno y del movimiento psicoanalítico francés, extrapolando elementos de la teoría freudiana. Equiparan el hecho teatral con lo que se produce en la escena psicodramática, disminuyendo la resistencia y fomentando la posibilidad identificatoria. Pone en trabajo la fantasmagórica inconsciente de los integrantes del grupo y sus relaciones. Esta producción posibilita que simultáneamente se jueguen múltiples escenas en el interior de cada sujeto y el escenario intersubjetivo. Otro aspecto importante es la capacidad de simbolización que surge a partir de lo imaginario que la escena produce, relacionándose con el juego a través del "como si" simbólico. Las escenas son de carácter infantil, expresando deseos, fantasías inconscientes, situaciones traumáticas, facilitando el trabajo psicoanalítico del grupo. Las diferentes resonancias se producen como producto de la regresión a distintos niveles dando lugar a las transferencias e identificaciones. La escena hace presente a las representaciones, a los vínculos intrapsíquicos, posibilitando conectar y comprender las reestructuraciones interpersonales tras el despliegue de los vínculos internalizados e intentando la transformación de los vínculos narcisistas a la relación con el otro (véase capítulo 4).

Estas contribuciones en las diferentes épocas, regiones y autores, han favorecido a la construcción conceptual del análisis familiar e institucional, el último de los cuales fue generando lo que hoy se llama *Socioanálisis*, representado por René Lourau (1981).

La psicología institucional es un modo diferente de mirar, por lo que sus conceptualizaciones se crean desde los últimos decenios del siglo XX como una forma novedosa de tratar las instituciones y crear un campo propio. A la institución se la entiende como una regularidad de la cultura y por ende, una organización. Es un sistema social, donde lo político y los aspectos culturales, determinan su funcionamiento y existencia. El campo institucional lo comprenden los grupos y las organizaciones, por lo tanto, su estudio es desde distintas disciplinas.

En los últimos años, se han desarrollado diferentes concepciones: el *Análisis organizacional*, que aborda las estructuras organizativas y la cultura organizacional, entre otras, y el *Análisis institucional*, que pone énfasis en la dialéctica entre lo instituyente y lo instituido, siendo Armando Bauleo (1970) uno de sus precursores, así como los conceptos de analizador, implicación y transversalidad. En la Escuela Argentina, tomaron muchos conceptos de Pichón Riviére y fueron desarrollándolos, en especial el de encuadre, los mitos de origen, la estructura libidinal, así como las fantasías compartidas.

En cuanto al estudio de los grupos en las instituciones, se desarrolló como campo problemático "lo grupal" y el análisis sobre cómo se estructura el psiquismo en un grupo. A partir de este campo, comienza el estudio de los organizadores de vínculo en un grupo, a problematizar los conflictos como los estructurantes de la

dinámica institucional, en particular la función de las ansiedades primarias y los mecanismos de defensa. Posteriormente, con el desarrollo teórico van surgiendo conceptos relacionados con el sufrimiento institucional y el campo del análisis de la familia.

Análisis institucional

Uno de los pensadores del análisis institucional, fue Cornelius Castoriadis (1989) quien construyó la "lógica de los magmas de representaciones", a partir del psicoanálisis y del funcionamiento del inconsciente, articulando los conceptos de imaginación radical, histórico-social y las significaciones sociales imaginarias. La imaginación radical se define como la capacidad de la psique de crear un flujo constante de representaciones, deseos y afectos, siendo fuente de creación. Con lo histórico-social, se demuestra la indisociabilidad e irreductibilidad de la psique y la sociedad, donde éstas no tienen existencia separada. Por último, las significaciones sociales imaginarias, serían las que proceden del imaginario social instituyente y las que forman a los individuos sociales.

El análisis institucional presenta un método de conocimiento inductivo y un modo de análisis en situación más cercano a la terapia psicoanalítica. El método inductivo se trata de un análisis de gabinete, inspirado en intervenciones o investigaciones de campo. El modo de análisis es una intervención institucional analizada como tal. Mediante el análisis en situación es posible descifrar las relaciones que los grupos y los individuos mantienen con las instituciones, poniendo de relieve que el vínculo social es, ante todo, un acondicionamiento del no saber de los actores respecto de la organización social.

Como referencia del análisis institucional, existe una serie de conceptos articulados siendo éstos: **segmentaridad**, se define como la unidad positiva de todo agrupamiento social que se apoya en un consenso o en una regla exterior al grupo, o en ambos a la vez. **Transversalidad**, en donde la ideología grupista tiende a construir la imagen ideal del grupo monosegmentario, de la coherencia absoluta, producida por una pertenencia única y omnipotente, que relega al segundo plano todas las demás. El "grupo" se contempla narcisísticamente en el espejo de la unidad positiva, excluyendo a los desviantes, aterrorizando a aquellos que abrigan tendencias centrífugas, condenando y a veces combatiendo a los individuos y grupos que evolucionan en sus fronteras, llamándose grupo-objeto. La transversalidad es el fundamento de la acción instituyente de los agrupamientos, en la medida en que toda acción colectiva exige un enfoque dialéctico de la autonomía del agrupamiento y de los límites objetivos de esa autonomía. La transversalidad reside en el saber y en el no saber del agrupamiento acerca de su polisegmentaridad. **Distancia institucional**, plantea la existencia de dos polos: la distancia infinita, que representa los grupos del tipo "secta" que mantienen, a fuerza de terror o de tipo autismo, un recorrido entre él y la acción de las instituciones; procuran-

do eludir el control de las instituciones y negando las posibilidades que ellas ofrecen para la acción social; y la distancia nula, que es cuando el grupo identifica su acción, su funcionamiento y hasta su existencia, con la influencia de las instituciones. **Distancia práctica**, se analiza con respecto al alejamiento de la base racional de las normas institucionales con las bases racionales de las técnicas. **Implicación institucional** es el conjunto de las relaciones, conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional. La segmentaridad y la transversalidad actúan para especificar y modificar las implicaciones de cada uno de ellos, mientras que la ideología procura uniformarlos. También se incluye la **implicación práctica**, que indica las relaciones reales; la **implicación sintagmática**, o la **dimensión psicosociológica**, es la articulación de los datos disponibles a la acción, caracterizada por la práctica de los grupos efímeros o permanentes. La **implicación paradigmática**, es la implicación mediatizada por el saber y por el no saber acerca de lo que es posible y lo que no es posible hacer y pensar, regulando las acciones en un conjunto de oposiciones de homologías, de antónimos y de sinónimos. La **implicación simbólica** es la que más se expresa y menos se piensa, sobredeterminando los hechos de los agrupamientos. La **transferencia institucional** es la demanda o el requerimiento de intervención. La función del analista consiste en inmiscuirse en una división de trabajo, instituida entre los miembros de una organización que lo contrata, teniendo su lugar definido en cuanto a su contenido y delimitado en cuanto a sus prerrogativas mediante la demanda de intervención.

OTRAS LÍNEAS DEL PSICOANÁLISIS

Teoría del fantasma

Nicolás Abraham (1978), de origen húngaro, es quien en Francia expone la teoría del fantasma, tras un análisis del "hombre de los lobos", mencionando que el **ego clivado** del paciente llevaba consigo una "cripta", es decir, un lugar donde guardaba todos sus secretos inconscientes. Esta teoría de la "cripta", insistía en el delirio del "hombre de los lobos".

Más adelante Nicholas Rand (1993), propuso una clasificación del concepto "fantasma", retomando el análisis de Hamlet. Junto con María Torok (1993), comienzan a estudiar la noción de "inquietantes extrañezas" en la clínica del fantasma. Es Claude Nachin (1993), quien precisa el funcionamiento de "cripta y fantasma", además de las particularidades de la cura en los pacientes que la portan, nombrando a la "cripta" como receptora de los secretos familiares de primera y segunda generación; mientras que los "fantasmas" son los secretos transmitidos a partir de la tercera generación, siendo estos últimos los más difíciles de elucidar por la pérdida de simbolización y referentes a la vez. Con estas aportaciones, Serge Tisseron (1993) buscó los recorridos particulares que pudieran hacer de las imágenes psíquicas los vectores y testigos de los secretos entre generaciones.

Pascal Hachet (1996), investiga la clínica de la cripta y el fantasma en los toxicómanos, abriendo otra línea para los diferentes tratamientos en adicciones. J. Claude Rouchy (1992), fue quien investigó el impacto que tuvo en los grupos y las familias, permitiendo ampliar los análisis de los tratamientos donde existía alguna presencia toxicómana o diferentes actuaciones individuales en determinadas dinámicas familiares. De este modo, ha permitido llegar a precisiones en la psicopatología familiar, en los tratamientos de la anorexia y la bulimia; en el análisis y tratamientos de familias abúlicas; en la violencia vincular y fundamentalmente lo que caracteriza a la psicosis y el delirio.

Aparato psíquico grupal

René Kaës (1970), es otro autor que representa en la actualidad, uno de los exponentes del psicoanálisis de grupo y psicoanálisis institucional. Ha trabajado en conjunto con Didier Anzieu (1966) quien fue uno de sus maestros en los años cincuenta. Anzieu en los sesenta, fundó una asociación cuyo fin era desarrollar una psicología de los grupos, inspirada en las tesis de Freud que en sus principios buscaba una suerte de compromiso entre la dinámica de los grupos de origen lewiniano y un psicoanálisis aplicado al grupo. A mediados de los sesenta, se organizó una primera experiencia de grupo con las exigencias del método de la asociación libre y las reglas de interpretación psicoanalítica donde Anzieu era el instructor de ese grupo y Kaës el organizador de la experiencia y el observador.

En 1970, Kaës conceptualiza el Aparato Psíquico Grupal (APG), a partir de descripciones de situaciones de R. Laing (1974), quien trabajó con familias de psicóticos. Toma conceptualizaciones de Bion, Foulkes y de Pichón Rivière para construir su propio modelo. Ya en 1963, J.B. Pontalis, hablaba que el grupo es primero considerado como un objeto de investidura pulsional y de representaciones inconscientes. Aunado, Anzieu (1966), propone un modelo de grupo a partir del modelo del sueño, expresando que el grupo es como el sueño, el medio y el lugar de la realización imaginaria de los deseos inconscientes infantiles. A semeja al sueño y al síntoma con el grupo como la asociación de un deseo inconsciente que busca su realización imaginaria con defensas contra las angustias que le provoca al ego estos cumplimientos.

El modelo del aparato psíquico grupal está centrado en las articulaciones entre el sujeto del inconsciente y el espacio psíquico grupal, en la complejidad de los anudamientos entre los efectos del grupo y los efectos del inconsciente. Es una formación común al grupo y a los sujetos que lo integran, que se encuentra articulando el espacio intrapsíquico con el espacio psíquico compartido por los sujetos que están en el vínculo. Plantea el funcionamiento de una tensión entre dos polos que se encuentran en el grupo: el polo isomórfico, siendo lo imaginario, lo narcisista y el límite de la psicosis; y el polo homeomórfico, donde está lo simbólico, lo objetual y neurótico. Entre estos polos, existe un momento caótico carac-

terizado por movimientos psíquicos inestables, siendo fuentes de angustias, tanto por desorganización como por reorganización. Para que esta articulación sea posible, debe existir una exigencia psíquica, que siga el modelo de trabajo de la pulsión. Esto determina que la realidad psíquica del grupo es producida y transformada, así como contenida y administrada por este aparato psíquico grupal con la existencia de organizadores inconscientes que Kaës llama "grupos internos".

El lugar de la articulación es considerado un espacio transicional en donde se ubica el pasaje hacia los organizadores. El concepto de organizador grupal es un pilar en la elaboración del APG, que tiene la capacidad para actuar como organizador del vínculo grupal. Toma de Lacan el modelo de organizador psíquico, siendo una organización que dirige los procesos del desarrollo, creando una estructura que determina transformaciones. De Spitz retoma los llamados "factores organizadores", que son momentos específicos en los cuales acontece un cambio de dirección del desarrollo. Plantea que hay organizadores de la representación, que se constituyen a partir de la convergencia de un organizador psíquico y uno sociocultural. Distingue cuatro organizadores intrapsíquicos de la representación: la imagen del cuerpo, las fantasías originarias, los complejos e imagos familiares, y la imagen del aparato psíquico subjetivo. Los organizadores socioculturales coinciden en la figuración de modelos de relaciones interpersonales, grupales y colectivas. Funcionan como objetos que poseen similitudes con los objetos transicionales descritos por Winnicott (1971), un objeto creado que define un espacio de comunicación, mediación y creatividad, estableciéndose un juego entre las representaciones inconscientes y las sociales. En los sistemas de representación social se incluyen los mitos, ritos, ideologías, doctrinas filosóficas y concepciones del universo. En el esquema se representa (Bernard, 1997), como sigue (figura 1-1).

Desde el punto de vista tópico, como bosquejo de una metapsicología grupal, el APG plantea que las instancias psíquicas se han estructurado en el sujeto a partir de la internalización de las relaciones intersubjetivas. En el APG sólo hay más funciones sistemáticas e instancias analógicas donde se pueden describir los papeles portadores de las funciones analógicas del ego, del *id*, del ideal del ego y del superego (Kaës, 1976). Las instancias psíquicas son intrapsíquicas, no pudiendo concebirse un superego grupal, así como un ego grupal. El inconsciente grupal comprende todos los mecanismos de proyección, introyección, etc., implícitos en la elaboración del APG. Desde lo dinámico, se puede analizar como el juego y el resultado de los conflictos que surgen entre las realidades psíquicas subjetivas, la realidad social y la realidad original del APG, privilegiando al sujeto identificado con el APG y enfrentado con el contexto social, producen formaciones de compromiso. Desde lo económico, el APG cumple la función de poner la energía pulsional disponible en cada sujeto al servicio del vínculo grupal. De esta manera, la producción de un aparato psíquico grupal moviliza la energía psíquica y la transforma en elaboraciones grupales. (Kaës, 1976).

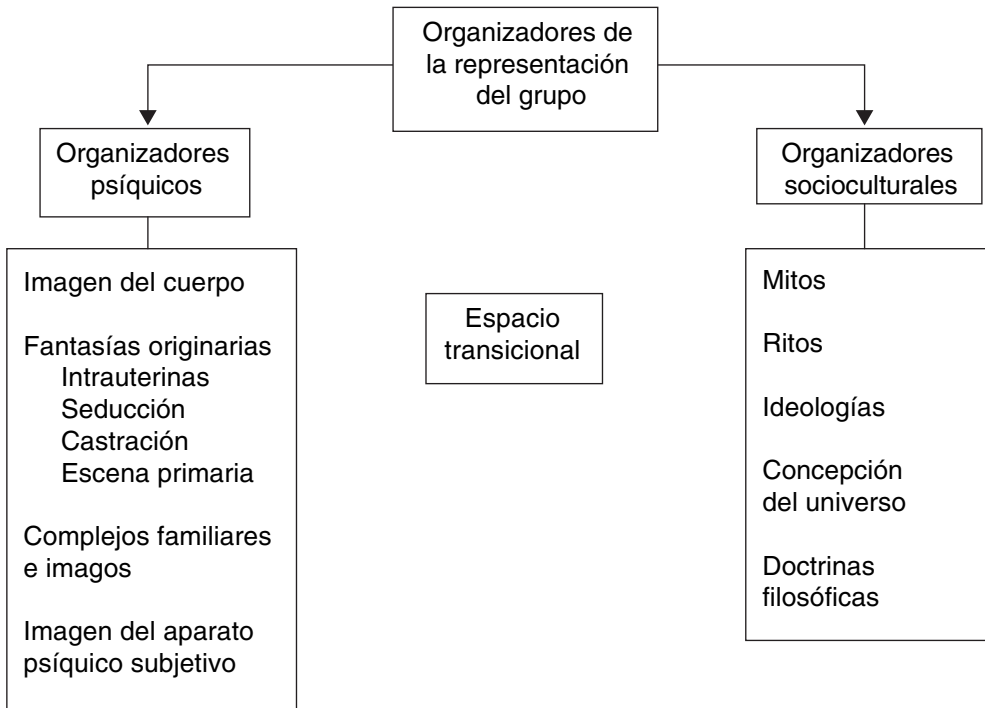


Figura 1-1. Organizadores de la representación del grupo.

Kaës retoma un concepto de Freud, que lo utiliza para designar la relación primitiva de las pulsiones sexuales con las pulsiones de autoconservación, siendo éste de apoyo o apuntalamiento. Dicho concepto, lo amplía más allá de las necesidades corporales, llevándolo hacia el grupo y la cultura, y hacia el mismo aparato psíquico. Por ello, el apuntalamiento es múltiple, reticular, mutuo o recíproco y crítico, ya que cualquier tipo de alteración en sus mecanismos, enfrenta al sujeto a una situación de crisis. Siempre se encuentran los tres elementos del apuntalamiento: el apoyo sobre una base originante; la modelización; y en el momento de una ruptura crítica, el cambio de objeto y de nivel (Kaës, 1984). También plantea que los elementos que se apoyan son a la vez separados y abiertos sobre una de sus caras, implicando una entreapertura y, por tanto, la existencia de una frontera de cada elemento y el espacio del apuntalamiento, un límite. La patología surge de estas alternativas en donde la falta de apuntalamiento implicaría la posibilidad de no formación del psiquismo. En caso contrario, expresaría confusión, propio de un vínculo psicótico, borrándose el espacio entre los dos elementos del apuntalamiento, desapareciendo el espacio intermediario. La multiplicidad del apuntalamiento es lo que garantiza la calidad psíquica, siendo a su vez interdependientes

en una estructura reticular en donde se juegan complementariedades, antagonismos y sustituciones. Este modelo está siendo utilizado por psicoanalistas que trabajan con familias, como propósito para apoyar la organización psíquica del grupo familiar, así como de las parejas, instituciones y equipos de trabajo, ampliándose a todo tipo de configuración vincular.

En resumen, en la obra de Kaës se pueden describir tres vertientes: una teoría psicoanalítica de los grupos; una teoría grupal del desarrollo psíquico y una teoría de la transmisión intrapsíquica e intergeneracional. En cuanto a la teoría psicoanalítica de grupos, comienza con líneas de pensamiento tanto de Pontalis como de Anzieu. Posteriormente, en el decenio de 1970-1979, cuando propone el APG, se apoya en Bion y en su modelo de los supuestos básicos, para lo que es el imaginario grupal. En cuanto al nivel simbólico lo integra en la presencia del dispositivo analítico. El lugar de circulación de la fantasmática, lo toma de Anzieu, quien definía al grupo como un sueño, donde su desarrollo, lo constituyen los restos diurnos que se elaboran por las formaciones inconscientes como continente de las producciones de las fantasías.

La teoría grupal del desarrollo psíquico surge por el interés de una metapsicología de grupo. Al proponer el APG, que lo define como una "ficción eficaz" (Kaës, 1976), se basa en su concepción de la trans subjetividad, en la que los sujetos agrupados pierden su propio límite en el grupo, confundándose con él, incidiendo la producción grupal en la individual, y viceversa, sin las fronteras de la subjetivación, mediante la acción de los organizadores de la representación, a través de un proceso dialéctico (Bernard, 1997). Además se sustenta en la teorización sobre el "apuntalamiento", en donde el psiquismo produce la interacción entre sus bases biológicas y el contexto sociocultural (Bernard, 1997). En el apuntalamiento recíproco entre el sujeto y el grupo, existe una relación con los procesos de transcripción psíquica, siendo esta definición, su propuesta central en la metapsicología de los grupos.

La teoría de la transmisión psíquica intersubjetiva, así como la transgeneracional, es la que se desarrolla desde mediados de los años ochenta, incorporando lo trabajado y conceptualizado en los setenta por Abraham y Torok con respecto al duelo, la incorporación, la cripta y el fantasma, más adelante llamada la **clínica del fantasma**. La explicación de cómo pasan contenidos de una subjetividad a otra en el proceso grupal, según su hipótesis de la trans subjetividad, le permite a Kaës y a su equipo (1983), conceptualizar "la cadena asociativa grupal", así como el pasaje de contenidos inconscientes a través de generaciones familiares.

Transmisión de la vida psíquica entre generaciones

La transmisión psíquica, implica reconocer que al sujeto le preceden más de uno. Estos "otros", en muchos casos son grupos de representantes que sostienen al sujeto, manteniéndolo en una matriz de investiduras, de cuidados, enunciando

prohibiciones, predisponiendo signos de reconocimiento. Estos "otros", fundamentalmente son el grupo que lo recibe, el que le da un nombre, le da un lugar, definiendo sujeto hablante y hablado, por efectos del mismo deseo de estos otros, en especial la madre (Kaës *et al*, 1996).

Al retomar Kaës los conceptos de Freud (de 1913 en *Tótem y Tabú*, y 1914 en *Introducción al narcisismo*), considera al sujeto como un eslabón singular, el servidor, heredero y beneficiario de la cadena intersubjetiva de la cual precede. En esta cadena, se van acumulando formaciones psíquicas que se transmiten, circulando o anudándose. El sujeto es parte de estas formaciones, de las cuales es componente y parte constituida, donde el sujeto del inconsciente es sujeto de la herencia y sujeto del grupo (Kaës, 1993). Este sujeto del grupo presenta dos determinaciones: es tributario del funcionamiento del inconsciente en su espacio intrapsíquico y la exigencia de trabajo psíquico impuesta por su ligazón con lo intersubjetivo, por su sujeción a los conjuntos que le preceden como la familia y las instituciones. Por dicha cadena es probable que se transmitan formaciones de las generaciones anteriores y contemporáneas, mediante el proceso de encriptado, la formación del superego y las funciones del ideal. Supone que una parte de la función represora se apoya en los modos de transmisión psíquica según los pactos, las alianzas y contratos inconscientes de acuerdo con cada rasgo de organización de la personalidad.

Los efectos de la transmisión, ya sea encriptado, o forluido, así como rechazado, se pueden observar en los procesos de la no simbolización, del secreto o de la falta oculta, identificadas por un enquistamiento en el inconsciente del sujeto en una parte de formaciones del inconsciente de un otro que lo habita como fantasma. Este fantasma, para Abraham y Torok (1978), tiene registro somatopsíquico, tratándose de incorporaciones de un cuerpo en otro, en el borde de la realidad y del fantasma. Rouchy propone otra modalidad que la describe como "transfusión" (Rouchy, 1992). Tiene funcionamiento de mandato desde un ancestro con respecto a su descendencia, abriendo un campo de investigación clínica y teórica de la filiación. Trata de describir y teorizar acerca de cómo se transmiten los síntomas, la forma de organización de las relaciones de objeto, los mecanismos de defensa, los significantes y cómo estos objetos y procesos determinan el vínculo intersubjetivo y la formación de cada sujeto en la formación del inconsciente y la transmisión de la represión (Aulagnier, 1984), o del heredero de la psicosis de los padres (Enríquez, 1986), o de la renegación.

El transmitir tiene una potencia con un doble efecto según sea su pretensión: impulsar hacia la continuidad o hacia la interrupción, se expresa dependiendo la modalidad de depósito, enquistamiento, proyección o rechazo de lo no reprimido. La transmisión se organiza por medio de la negatividad, de lo que es la falta, de lo no advenido, de la ausencia de representación y de inscripción. Se transmite por la generación de una violencia sin accesibilidad al lenguaje de palabras o actos, ya

que se trata de una transmisión de cosa. En el proceso analítico, en el momento de descubrir el anudamiento intersubjetivo del síntoma que vive el sujeto, es vivido por éste, como una revelación de violencia que lo despoja de una parte de su propia subjetividad. Otra autora (Faimberg, 1996) conceptualiza el "telescopaje de las generaciones" como formas particulares de procesos de identificación y fenómenos de intrusión psíquica de una generación a otra.

Proceso de identificación en el telescopaje

Haydée Faimberg, desde 1981, ha desarrollado este concepto de telescopaje de generaciones a partir del análisis de las identificaciones reveladas a través del proceso de transferencia y contratransferencia en la clínica. Parte del concepto de narcisismo que Freud planteaba en 1914, en *Introducción al narcisismo* también adjunta el concepto de "desamparo ligado a la prematuración" como forma de comprender cómo el narcisismo de los padres puede "injerirse" en el niño. Para que éste pueda observarse por separado, se exige un proceso de elaboración de este narcisismo, por parte de los padres, pudiendo así, situarse en una relación edípica. Por su origen, el narcisismo, necesita de la aprobación del otro, al principio la aprobación es de los padres. Existe una regulación narcisista siendo el no-ego un antecedente del objeto. Cuando este objeto no procura displacer como equivalente al noego, el sujeto tenderá a odiarlo, siendo el equivalente del placer el ego del sujeto. Faimberg (1981), nombra al primer momento de amor narcisista como "función de apropiación" y al segundo momento de odio narcisista, "función de intrusión", siendo éstas características de la regulación narcisista de objeto. Los padres, en el momento de ubicarse en la función de intrusión, definen al niño desde su identidad negativa por estar expulsando en él todo lo que rechazan. Paradójicamente este niño, no va a ser odiado sólo porque es diferente, sino porque su historia será solidaria con la historia de los padres y aquello que no aceptan en su regulación narcisista. El niño carece de la capacidad psíquica para desarrollar su identidad de manera libre de poder alienarse del narcisismo de sus padres, siendo esto el origen de un clivaje del ego en el niño, produciendo sentimiento de extrañeza. Los padres no pueden amar a su niño sin apoderarse de él, como tampoco podrán reconocer su independencia sin odiarlo y someterlo a su propia historia de odio. En este proceso se incluyen las identificaciones de dos generaciones y, tomando en cuenta que los padres están inscriptos inconscientemente en su propio sistema familiar de origen, implicando que en este tipo de identificación se incluyan las tres generaciones. La fórmula que Faimberg define para esta situación dramática donde los padres internos someten al niño a su propia historia de angustia y de muerte es: Yo amo-Yo soy, concibiendo al objeto como bueno y Yo odio-tú eres, concibiendo al objeto malo como el "eres tú".

Este "telescopaje" crea una temporalidad circular, repetitiva, en donde de manera complementaria el proceso de apropiación de la historia secreta de un

otro, clivada en el ego, da cuenta del vacío y de la muerte del deseo propio. Al no poder desear, el tiempo debe detenerse. Estas formas de identificaciones, resultan un vínculo entre las generaciones, siendo alienantes, y oponiéndose a cualquier representación ya que no son audibles. Sólo es posible pasar de la identificación a la representación por medio de la construcción interpretativa (Green, 1981). Se plantea una teorización acerca de la existencia de cierto tipo de clivaje que aliena el deseo e impide al sujeto disponer de su deseo. El trabajo con respecto a estas identificaciones de manera dialéctica con el deseo, hacen posible que las identificaciones alienantes sean audibles y, por tanto, generan procesos de representación que le permitan al sujeto construir la liberación de la regulación narcisista de sus padres internos.

Psicosis de los padres en los hijos

Micheline Enríquez (1986) realizó en la clínica, investigaciones en la profundización teórica de los efectos y daños psíquicos de la psicosis de los padres sobre sus hijos. Encuentra en diversos casos clínicos de padres con hijos en la etapa de la niñez, la implicación de éstos en el delirio, haciéndolos aliados, cómplices e incluyéndolos en sus delirios, siendo también depositarios de dicha actividad delirante. En estas investigaciones se retoman las exposiciones de Ferenczi en 1932 donde extrae que los adultos introducen por la fuerza, contenidos psíquicos displacenteros en los infantes.

Enríquez (1986), enuncia que el encuentro con la paternidad, surge proyectivamente, en un deseo de muerte de ese hijo ante la amenaza de muerte para el padre, emanado de una potencia primitiva que prohíbe la sucesión generacional, provocando una catástrofe psíquica en el padre del mismo sexo que el del hijo. Esta situación provoca consecuencias en el lugar del niño como discurso. Discurso constitutivo de su propia historia identificante que será dirigido por el padre delirante y su cónyuge que se enfrenta a una situación frágil y hasta quizá, el derrumbe psíquico. Así, el niño queda atrapado en una posición identificatoria que lo fija por causa de la locura parental, aunque ésta sea pasajera. Este poder que se percibe confusamente, puede crear historias de orígenes, concepciones de herencia y transmisión entre las generaciones ya que, en situaciones problemáticas familiares es recordado, pudiendo precipitar la "culpabilidad sacrificial" que ninguna tentativa de reparación podrá satisfacer, siendo sólo la puesta en acto del sacrificio de su vida mental o física. Por otra parte, es posible también, que pueda inducir una megalomanía inconsciente, provocando en el sujeto una búsqueda de poder o sumisión excesiva, comprometiendo al narcisismo en sus aspectos masoquistas mortíferos.

El progenitor psicótico deja ver y comprender a su hijo que la angustia y el sufrimiento psíquico, siendo este inconmensurable, no se pueden atribuir a una

pérdida, un duelo o una depresión. El sufrimiento se liga con una persecución, con una voluntad de hacer el mal. La dimensión proyectiva del sufrimiento psicótico le confiere un carácter desrealizante, destructor y psicotizante, imponiendo al niño un sentido al origen del sufrimiento, designando un perseguidor responsable de los males. El sufrimiento depresivo no crea estas confusiones de sentidos. Green (1983) plantea que las consecuencias traídas por la depresión de una madre por duelo, hace a la experiencia de una pérdida de sentido, aboliendo el placer compartido de la comunicación y la relación madre-hijo. El niño, a su vez, hace la desinvertidura de la cual es objeto, pudiendo generarse mutilaciones o agujeros psíquicos, dejando huellas que más adelante pueden reencontrarse o reinvertirse. El hijo se incluye en la proyección parental ocupando un lugar privilegiado como soporte de esta proyección y como destinatario del discurso delirante, obligándolo a compartir y padecer el sufrimiento psicótico.

Enríquez (1986) piensa que en los psicóticos hay una imposibilidad de asumir el riesgo de una descendencia que pueda ser portadora de lo mismo y de lo otro. Para un psicótico, la descendencia implica una amenaza real de destrucción para él, reactivando un deseo de muerte que tuvo por objeto a los propios padres. El odio y el deseo de asesinato por parte del padre, que deposita en otros amenazando caer sobre el propio hijo, son un odio y un deseo de asesinato hacia el hijo y hacia su poder de transmisión de la vida y de su propio nombre. Cuando un hijo de padre psicótico llega a consulta, expresa una demanda de reconocimiento y de identificación urgente, donde un rechazo puede causarle un derrumbe catastrófico. Llega con un desconocimiento total de la patología familiar y sin racionalización acerca de la suya propia. Teme volverse loco, se encuentra enfermo, donde el depositario es su propio cuerpo, presentando una demanda de cuidados de ayuda psíquica, no una demanda de sentido. Presenta una sintomatología polimorfa, dejando ver un grave conflicto identificatorio, encontrando una salida parcial de huida, apatía, depresión del vacío, enfermedad somática, todas las formas de pasividad letal, no sexual en su origen.

La defensa que prima en estos sujetos es la idealización del poder atribuido a una instancia exterior. Es común, que esta instancia sea encarnada por la madre (Aulagnier, 1984). Genera una autoprohibición que le impone al ego, obtener información que pudiera demostrarle el abuso de poder que existe sobre su pensamiento y que no le revele, que no puede existir algún sujeto con derecho de darle o rehusarle su lugar en el sistema de parentesco. Esta renegación total o parcial de la realidad familiar patógena, corresponde al "delirio de herencia" donde el niño es explícitamente englobado en el delirio parental. Si esta defensa se desmorona precipitadamente, existe el riesgo del desmoronamiento psicótico, ya que la desidealización es demasiado dolorosa para estos hijos de psicóticos, y el adquirir un saber, o hasta despertar el deseo de saber, adquiere un carácter persecutorio, reaccionando negativamente al análisis en la cura.

Estos casos, que surgieron en la clínica sobre el abordaje de lo negativo (Green, 1986), abrieron otros campos de investigación de referencia en la actualidad, como los estudios de los avatares y estatutos de lo transgeneracional (Baranes, 1993), así como los trabajos de Abraham, Torok, Enríquez, Faimberg, Tisseron, Guillaumin, Guyotat, pusieron en evidencia las dimensiones y contenidos originales de la transmisión (Kaës, 1998). Desde esta perspectiva se piensa en los dispositivos psicoanalíticos empleados en este tipo de clínica y en la clínica familiar, con las diferentes patologías que se expresan, tanto en lo psíquico como en lo somático.

Emergencia de lo generacional

El interés que se ha desarrollado en estos últimos años sobre la transmisión de la vida psíquica entre generaciones, habla de un intento de elaboración de lo que Kaës llama "la crisis multidimensional que afecta a los fundamentos y a las modalidades de la vida psíquica", explicando la estructuración del aparato psíquico, así como los procesos y formaciones del inconsciente, identificaciones y los dispositivos de interpretación y representación (Kaës *et al*, 1996). La precedencia del otro en el destino del sujeto, hace definirlo en el espacio intersubjetivo, en el espacio y tiempo de lo generacional, lo familiar y lo grupal, en donde el "ego puede advenir" (Aulagnier, 1982), o fracasar en su constitución.

Kaës ha destacado que los objetos de transmisión están marcados por lo negativo, trasmitiéndose lo que no se contiene, lo que no se recuerda, como la culpa, lo reprimido, la enfermedad, la vergüenza, los objetos perdidos o aún estando en duelo. Se transportan a partir de las configuraciones que se establecen en los vínculos intersubjetivos por medio de la proyección, de los diferentes depósitos y de las difracciones en los otros, formando "la materia y el proceso de transmisión" (Kaës, 1998). Además de lo negativo, también se transmite lo que garantiza y asegura las continuidades narcisistas, el mantenimiento de los vínculos intersubjetivos, los procesos de conservación y de complejización de la vida: ideales, identificaciones, mecanismos de defensa, dudas y certezas. El método del dispositivo psicoanalítico grupal, por la situación plurisubjetiva organizada, es el recomendado para analizar las diferentes manifestaciones de los efectos del inconsciente en las transferencias y los enunciados asociativos de sus integrantes. El grupo es donde emergen particulares configuraciones de la transferencia que se difracta entre todos, reactualizando las conexiones de transferencias en su despliegue sincrónico, de los nudos diacrónicos.

Análisis de la familia

Las representaciones familiares transgeneracionales organizan, entre otras cosas, la elección de objeto para la conformación de la pareja, con el deseo de fundar y

de educar, según sea el ideal familiar. Existen también objetos ancestrales que se asocian a ese otro o a los objetos internos de ese otro, produciendo atracción o deseo de reparación. Se pueden encontrar entre estos objetos, ancestros muertos jóvenes, nacimientos ilegítimos, abandonos infantiles, delincuencia, locura, gestas heroicas (Eiguer *et al*, 1998). Estas representaciones ancestrales producen una complementariedad de dos tendencias que se establecen entre los cónyuges: la que el compañero remite a lo más alejado de sí mismo, siendo una elección exogámica y a lo más próximo, siendo una elección endogámica. De esta manera se inaugura el rasgo fundador de la familia, siendo el vínculo de la pareja.

Los problemas que a su vez pueden generarse a partir del rechazo de lo ancestral, es lo confuso entre generaciones, distorsionando roles y lugares de cada quién. En estos casos, es común encontrar vergüenza, en familias narcisistas, en la cual se descubre un hijo psicótico; culpabilidad e idealización, en familias que conllevan un largo duelo; en familias perversas, un hijo toxicómano, alcohólico, bulímico o admiración al que tergiversa la ley (Eiguer, 1986, 1993).

Otro de los autores que trabaja en la clínica sobre las manifestaciones de los procesos tóxicos y traumáticos en los vínculos es David Maldavsky. Trabaja los tipos de situaciones intersubjetivas en que un sujeto o grupo se encuentran en una dependencia con un déspota psicótico, advertidos en la clínica con patologías como las adicciones, afecciones psicosomáticas, alteraciones de la personalidad, autismo, promiscuidad, incesto consumado, violencia y criminalidad. Maldavsky (1996) plantea que no sólo se tiene que recurrir a la teoría de la psicosis y la eficacia simbólica, sino a la integración de ciertas manifestaciones culturales como son: el predominio de estímulos simultáneos desmesurados, la especulación económica, la tendencia al simulacro, la banalización de la creatividad, el contagio de intrusiones emocionales y la disposición al fanatismo. Propone considerar estos aspectos, tomando en cuenta las características comunes de las nuevas realidades vinculares en pareja, familia, grupo e instituciones (Maldavsky, 1996). Entre éstas figuran la afectividad, la formalización de la materia sensible, el discurso, rasgos del carácter, el estudio de los mecanismos de defensa, pero sobre todo, los nexos orgánicos que se rigen por leyes específicas.

El autor expone que la no diferenciación estructural intrafamiliar, deja a sus integrantes ante el riesgo de la invasión de los procesos tóxicos como son: adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias, entre otras. Asimismo, la creación de una "coraza antiestímulos" en la familia y ante lo externo, expone a sus integrantes a las intrusiones traumáticas. A su vez, estos procesos tóxicos y las intrusiones traumáticas, son susceptibles de potenciarse recíprocamente o coexistir. Maldavsky (1996), afirma que, la forma de transmisión intergeneracional de un trauma se basa en la hipertrofia sensual, coincidiendo con la falta de investidura tierna entre los vínculos familiares. La ternura permite reemplazar el apego desconectado abriéndose al universo significativo y simbólico.

Otro factor determinante de la transmisión del trauma es la tendencia desdiferenciadora y descomplejizante propia de la pulsión de muerte como expresión del mantenimiento de la intrusión neutralizadora del pasaje a la ternura. El autor menciona que otro aspecto en la vigencia de la compulsión a la repetición de los traumas conduce al desarrollo de ciertos rasgos de carácter. La perpetuación de éstos, constituyen un indicio en la transmisión intergeneracional de los traumas, siendo uno de los medios de la consumación del proceso. Plantea la existencia de un núcleo que se relaciona con la fijación al trauma y donde se ordenan los tres rasgos de carácter propuestos: rasgo viscoso, relaciona el apego a un psicótico; rasgo cínico, justifica una pugna entre un fragmento anímico dispuesto a hacer proyectos y una postura disolvente para desacreditarlos; y el rasgo abúlico, constituyen una expresión del estado de dejarse morir. El núcleo lo describe, mencionando a Freud (1923), como una forma de darse de baja respecto de la propia investidura por parte de Eros, un dejarse morir por falta de amor. Este dejarse morir se expresa desde la desinvestidura del ego por el narcisismo y la autoconservación, siendo una de las eficacias de la pulsión de muerte como función desobjetalizante (Green, 1986).

Otro indicio de la fijación al trauma (Maldavsky, 1996), lo halla en el apego a las incitaciones monótonas, a la no diferenciación sensual y sensorial, poniendo en evidencia la precariedad de los recursos pulsionales y anímicos disponibles para el procesamiento de las incitaciones exógenas o endógenas. Cuando predominan los componentes tóxicos o traumáticos en el vínculo de pareja, en lugar de ciertas cualidades subjetivas como podría ser la ternura, belleza y firmeza, importan más otros rasgos como: el poder económico, cognitivo o jurídico-político. Estos rasgos que definen la elección de objeto, no ponen en evidencia una subjetividad en donde se distribuye el deseo de un sujeto y un objeto, sino que eliminan el interrogante sobre la subjetividad y exponen la relación egoica a un deseo de conquista de espacios no familiares que han quedado reprimidos, anticipando los conflictos que vendrán.

Las fijaciones pulsionales, los tipos de vínculos familiares y las influencias sociales, pueden ser las consecuencias de los rasgos del carácter. En esto está en juego el surgimiento, mantenimiento o recuperación de una consciencia como expresión de la vitalidad pulsional y del encuentro con la del otro, vitalidad anímica y vincular. Esta consciencia constituye el surgimiento de la subjetividad, siendo el fundamento del desarrollo simbólico la toma de decisiones, imprescindibles para salir de situaciones ambiguas. Maldavsky considera que la articulación entre subjetividad y consciencia implica actividad y algún tipo de identificación primaria, reflejándose en relaciones armónicas pulsionales intercorporales.

Otras líneas desarrolladas en la clínica de familia y de pareja, están representadas por Isidoro Berenstein y Janine Puget (1988), quienes continúan desarrollando la teoría del vínculo, proponiendo lo vincular como estructura de análisis.

Psicoanálisis de la pareja matrimonial

El objetivo del tratamiento y análisis de la pareja matrimonial es comprender los factores inconscientes que determinan las múltiples vicisitudes de este tipo de vínculo. Se propone transformar un espacio de sufrimiento repetitivo en uno creativo y fértil, pasando del estado del enamoramiento al estado de amor, intentando dar cuenta del trabajo psíquico que esto implica (Berenstein y Puget, 1988).

Se considera a la subjetividad como la que dibuja los límites del ego con variadas prolongaciones que incluyen a otros, interviniendo los mecanismos de identificación. Se extiende la subjetividad a espacios intra, inter y trans: lo intra-subjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo. El espacio intrasubjetivo trata de la distribución del mundo interno, así como de las constelaciones autoengendradas de las relaciones del ego con los objetos, predominando las representaciones y los afectos que los ligan. El espacio intersubjetivo privilegia el vínculo como estructura, abarcando y envolviendo a los egos y al contexto definido que recorta el significado de los egos ligados. El espacio transubjetivo relaciona el vínculo del ego con el macrocontexto social, donde las instituciones y las formas de pertenencia a las mismas proveen los modelos.

Se reformulan las áreas inconscientes, integrando las representaciones vinculares o socioculturales, el narcisismo como relación de objeto único y a partir de estos, transferencias y contratransferencias. Berenstein y Puget (1988), proponen a la familia como antecesor de la pareja, como una forma de tomar en cuenta la representación mental de sí hasta la realización de su propio proyecto. La intención es postular un comienzo, un momento originario para evitar la indiferenciación, en el supuesto de las personas, en la idea de pertenencia al continuo generacional. Establecer esta diferencia implica aceptar la continuidad inconsciente en la transmisión de los significados que determinan al vínculo.

Retoman de Lévi-Strauss (1983) que toda organización social tiene forma de pareja llamada matrimonial, como una de las propiedades invariables, ligándola con el comienzo de la familia. Definen a la pareja matrimonial como una relación diádica que contiene elementos definitorios que la diferencian de otras relaciones diádicas no matrimoniales, con características polivalentes. Estos parámetros son: **cotidianeidad**, que define un tiempo-espacio en la relación diaria en un lugar simbólico del vínculo; **proyecto vital compartido**, que es la acción de unir y reunir representaciones de logros ubicadas en tiempo futuro, con características de permanente cotidianeidad; **relaciones sexuales**, que implican la aceptación de la diferencia sexual y la aceptación de la incompletud, y el papel tanto de uno como del otro para el logro de un placer renovado. La **tendencia monogámica** es el último parámetro, teniendo como base metapsicológica la estructura de objeto único.

La relación con el objeto único es ilusoria, exigiéndole un lugar de permanente dador, suponiendo una unidireccionalidad vincular y la existencia de un objeto siempre dispuesto a cumplir la demanda del ego. Este tipo de objeto se presenta

particularmente en el enamoramiento como proyección del ego o en casos de ciertas patologías o vínculos patológicos, que con estas características de exclusividad, anula la triangularidad. El objeto unificado se da cuando en el otro ego pueden coexistir características y aspectos contradictorios, diferentes o contrarios, sin embargo, sigue siendo el mejor para el otro ego. En este objeto unificado conviven diferentes aspectos, algunos no compartibles. El pasaje del objeto único al objeto amoroso o unificado marca el recorrido de una pareja desde el enamoramiento a una mayor complejidad vincular.

El análisis del vínculo amistoso puede establecerse entre personas de igual o diferente sexo, tomando como parámetros definitorios a la frecuentación y el espacio temporal que correspondería a lo cotidiano en el vínculo matrimonial. El proyecto vital consiste en conservar el espacio-temporal no cotidiano durante toda la vida. El parámetro de relaciones sexuales figura semióticamente como no compartible con el presente encuadre. El romper este encuadre lo transformaría en amantes. La tendencia monogámica se transformaría, en el encuadre de amigos, a exigir al objeto estar ubicado en un lugar privilegiado elegido por el ego como el mejor para este tipo de vínculo. Un aspecto importante en estos encuadres es el papel que juega el secreto, siendo equivalente al de intimidad en el encuadre de pareja. La función del secretar se relaciona con la transformación de lo incompatible en compatible (Berenstein y Puget, 1979).

El análisis del vínculo de amantes lo definen como una relación amorosa exogámica entre dos egos, ya sea hetero u homosexual, con negación o desmentida del encuadre matrimonial. Los parámetros definitorios son: de habitualidad, representando la dimensión temporal del proyecto; el proyecto vital, no tolerando proyectos a futuro que representen la presencia de hijos. En el caso que tuvieran hijos, estos van a ser vividos como de uno y no de los dos. Este parámetro es tal vez el que sufre más modificaciones con respecto a los otros encuadres. La tendencia monogámica está ilusoriamente negada, instalándose los amantes como elegidos, desmintiendo el encuadre matrimonial. Un significativo básico de este encuadre es el engaño, dándole una significación particular en los enunciados, existiendo una zona conocida, pero no dicha, dividiendo el universo de lo permitido y prohibido en lo dicho y en lo no dicho, define el área de lo no permitido y lo no prohibido, creando la ilusión de no transgresión.

Se establece una diferencia entre relación objetal, como formación intrasubjetiva, y una relación entre un ego y otro ego con características de extraterritorialidad, a la cual llaman vínculo o relación intersubjetiva. La relación transubjetiva es a partir de un ego y el macrocontexto social. Este vínculo, a su vez se incluye en una estructura emocional-relacional dentro de un espacio que la contiene, llamándose "estructura vincular compleja" (Berenstein y Puget, 1988). Esta estructura, aparentemente cerrada, contiene una zona virtual de apertura hacia lo sociocultural, como forma de permitir el despliegue del vínculo con los hijos, pasando a ser una estructura familiar.

La estructura del vínculo está constituida por tres términos: dos polos que son los dos egos, o un ego y un otro; y un conector o intermediario (Kaës, 1983), que dará cuenta de la forma particular de ligar ambos egos. En esta definición confluyen dos modelos teóricos: uno proviene de la antropología estructural y psicosociología, que apunta al componente sociocultural; y el otro proviene del psicoanálisis y de su teoría del aparato psíquico.

En esta estructura vincular matrimonial se distinguen dos representaciones: el espacio del macrocontexto social y el del complejo de Edipo, orientándose según la línea del deseo. Estas representaciones imponen leyes de funcionamiento a la estructura, de diferente cualidad. La representación social provee a los sujetos estipulaciones en la relación familiar y matrimonial, designando, a su vez, quién y con quién han de incluirse los egos en la estructura, determinando así las elecciones de objeto. Tiene especificaciones referentes a las prescripciones y prohibiciones que provienen de lo social. La representación edípica provee a los egos los lugares establecidos ilusoriamente desde un deseo infantil. Esta descripción permite la comprensión de los diferentes conflictos que en la pareja matrimonial se suceden. El postulado de la existencia de un conector como condición necesaria, es para explicar el porqué dos egos mantienen establemente una relación de pareja y entender aquello que los une o los separa en caso de fracaso. Para distinguir niveles de discriminación, se habla del pasaje del polo narcisista al polo edípico.

El vínculo se establece a partir de estipulaciones que equivalen a un contrato inconsciente, realizándose mediante acuerdos y pactos inconscientes. Este acuerdo inconsciente es el resultado de la combinación de aspectos compartibles desde cada espacio mental de cada sujeto, desplegando las tendencias a unificar sus funcionamientos mentales y vinculares. Se supone la conformación de una nueva organización mental y vincular diferente de la suma de las dos partes, debiendo ser eficaz para mantener el crecimiento vincular, evitando la repetición de modelos primitivos. Los pactos inconscientes pueden reforzar los acuerdos mediante la especificación de elementos diferentes provenientes del espacio mental incompatible de cada ego. El compartir lo incompatible, obliga a cada ego a realizar una serie de concesiones para poder pactar y satisfacer el deseo del otro, poniéndose en posición favorable. El deseo no es compartido, tratándose de dos deseos distintos realizados por la ayuda del otro integrante de la pareja, como forma de sostener la complementariedad sucesiva. El deseo y el componente emocional, como motor o como indicador de posiciones en la estructura matrimonial, busca realizarse mediante operaciones del otro. El ego se erige como fuente de deseo, y al otro, mediante una valoración, le permite ponerlo como objeto en posición favorable para la realización del deseo. Alternativamente uno y otro pueden ocupar el lugar del deseo o de la acción específica. Todo vínculo es bidireccional por lo que ambos, de manera alterna, son fuente de deseo y objeto deseado y de acción uno para el otro, situación que en muchos casos es productora de conflictos.

A partir de la clínica familiar y sus bases inconscientes, se van conduciendo a establecer una concepción psicoanalítica de las relaciones familiares con sus propios planteos teóricos, en correspondencia con su metapsicología. El hecho de compartir el campo con el psicoanálisis individual los conduce a una delimitación constante de los conceptos que atañen al funcionamiento individual y a los vínculos familiares.

"Lo nuevo" como problema en el modelo estructural

"Lo nuevo" orientó el análisis de los vínculos, ingresado por la teoría del acontecimiento de Badiou y del historiador Lewkowics, impregnando el pensamiento del psicoanálisis actual (Berenstein, 2000). "Lo nuevo" es aquello que, no teniendo lugar, hay que hacérselo. Así surgen una serie de conceptos como el de "relato", como construcciones sucesivas ante los distintos interlocutores. Los relatos consisten de datos y de indicios. Los "datos" son lo que la teoría del analista recorta de lo producido en sesión, surgiendo la idea de estar creando vínculo y psiquismo entre el paciente y el analista. El "indicio" sería lo marcado con la ajenidad, respecto del conocimiento tanto del analista como del paciente. El trabajo vincular incluye la inscripción de la presencia que se opone a la marca del objeto ligado a la ausencia, poniéndonos en contacto con el otro y con lo ajeno del otro. La situación analítica sostiene en transferencia un pasado-presente, con aspectos inciertos que aspiran a cierta producción de sentido, no dados previamente por la teoría, sino a construirse en la situación que habita el analista y su paciente. De esta manera, se piensa en una práctica como construcción y no como traducción de lo que produce el paciente por el efecto del dispositivo implementado.

Se toma el concepto de "paradigma indiciario" desarrollado por Ginzburg en 1983, quien se basa en el reconocimiento de señales o detalles poco apreciados y que, por estas características, permiten reconstruir una realidad diferente. Habla de "indicios" como sutiles señales. Ubica esta línea a las teorizaciones de Freud, que incorpora la capacidad productiva de lo insignificante, del error, lo negado, como modelo de acceder a la reconstrucción y construcción de sentido. Aquí no se trata de reconstruir una representación previa, sino un sentido sin representación anticipada. El "dato" como construcción conceptual, no como percepción de los hechos, remitiendo a una materialidad que sólo tiene significado en el interior del sistema conceptual. El dato es la construcción del antecedente necesario para llegar a un tipo de conocimiento, orientando al analista su escucha e indagación según la dirección de lo observable con capacidad productiva de significación singular. De esta forma, las modalidades singulares de una familia se escenifican en la situación clínica. El indicio presenta aspectos paradójicos ya que, al encadenarlo en una secuencia, es transformarlo y operarlo como dato, y pasa a ser un organizador de sentido porque se desprende de la condición neutra y se combina, adquiriendo una materialidad significativa. El dato remite a la teorización y el indicio

marca la búsqueda del analista, ingresando a sus propios modos personales de registros perceptuales. Dicha materialidad tiene características de imprevisible y móvil, exigiendo la movilidad del analista para la construcción del sentido.

Desde estos conceptos, la producción de "novedad" es un presupuesto de no registro ni inscripción previa, postulando otro origen, no sin antecedentes, pero sin presentar marca anterior. Esto conlleva a una discusión y a una dilucidación importante y más, específicamente en las patologías graves, de lo que es el interpretar y hacer una producción con sentido nuevo. Por esto, al hablar de la vincularidad hay que distinguir el campo de la relación de objeto y el del vínculo entre sujetos. Esto supone, primero, atender al sujeto; segundo, al lugar del otro; y tercero, su diferencia con el objeto interno y con la noción de objeto externo; teniendo en cuenta la realidad interna y su relación con la realidad externa, la semejanza, la diferencia y la ajenidad (Berenstein, 2004).

El sujeto tiene dos mecanismos constitutivos: la identificación, que es demandada por el otro y por el niño, en el "deseo que seas" y en el "ser como"; y el de imposición, instituyéndose los sujetos a partir de inscribirse su pertenencia en la relación, siendo la imposición siempre originaria. Se trata del mecanismo constitutivo del vínculo, y su no tolerancia de lugar a la violencia. Tiene carácter de obligatoriedad porque debe hacerle un lugar al otro, donde antes no lo había, haciendo una marca que aporte un nuevo significado a cada sujeto en el vínculo. Puede ocurrir una interferencia, la cual no se reduce a sus representaciones sino que las excede, brindando un efecto de no coincidencia y de sorpresa. La interferencia puede: revestirse de alarma, cuando hay una vivencia de persecución; producir la eliminación de límites, en el sentido de la confusión; inducir tristeza, en la depresión; o alegría, como vivencia de encuentro. La interferencia se manifiesta en donde no es posible la concordancia. La interferencia no complementa la transferencia sino que tiene efectos de exceso y no de falta, no completa sino que descompleta e introduce otro trabajo a realizar. Aunque exista identificación, e imposición, una parte del otro no se puede incorporar, ni homologándose con lo semejante o lo diferente, siendo lo ajeno algo inherente a la presencia del otro. La ajenidad no se deja transformar en ausencia y no se puede simbolizar. El límite con la ajenidad del otro conduce a ver el mundo desde lugares diferentes, haciendo conscientes las diversas ajenidades. Es todo un registro del otro que tenemos en una relación significativa y no se logra inscribir como propio, intentando aceptar su imposibilidad por medio de la herida narcisista, que en los casos extremos de su imposibilidad por alteraciones psicopatológicas, puede recurrir al crimen como una manera extrema de eliminar esa ajenidad. Pero la herida más profunda para el ego es la fantasía de no tener existencia en el otro. La "presencia" del otro puede orientarse hacia la curiosidad de conocer o hacia la desconfianza, ya sea porque no coincide con lo conocido o se hace coincidir con un objeto persecutorio.

El incluir la ajenidad del otro, obliga a modificar la propia subjetividad, no logrando ser el mismo después de hacerle lugar a la inscripción de esa novedad que es aportada por el otro. Inscribir, es anotar esa ajenidad como una modalidad de escritura y dirección. A la experiencia de la presencia hay que agregarle un complejo trabajo de sentido, generando tensión entre los polos presencia y ausencia. El considerar lo que del otro puede o no asimilar el sujeto conlleva a la noción de "prójimo" (Berenstein, 2000). El prójimo es una dimensión del otro que ofrece la posibilidad de asimilación, encontrando rasgos que les permiten hallar una semejanza, relacionándose con la apariencia, lo similar. Desde la alteridad puede provenir lo hostil que promueve la defensa y la repetición, pero también lo novedoso, es decir, aquello que puede modificar al sujeto en situación, donde sus prácticas lo conduzcan a instituirse de otra forma. La inscripción abre dos caminos: la representación inconsciente, que recrea lo que del otro puede figurar como objeto creado desde las investiduras del propio ego; y la simbolización, que halla un término que sustituya al otro como ausente. La simbolización contiene una ausencia de aquello que hizo marca y sustitución por otro término que lo reemplaza, en el sentido de una metáfora, e instalando lo nuevo que obliga a un doble trabajo psíquico, singular, en el mundo interno; y vincular, en el mundo intersubjetivo.

Estos replanteos y nuevas consideraciones metapsicológicas, llevan a la construcción de otros términos teóricos y técnicos. El reconocimiento de lo irrerepresentable así como el crearle un lugar, es una de las tareas actuales del psicoanálisis que, desde diferentes líneas, viene desarrollando en el campo clínico en los últimos años. Así como la sociedad deviene, el sujeto deviene, las ciencias sociales devienen y con éstas, el psicoanálisis.

TERAPIA CONDUCTUAL

Hermann Lucke Vergara
Ángel Izquierdo

INTRODUCCIÓN

El propósito de este capítulo es ofrecer un preámbulo general en varias áreas consolidadas de la práctica de la terapia conductual, conlleva también a que en este trabajo se adopte una concepción de la terapia conductual amplia. Más allá de una determinada escuela terapéutica o conjunto de conceptos y técnicas, la terapia conductual es definida aquí como una orientación clínica general para la solución o modificación de problemas emocionales y conductuales, identificada filosóficamente con un enfoque experimental de la conducta humana (Goldfried y Davison, 1976). Por tanto, se le da gran importancia al método de sistematización del conocimiento de las ciencias de la conducta. Para la terapia conductual es importante incorporar en su práctica el uso de variables o condiciones de la interacción conducta-ambiente cuyo impacto en la determinación de los problemas psicológicos haya sido mostrado en estudios experimentales controlados.

Desde esta perspectiva, el material a tratar será organizado de acuerdo con algunos problemas centrales, típicos de la conducta psicológica. Se discutirán los modelos teóricos o conceptuales principales con los que se haya intentado abordar estos problemas, y los procedimientos terapéuticos derivados de estos modelos. Sin embargo, antes de continuar, se discutirán brevemente algunas concepciones erróneas acerca de la terapia conductual que parecen ser comunes en nuestro medio.

CONCEPCIONES ERRÓNEAS ACERCA DE LA TERAPIA CONDUCTUAL

Es simple y fácil de aplicar

En 1970 aparecieron informes importantes en los que se describían logros en el tratamiento de una gran variedad de conductas problemáticas en niños y adultos. En estos informes se proporcionaban datos experimentales que mostraban reducciones dramáticas de problemas como miedos intensos de diversa naturaleza, conducta autodestructiva en niños autistas, conducta delirante en pacientes esquizofrénicos, en poco tiempo de tratamiento. Con el objetivo de obtener una justificada atención de parte de la comunidad científica y terapéutica, los informes contenían datos específicos logrados con una o más conductas problema, muy particulares y en condiciones de laboratorio demasiado controladas. Si bien es cierto que este objetivo se logró satisfactoriamente, en muchas personas quedó la idea de que la terapia conductual y la modificación de conducta eran, en la práctica general, tan simples y poco sofisticadas como los informes originales. Se puede agregar a esto el hecho de que en muchas de las publicaciones se establecía que los procedimientos utilizados, además de requerir menos tiempo y dinero que los métodos tradicionales, podían ser aplicados por personal no psicólogo o especializado si éste era adecuadamente capacitado (Yulis *et al.*, 1974).

Es interesante señalar que esta concepción de la terapia conductual no es común sólo en los terapeutas que por uno u otro motivo no simpatizan con este enfoque. Los coautores de este capítulo han podido constatar que muchos terapeutas que la practican y creen fervientemente en sus beneficios, a veces sin saberlo, comparten la misma idea. Esto se traduce en aplicaciones también simplistas de los procedimientos y principios conductuales que en muchos casos induce al fracaso terapéutico y en otros, peor aún, a un agravamiento del problema tratado al inicio.

Un ejemplo, característico, es el del tratamiento apresurado de problemas enuréticos o comportamientos relacionados con el control de esfínteres. En los últimos años se ha desarrollado una tecnología variada y efectiva para el tratamiento de problemas como éste y se han publicado varias "recetas" que pueden servir de guía para los modificadores de conductas. Puede resultar tentador, entonces, para un terapeuta, ahorrarse un análisis tedioso, aplicar una de estas recetas y producir un cambio impresionante en un par de semanas con un programa bien nutrido de contingencias de refuerzo y castigo de las conductas aparentemente indicadas. Todo va bien al principio, cuando el especialista ve "reforzada" su imagen de terapeuta efectivo, y los padres sienten desvanecer satisfactoriamente ciertos sentimientos de culpa que, de algún modo, estaban molestando hace algún tiempo. Sin embargo, si el problema era más complejo de lo que el terapeuta pudo percatar-se, es probable que para desconcierto de todos la conducta problema vuelva a

presentarse en su forma original o con algunas variaciones. Estrictamente, la situación es peor que al principio por varias razones. Tanto los padres como el terapeuta pueden creer que enfrentan un problema "raro" que va más allá de los recursos de la ciencia terapéutica con su consiguiente ansiedad y preocupación adicional. El niño puede sentirse "más enfermo" con el consiguiente daño a su amor propio. Los padres podrían decidir cambiar de terapeuta con los respectivos costos en tiempo y dinero que ello significa, o más grave aún, decidir abandonar su esfuerzo terapéutico y resignarse a vivir con el problema.

Lo anterior no significa que a un terapeuta experto no pueda sucederle algo parecido. La diferencia estriba en que éste está consciente de las posibles limitaciones en su análisis inicial y constantemente está evaluando la posible acción de otras variables que no siempre pueden determinarse al comienzo de un tratamiento. Ante lo que es un aparente "fracaso", el terapeuta experto sostiene una actitud positiva y optimista ya que sabe que deberá ahondar en el análisis e incorporar en su estrategia de cambio elementos que lo llevarán a la raíz del problema. Otra característica en el estilo de trabajo del terapeuta, es que deposita en su mayoría la responsabilidad del diagnóstico terapéutico en los pacientes involucrados. Esto está lejos de asumir una postura como "Ah mire, no se preocupe. Ya sé lo que le pasa a su hijito y rápidamente lo vamos a arreglar". El terapeuta toma el tiempo necesario para que los pacientes vayan encontrando por ellos mismos las variables relevantes con la ayuda del método del análisis de la conducta con el que trabaja. Lo que se transmite, por tanto, en la comunicación con el niño y los padres es muy diferente a lo que se transmite si se asume una "actitud simplista". La actitud correcta es la de trabajo exploratorio conjunto entre terapeuta y pacientes con variables de modificación de las circunstancias relevantes a las conductas blanco, y clara consciencia de que se necesitarán ajustes y altibajos antes de conseguir un éxito seguro.

Involucra procedimientos bárbaros aplicados en animales para beneficio de la ciencia

Esta idea errónea también puede tener su origen en algunos acontecimientos históricos asociados al desarrollo de la terapia conductual. En los años setenta (Goldfried y Davison, 1976), el personal de algunos hospitales y cárceles en Estados Unidos llamó **modificación de conducta** a la práctica de algunos procedimientos drásticos como la lobotomía, terapia aversiva química, y terapia electroconvulsiva. Aún cuando éstas se hicieron fuera del contexto del desarrollo científico de la terapia conductual, el público asoció el uso de "procedimientos crueles e impersonales" con la práctica de la terapia conductual. Asimismo, muchos de los principios que inspiraron las primeras formas rudimentarias de terapia conductual se derivaron de estudios de laboratorio con animales. En estos

estudios se utilizaron estímulos cuya medición fuera precisa y que a su vez produjeran reacciones igualmente medibles y específicas. Por tal razón, estímulos como descargas eléctricas o estimulación luminosa intensa se han utilizado con frecuencia en este contexto para observar el comportamiento de ciertas variables bajo condiciones de aislamiento y control que no son posibles en situaciones humanas. Aunque nadie ha pretendido que tales situaciones sean análogas a situaciones asociadas con problemas humanos, pueden sugerir principios que a su vez logren procedimientos que utilizados en el contexto apropiado sean beneficiosos para entender y resolver problemas humanos. Desafortunadamente, debido a limitaciones de la imaginación de los primeros estudiosos en terapia del comportamiento, los primeros ensayos involucraban procedimientos y formas de estimulación similares a los que se usaron en el laboratorio, por ejemplo, en el caso de las primeras terapias basadas en principios de condicionamiento aversivo. Estudios posteriores realizados con seres humanos demostraron, que en la gran mayoría de los casos, contingencias aversivas pueden ser aplicadas vía imaginación con material "aversivo natural" que el mismo paciente aporta con resultados iguales o mejores que con estímulos aversivos químicos o eléctricos (Franks y Wilson, 1979). Hoy en día, el curso de la investigación en terapia conductual se produce con sujetos humanos y cada vez más en condiciones clínicas reales (Goldfried y Davison, 1976) o por medio de diseños experimentales que alteran de forma mínima el ambiente natural. Nuevas ideas con respecto a los procedimientos adecuados de los principios del comportamiento provienen cada vez más de la observación de los modos naturales en que las personas resuelven sus problemas.

La investigación experimental aplicada permite encontrar maneras de amplificar el poder de cambio de estos procedimientos y hacerlos utilizables para diferentes contextos, personas y problemas (Baer *et al.*, 1968).

Tiene una manipulación irrespetuosa de la autonomía del paciente

Tal vez debido a los enfoques terapéuticos, como el gestáltico o la terapia centrada en el cliente le han dado "respeto a la libertad personal y autonomía" a los pacientes en el proceso terapéutico; muchos, en cambio, han llegado a pensar que enfoques "opuestos" como la terapia conductual no tienen esta preocupación por la integridad del paciente y su potencial de autodirección. Aunque por lo general es errónea, la preocupación por la autonomía del paciente varía dependiendo de la filosofía general acerca de la naturaleza del ser humano que el terapeuta profese. La terapia conductual en sí misma no es, ni se propone serlo, una filosofía del hombre que establezca criterios acerca del qué y cómo éste debe ser. El terapeuta conductual es libre de concebir la naturaleza humana de acuerdo con la filosofía con la que más se sienta identificado y de acuerdo con ello orientar su

práctica terapéutica. En la práctica clínica común lo más usual es que los terapeutas de la conducta compartan con otros la mayoría de los valores y preocupaciones existenciales con respecto al cambio personal. Para algunos terapeutas de la conducta su enfoque es aún mayor garantía de libertad para el paciente que otros enfoques, precisamente porque éstos tienden a imponer una determinada concepción del hombre siempre implícita en los procedimientos. Por ejemplo, si un paciente visita a un terapeuta rogeriano, éste se verá involucrado desde el inicio en un sistema de comunicación, relación interpersonal, y objetivos de cambio que, como podría argumentarse, pertenecen más al terapeuta que al paciente. Si el paciente decidiera, errado o no, consciente o no de otros problemas, circunscribirse a la solución de un problema que para él es urgente, sin revisar otros "que para el terapeuta son importantes"; el sistema rogeriano difícilmente le ofrecería esta alternativa. También se ha dicho, aunque de manera anecdótica, que si un paciente consulta a un psicoanalista porque ha empezado a tartamudear cuando habla con su jefe, no saldrá de la terapia, "curado o no" sin que antes, le guste o no, haya revisado toda la historia de su vida sexual. Un aspecto característico de la terapia conductual son los esfuerzos del terapeuta para que sea el mismo paciente quien determine, no sólo los objetivos de la terapia, sino también el modo de lograrlos dependiendo de los recursos disponibles en términos de las técnicas y procedimientos para el cambio conductual que hayan sido desarrollados, al momento presente, por la disciplina (Goldfried y Davison, 1976). Asimismo, la terapia conductual concibe la capacidad de dirección propia y autonomía como capacidades humanas que también dependen de que se aprendan ciertas habilidades específicas y se preocupa, por tanto, de desarrollar métodos y procedimientos que faciliten el desarrollo de estas habilidades en las personas que carecen de ellas o las ejercen de manera disminuida (Thoresen y Mahoney, 1974).

Es superficial

Esta idea errónea envuelve la noción de que en la medida en que la terapia conductual se concentra en la conducta sintomática logra cambios y mejores ajustes en la vida de los sujetos sin tocar "las causas subyacentes profundas del problema". Un supuesto establecido por las teorías conductuales del aprendizaje (Skinner, 1977), es que la vida subjetiva, incluyendo un conflicto inconsciente, es un correlato de lo que ocurre a nivel de la conducta observable y su relación con circunstancias en un ambiente interno y externo que es conflictivo. El supuesto general implica que el conflicto mental es parte de la respuesta global y no su determinante y asume, al contrario de los psicólogos "mentalistas", que los contenidos de la subjetividad cambian en la medida en que la interacción del sujeto con su ambiente real se modifica. "Detrás de un síntoma" o conducta problema puede haber mayor o menor "profundidad" subjetiva dependiendo de la historia

de aprendizaje de esa conducta. Lo que para un psicólogo psicodinámico es "profundo", para el conductual es "complejo". Esto significa que una misma conducta puede estar determinada en un sujeto por "una sola causa", mientras que en otro, la misma conducta es el resultado de experiencias diversas, y por tanto, está determinada por "muchas causas". Si el terapeuta conductual es capaz de encontrar todas las interacciones relevantes para el control de una conducta compleja, invariablemente llegará al nivel de "profundidad" necesario postulado por la psicología psicodinámica. Cuando el análisis conductual es correcto y apropiado, el análisis del síntoma más simple conducirá a que se considere toda la gama de interacciones asociadas con la determinación causal de ese síntoma o al menos las que son suficientes para una adecuada modificación del mismo.

APLICACIONES A PROBLEMAS CLÍNICOS FRECUENTES

A menudo los pacientes empiezan el proceso de consulta describiendo un problema más o menos específico. Éste puede ser una dificultad para dormir, una relación conflictiva con algún pariente, fumar o comer en exceso, pérdida de interés por el sexo u otra área importante de gratificación, o sentimientos de depresión y apatía. Sin embargo, el análisis funcional de estos problemas revelará que la queja inicial es sólo el aspecto más visible de un conjunto mayor de dificultades en la vida de un sujeto que interfiere con su funcionamiento pleno y el desarrollo de sus potencialidades como persona.

La terapia conductual se puede dar por empezada desde el momento mismo en que se inicia el análisis de la conducta como una función de sus contingencias antecedentes, orgánicas y consecuentes. Este análisis minucioso, que se fundamenta en las hipótesis del **interaccionismo** y **situacionismo** (Bandura, 1977) pronto inicia un movimiento de exploración en el paciente cuyo impacto principal, en la mayoría de los casos, es que comienza a visualizar su problema como un eslabón con significado y sentido dentro de una cadena de eventos en su ambiente circundante en sí mismo. En muchos casos, con alivio, el paciente cuestiona una imagen de sí mismo sobrecargada de autoetiquetas como "estoy loco", "soy neurótico", "algo anda mal en mi mente", etc., y por primera vez percibe con claridad que su "problema personal" trasciende su persona y parte además, de una compleja constelación de conductas propias, las de otras personas y otros eventos relevantes de su ambiente interno y externo. De este modo, el paciente pronto se familiariza y aprende con las reglas del método de análisis, el cual empieza a utilizar más y más de manera independiente. Casi siempre este proceso conlleva a una reestructuración importante de la manera en que el paciente perciba de inicio sus problemas, y en ocasiones, a que éste se replantee totalmente el motivo de consulta original. Por ejemplo, el paciente puede llegar a establecer que su

"agresividad" no es en realidad lo que más importa ahora, ya que ha empezado a comprender que se trata posiblemente de una reacción emocional asociada de manera funcional a una dificultad específica en la relación con su cónyuge, que lo conduce a episodios frecuentes de frustración. Finalmente, el problema puede reducirse de forma más específica aún, a un déficit en el repertorio conductual del paciente que le impide manejar de un modo más efectivo esos aspectos de la relación. Por ejemplo, esto podría ser, negarse a hacer algo que no desea hacer de manera no rechazable, pero a la vez firme y decidida.

El lector no debería extrañarse si ha pensado que lo mencionado anteriormente podría ser descrito en términos de un proceso de *insight* en concordancia con las teorías psicodinámicas. Muchos autores (Wachtel, 1978), han considerado el proceso de "discriminación de estímulo" involucrado en el análisis funcional de la conducta como un fenómeno equivalente a algunas formas de *insight*. En este proceso, cuando el paciente descubre, con la ayuda del terapeuta, que sus reacciones emocionales y motoras están determinadas por situaciones de las que él no era "consciente", la situación terapéutica puede ser realmente muy similar en terapia conductual o en alguna otra forma de terapia orientada psicodinámicamente. A manera de ilustración y usando el ejemplo anterior, el paciente podría haber estado convencido de que en realidad no amaba a su cónyuge, ya que no era posible experimentar tales sentimientos hostiles hacia alguien que se quiere. Al profundizar en el análisis de los estímulos que determinan sus respuestas agresivas, ve claramente que no es "su cónyuge" el estímulo relevante sino sólo algunas de sus conductas en un determinado contexto. Con este "simple" descubrimiento su percepción del problema experimenta importantes cambios.

A medida que el análisis progresa, el paciente comienza también a ser capaz de organizar su situación de tal manera que le es posible establecer una jerarquía de prioridades con respecto a la solución de sus problemas. En ocasiones, el análisis funcional es suficiente para que algunos pacientes modifiquen su situación y resuelvan algunos problemas "espontáneamente". En otros casos es necesario iniciar un proceso de diseño de estrategias de cambio para situaciones que son muy complejas o resistentes a la capacidad de control que el paciente tiene en ese momento.

También puede ocurrir que el paciente posea la conducta necesaria para modificar las condiciones que determinan su problema. Sin embargo, es posible que debido a interferencias de tipo emocional (angustia, miedo, depresión), el paciente esté incapacitado para ejercer estos recursos eficazmente. Esta situación, descrita en ocasiones por otras teorías como "resistencias", también son incorporadas en el contexto de la terapia conductual y con mucha frecuencia se manejan, como se verá más adelante, reestructurando el ambiente de tal forma que los pacientes ejerciten sus potenciales de respuesta, primero en situaciones que son mucho menos amenazantes que la que ha originado la consulta terapéutica.

Cuando se llega a este punto en el que los recursos "naturales" del paciente no son suficientes para la resolución del problema, el terapeuta conductual se convierte en una fuente constante de información referente a posibles modos, derivados de la investigación clínica experimental, que podrían ser útiles para resolver el problema. En una situación terapéutica real, rara vez se trabaja con un problema único y por lo mismo rara vez se aplica una sola técnica o técnicas "puras" (tal como se describen en la literatura experimental). Para el proceso de diseño de las estrategias de cambio específicas que cada paciente podría necesitar, el terapeuta conductual, posee un conocimiento profundo de los principios teóricos del aprendizaje y la psicología general y es capaz de combinarlos con la experiencia experimental y clínica acumulada.

Pueden encontrarse excelentes descripciones de las técnicas generales que constituyen el arsenal básico de la terapia conductual, en obras como *Terapia conductual: Técnicas y hallazgos empíricos* de Rimm y Masters, publicada en 1974 y 1979.

A continuación se abordarán algunos problemas que se presentan con frecuencia en la consulta clínica, presentando su definición desde un punto de vista conductual y las posibles alternativas básicas de tratamiento.

RESPUESTA DE ANSIEDAD

Los terapeutas de la conducta han argumentado que si lo importante es ejercer control sobre las diferentes reacciones que supuestamente caracterizan a la respuesta de ansiedad, entonces no es necesario un constructo inferido de lo que es la ansiedad. Se propone un análisis directo de las **conductas ansiosas**, en términos de sus interacciones funcionales con otros eventos igualmente observables, como las condiciones que de inmediato anteceden y siguen a estas conductas (Skinner, 1953; Keller y Schoenfeld, 1950).

En clínica, ciertos patrones o constelaciones de respuestas comúnmente considerados como ansiedad o angustia, pueden asociarse con al menos cinco situaciones (Goldfried y Davison, 1976): 1) Respuestas adquiridas por condicionamiento clásico o vicario. 2) Respuestas que se deben a un déficit del comportamiento o carencia de habilidades específicas necesarias para enfrentar de manera apropiada ciertas demandas del ambiente. 3) Desarrollo de **autoverbalizaciones** que generan ansiedad, por ejemplo, ideas asociadas a expectativas muy altas acerca de sí mismo. En tal caso, se asume que ciertos procesos cognoscitivos median la respuesta de ansiedad y los determinantes ambientales que no están inmediatamente presentes (Goldfried y Davison, 1976). 4) Situaciones en las que una persona se **extralimita** en cuanto a asumir compromisos que no puede cumplir satisfactoriamente de acuerdo con sus propios criterios. En estos casos, es bastante claro que

puede deberse a deficiencias del comportamiento a otro nivel, es decir, a dificultades para autoafirmarse (p. ej., "autoestima"). 5) Por último, situaciones en que la realidad circundante impone exigencias o demandas que van más allá de las posibilidades de respuesta del individuo.

Generalmente, hay consenso entre los terapeutas de la conducta en cuanto a considerar la ansiedad, de manera conductual, como una constelación de respuestas posibles a un cierto tipo de estimulación aversiva. Por tanto, estas respuestas son: 1) Un estado generalizado y transitorio de excitación fisiológica asociado principalmente a la rama simpática del sistema nervioso autónomo (Wolpe, 1958). 2) Cambios repentinos o alteraciones de la tasa usual de conducta operante como podría ser la cantidad o calidad de trabajo, la cantidad de conversación, de ingestión de drogas, frecuencia de relaciones sexuales, etc. (Estes y Skinner, 1941). 3) Conductas que tienden a evitar la exposición del individuo a una situación aversiva, o bien a escapar de ella. 4) Finalmente, cambios en la conducta expresiva en general (verbal y no-verbal). Este tipo de respuesta incluye los informes verbales subjetivos de los individuos referentes a sus experiencias emocionales, así como a sus estados cognoscitivos asociados a los otros componentes de la respuesta de ansiedad (Reynolds, 1968).

Aun cuando los cambios en la magnitud de estas respuestas y de la perturbación subjetiva referida por los individuos expuestos a estimulación aversiva generalmente se correlacionan (Powers y Osborne, 1976), no es posible definir la respuesta de ansiedad de manera precisa en términos de algún patrón particular de ocurrencia de estos tipos de respuestas o componentes. Esto se debe a varias razones. Primero, las correlaciones encontradas en los diversos estudios no son lineales y pueden diferir según como se midan los componentes de la respuesta (McAllister y McAllister, 1971). Segundo, las mediciones de los diversos componentes no necesariamente se correlacionan en todas las situaciones ya sea entre individuos o en un solo individuo (Wolpe, 1978; Rachman, 1978). Tercero, cualquiera de las reacciones componentes puede también ser resultado de formas de estimulación diferentes a la aversiva (Rachman, 1978).

Por otra parte, parece haber poco desacuerdo con respecto a que la adquisición de la mayoría de las respuestas de ansiedad se basan en procesos de condicionamiento clásico (Rachman 1978). De acuerdo con esto, un individuo puede "aprender a responder con ansiedad" ante estímulos o situaciones previamente neutras que de alguna manera se han asociado a situaciones aversivas o muy dolorosas o desagradables. La ansiedad, por tanto, podría ser conceptualizada como un "paquete" de cierto tipo de respuestas posibles que son producidas por estimulación aversiva de tipo condicionado (Paul y Bernstein, 1973; Rachman, 1978; Wolpe, 1978).

Se ha sugerido también que muchas conductas de ansiedad son mantenidas por contingencias de reforzamiento por el ambiente físico y social externo. Esto

es claro, por ejemplo, en casos en que ciertos **síntomas de ansiedad** como llanto, estar preocupado, "dolores de cabeza", etc., proporcionan al individuo ganancias secundarias muy necesitadas como el afecto, atención, tolerancia, perdón, etc. (Skinner, 1953). En otras situaciones, sin embargo, la conducta ansiosa parece mantenerse en ausencia de este tipo de reforzamiento o aun bajo condiciones de castigo físico o social como cuando el síntoma produce rechazo, despido de un trabajo, constantes agresiones, creando lo que podría describirse como una actitud "masoquista". Para situaciones como esta, una fuente adicional de reforzamiento sutil es postulada por la teoría de los dos factores de Mowrer (1960). Esta teoría sugiere que la ansiedad, como respuesta condicionada de dolor (como el miedo), puede operar como un impulso adquirido capaz de reforzar la conducta operante en la misma forma que la eliminación de un estímulo desagradable puede reforzar conductas de escape o evitación (vía reforzamiento negativo), (Hilgard y Bower, 1950). De este modo, por ejemplo, cualquier operante que permita a un individuo evitar con éxito exponerse a la situación aversiva, escapar de la situación, o hacer de alguna manera que los estímulos condicionados aversivos sean removidos de la situación, será negativamente reforzada por las reducciones del estado de perturbación desagradable producidos por los componentes respondientes de la respuesta condicionada aversiva.

La teoría de Mowrer (1960) postula que la eliminación de los estímulos condicionados (estímulos discriminativos) que señalan o anticipan un estímulo aversivo es reforzante debido a que éstos son seguidos por reducciones del estado de "estrés" característico de la respuesta de ansiedad. Así, para muchos individuos el alivio experimentado por la evitación o escape, compensa las consecuencias sociales negativas que a veces operan como castigo a los síntomas de ansiedad. Para Mowrer este es el factor crítico que explica la resistencia al cambio de muchas respuestas de ansiedad.

Es interesante señalar que otros psicólogos (Fantino y Logan, 1979; Catania, 1979; Rachlin, 1976) consideran que la teoría de Mowrer conserva en realidad un "sabor" mentalista debido a que se postula un estado de "experiencia perturbadora" como mediador determinante de la respuesta de ansiedad vía reforzamiento negativo.

Estos psicólogos proponen mantener un análisis estrictamente conductual concentrándose, ya sea en los efectos de las diferentes contingencias de refuerzo sobre las conductas de ansiedad (o lo que el paciente refiera como ansiedad), o en los efectos de la estimulación aversiva sobre el flujo habitual de interacciones operantes evitando en lo posible el uso de constructos inferidos de ansiedad (Skinner, 1953; Catania, 1979; Ferster y Perrot, 1968). Para ellos, en contraste con Mowrer, el factor crítico en el mantenimiento de la respuesta de ansiedad es la propiedad reforzante de la eliminación o interrupción de los estímulos aversivos (Fantino y Logan, 1979).

Independientemente de que los reforzadores críticos de la conducta de evitación sean de naturaleza condicionada o incondicionada, la teoría de Mowrer ha sido útil para entender por qué la conducta neurótica de evitación es tan resistente a la extinción (Rachman, 1978; Kanfer y Phillips, 1970). Con base en ella, se asume que una vez que un individuo experimenta el "reforzante alivio" de sus estados de tensión evitando todo contacto con la situación en forma irracional (p. ej., el estímulo incondicionado nunca está presente), es muy difícil que aprenda respuestas nuevas más apropiadas así como es improbable que la respuesta de ansiedad se extinga.

En resumen, una definición apropiada de ansiedad debe enfatizar que: 1) Es una respuesta compleja y transitoria producida por estimulación aversiva condicionada (Wolpe, 1958); 2) involucra un patrón interrelacionado de interacciones respondientes y operantes; y 3) tiene tres tipos de componentes observables y manipulables. Estos componentes son: fisiológicos (tasa cardiaca o respiratoria aumentada); conductuales (conducta de evitación o alteraciones del flujo habitual de conducta operante); y expresivos o informes verbales de la experiencia subjetiva (Reynolds, 1968).

En la situación terapéutica el análisis de estos componentes en sus dimensiones físicas posibles (intensidad, duración, magnitud, etc.) y su relación funcional con las contingencias ambientales relevantes conducirá a una mejor comprensión y explicación de lo que ocurre tanto por el paciente como por el terapeuta, y proporcionará las bases para el diseño del tratamiento que sea apropiado (Blackman, 1977; Wolpe, 1976). Los diversos procedimientos clínicos que se han utilizado constantemente, enfatizan alguno de los componentes de la respuesta de ansiedad que se han descrito. En el caso de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958) se enfatiza el control de las condiciones que "gatillan" la respuesta, por un lado, y por otro, los componentes fisiológicos de las respuestas. Otros procedimientos, como es el caso de la **terapia de inundación** o *flooding* (Polin, 1959), **desvanecimiento** o *fading*, **formación de respuestas** o *shaping*, y aproximaciones sucesivas (Skinner, 1953; Williams, 1973), enfatizan un análisis de las interacciones operantes que están involucradas. En la práctica terapéutica, sin embargo, es posible que se trabaje tanto con respondientes como con operantes, y aún otros procesos de aprendizaje descritos, como se verá más adelante.

Desensibilización sistemática

En el procedimiento básico de desensibilización sistemática se establece una lista de situaciones en las que se incorporan estímulos claves encontrados en el análisis de los componentes de la respuesta de ansiedad. Estos estímulos se incluyen tácticamente de modo que las situaciones tengan la capacidad de evocar ansiedad, con diferentes grados de intensidad, entonces se le pide al paciente que se imagine a

sí mismo experimentando esas situaciones. Después, de acuerdo con la intensidad de la ansiedad experimentada, la lista de situaciones se estructura en una jerarquía que empiece con situaciones que producen los niveles más bajos de intensidad y que termine con las más ansiógenas. Posteriormente el paciente debe, en el transcurso de varias sesiones, imaginar de manera ordenada las situaciones mientras se encuentra en un estado (o emitiendo una respuesta) que presumiblemente sea antagónico o incompatible con las respuestas fisiológicas características de la ansiedad. Durante el proceso, el terapeuta debe asegurarse de que la respuesta incompatible siempre predomine (o inhiba) sobre las respuestas de ansiedad. Se supone, de acuerdo con la hipótesis de la inhibición recíproca (Wolpe, 1958), que los componentes fisiológicos de la ansiedad pueden inhibirse por respuestas fisiológicas incompatibles más fuertes cuando ocurren en presencia de los estímulos condicionados que producen la ansiedad. Muchos estudios clínicos y experimentales sugieren que la desensibilización sistemática aplicada con relajación muscular como respuesta incompatible, es una estrategia general efectiva para reducir o eliminar una gran variedad de problemas de ansiedad más o menos focalizados como el miedo a animales, a conducir automóvil, volar en avión, fobias de ejecución, etc., así como respuestas de ansiedad complejas como miedos agorafóbicos, ansiedad interpersonal o social, problemas sexuales por inhibición ansiosa, etc. (Paul, 1969; Rimm y Masters, 1979). Esta estrategia parece estar especialmente indicada cuando las reacciones de ansiedad son muy intensas e involucran varias fuentes de estimulación aversiva (Paul y Bernstein, 1973).

El uso de otras respuestas incompatibles en la desensibilización, como las respuestas de excitación sexual, las respuestas asociadas a la conducta de comer, o respuestas autoafirmativas, han sido menos estudiadas que el uso de la relajación. Sin embargo, hay evidencia que sugiere (Wolpe, 1976) que el uso de respuestas sexuales puede estar indicado en el tratamiento de ansiedad asociada a problemas sexuales como en el caso de dificultades de erección por bloqueo ansiógeno, disfunciones vasocongestivas y disfunciones orgásmicas en general (Jehu, 1979). Las respuestas autoafirmativas pueden ser utilizadas dentro del esquema de la desensibilización sistemática como un complejo de respuestas incompatibles indicado para reducir la ansiedad asociada a dificultades interpersonales. Usualmente, sin embargo, estas respuestas se utilizan en contextos terapéuticos más complejos combinados con procedimientos de modelaje, ensayo conductual y retroalimentación correctiva (Wolpe, 1976), orientados a facilitar al paciente el aprendizaje de respuestas alternativas que le permitan enfrentar con eficacia sus dificultades interpersonales. Esto es especialmente cierto en casos de timidez en que déficit severos de comportamiento o carencia de ciertas habilidades sociales importantes, parecen ser el factor determinante del problema.

En términos estrictos, la decisión que se tome acerca de cuál respuesta incompatible será la más apropiada y qué modalidad de desensibilización se utilice,

dependerá en gran medida de las preferencias del paciente, los recursos y circunstancias particulares de su vida. En muchos casos, una excelente relación paciente-terapeuta puede generar estados de seguridad y tranquilidad en el paciente lo suficientemente fuertes para inhibir, en un proceso muy sutil y sofisticado de desensibilización, respuestas importantes de ansiedad.

Terapia de inundación o *flooding*

En la terapia de inundación se crea una situación imaginaria o *in vivo*, en la que el paciente es expuesto a situaciones que le producen ansiedad mientras se hace todo lo posible por impedir que se produzcan respuestas de evitación o escape como "distraerse", "quedarse dormido" o dejar de imaginarse la situación argumentando "cansancio", "pereza", "dolor de cabeza", etc. Si la exposición a los estímulos condicionados se mantiene hasta que los signos de ansiedad desaparezcan, se supone que comienza a operar un proceso de extinción experimental de la ansiedad (Wolpe, 1976). Aunque la evidencia existente no es tan clara como en el caso de la desensibilización sistemática (Morgansten, 1973) la información disponible sugiere que la terapia de inundación puede ser tan o más efectiva (más rápida) que ésta. Su uso, sin embargo, puede encerrar riesgos importantes si el terapeuta no es experto. Puede suceder, por ejemplo, que el paciente no esté bien preparado, se angustie demasiado, imagine la situación y escape de ella en el momento más crítico. En un caso como éste, el efecto esperado puede ser exactamente el opuesto, es decir, se produce un reforzamiento negativo, no deseado, de las conductas sintomáticas de escape, y además una posible pérdida de confianza en sí mismo, por parte del paciente en cuanto a superar el problema o las expectativas positivas con respecto al tratamiento. Es posible que debido a situaciones como ésta, la literatura especializada con frecuencia refiera un cierto porcentaje de "recaídas" o empeoramiento del problema al mismo tiempo que de "curaciones" espectaculares (Leitenberg, 1976). El lector debe recordar que en la mayoría de los estudios experimentales se usan procedimientos estandarizados para facilitar las comparaciones. Normalmente un grupo pequeño de sujetos tendrá más dificultades para responder de manera favorable a esta forma estandarizada de tratamiento (Weissberg, 1977).

La evidencia empírica y la práctica clínica sugieren que la terapia de inundación puede ser el tratamiento básico de elección para problemas de ansiedad asociados a conducta compulsiva, como miedos de contaminación acompañados de excesivo u obsesivo lavado de las manos (Rachman *et al.*, 1971).

Procedimientos operantes

Si el terapeuta considera indicado trabajar con un sistema de reforzamiento positivo en vez de extinción, debe diseñar situaciones provocadas de ansiedad a las

que el paciente se aproximará *poco a poco*. En vez de evitar la conducta de escape o evitación como en la terapia de inundación, aquí se trata de evitar la reacción de ansiedad durante el proceso de aproximación a las situaciones temidas. Además, las conductas de aproximación, así como otras conductas apropiadas son socialmente reforzadas por el terapeuta (Sherman y Baer, 1969). Teóricamente se supone que la conducta de evitación se mantiene más que nada porque impide que ocurra la estimulación aversiva. De este modo, si una conducta apropiada de no evitación se produce en presencia de condiciones estímulo adecuadamente estructuradas, esta conducta tenderá a reemplazar las respuestas no deseadas (Sherman y Baer, 1969). Este procedimiento de aproximaciones sucesivas puede ser muy parecido a la desensibilización sistemática. Sin embargo, a nivel práctico se pone más énfasis en la conducta de evitación (síntomas) y las condiciones estímulo. En la desensibilización sistemática se pone más atención a la experiencia subjetiva del paciente. A nivel teórico, se asume que se produce un aprendizaje de nuevas respuestas que pasan a sustituir a las respuestas no deseadas por el paciente. Se interpreta el cambio "simplemente" como nuevo aprendizaje y no como un fenómeno de inhibición de aprendizajes previos como en el caso de la técnica de desensibilización.

Un argumento que utilizan los que prefieren una interpretación operante es, que de hecho, los sujetos "curados" aún pueden experimentar reacciones de ansiedad "normales" ante las condiciones de estimulación que son relevantes. La diferencia es que el comportamiento es más apropiado y efectivo, de modo que la situación deja de ser incapacitante para el sujeto.

Existe evidencia experimental (Leitenberg, 1976) que sugiere que diversos procedimientos de aproximaciones sucesivas, en combinación con otros procedimientos operantes, como *fading* (desvanecimiento), *shaping* (formación de respuestas) y reforzamiento social positivo, han sido igual o más efectivos que la desensibilización sistemática o la terapia de inundación, para reducir o eliminar problemas de ansiedad. La mayoría de los sujetos, sin embargo, refirieron que la desensibilización sistemática es el procedimiento más agradable (Crowe *et al.*, 1972).

La evidencia experimental acumulada sugiere que otros paquetes de tratamiento, basados aparentemente en otros modelos teóricos como es el caso de los procedimientos de modelaje (Bandura, 1971) y la **terapia implosiva** *implosive therapy* (Stampfl y Lewis, 1962) también pueden ser efectivos para aliviar problemas de ansiedad.

En la práctica, algunos de estos procedimientos pueden involucrar el mismo tipo de manipulaciones ambientales, como por ejemplo, la desensibilización sistemática *in vivo* y el modelaje participante o la terapia de inundación y la terapia implosiva. Los desacuerdos entre los terapeutas de la conducta surgen a la hora de determinar qué procesos de aprendizaje son los críticos o claves para producir el cambio de la conducta en cada caso (Franks y Wilson, 1979).

Selección del tratamiento

Deben considerarse varios aspectos al decidir en qué procedimientos se basará la intervención terapéutica. Aspectos como la efectividad, la aplicación ética y aplicabilidad práctica, pueden ser igual o más importantes que la pureza teórica del procedimiento. Un factor importante es que la evidencia científica acumulada muestre que las manipulaciones involucradas son verdaderamente responsables por los cambios observados (Sherman y Baer, 1969). Por ejemplo, ha sido demostrado que al menos dos manipulaciones son comunes a todos los procedimientos efectivos de reducción de ansiedad: la exposición repetida o graduada a los estímulos que provocan la ansiedad y la ausencia de conductas de escape o evitación mientras la exposición se produce (Levis y Hare, 1977; Leitenberg, 1976). Un segundo factor, es disponer de evidencia acerca de cuáles procedimientos representan la mayor posibilidad de éxito para aliviar un tipo particular de problema de ansiedad.

Un ejemplo de esto es la evidencia que sugiere que la exposición gradual de estímulos claves durante periodos de relajación es el procedimiento de elección para problemas de ansiedad en que los componentes fisiológicos de la respuesta son muy intensos (Wolpe, 1976).

Un tercer factor a considerar es la posibilidad de que un cierto procedimiento pueda ser peligroso para un paciente. Por ejemplo, hay datos que indican que una interrupción prematura de la exposición a los estímulos ansiógenos en la terapia de inducción, puede hacer la respuesta de ansiedad más intensa y resistente al cambio.

Por último, se ha sugerido (Franks y Wilson, 1979) que es éticamente importante que el terapeuta informe a sus pacientes de las alternativas de intervención (p. ej., costo, duración, comodidad, etc.) de modo que el criterio del paciente se tome en cuenta para el manejo técnico del procedimiento final que se emplee.

RESPUESTA DEPRESIVA

A pesar de su alta incidencia como problema clínico (Goldfried y Davison, 1976; Lucke, 1985a), el fenómeno depresivo ha sido menos analizado, desde una perspectiva conductual que la respuesta de ansiedad. En términos generales, el estado disfórico típico de la depresión se observa asociado a una situación en la que conductas importantes en la vida de una persona no son seguidas de consecuencias reforzantes ya sean reales o percibidas (Fester y Skinner, 1957; Goldfried y Davison, 1976). Sin embargo, los componentes de la respuesta pueden ser muy variados, así como también su etiología. Como se sabe, se puede hablar de reacciones depresivas en ausencia de signos claros de alteraciones afectivas como tristeza, sentimientos de pérdida, desamparo (Opazo *et al.*, 1983), apatía, inactividad, desengaño u otras manifestaciones.

Para el terapeuta conductual lo importante es establecer el tipo de conducta disfuncional que se está controlando por el tipo de variables a las que puede tener acceso. Cuando no se encuentran determinantes fisiológicos (p. ej., depresiones endógenas, tóxicas, hormonales, bipolares, etc.) la terapia conductual puede ser muy prometedora para aliviar la conducta depresiva que puede ser el resultado de, o de una combinación, de las siguientes situaciones (Goldfried y Davison, 1976; Opazo *et al.*, 1983):

1. Situaciones en las que la falta de reforzamiento se debe principalmente a un déficit en el desarrollo de ciertas habilidades específicas, en especial las sociales, que hacen que los esfuerzos de la persona sean poco o nada gratificados. Por ejemplo, puede haber un déficit de atención en la conducta expresiva de una persona de tal modo, que las otras personas que lo rodean no responden afectiva o socialmente de acuerdo a ciertas expectativas dadas. La persona puede desconocer su propia inexpressividad y sorprenderse de su incapacidad para hacer amistades o iniciar una relación amorosa. Usualmente se encuentra una historia personal en la que la expresividad de los afectos ha sido ignorada o castigada. Un aspecto característico de las depresiones severas es la dificultad a expresar sentimientos negativos u hostiles hacia otras personas, de modo que situaciones desagradables o frustrantes continuas para la persona (p. ej., trato irrespetuoso) permanecen inalterables de manera indefinida.

Otro rasgo interesante a este nivel es, que aun cuando la conducta apropiada (o habilidad) existe en el repertorio conductual del individuo, éste la ejerce muy poco debido a un costo de respuesta muy alto. Por ejemplo, el caso de un hijo cuyo padre sólo responde favorablemente a sus demandas después de muchas "súplicas" o se "alegra", o se muestra complacido sólo cuando sus calificaciones escolares son excelentes.

En todos estos casos el énfasis del análisis está enfocado en las consecuencias de la conducta (análisis operante). El efecto puede ser similar si los estímulos discriminativos para una contingencia de refuerzo "desaparecen" del ambiente. Es decir, cuando se produce la ausencia de una persona que es fuente importante de posibles gratificaciones, la pérdida de dinero o comodidades materiales, o cuando alguna circunstancia suprime la posibilidad de que ocurran respuestas que podrían ser gratificadas. Un ejemplo, de esto último, podría ser una enfermedad prolongada, pérdida de alguna habilidad o capacidad física, confinamiento, etc.

2. Otro conjunto de situaciones asociadas a conducta depresiva puede conceptuarse en términos respondientes (condicionamiento clásico). En este caso las gratificaciones (refuerzo) potenciales se ven disminuidas o ausentes no porque el sujeto "no sabe qué hacer" o lo hace mal, sino porque la conducta que podría ser apropiada está inhibida o bloqueada debido a la ansiedad o los sentimientos agresivos (miedo a hacer una "explosión" agresiva). El individuo se aísla o no interactúa con otros por miedo a ciertas consecuencias sociales aversivas. Desafortunada-

mente para el individuo, esta conducta de evitación también lo priva de gratificaciones importantes. Por ejemplo, un individuo puede inhibir su conducta de criticar o confrontar amigos o parientes por miedo a una reacción de enojo por parte de éstos o por miedo a su propio enojo y a la consiguiente pérdida de control de la situación. Si bien es cierto que así evita la posibilidad de un "conflicto" desagradable, también es cierto que va a tener que seguir "aguantando" situaciones que arruinan la posibilidad de disfrutar de esas relaciones. También, es usual observar personas que no expresan sus desacuerdos con otros, reclamos o críticas porque temen "descontrolarse" y hacerlo de una manera violenta y ofensiva, lo cual efectivamente ocurre con frecuencia en depresivos activos o agitados. Es obvio que tal interferencia emocional conduce a que el sujeto tenga que soportar todas las situaciones interpersonales que le molestan o perder rápidamente sus precarias amistades. Peor aún, si esta situación se da con los padres o parientes cercanos, el individuo podría perder respeto frente a ellos, su conducta inapropiada no tendría ningún efecto de cambio favorable importante ni duradero en ellos y por supuesto, el conjunto de sus relaciones familiares sería "deprimente".

3. Otros eventos importantes asociados a la conducta depresiva pueden estar representados por los procesos cognoscitivos que median ésta con las respectivas contingencias que la anteceden y la siguen. El supuesto básico es que ciertas percepciones erróneas de las interacciones conducta-ambiente que implican un significado de pérdida, fracaso o rechazo, pueden determinar una reacción depresiva aun cuando las interacciones reales "no lo ameriten" o, enmarcadas en otro contexto, no sean graves para el mismo sujeto (Beck *et al.*, 1979).

Generalmente, se observa también una percepción distorsionada negativa de las habilidades propias (sentimiento de incompetencia) o una percepción poco realista de los niveles de autoexigencia para el autorreforzamiento (Goldfried y Davison, 1976). El individuo tiene la sensación de que carece de capacidad para hacer las cosas correctamente, resolver un problema o superar una pérdida, o bien, la percepción de que todo es muy difícil y de que no importa qué tan bien haga algo, nunca será satisfactorio. Debido a experiencias previas más o menos traumáticas, al individuo se le hace más difícil percibir la relación de contingencia entre su propia conducta (esfuerzos) y los aspectos reforzantes de las consecuencias de ésta (Seligman, 1981). El individuo desarrolla entonces la sensación de que la conducta no tiene efecto sobre el mundo circundante, actitud que Seligman llamó **desamparo aprendido**.

La interpretación cognoscitiva-conductual opera de la siguiente manera: si un sujeto sufre una experiencia de fracaso en una actividad X, puede tender a anticipar el mismo resultado la próxima vez que se exponga a la situación X. El individuo "piensa que va a fracasar", se deprime o se pone ansioso, y es muy posible que vuelva a fracasar o evite la situación en el futuro. El miedo o la emoción supuestamente se "encapsula" haciéndose más y más resistente al cambio. El tera-

peuta cognitivo-conductual atribuye importancia a la mediación cognoscitiva como determinante, tanto de los sentimientos depresivos como de las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de ellas "profecía autocumplida". Una posición conductista más radical conceptúa los procesos cognoscitivos y la valoración de los sentimientos como componentes colaterales de una misma respuesta, cuyos referentes principales son la conducta manifiesta. Así por ejemplo, el que el individuo piense "soy un inútil", o "voy a fracasar", "todo me sale mal", "a nadie le importa lo que me pasa", etc., es sólo parte del resultado de ciertas interacciones conducta-ambiente previas a la experiencia. Por tal motivo al analizar el problema, el terapeuta conductista radical mantiene el énfasis en todas aquellas posibles respuestas que tienen efectos observables en el ambiente. Si bien es cierto que la idea "esta persona me rechaza", puede deprimir a un sujeto, es más cierto que tal idea acompaña toda una actitud o conjunto de comportamientos expresivos que en realidad facilitan posibles reacciones de rechazo por parte de otros. A pesar de estas diferencias de interpretación en relación con los determinantes claves de una conducta problema, tanto la posición radical como la cognoscitiva, han aportado alternativas de tratamiento promisorias.

4. Finalmente, los terapeutas conductuales incorporan dentro del marco de los posibles determinantes de la depresión, condiciones ambientales muy pobres en cuanto a reforzadores potenciales. En estos casos, esencialmente, los recursos del individuo son apropiados y suficientes. Sin embargo, el ambiente responde poco e induce a estados depresivos "naturales", cuando se hace verdaderamente difícil "conseguir los reforzadores". Ejemplos de esto pueden ser, una situación de trabajo en la que la paga es insuficiente y el individuo no tiene alternativas de cambio; tareas rutinarias que requieren esfuerzo sin que se produzca refuerzo inmediato (como pueden ser algunas labores del "ama de casa"), o situaciones donde temporalmente se produce una competencia muy exigente. Esto último podría ser el caso de un estudiante o un deportista que ha sido excelente en cierto medio y que repentinamente se ve en otro contexto en que los niveles de ejecución son muy altos. Estos individuos necesitarán trabajar más duro de lo acostumbrado para obtener las mismas gratificaciones.

Modelo operante de tratamiento

Este modelo, que destaca de manera especial el control que ejerce sobre la conducta el conjunto de eventos que la siguen (consecuencias de la conducta), enfatiza como aspectos etiológicos de la respuesta depresiva todas aquellas conductas que por su naturaleza disminuyen las posibilidades de gratificación que potencialmente existen en el ambiente de un individuo, o bien aquellas conductas que generan circunstancias aversivas que operan como castigo a los esfuerzos del individuo por desenvolverse en su ambiente. En el primer caso, se postula que es pro-

bable que el individuo necesite aprender nuevas conductas o habilidades que lo conviertan en una persona más competente para lidiar con las cosas cotidianas. Esto podría significar que el individuo aprenda una serie de conductas "simples" como sonreír, saludar apropiadamente, hablar con mayor claridad mientras mantiene contacto visual, o conductas más complejas que por lo general implican además, correlatos emocionales importantes, por ejemplo, decir "no" con claridad racional, firmeza y calidez, todo al mismo tiempo, a una solicitud no deseada. Otra conducta compleja que normalmente se asocia con privación de gratificaciones sociales es la "dificultad para pedir favores". El terapeuta enseña al paciente que de la misma manera que para él puede ser placentero ayudar a aquellos que estima, lo puede ser para otros ayudarlo a él. Sin embargo, la práctica clínica muestra que en la gran mayoría de los casos no basta con que el paciente entienda esto para que se produzcan cambios estables en su conducta en interacciones reales con otra gente. El ambiente natural del paciente y sus recursos conductuales deben ser evaluados cuidadosamente para diseñar una estrategia que le permita al paciente experimentar este principio de manera exitosa en su mundo real. Varios procedimientos, entre ellos. "formación de respuestas", aproximaciones sucesivas, ensayo conductual, e instrucciones con retroalimentación correctiva, pueden ser los indicados para señalar al paciente este tipo de habilidad. Con frecuencia, es necesario involucrar a otras personas importantes en el contexto social del paciente, especialmente cuando se detecta que estas personas por alguna razón podrían estar castigando o inhibiendo intentos del paciente de desplegar algunas de las conductas meta. Cuando el ambiente parece ser muy castigador, la tarea del terapeuta, dentro del modelo operante, se orienta a determinar las conductas que se asocian a estas consecuencias indeseables. Es posible que algunas conductas del paciente tengan la propiedad de generar reacciones adversas en los que lo rodean sin que él mismo se haya percatado de ello. Por ejemplo, su tono de voz puede ser, o "sonar", muy agresivo al momento de hacer una crítica, o demasiado "pesimista" al momento de pedir un favor o proponer compartir alguna actividad con otros. Esto podría considerarse como una situación de "exceso conductual" ya que los elementos, supuestamente necesarios para obtener una reacción favorable de parte de los otros, están ahí. Sin embargo, otros elementos asociados a la conducta, como los que se acaban de señalar, en realidad podrían estar de más y requerir que sean suprimidos o sustituidos por otros más deseables y efectivos.

La combinación de estos elementos nos lleva casi invariablemente a trabajar de manera directa con los componentes explícitos verbales y no-verbales de la conducta expresiva en general. Aún cuando las deficiencias o inadecuaciones de la conducta expresiva sean un factor casi siempre relevante para el tratamiento conductual de casi todo problema neurótico, éstos pueden ser centrales para el tratamiento exitoso de algunas depresiones. Esto es especialmente crítico cuando

la depresión se asocia a una incapacidad de la persona para expresar de manera adecuada sentimientos agresivos u hostiles. En estos casos, el procedimiento de tratamiento puede ser muy similar al procedimiento de entrenamiento autoafirmativo en el que se entrelazan principios operantes y respondientes.

Los principios operantes que subyacen a procedimientos como el moldeamiento de la conducta y el ensayo conductual, se relacionan más con la forma de la conducta expresiva (tono de voz, uso particular de expresiones o "dichos", postura corporal, dirección de la mirada, etc.) que con su contenido. Debido a que un individuo carece del repertorio "formal" adecuado, la expresión de su conducta hostil puede aparecer como desproporcionada generando a su vez respuestas defensivas o de rechazo en los otros. Estas reacciones de los otros pueden generar en el paciente mayores sentimientos de culpa o una inhibición aún mayor de la expresión de resentimientos y otros sentimientos hostiles, cerrando un ciclo que alimenta el patrón depresivo.

Por último, los principios operantes del aprendizaje pueden ser útiles en el tratamiento de la depresión cuando se determina que el paciente no responde ante la presencia de **estímulos discriminativos** que señalan la oportunidad de que ciertas conductas o actividades sean gratificadas, aun cuando éste posee el repertorio conductual necesario para desplegar estas actividades. En estos casos se podría asumir, de manera esquemática, que los estímulos discriminativos son difíciles de percibir para nuestro paciente, ya sea porque ocurren en presencia de otros estímulos competitivos que los ocultan o confunden, o porque la conexión estímulo discriminativo-reforzador potencial es muy débil. Por ejemplo, en el primer caso, podría ser que la presencia de estímulos que señalan la posibilidad de disfrutar de la relación con una persona atractiva para el paciente, sea enmascarada al mismo tiempo, por la presencia de estímulos que discriminan posibles resultados o consecuencias aversivas o desagradables (como el rechazo o la frustración sexual). En el segundo caso, las respuestas apropiadas a los estímulos discriminativos podrían haber sido poco reforzadas en el pasado debido, por ejemplo, a un ambiente muy coartador. El paciente, por tanto, "no anticipa" suficiente gratificación como resultado de los "esfuerzos" que realice.

En la práctica terapéutica esto se traduce en una labor terapeuta-paciente destinada a analizar las diversas situaciones que dan ocasión para que ciertas conductas que ejecute el paciente sean gratificadas por el ambiente. El paciente debe aprender a reconocer con precisión en qué momentos estas ocasiones se producen. Éstas pueden estar representadas por la presencia de ciertas personas, o la ejecución de algunas conductas muy específicas por parte de las otras personas, la ocurrencia de ciertos eventos sociales, la disponibilidad de dinero u objetos, etc. El dinero, por ejemplo, podría concebirse como un estímulo discriminativo para una gran cantidad de posibles gratificaciones. Sin embargo, el lector podrá imaginar con facilidad múltiples situaciones en las que personas aburridas o deprimi-

das, teniendo dinero de sobra, no saben cómo usarlo para obtener gratificaciones posibles.

Modelo respondiente de tratamiento

Los procedimientos respondientes (condicionamiento clásico) como la desensibilización sistemática, la terapia implosiva o de inundación, y otros basados en los principios de contracondicionamiento o inhibición recíproca (Wolpe, 1969; Lazarus, 1961), son indicados para el tratamiento de ciertos componentes ansiosos o agresivos que pueden acompañar, o ser parte, de un cuadro depresivo. Muchas depresiones se deben a, o se ven agravadas por, problemas que a su vez pueden estar determinados por reacciones de miedo o angustia. Este puede ser, por ejemplo, el caso de una depresión asociada a un fracaso amoroso causado por disfunciones sexuales, miedo al rechazo social, u otros temores que afectan la efectividad del paciente para enfrentar la vida en general.

Los componentes emocionales agresivos pueden abordarse con procedimientos basados en componentes respondientes del entrenamiento autoafirmativo (Lazarus, 1966). Usualmente las respuestas autoafirmativas inhiben la ansiedad ligada a la expresión de sentimientos negativos u hostiles, al mismo tiempo que, son más efectivas para lograr reacciones favorables en aquellos a los que se dirige la conducta. Cuando el paciente llega a ser capaz de expresar sus críticas, desacuerdos o resentimientos de manera clara y sin ser irracionalmente ofensivo, las posibilidades de culpa, insatisfacción consigo mismo o rechazo, se reducen al mínimo.

Modelo cognitivo-conductual de tratamiento

La estrategia cognitivo-conductual básica para el tratamiento de respuestas relevantes al cuadro depresivo, consiste en entrenar sistemáticamente a un paciente para distinguir o **diferenciar** entre **hechos** y **creencias** como elementos del mundo circundante que tienen el poder de determinar estas conductas. Para ello, pueden seguirse los siguientes pasos:

1. Se analizan minuciosamente las situaciones causales o funcionales con respuestas depresivas, haciendo énfasis en los componentes cognoscitivos (subjetivos o mentales). Se identifican los **errores** cognitivos que caracterizan la experiencia del paciente. Estos pueden ser, por ejemplo, errores de atención selectiva en los que el paciente considera sólo los elementos negativos de una situación; errores de magnificación o minimización de aspectos negativos y positivos; errores de sobregeneralización de resultados negativos; inferencias arbitrarias; personalización o ideas irracionales de referencia; pensamiento blanco o negro; o recuerdo selectivo.

2. Se le demuestra al paciente, con suficientes ejemplos emanados de situaciones interpersonales analizadas (incluyendo la relación paciente-terapeuta), cómo estos errores cognitivos operan de manera consistente, distorsionando la relación con la realidad. A continuación se discuten alternativas posibles de interpretar una situación dada enfatizando la utilización de "hechos" o componentes objetivos de la experiencia. El paciente aprende una saludable "actitud científica" de análisis por medio de la discusión de eventos que dan lugar a muchas posibles interpretaciones con las que distintas personas pueden o no estar de acuerdo (incluyendo el terapeuta). Se alienta una actitud de aprender a aprender a través de una revisión flexible de las diferentes posibilidades de respuesta que las situaciones de la vida del paciente permiten.

3. Se alienta la elaboración por parte del paciente, de nuevas conclusiones de la experiencia pasada y presente. Se trata de hacer objetiva la responsabilidad del paciente en cuanto a generar situaciones de distinto tipo en sus interacciones con la gente y las cosas.

4. Finalmente, se ejercitan las nuevas habilidades del paciente en las situaciones que va enfrentando, estableciendo contrastes entre los diferentes modos de interpretación de lo que ocurre. El paciente aprende a introducir **pruebas de realidad** cuando la situación es ambigua en cuanto a derivar una interpretación. Así por ejemplo, si el paciente recibe una negativa a una solicitud sexual, podrá establecer que se debe a dos condiciones posibles: su compañera está descontenta con él por algo que ha pasado, o simplemente está cansada. Originalmente, el paciente debiera retirarse con la primera interpretación, generando una serie de reacciones negativas y depresivas. Con el tratamiento, el paciente aprende a valorar las posibilidades y a verlas de manera objetiva. Si ambas posibilidades son iguales, el paciente genera conductas que agregan hechos a la situación, como puede ser el caso de que se comunique pidiendo más información, o exprese sus sentimientos y percepciones para evaluar las respuestas que siguen. Se trata de evitar a toda costa que el paciente extraiga conclusiones apresuradas que inicien cadenas de pensamientos y comportamientos que no sean consistentes con los hechos importantes de la situación.

OTROS PROBLEMAS COMUNES

Varios procedimientos terapéuticos conductuales han sido satisfactoriamente utilizados en pacientes de consulta universitaria y privada que presentaron problemas de desajustes y desviaciones sexuales (pedofilia), pérdida del interés sexual, enuresis rebelde, tartamudez, ansiedad social y de examen, y problemas severos de autominusvalía con comportamientos asociados como obesidad, consumo excesivo de drogas y bulimia seguida de vómito autoinducido.

Problemas sexuales

Procedimientos basados en técnicas de modelaje, *role playing*, ensayo conductual, y entrenamiento autoafirmativo diseñados para mejorar la calidad de la comunicación en terapia de pareja, pueden producir cambios importantes y rápidos en la solución de problemas de desajustes e inhibición sexual. Con este objetivo, el terapeuta puede seguir más o menos el siguiente esquema. Primero, decidirá analizar por separado la historia sexual de cada miembro de la pareja para detectar y definir lo que es percibido como problema u objetivo de cambio, focos de inhibición y áreas de desconocimiento o desinformación distorsionadas de la respuesta sexual, que los pacientes tienen con respecto a sí mismo y al otro. Durante estas entrevistas separadas, el terapeuta inicia el proceso de entrenamiento autoafirmativo, procurando que los pacientes se sientan más cómodos y seguros al analizar estos temas.

A continuación, el terapeuta organiza la información y jerarquiza los temas o problemas relevantes de acuerdo con su potencial conflictivo, con el objetivo de planear una serie de sesiones terapéuticas de pareja. Debido a que los miembros de la pareja han participado en el planeamiento de las mismas, ellos conocen de antemano los temas a tratar y están de acuerdo con las prioridades establecidas. Estas se establecen bajo la sugerencia del terapeuta de empezar el análisis y tratamiento de aquellos problemas que tengan menor probabilidad de provocar estallidos emocionales intensos o resentimiento, que no contribuyan a la restauración de un clima afectivo básico que facilite el progreso terapéutico.

En las sesiones propiamente de pareja, el terapeuta comienza a enseñar a los pacientes a comunicarse sus puntos de vista con respecto a las preocupaciones sexuales con mucha precisión y en una atmósfera relajada y de buen humor. El terapeuta actúa así como guía, moderador, modelo y fuente de información e instrucciones.

Muchas veces la comunicación sólo en estas circunstancias conduce a la resolución de conflictos, resentimientos y problemas importantes, por ejemplo: pérdida del apetito sexual, dificultades leves de erección o lubricación, y baja sensibilidad sexual o incapacidad para experimentar placer. Si problemas como los anteriores resisten esta primera aproximación, entonces puede ser necesario recurrir a procedimientos conductuales más específicos o a técnicas que involucren ejercicios como los descritos por Master y Johnson, por ejemplo, la utilización de la técnica de localización de focos sensibles para tratar problemas de impotencia o incapacidad de sentir placer.

En esta etapa, es necesario que el terapeuta detecte conductas sexuales que han servido como solución patológica de problemas que tienen otro origen, como cuando uno de los miembros de la pareja "niega" al otro placer sexual como "castigo" por haberse negado a "visitar a la suegra". Es posible que los miembros de

la pareja abandonen los "chantajes" sexuales si aprenden a defender de manera apropiada sus puntos de vista y demandas, y a negociar acuerdos justos entre ellos.

En dos casos de pedofilia tratados en consulta universitaria, se encontró que los pacientes sufrían de serios sentimientos de minusvalía y fealdad física, dificultades para relacionarse con miembros adultos del sexo opuesto, y experiencias frecuentes de juego sexual con otros niños durante la infancia. Los dos pacientes, varones de 20 y 21 años de edad, respectivamente, provenían de un medio rural. Durante la niñez, ambos solían bañarse desnudos en los ríos cercanos en compañía de otros niños y niñas. Uno de los pacientes recordaba haber experimentado excitación sexual mientras miraba y jugaba con las niñas.

El tratamiento básico consistió en entrenamiento autoafirmativo y juego de papeles por un lado, para resolver las dificultades de relación con mujeres adultas, y un procedimiento de sensibilidad aversiva encubierta (imaginaria); por otro lado, para inhibir los impulsos sexuales de tipo pedofilico. El procedimiento de sensibilización encubierta consistió en producir de forma imaginaria una serie de situaciones de tentación sexual con niños que eran seguidos (también de forma imaginaria) de consecuencias aversivas, por lo general de tipo social, con significado altamente amenazante para el paciente (p. ej., la ruina de su carrera). Después de 10 sesiones en un caso, y 14 sesiones en el otro, los pacientes lograron evitar las situaciones que podían llevarlos a perder el control y cometer un acto pedofilico real. Paralelamente, al aumentar su capacidad para relacionarse con mujeres adultas, las fantasías sexuales se fueron modificando de manera progresiva en la dirección deseada.

Enuresis

Es del conocimiento general, que la terapia conductual ha ofrecido alternativas efectivas de tratamiento para múltiples casos de enuresis. Sin embargo, esta misma efectividad de los procedimientos, ha llevado a que muchos terapeutas asuman una actitud "simplista" y los apliquen como recetas de cocina. En los casos de enuresis que habían resistido tanto a la terapia tradicional de orientación psicodinámica como a los intentos conductuales basados en procedimientos operantes, el análisis conductual del problema reveló que las circunstancias ambientales que lo determinaron y lo mantenían, se asociaban a un problema de autoafirmación por parte de la madre. En un caso, el problema enurético recrudecía cuando el niño era testigo de situaciones de abuso y desconsideración del padre con la madre. Por ejemplo, cuando la madre estaba "triste" o resentida porque el esposo había llegado tarde sin explicación alguna, o cuando la madre protestaba (sin consecuencia alguna), por el exceso de trabajo mientras el esposo estaba sentado leyendo el periódico.

Después de nueve sesiones en las que el tratamiento se concentró en aumentar la autoafirmación y el amor propio de la madre con objeto de hacerla capaz de conseguir un ambiente más satisfactorio para sí misma en el hogar, también mejoró la calidad de su relación con el niño, el problema enurético desapareció.

En otro caso, la falta de autoafirmación de la madre se producía, además, con su propia hija de manera que las quejas y los reproches porque ésta andaba mojada y con olor a orina todo el día, no surtían ningún efecto. El entrenamiento asertivo se orientó a que la madre fuera más expresiva y consistente con sus sentimientos y expresara de manera más efectiva a la niña, el disgusto que ella experimentaba por la enuresis, así como los sentimientos agradables cuando la niña estaba seca. En este caso, cuatro sesiones bastaron para eliminar por completo el problema enurético. Además, la madre generalizó sus comportamientos afirmativos a otras situaciones familiares con los consiguientes efectos beneficiosos para todos.

Obesidad y drogadicción

La razón por la que estos problemas son discutidos aquí, es porque posiblemente en la mayoría de los casos, el análisis conductual revela que asociado a las conductas de comer y consumir drogas en exceso, existe un déficit de conductas sociales e interpersonales, ansiedad asociada a situaciones interpersonales y sociales, o una combinación de ambas. Estas conductas tienden a conformar un cuadro que comúnmente conocemos como "falta de autoestima" e inseguridad con respecto a la propia eficacia personal. La estrategia de tratamiento es muy variada. Sin embargo, en la mayoría de los casos, va a tomar una forma de entrenamiento autoafirmativo y de reestructuración cognoscitiva, aplicado de un modo similar al que se propuso en el tratamiento para la depresión.

Aparte de las conductas habituales ligadas al comer en exceso y a una gran cantidad de factores ambientales que pueden contribuir a que éstas se mantengan, como la accesibilidad a comidas apetitosas fáciles de preparar, hábitos como comer a deshoras, desconocimiento acerca de la nutrición apropiada, costumbre de comer en situaciones sociales a las que se asiste con frecuencia, comer mientras se hace algo placentero (ver televisión) o algo tensionante (estudio), junto con otros factores que se pueden encontrar asociados al comer excesivo y compulsivo (ansioso):

1. Comer en forma excesiva como medio de reducir la ansiedad y la tensión, en la medida en que la conducta de comer parece estar condicionada a sentimientos placenteros, de bienestar, seguridad y apoyo. En un caso específico, una paciente recordaba que sus castigos de niña eran "quedarse sin comer", mientras que por otro lado, sus padres expresaban su satisfacción por algo "bueno" que ella hacía, regalándole golosinas o llevándola a comer a restaurantes. En otro caso, la paciente estableció que durante su infancia, cuando pasaba por momentos difíci-

les, sus padres la consolaban regalándole caramelos y chocolates. Ella recordaba varias situaciones en la que los padres repararon alguna "injusticia" haciéndole comidas ricas.

Temores sexuales ante los cuales las personas se protegen desarrollando un rechazo o una negación del atractivo físico como mecanismo de evitación. Ello se puede manifestar como una "despreocupación" por el estado físico y la apariencia, o como un deseo, con frecuencia directo y consciente, de ser "feo".

El análisis de los elementos cognoscitivos de evitación a ciertas situaciones específicas de significado sexual, con frecuencia revelan preocupaciones en relación con no saber cómo "actuar", hacer el ridículo o ser rechazado.

Cada posibilidad de interacción amorosa o sexual es como una prueba de su masculinidad o femineidad, la cual teme enfrentar el paciente.

Con frecuencia, se encuentra también una situación en la que los padres niegan la sexualidad de una hija y en la práctica la "hacen gorda" como una forma de "protegerla" de los males que acarrea el atractivo físico. También se encuentra la idea de que "a los hombres sólo les interesa el sexo y nunca se puede saber si la van a querer a una".

2. Finalmente, otro factor asociado a la obesidad en especial en mujeres, son sentimientos de resentimiento u hostilidad contra el esposo o la pareja, debido a incidentes que la paciente califica como actos de terrible desconsideración. A nivel conductual, la paciente puede tener serias dificultades para expresar estos sentimientos de manera apropiada y consistente, especialmente por sentirse intimidada por la pareja, o por miedo a las represalias (baja autoestima). Sin embargo, la paciente sabe muy bien que una de las cosas que más irrita a su pareja es su gordura, y con frecuencia se puede llegar a reconocer un sentimiento de "dulce venganza" por todo lo que él le ha hecho. Actos de infidelidad o abandono durante el parto, son ejemplos frecuentes de resentimiento. En su contexto más general, la conducta de la paciente puede parecer contradictoria (ambivalente). Por un lado, es "cariñosa", "buena madre y esposa", haciendo todo lo que se supone que una buena esposa debe hacer, y por otro, aumenta de peso de manera descontrolada.

Un caso complejo de comer compulsivo que era seguido de autoinducción voluntaria de vómito, para "no aumentar de peso", respondió favorablemente a una terapia en la que se combinaron procedimientos de entrenamiento autoafirmativo y ensayo conductual en el que la paciente practicaba alternativas de expresión de sentimientos hostiles y de defensa de sus derechos como persona ante sus padres, que eran extremadamente dominantes, y ante su esposo a quien resentía su falta de interés por ella en el plano sexual. El tratamiento también incluyó procedimientos de sensibilización encubierta (aversiva) de las conductas de comer en exceso y autoinducción de vómito.

En el tratamiento de consumo de drogas estimulantes, la estrategia terapéutica es similar, ya que se orienta a aumentar la autoestima de los pacientes expo-

niéndolos en forma sistemática a situaciones interpersonales y sociales en las que van a poner en práctica con mayor éxito las habilidades expresivas y comunicativas sugeridas en las sesiones de entrenamiento autoafirmativo y ensayo conductual. El entrenamiento, para que pueda confrontar apropiadamente sus puntos de vista con personas significativas para él, es importante. El paciente que siente que falló a las expectativas de sus padres, o de su esposa, tiende a evitar la confrontación real o exponerse a situaciones donde puede producirse el reproche o la crítica. Sus sentimientos de fracaso y aislamiento social lo llevan a mitificar y a hacer cada vez más irracionales sus sentimientos de minusvalía. Por eso mismo, en el tratamiento conductual de la drogadicción, se enfatiza la importancia de que el paciente aprenda no sólo a expresar sus críticas, sino también a recibirlas y usarlas apropiadamente en su favor, para desarrollarse de forma madura y mejorar su imagen ante sí mismo y los demás.

Otros alcances

La creciente aplicación de procedimientos conductuales en Costa Rica no ha sido suficientemente documentada. Esto impide elaborar un cuadro preciso de desarrollo de la terapia conductual en este país. Las intervenciones conductuales, sin embargo, se han dado, hasta ahora, principalmente como resultado del trabajo individual de terapeutas de la conducta que laboran en instituciones que lo permiten. No se conocen aplicaciones institucionales de programas conductuales de tratamiento de problemas individuales o sociales que surjan como parte de una política general. Tal vez la única excepción es la Universidad Nacional de Costa Rica.

En esta institución, el servicio de atención psicológica (Lucke, 1985a) ofrece un programa de tratamiento de ansiedad social y de examen basado en una variante estandarizada y aplicada a grupos hasta de ocho personas de manera simultánea con la técnica de desensibilización sistemática (Lucke y Grajales, 1986). Este programa se ha aplicado de manera rutinaria, desde hace aproximadamente dos años con resultados clínicos satisfactorios. Lucke y Pal han referido otras aplicaciones aisladas, también realizadas en la Universidad Nacional. En el trabajo de Lucke (1977) se presentan varios casos de tartamudez que fueron tratados con éxito por medio de una combinación de procedimientos conductuales, que requerían básicamente que los sujetos, en un contexto de desensibilización sistemática, autoverbalizaran la descripción de las imágenes de aquellas situaciones en las que se producía tartamudeo. El trabajo de Pal (1984) describe el tratamiento de un pellizcarse repetitivo, antilesivo, los pliegues de los codos con los dedos índice y pulgar. El procedimiento utilizado se basó en la técnica de "reversión del hábito" y consistió en pedir a la paciente que describiera la conducta problema, las situaciones en las que se producía y consecuencias aversivas reales o

potenciales de la continuación del hábito y finalmente, práctica de conductas incompatibles o competitivas con el hábito autolesivo.

Para finalizar, se han publicado algunos trabajos que proponen el uso de procedimientos efectivos basados en los principios de castigo y reforzamiento positivo, por ejemplo: práctica positiva, sobrecorrección, autocorrección, que podrían ser útiles en programas institucionales, especialmente en aquellos destinados a ayudar niños que sufren de problemas, muy resistentes a las terapias tradicionales como movimientos compulsivos repetitivos, conducta destructiva, incendiaría, conducta autolesiva (Lucke, 1985b). No se conocen datos aún, en nuestro medio, acerca de si estas propuestas están siendo incorporadas en los programas institucionales o privados de tratamiento y con qué resultados.

TRES GENERACIONES DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

La Terapia de Conducta (TC) se desarrolló como un movimiento social y científico-académico y no como una escuela terapéutica. No existe una definición universal ni una frontera bien delimitada con otros métodos psicoterapéuticos, pero puede afirmarse que la TC se fundamenta en los principios de la investigación psicológica básica y que su desarrollo está unido a los avances de la psicología empírica. Su punto de arranque fueron las teorías del aprendizaje y su idea central el interés por la conducta observable.

Los representantes de la TC tuvieron como primer objetivo el desarrollo e investigación de técnicas efectivas; probaron muchas, rechazaron otras por cuestión ética, pero, hoy en día, pueden ayudar con ellas a resolver muchos problemas de otras tendencias psicoterapéuticas (Paulus, 2007). Sin embargo, esta orientación hacia las técnicas implicaba la hipótesis, tan criticada más tarde, de la homogeneidad de los pacientes. Este problema ha llevado a investigaciones fructíferas sobre la interacción entre las características del paciente y las técnicas terapéuticas (véase Grawe, 1997, 1998, 2004). También contribuyó a esta problemática la gran energía empleada por la TC en la investigación de resultados, con la intención de salvar las distancias entre teoría y praxis.

La TC pone, a su vez, su punto de mira, más en los acontecimientos que suceden **entre** las sesiones terapéuticas, que en aquello que surge **dentro** de cada sesión. Hoy se acepta que el paciente no se despoja antes de cada sesión de sus patrones de conducta, sino que conserva y manifiesta dentro de ella sus características típicas interaccionales (**transferencia**). De igual modo, el terapeuta reacciona de manera concreta (**contratransferencia**) ante cada uno de sus pacientes. Estos aspectos adquieren cada día más valor en los modelos terapéuticos actuales de la TC.

Los principios originarios de intervención de la TC siguen demostrando su eficacia, pero ha quedado patente que se necesita mayor desarrollo para problemas

más complejos, como los trastornos de la personalidad. Las dudas que manifestaron los terapeutas de conducta en un principio, relativas al constructo de personalidad, se dejaron de lado y se dio paso a una segunda generación de técnicas que permitieron trabajar con patrones de interacción más complejos. La metodología cognitiva de Beck (1976, 1994), por ejemplo, es ya una intervención clásica al respecto. Linehan (1993a, 1993b) hizo una nueva propuesta para la conceptualización y tratamiento del trastorno límite, basándose en los conceptos de Rogers y Kohut. Es la llamada terapia de conducta dialéctica. Young *et al.* (2003), ampliaron la TC cognitiva con el concepto de **esquema**, aplicando trabajos anteriores. Todos estos últimos autores, entre otros, han facilitado el camino para la llamada tercera generación de la TC.

Primera generación de la terapia de conducta

Kazdin (1978) estudió el desarrollo histórico de la TC, sus inicios y su asentamiento en los campos de la ciencia y de la salud. Krasner (1982) elaboró también las redes sociológicas y científico-históricas del origen de la TC. Los fundamentos teóricos de la TC son denominados por más de uno como "anticuados". Sin embargo, para todo amante de la TC, se convierten en un programa obligatorio que comienza en la línea de salida con los condicionamientos clásico y operante. La diferencia entre ambos se centra en las consecuencias de la respuesta o conducta. Para el clásico, la conexión estímulo-respuesta es independiente de las consecuencias. Para el segundo, esa conexión depende de las recompensas (refuerzos) o castigos que siguen a las respuestas o conductas.

El **condicionamiento clásico o respondiente** es un aprendizaje común con la escala animal. Numerosas conductas involuntarias de tipo visceral y muscular responden a este aprendizaje. De ahí, que estas conductas se denominen, a su vez, respondientes, porque son respuestas automáticas. En este proceso están los trastornos, como las fobias o los síntomas psicósomáticos.

Ivan Petrovic Pavlov (1849-1936), médico fisiólogo ruso, observó que los perros salivaban, al ver al asistente que les llevaba la comida e incluso, al oír sus pasos. En uno de sus primeros experimentos, hizo sonar un diapasón y registró la respuesta del perro. Luego consiguió condicionarlo, por medio del apareamiento contiguo y repetido del sonido con la comida, para que salivara, al escuchar el diapasón. El entrenamiento funcionaba. Además, el sonido se había convertido en un estímulo condicionado, que podía provocar por sí mismo la salivación, que ahora era una respuesta condicionada. John Broadus Watson (1878-1958), máximo impulsor del conductismo e introductor de Pavlov en EUA, traspasó el condicionamiento clásico del laboratorio a los humanos con su famoso experimento con el pequeño Albert, de 11 meses, al que condicionó ante la presencia de una rata albina; más tarde generalizó el condicionamiento a un conejo, un perro y un abrigo afelpado.

El condicionamiento clásico es un **aprendizaje asociativo**. Puede emplearse positiva o negativamente, y hasta cierto punto es limitado, porque sus respuestas son parecidas a las innatas, pero tiene un poder similar al acto reflejo, que aparece desde el inconsciente. Muy distinto es el siguiente condicionamiento, el operante, con el que el organismo o el individuo aprenden a manejar más conscientemente la relación entre su conducta y el entorno.

En el **condicionamiento instrumental u operante**, el organismo "opera" sobre el medio, para producir diferentes consecuencias. También se llama instrumental, dado que la conducta del animal es el "instrumento" para lograr lo que desea. El término "instrumental" suele asociarse con Thorndike, quien puso las bases del condicionamiento con sus tres leyes de ejercicio, disposición y efecto y el de "operante" con Skinner, que elaboró más a fondo el concepto.

Skinner (1950) sitúa la respuesta o conducta entre dos influencias ambientales: las que le preceden (antecedentes) y las que le siguen (consecuentes). Presenta la relación como *Antecedent-Behavior-Consequence* o A-B-C. El modelo se basa en la contingencia de esos tres términos y todos los procedimientos que se derivan están sujetos a unos procesos básicos, como el refuerzo y los reforzadores, los programas de refuerzo, el principio de Premack, el castigo, la generalización, la discriminación y la extinción.

En los años treinta se desató una intensa controversia acerca de la primacía de un condicionamiento sobre otro que, al final, desembocó en el empalme de ambos componentes con el llamado "modelo de los dos factores" de Mowrer (1960), cuya idea central indicaría que el **arranque** de los trastornos psíquicos vendría determinado por el condicionamiento clásico, mientras que su **mantenimiento** dependería del operante.

Vistos estos fundamentos teóricos, cabría hablar de los dos grandes campos de trabajo en la TC de la primera generación: el diagnóstico y los métodos.

Diagnóstico y planificación de la terapia

En 1970 aparecieron en los manuales y compendios numerosos instrumentos de medición (Hersen y Bellack, 1976; Cone y Hawkins, 1977; Haynes, 1978). Dos revistas se especializaron también directamente en este campo: *Behavioral Assessment* y *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.

El diagnóstico conductual decide los métodos más apropiados para la terapia, es decir, aquellos que propician una mejor disposición, para modificar los condicionantes (causas) que rigen la conducta. Para la identificación de todas esas variables, la TC propone el **análisis funcional de la conducta**. Pieza fundamental para todo ello es la llamada **ecuación conductual** o S-O-R-C-K (*Stimulus-Organism-Response-Contingency-Consequence*) de Kanfer y Phillips. Con los datos adquiridos, se sienta la base para la planificación de la terapia, decidiendo el método, técnicamente más eficaz y éticamente más acertado para cada paciente. En todo este proceso, el primer análisis de la motivación del paciente es decisivo.

A su vez, a medida que avanza el diagnóstico y luego la terapia, el terapeuta debe tener en cuenta la relación e interacción terapeuta-paciente.

Como ejemplo de planificación, se puede trabajar con estas fases: 1) Establecimiento de las condiciones iniciales. 2) Montaje de la motivación, para el cambio y elección provisional de sus ámbitos. 3) Análisis funcional de la conducta. 4) Discusión sobre las metas. 5) Planificación, elección y puesta en marcha de los métodos correspondientes. 6) Evaluación de los progresos en el cambio. 7) Generalización del éxito, seguimiento y finalización. Conviene advertir la importancia que se concede en este ejemplo como en otros similares (véase Kanfer y Schefft, 1987; Kanfer *et al.*, 1996) a las fases de preparación y análisis funcional de la conducta, indispensables para la subsiguiente elección de métodos.

Métodos en la terapia de conducta

El empleo del amplio instrumentario de métodos en TC exige, no sólo un conocimiento previo profundo de las técnicas, sino también un entrenamiento en las mismas. El terapeuta, además de su saber teórico, ha de guiarse en su uso por los síntomas del paciente, para que los métodos y síntomas resulten complementarios entre sí, más que alternativos. La flexibilidad es la regla básica, al respecto, para el terapeuta. No existe una clasificación universalmente aceptada de los métodos de la TC. Muchos autores se basan para ello en su simple desarrollo histórico. Sólo mencionaremos los considerados como fundamentales: 1. Métodos de confrontación, 2. Métodos operantes y 3. Aprendizaje por modelos.

1. Métodos de confrontación: El centro de la confrontación lo constituyen las situaciones problemáticas a las que debe enfrentarse el paciente. "Situación" puede referirse, en este caso, a características físicas explícitas, a procesos cognitivos, a circunstancias somatofisiológicas o a una combinación de los distintos planos. La aplicación clásica de estas técnicas es paralela con los trastornos del miedo (véase DSM-IV, APA, 1994). Clásicos son los tratamientos de las fobias con animales (Marks, 1987), de las fobias sociales (Scholing y Emmelkamp, 1996) y también del miedo a la soledad o del miedo a tener miedo. Últimamente, existen dos grupos de tratamiento de gran aceptación: los trastornos de pánico acompañados de manifestaciones somáticas, como temblores, sudores, etc. (Barlow y Cerny, 1988; Rapee, 1996) y los trastornos postraumáticos en relación con guerras, violaciones, maltratos, catástrofes, etc.

En este apartado, la técnica fundamental divulgada y conocida, es la **desensibilización sistemática** (Wolpe, 1958, 1969). La lógica de su método, su desarrollo y su estructura pueden servir de ejemplo paradigmático para las estrategias de la TC. Su variante más importante es la desensibilización *in vivo*; también se trabaja con la cognitiva, la automática y la realizada con grupos, con niños o con la imitación social. Una descripción muy acertada de esta técnica, sobre todo, de sus instrucciones puede verse en Foa *et al.* (1980).

Una técnica especialmente desarrollada para vencer los miedos clínicos y las reacciones de evitación es la **exposición gradual *in vivo***, que puede ampliarse a la **exposición masiva *in vivo*** (Fiegenbaum y Tuschen, 1996). Los representantes incondicionales de estas técnicas advierten de sus condiciones favorables para una prevención y profilaxis de las posibles recaídas. La **terapia de implosión** (Levis y Hare, 1977) gozó de un gran interés inicial, pero poco a poco se fue debilitando su aplicación, sobre todo, por el desarrollo de otras alternativas.

Por último, está la técnica de **entrenamiento en el manejo de miedos**, ofrece la posibilidad de dominar situaciones especialmente desagradables o aversivas. El paciente necesita, en este caso, una buena capacidad de discriminación, para detectar las primeras señales de miedo y emplear a tiempo la técnica. Esto le proporciona una primera sensación de control del miedo. Es importante en esta técnica que los ejercicios en las sesiones terapéuticas vayan preparando el transfer a las situaciones naturales.

2. Métodos operantes: Estos métodos fueron sistematizados por Thorndike (1898) y, más tarde, elaborados y precisados por Skinner (1938, 1969), Ferster y Skinner (1957), así como por Holland y Skinner (1961), adquiriendo una gran relevancia para la praxis. En los años treinta, Skinner se ocupó de la diferencia entre los principios del aprendizaje clásico (S-R) y del operante (R-S) y concedió a este último un significado especial para la estabilización de la conducta. Según los principios operantes, en el diagnóstico se busca, de un lado, la puntualización de la conducta (variable dependiente), y de otro, el análisis de aquellas variables (variable independiente) que varían con la conducta. La probabilidad de una conducta vendrá determinada por sus consecuencias. Estas estrategias resultan, por tanto, muy oportunas, cuando el problema de un paciente debe cambiar, en relación con su frecuencia.

Los métodos operantes pueden distribuirse en: a) métodos para el montaje o incremento de la conducta; b) métodos para la reducción y debilitamiento de la conducta; c) métodos del manejo de contingencias, y d) métodos para la estabilización de la conducta.

a) **Métodos para el montaje o incremento de la conducta:** La gran técnica en este campo es el **reforzamiento positivo**. El principio fundamental de su empleo sería el de variar la situación de modo que las consecuencias positivas sigan contingentes, es decir, inmediatamente después de la conducta deseada. Para ello, se reorganizan los reforzadores efectivos ya existentes en el entorno natural, según el plan de tratamiento, o se introducen otros nuevos bajo un control estricto. El control continuado es necesario, porque siempre resulta difícil determinar, si los cambios provienen de los reforzadores o de cualquier otra variable. Se necesita, pues, un proceso concomitante de diferenciación de resultados.

Puede producirse también una nueva conducta tomando un plano o una variante de una reacción ya existente y reforzándola, mientras se

priva de todo reforzador o recompensa a los otros planos. Si se hace paso a paso, puede llevarse a la conducta por la dirección prevista. Es el proceso llamado **aproximación sucesiva**. Puede convertirse en un método laborioso, pero los cambios producidos son muy satisfactorios (Lovaas y Bucher, 1974). El **encadenamiento** (*chaning*) es un método parecido al anterior y se basa en el moldeado, el control de estímulos y el reforzamiento, y aprovecha el principio de que en los aprendizajes de actuaciones complejas se suele reforzar y recompensar no su iniciación, sino su final exitoso.

A veces, aún en la aproximación sucesiva, existen pasos en la cadena de conducta que el paciente no puede realizar solo y el terapeuta debe procurarle estímulos de ayuda que luego se irán retirando. Esto se consigue con la **aplicación y retirada de estímulos de ayuda**, *prompting* y *fading*.

Las investigaciones y la universalidad de la aplicación del **reforzamiento social** supusieron una fuerte crítica de los refuerzos materiales y un gran empuje para la terapia de conducta. El **reforzamiento negativo** puede definirse como la retirada de un estímulo aversivo o de una situación desagradable. En la práctica terapéutica, no existen demasiadas técnicas para ello, quizá porque exige un estímulo aversivo, como premisa para su aplicación. Suele aparecer en técnicas de reducción de adicciones o contra la obesidad o en el campo de trastornos sexuales.

Con el **control de estímulos** se trata de crear situaciones, en las que la conducta positiva tenga posibilidades de aparecer. Puede decirse que ningún programa de modificación de conducta o de autocontrol pasa por alto esta técnica que hasta ahora ha alcanzado un gran significado en el tratamiento de dependencias, de problemas educativos y en la terapia de discapacidades.

- b) **Métodos para la reducción y debilitamiento de la conducta:** Este tipo de métodos operantes tiene una gran aplicación, cuando existe un "exceso" en la conducta, bien sea por frecuencia, intensidad o duración.

La técnica más usual es el **castigo**, que, según la mayoría de los psicólogos, sólo debería usarse, cuando no haya otras alternativas o cuando el problema sea acuciante. Su aplicación adecuada supone el reforzamiento positivo de una conducta incompatible con la conducta castigada. Al aplicarlo, se han de tomar en cuenta sus efectos, para evitarlos. Sin embargo, el castigo puede tener un efecto discriminativo importante, porque indicaría, al momento, qué conductas no están permitidas.

La **extinción** operante se refiere a una reducción en la frecuencia de la respuesta que sigue a la retirada de reforzamiento. Conviene considerar por separado las características de la extinción, según se trate de con-

ducta de aproximación o de evitación. Esta última es mucho más difícil de extinguir que la anterior. Del mismo modo, las conductas con reforzamiento intermitente son más resistentes a la extinción que las que gozan de uno continuado. Conviene advertir, en especial a los padres y auxiliares profesionales que, al introducir la extinción, suele aumentar en los primeros momentos la cuota o frecuencia de la reacción.

El **tiempo fuera**, *time out*, puede calificarse como un aislamiento social contingente. El sujeto, tras una conducta falsa, queda introducido en una situación que excluye cualquier forma de reforzamiento positivo. Conviene anunciar el aislamiento con señales verbales o no-verbales y nunca debe emplearse, cuando la situación de la que sale el individuo es más desagradable que la del aislamiento, porque el individuo usaría entonces el tiempo fuera como una conducta de evitación. Este método tiene desde siempre una gran aplicación en los campos clínico y educativo.

El **costo de respuesta**, *response cost*, es como castigar con la pérdida de reforzadores. Elliott y Tighe (1968) emplearon esta técnica en la reducción del tabaquismo. Los participantes en el programa perdían por cada cigarrillo fumado una considerable cantidad de dinero, que podían recuperar, si dejaban de fumar durante un periodo acordado con anterioridad. Los autores hablan de 84% de reducción en el consumo de tabaco, pasadas 16 semanas.

El procedimiento de la **saciedad de estímulo** supone la repetida presentación de estímulos al sujeto, hasta conseguir la reducción de su atractivo. De hecho, exigir el ejercicio continuado de una actividad en principio agradable, sin posibilidad de escape, puede convertirla en aversiva. La aplicación de esta técnica puede parecer de momento sencilla, pero debe realizarse con suma cautela por el estado aversivo que produce y sus posibles consecuencias.

- c) **Métodos del manejo de contingencias:** Estos métodos se refieren a la introducción o retirada de estímulos positivos o aversivos, según sea el caso. Pueden llevarlo a cabo el terapeuta, las personas del entorno natural o el propio paciente por medio del autocontrol. Presupone una observación y un análisis exhaustivos de la conducta, para determinar sus excesos o deficiencias. Tiene una gran aplicación fuera también del campo clínico, pudiendo influenciar aspectos muy variados de la vida cotidiana, como el empleo de energías, *recycling*, etc. (Martens y Witt, 1988).

El **sistema de economía de fichas**, *token economy system*, es el resultado de la búsqueda de unos reforzadores adecuados, para ser aplicados al momento, con vistas a alcanzar la meta final deseada. Son reforzadores condicionados generalizados. Son objetos, puntos, fichas, monedas, etc., que pueden intercambiarse, pasado un tiempo, con los verdaderos refor-

zadores. El sistema de fichas es independiente del estado momentáneo de privación y evita el problema de la saciedad, pudiendo, a su vez, reforzar una secuencia de conductas sin interrupciones. Los programas de fichas han tenido gran aplicación, comenzando por el campo clínico. En una serie de trabajos (Wood y Flynn, 1978) se demostró que son más eficaces, cuando los pacientes toman en sus manos el control del programa.

Los **contratos de contingencias** que el terapeuta cierra con el paciente tienen el valor de fijar por escrito las consecuencias positivas que acarrea el adquirir la meta propuesta. Suelen combinarse con otros métodos de autocontrol y sirven también, como medio de evaluación para los distintos pasos y progresos en la conducta. Se aplican en los campos más diversos, como terapia de pareja (Stuart, 1969), delincuencia (Weathers y Liberman, 1975) o alcoholismo (Petry, 1996).

El criterio para un cambio efectivo de la conducta se centra en su estabilidad en el tiempo y en el espacio, es decir, en el **manejo de contingencias en el medio natural**. Tharp y Wetzel (1975) aplicaron este concepto, en principio, a las intervenciones con niños, dando por supuesto que las personas de su entorno podían intervenir como terapeutas, al disponer de los mejores reforzadores y de sus contingencias. De todas formas, las personas deben ser instruidas primero en los principios y métodos conductuales por los expertos. Es el llamado **modelo de mediadores** de gran aplicación en los entrenamientos de padres o en los contextos comunitarios.

- d) **Métodos para la estabilización de la conducta:** Una de las grandes luchas de la terapia consiste en conseguir la persistencia de las metas. En primer lugar, existe la posibilidad de mantener una generalización de la conducta adquirida, a base de los controles de estímulo, de la planificación de reforzadores o de la creación de nuevos reforzadores condicionados. Uno de los caminos más directos es el reforzamiento intermitente. Puede pasarse lentamente de un plan de razón variable a otro de intervalo variable y de un reforzamiento inmediato a otro retardado. En segundo lugar, se puede preparar una generalización dentro del propio contexto terapéutico, para que puedan aplicarse las ya mencionadas contingencias "naturales".

Si se tiene en cuenta la profilaxis de las recaídas, la TC no sólo debería constituir una ayuda para una dificultad concreta, sino también una estrategia más amplia para la solución de problemas (Nezu y Nezu, 1993). En muchos casos, es difícil modificar los condicionantes del entorno, como las estructuras familiares muy rígidas, condiciones estructurales determinantes en el trabajo, etc. En estos casos, habría que echar mano del **autocontrol**. (Thorensen y Mahoney, 1974; Logue, 1995). Esto significa que el paciente debe aprender a manejar por sí mismo las contingencias

de su conducta, pero no se le abandona a su propia suerte. Para ello están, por ejemplo, los métodos de *self-management*. Karoly y Kanfer (1982) y Kanfer, *et al.* (1996) elaboraron con detalle todos estos aspectos.

3. Aprendizaje por modelos: Este aprendizaje está unido en gran parte al nombre de Bandura (1977, 1986). Según Bandura (1969), este aprendizaje ocurre, cuando alguien, observando la conducta de otra persona y sus consecuencias, produce una nueva conducta o cambia su conducta actual, siguiendo la del modelo. Este aprendizaje se coloca, hoy en día, en el contexto de las teorías del aprendizaje social, al estar influido, en gran manera, por aspectos sociales e interpersonales; se situaría en un continuo entre los métodos clásicos de aprendizaje y los cognitivos. El término **aprendizaje social** integraría otra serie de términos como aprendizaje por observación, aprendizaje vicario, imitación, identificación, etc., que podrían considerarse procesos particulares.

De acuerdo con Bandura (1977), los fundamentos del aprendizaje social quedarían determinados por los siguientes procesos: a) procesos de atención, que incluyen la percepción y selección de la información; b) procesos de almacenamiento de la información; c) procesos de reproducción, que obligan a la práctica de las observaciones y, d) procesos motivacionales que juegan un papel determinante, basta con fijarse en la diferencia establecida en las teorías sociales y cognitivas: *learning* indica el aprendizaje de contenidos, sin obligación de demostrarlos, pero *performance* significa que se debe exteriorizar la conducta.

La aplicación terapéutica del aprendizaje por modelos aparece muy efectiva en el tratamiento de miedos, según un gran número de investigaciones (Rosenthal, 1976; Marks, 1987). También es un elemento predominante en los entrenamientos en competencia social. Conviene, al respecto, distinguir entre el modelo *mastery* y el *coping*, esto es, entre el modelo competente y el que va dominando la situación progresivamente. Este último consigue mejores efectos, tratándose de tareas muy complejas. Ello se debe a que este aprendizaje facilita el proceso de discriminación. En la vida ordinaria, muchos de estos procesos no son conscientes del todo, facilitando así, las conductas altruistas, la elección de las modas o el efecto de las propagandas.

La primera generación de la TC se había enfocado en el estudio y tratamiento de la **conducta exterior**. Los conductistas radicales exigían trabajar sólo con las **conductas observables**. Pero también existe el mundo interior ¿Se puede considerar un pensamiento, una imaginación, una emoción como conductas o al menos como intermediarios para la producción de conductas externas? Las terapias cognitivo-conductuales dieron la respuesta y se encargaron del gran salto, provocando un avance en la TC. Surgía, de esta manera, la segunda generación de la TC.

Segunda generación de la terapia de conducta

A comienzos de 1960, nacen los primeros intentos serios de ampliar el modelo de estímulo-respuesta, por medio del estudio de los procesos internos. Existen

también estímulos encubiertos o reacciones encubiertas a las que Homme (1965) llama *coverants* (curioso término proveniente de *cover operants*), las cuales representan autoverbalizaciones, destinadas a interrumpir el encadenamiento del estímulo y la respuesta. Los autores reformularon así los procesos de aprendizaje, estableciendo un modelo mediador central, como, el del almacenamiento y recuperación de la información, paralelo al aprendizaje cognoscitivo de Miller *et al.* (1960) o Tolman (1932). Esto indicaría que no habría existido una separación estricta, a lo largo de la historia de la TC, entre los modelos de aprendizaje y los modelos cognitivos.

Mahoney y Arnkoff (1978, p. 692) efectuaron una revisión de las terapias cognitivas y de autocontrol, muy comentada posteriormente, y resumieron así sus ideas básicas: a) el organismo humano reacciona, sobre todo, a la representación cognitiva interior de su entorno y no al entorno en sí; b) estas representaciones están unidas funcionalmente con los procesos de aprendizaje; c) el aprendizaje humano se transmite, en gran parte, cognitivamente y, d) los pensamientos, los sentimientos y la conducta son interactivos y se condicionan mutuamente.

Partiendo de todos estos principios y modelos o de otros similares, se produjo un aluvión de trabajos sobre la terapia cognitivo-conductual. Entre la élite de la nueva corriente se encontraban autores como Cautela (1971), Goldfried (1971), D'Zurilla y Goldfried (1971), Suinn y Richardson (1971), Kazdin (1973), Mahoney (1974), Spivack y Shure (1974), Meichenbaum (1974). Spivack, Platt y Shure (1976) y Beck (1976). Algunos de estos autores son precisamente los padres de las terapias cognitivas que mencionaremos a continuación: 1. Métodos encubiertos. 2. Métodos de reestructuración cognitiva. 3. Terapias de habilidades de enfrentamiento (*coping*). 4. Solución de problemas y 5. Autocontrol.

1. Métodos encubiertos: Estos métodos están unidos para siempre al nombre de Cautela. El hecho central radica en considerar a las cogniciones como "procesos intermediarios" y lazos de unión entre los estímulos externos y las reacciones observables. Desde el trabajo directo de la intervención, estos métodos serían cognitivos, a la hora de explicar su eficacia, habría que adscribirlos a los modelos teóricos del condicionamiento clásico. He aquí sus técnicas principales:

La característica principal del **contracondicionamiento encubierto** reside en el empalme de un estímulo encubierto, por ejemplo, aversivo con otro estímulo encubierto, pero positivo. El resultado es que el estímulo, en principio aversivo, puede adquirir un valor neutral y hasta positivo. Este procedimiento puede explicarse con un ejemplo. Se trata de un niño de 10 años con miedo a la oscuridad. Siguiendo esta técnica, o como los autores la denominan en este caso ***emotive imagery***, se empalmó la oscuridad con los héroes de los comics:

Cierra los ojos e imagínate que estás con tus papás en el comedor. Es de noche. De repente, recibes por tu radio una señal directa de *Superman*. Sales corriendo al salón, porque tienes que guardar en secreto lo que te ha dicho *Superman*.

Sólo ves un poco de luz que viene del pasillo. Imagínate ahora que estás sólo en ese lugar y lo estás esperando... (Lazarus y Abramovitz, 1962, p.193).

La **sensibilización encubierta**, *covert sensitisation*, es la técnica de condicionamiento más antigua y más conocida y mejor investigada de Joseph R. Cautela (1966, 1967), aunque él tardara en incluirla como procedimiento punitivo dentro del marco operante. El paciente debe visualizar una secuencia de hechos o actos que le son agradables, según su síntoma particular, por ejemplo, el alcohol: agarrar el vaso, acercárselo a los labios... En ese instante, se interrumpe la secuencia de manera abrupta. El paciente debe imaginarse que no puede realizar su conducta problemática y que en su lugar, sólo suceden cosas desagradables y hasta repugnantes. A continuación, debe cortar la conducta, abandonando rápidamente la escena imaginada, escapando de las náuseas, mareos, etc., y refugiándose en una situación totalmente opuesta, muy agradable, en la que percibe, por ejemplo, el aire puro y fresco o se toma una ducha refrescante. Después el paciente debe luego ejercitar la secuencia regularmente, por lo menos una vez al día.

En el **reforzamiento encubierto**, se trata de unir una conducta imaginada con un reforzamiento simbólico. Cautela distingue, de modo análogo al reforzamiento externo, un reforzamiento positivo encubierto, es decir, la imaginación de situaciones especialmente agradables y un reforzamiento negativo encubierto, produciéndose, la evitación o terminación de una situación aversiva. El paciente debe imaginarse la conducta que quiere conseguir y, a la indicación del terapeuta, cambiar a imaginarse la situación agradable reforzante ya acordada. Esta técnica contiene conexiones con el principio de autorreforzamiento (Kanfer, 1977) y el proceso del diálogo interior (Meichenbaum, 1974), que, llegado el caso, exigirían cambios terapéuticos adicionales.

Además de estas técnicas, pueden mencionarse también el **control de *cove-rants***, como precursor del entrenamiento en autoverbalizaciones; la **extinción encubierta**, que podría resultar útil, cuando sea difícil controlar las contingencias de reforzamiento, mediante la manipulación ambiental y el **modelado encubierto**, que puede emplearse como alternativa a la desensibilización sistemática y al entrenamiento asertivo, cuando el sujeto se refleja mejor en los demás que en sí mismo. El **stop de pensamientos** trata de la modificación de una conducta encubierta, por ejemplo, pensamientos obsesivos, a través de estímulos encubiertos. Se instruye al paciente para que en el mismo momento en que le llegue el pensamiento o la autoverbalización inadecuados se dé a sí mismo la orden *stop*. Mahoney (1974) especula sobre si no sería más efectiva una substitución de pensamientos, en lugar del ejercicio del *stop*. De hecho, los mejores resultados provienen de su combinación con otras técnicas, como la desensibilización sistemática, la sensibilización encubierta o la autoinstrucción.

2. Métodos de reestructuración cognitiva: De todo este tipo de métodos que intentan un cambio sistemático de la manera de pensar y valorar del sujeto,

mencionaremos: a) la terapia racional-emotiva de Albert Ellis; b) la terapia cognitiva de A. T. Beck, y c) los métodos de autoinstrucción.

- a) **La Terapia Racional-Emotiva (TRE):** Ellis desarrolló su teoría al final de los años cincuenta, debido, en gran parte, a su descontento con los métodos tradicionales psicoanalíticos. La cuestión de la racionalidad o irracionalidad del ser humano y en especial del pensamiento adquiere una importancia capital con esta terapia. Ellis (1962) afirma directamente que los trastornos emocionales y psicológicos provienen en su mayoría de la manera ilógica o irracional de pensar, y es adquirida a través de tres agentes principales: los padres, la sociedad y la autosugestión.

Estos postulados se comprenden cuando se observan los principios filosóficos, humanistas y psicológicos en que se asienta la teoría. La filosofía estoica (Epicteto) favorece la postura de aceptar los acontecimientos presentes, sin crear problemas o preocupaciones nuevas. Ellis desarrolló la base lógico-científica y los principios empíricos, siguiendo a Kant y también los análisis de la semántica (Korzybski, 1933), que obligan a pensar de manera explícita, pero sin sobregeneralizar. El humanismo ético de B. Russell y las ideas existencialistas de M. Heidegger también juegan un papel esencial en esta teoría. En el campo psicológico y psicoterapéutico, no pueden faltar los influjos de sus compañeros de viaje K. Horney o A. Adler con sus ideas de la unión entre pensamiento y conducta y sus exposiciones acerca de los complejos de inferioridad, como constructos cognitivos. Otros principios anteriores, como el método directivo de Herzberg (*active psychotherapy*, 1945) influenciaron, a su vez, el sistema terapéutico directivo de la TRE.

Ellis (1962) propone, según su criterio, las 11 ideas más comunes con carácter neurotizante como la manifestación de una serie de categorías propias de un pensamiento y una conducta disfuncionales: pensamiento absolutista, catastrofismo, desvalorización de sí mismo, perfeccionismo, pasividad, impulsividad exagerada, prudencia ilimitada, hedonismo inmediato y sobregeneralización. Todas ellas disfunciones y creencias irracionales pueden ser modificadas por el proceso terapéutico que sigue el eje central de la ecuación: A - B - C - D - E.

En la fase A (*activating event*), el terapeuta intenta conocer de cerca cómo percibe el paciente que cree ver problemas donde no existen. En la B (*belief*) se identifican los sistemas de creencias y el terapeuta ayuda al paciente a verbalizar sus pensamientos. En la C (*emotional consequence*) se descubren las emociones provechosas y también las perjudiciales del paciente, a través de la disputa hedonista y las consecuencias de los pensamientos. El centro de toda la TRE lo constituye el elemento D (*dispu-*

tation), la disputa y el cambio de los pensamientos irracionales que deben ser sustituidos por alternativas racionales. La fase E (*effect*) recoge los efectos cognitivos de la disputa. El terapeuta concluye la terapia, administrando al paciente las estrategias adecuadas para la autoayuda en el futuro.

Ellis (1975, 1984) trabaja con tres tipos de métodos: cognitivos, emocionales y conductuales. La primera estrategia cognitiva consiste en estructurar y diferenciar los distintos patrones de creencias. El método cognitivo central, como decíamos, es el diálogo didáctico y socrático. El terapeuta adopta un papel activo y pedagógico. La pregunta es la pieza fundamental del engranaje de la disputa, tanto para evaluar como para cuestionar y esclarecer todas las creencias. Otro método cognitivo usual consiste en la aplicación de técnicas imaginativas. Ellis entrega, por ejemplo, al paciente las cintas grabadas durante las sesiones, le da instrucciones escritas y le encarga tareas para casa.

Los métodos emotivo-evocativos facilitan el acceso a los problemas cognitivos. En este punto, la TRE actúa con la empatía de manera similar a la terapia no-directiva de Carl Rogers. Se emplean ejercicios no-verbales y juegos de rol *pleasure-given-techniques*. El terapeuta introduce el humor y las estrategias de la autoapertura, como técnica de modelado. Los ejercicios de riesgo *-shame attacking exercises-* (Ellis, 1982) indican al paciente que las consecuencias tan temidas no son tan graves como él creía. Los métodos conductuales ayudan a afianzar las nuevas maneras de pensar. La aproximación sucesiva, la desensibilización *in vivo* y otras técnicas operantes son de gran utilidad. También se desarrollan programas de autocontrol y de competencia social.

Los campos de aplicación de la TRE son variados y van desde las depresiones o fobias, hasta los trastornos sexuales y conflictos familiares (Dryden y Ellis, 1988). La TRE se considera una terapia relevante y a ello ha contribuido la divulgación ejercida por Ellis y su adaptación al concepto de pragmatismo y racionalidad en la filosofía americana de la vida. No obstante, carece todavía de una investigación suficiente.

- b) **La terapia cognitiva de Beck:** A.T. Beck trabajó primero como psicoanalista, pero quedó descontento con el modelo psicoanalítico de depresión, interpretándolo como una agresión del paciente contra sí mismo; debido a ello, se dedicó a construir su propia teoría (Beck *et al.*, 1992). La hipótesis fundamental de Beck propone que las **cogniciones** influyen de modo decisivo en el estado psíquico, es decir, pueden generar, dirigir o mantener trastornos personales y conductuales. Su punto de partida y sus impulsos terapéuticos se los debe Beck, en gran parte, a la teoría de la organización de la personalidad, como estructura de sistemas de conceptos (Harvey *et al.*, 1961). Beck clasifica los esquemas de los depresivos,

según sus aspectos formales y de contenidos. Con respecto al contenido, se caracterizan por la llamada **triada cognitiva**: El individuo tiene una visión negativa sobre sí mismo, sobre su entorno vital y sobre el futuro. En cuanto a los procedimientos formales del pensamiento, los depresivos tienden a cometer una serie de errores cognitivos sistemáticos y los principales son: **las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación o minimización, la personalización y la imprecisión**. Los pensamientos de los depresivos son además, según Beck, automáticos, involuntarios y perseverantes, aunque a ellos les parezcan a todas luces acertados.

La meta fundamental de la terapia cognitiva se centra en entrenar al paciente, para que cambie los pensamientos depresivos y aumente su motivación y grado de actividad. Para ello, se emplean técnicas cognitivas y conductuales. Como no podemos desarrollar paso a paso la terapia de Beck, nombraremos, al menos, sus técnicas, para que el lector tenga una idea en conjunto: 1) Escalonamiento de tareas, según su grado de dificultad. 2) Planificación de actividades y ampliación de las actividades agradables. 3) Terapia del éxito y del placer. 4) Detención y recogida de pensamientos automáticos. 5) Argumentación en contra de los pensamientos automáticos. 6) Identificación del *set* cognitivo (negativo). 7) Evaluación de las cogniciones. 8) Terapia alternativa. 9) Reatribución. 10) Examen lógico del catastrofismo. 11) Terapia de la anticipación. 12) Identificación de los supuestos que subyacen en la depresión.

Como puede verse, uno de los grandes valores de la teoría de Beck consiste en la detallada elaboración de los componentes cognitivos que integran un trastorno psíquico como la depresión. No obstante, no está claro todavía, si el cambio de cogniciones es, en efecto, el mecanismo principal y más eficaz en el éxito alcanzado por los pacientes. Con el paso del tiempo, la terapia cognitiva de Beck ha ampliado su aplicación más allá de la depresión, en otros campos, como los trastornos de pánico (Oakley y Padesky, 1990), los trastornos de la personalidad (Fleming y Pretzer, 1990), la esquizofrenia (McNally, 1994) o las dependencias (Beck *et al.*, 1993).

- c) **Métodos de autoinstrucción**: Meichenbaum y Goodman (1971) desarrollaron un programa de entrenamiento dirigido a niños hiperactivos e impulsivos. Como es sabido, estos niños tienen dificultades para emplear conscientemente el lenguaje, como medio para la planificación y regulación de su propia conducta. Por medio del entrenamiento, los niños aprenden a "hablar antes de actuar", elaborando así consciente y sistemáticamente la solución de problemas.

El entrenamiento se distribuye en cinco pasos: 1) Modelo: el terapeuta realiza una tarea, hablando en voz alta para sí mismo. El niño lo ob-

serva. 2) Instrucción externa, observable: el niño realiza la tarea, mientras el terapeuta lo instruye en voz alta. 3) Autoinstrucción externa, observable: el niño toma la verbalización del modelo y se instruye a sí mismo en voz alta. 4) Autoinstrucción externa, pero reducida: el niño realiza la tarea, al mismo tiempo que se instruye a sí mismo, susurrando la autoinstrucción. 5) Autoinstrucción encubierta: el niño, por último, realiza la tarea y se autoinstruye, sin que se le oiga.

La autoinstrucción se aplica con éxito en problemas escolares de hiperactividad, en la esquizofrenia o en los temores a hablar en público. Algunos autores (Craighead *et al.*, 1978) concluyen el estudio de este procedimiento, afirmando su eficacia general. Otros (Kendall y Finch, 1979) propugnan la conveniencia de combinarlo con otras técnicas operantes, como la solución de problemas o las habilidades de enfrentamiento, para mejorar su eficacia.

El elemento común en los distintos métodos de reestructuración cognitiva, como queda demostrado, es la elaboración de una visión alternativa de los problemas emocionales, con un acento en los factores cognitivos. Partiendo de ello, los autores conductistas retomaron estas terapias, acomodándolas al vocabulario conductista y a la teoría del aprendizaje social, logrando así mayor sistematización en su aplicación. Un buen ejemplo es la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1975).

3. Terapias de habilidades de enfrentamiento (*coping*): Estas estrategias son más heterogéneas que las de reestructuración cognitiva. Entre ellas, algunas ya mencionadas, se incluyen: la **desensibilización modificada** de Goldfried (1971), el **entrenamiento en manejo de ansiedad** de Suinn y Richardson (1971), la **modificación cognitiva** de Meichenbaum (1972), la **terapia dinámica de conducta** de Feather y Rhoads (1972), la **inoculación de estrés** de Meichenbaum y Cameron (1982), el **modelado cognitivo** de Meichenbaum (1971) y, por último, el **modelado encubierto** de Kazdin (1973, 1978).

Estos procedimientos surgidos, en principio, para modificar trastornos de ansiedad se han extendido a otras problemáticas, generadoras de estrés, por ejemplo, el dolor. Su intención es entrenar al paciente en ciertas habilidades, para que las utilice en futuras situaciones generadoras de ansiedad, por muy variadas que pudieran ser. Estos métodos que, como se ve, nacieron casi al mismo tiempo, a principios de los años setenta, en parte independientes unos de otros, pueden dividirse en dos apartados: a) métodos más o menos semejantes a la desensibilización sistemática; y b) métodos que empalman el empleo del moldeado con el ejercicio de las capacidades de enfrentamiento. Entre ellos, destaca por sus polifacéticas características la inoculación de estrés, el único que mencionaremos como ejemplo paradigmático.

La **inoculación de estrés** (*stress inoculation training*) es un procedimiento específico de Meichenbaum y Cameron (1982) y de Meichenbaum y Turk (1976, 1980), para dominar las situaciones de estrés. No se trata del dominio de miedos concretos, sino de una estrategia de tipo general. Su característica principal consiste en el reconocimiento rápido de la situación problemática y en el dominio de la misma, a través de las medidas cognitivas y motoras. El entrenamiento se concibe en tres fases.

La **primera fase educacional** comienza con un amplio análisis del problema, atendiendo, en especial, a lo que el paciente se dice a sí mismo en una situación crítica y a los pensamientos e imaginaciones que le pasan por la cabeza. Una vez analizado el problema, el terapeuta aclara al paciente sus miedos, a base de una teoría explicativa, acomodada a los hechos y situación concreta del sujeto. En general, se aplicaba el modelo de excitación emocional de Schachter (1966), más tarde criticado, por lo que pueden introducirse otros modelos como el concepto emocional de R.S. Lazarus (1966), la teoría del dolor de Melzack (1980) u otros nuevos y más complejos (Greenberg y Safran, 1990; Traue y Pennebaker, 1993).

A continuación, el terapeuta indica al paciente que la terapia debe ayudarlo a controlar su excitación fisiológica y a sustituir las autoverbalizaciones productoras de miedo por otros pensamientos positivos, modificando así su conducta manifiesta. Por último, se prepara al paciente, diciéndole que el miedo puede llegar, en el transcurso de la próxima fase, e incluso es bueno que llegue, para ir interviniendo con las medidas aprendidas.

En la segunda fase de ensayo, se ejercitan con el paciente diversas técnicas, para el dominio de la situación de estrés, tanto en el plano conductual, como en el cognitivo. Entre ellas, están las informaciones objetivas sobre los objetos fóbicos o situaciones de estrés y la relajación muscular (Jacobson, 1938), para controlar la excitación fisiológica. Para Meichenbaum, las medidas más importantes eran las autoverbalizaciones constructivas del paciente.

Esta fase consta de cuatro pasos: 1) preparación ante un estresor, en donde el paciente determina lo que debe hacer, examina sus posibilidades y se tranquiliza; 2) confrontación con el estresor, en la que el paciente se explica a sí mismo lo que puede hacer contra el estrés; 3) ejercicio en la sensación de pérdida de control, en la que se practica el anticiparse a la situación real, sin dar paso a los ataques de pánico; 4) autorrefuerzo, con el que se estabiliza la nueva conducta.

En la tercera fase de aplicación, el paciente prueba las habilidades adquiridas, ejercitándolas en la práctica. En una actitud preventiva, debe enfrentarse a las situaciones de miedo originales y a otras nuevas también difíciles. Meichenbaum (1991) propone crear, como experimento, niveles de estrés reales o imaginarios con la práctica mental de la situación ansiógena. También pueden emplearse videos estresantes y situaciones de fracaso.

Meichenbaum (1991) enumera una larga serie de estudios, en los que se emplea y evalúa esta terapia. Destaca su aplicación en la medicina conductual y en

la prevención. Las revistas especializadas, como *Cognitive Therapy and Research*, examinan las continuas investigaciones sobre estas terapias y su eficacia.

4. Solución de problemas: D'Zurilla y Goldfried (1971), apoyándose en Skinner (1953) y Davis (1966), definen como problemática una situación, cuando no se dispone de inmediato de una respuesta alternativa y efectiva, para enfrentarse a ella. La solución de problemas es un tema preferente en psicología cognitiva. Entendidos dentro de este campo, los problemas tienen tres componentes comunes: 1) un punto de partida insatisfactorio; 2) un estado final positivo; y 3) una barrera que impide el paso del punto de partida al estado final. Las características de los problemas y de su solución, dependen, tanto del tipo de barrera, como del ámbito real del problema. Apoyándose en este hecho, Dörner (1979) clasifica los problemas, según las barreras. En los problemas con **barrera de interpolación**, se conocen el inicio y el final, pero no existe un ordenamiento acertado de los medios necesarios para el paso intermedio. En los problemas con **barrera de síntesis**, se conoce el inicio y el final, pero faltan o se desconocen los operadores importantes (búsqueda de medios). Los problemas con **barrera dialéctica** se caracterizan por su escasez o falta total de criterios que fijen una meta.

D'Zurilla y Goldfried (1971) distinguen cinco procesos fundamentales en la solución de problemas: 1) la **orientación general** se refiere a la toma de postura del paciente frente a los problemas, viéndolos como una oportunidad y no como una amenaza; 2) la **definición y formulación del problema** exige al paciente definir su posición con toda clase de detalles, concentrándose en los datos más relevantes, como el análisis del material, de las metas, del conflicto y de la estructuración del problema; 3) en la **creación de alternativas** no se trata de evaluar, sino de enumerar todas las alternativas que se descubran. Algunos autores distinguen, a este respecto, entre "estrategia" (formulación general de una conducta a emplear) y "táctica" (modo específico de realizar el plan). El terapeuta va escribiéndolas todas, como se van diciendo, sin comentarios ni evaluaciones; 4) con la **decisión**, el paciente elige las estrategias más adecuadas, tomando en cuenta sus consecuencias. Después, debe pensar en las tácticas y en la planificación concreta. En caso necesario, deberá volver sobre los dos últimos pasos del entrenamiento; 5) la **verificación** examina y controla la puesta en práctica. Según proponen D'Zurilla y Goldfried (1971), puede aplicarse en esta fase el *Test-Operate-Test-Exit* (TOTE), que exponen Miller, *et al.* (1960), al conceptualizar la relación entre la planificación individual y su realización. Conviene, a su vez, elaborar con el paciente muchos ejemplos, con distinto grado de dificultad para su ejercicio.

Aunque este método contó en sus primeros años con algunas dificultades en su desarrollo, no tardó en manifestarse como una técnica relevante (Nezu y Nezu, 1993) más allá del campo clínico, como, en las cuestiones de actualidad; por otro lado, de la formación de personal, del *management* o de la dirección organizacional.

5. Autocontrol: El proceso de autocontrol puede definirse, según Kanfer (1975), como una secuencia con diversos estadios. El primero corresponde a la autoobservación de la propia conducta. El segundo se centra en la comparación entre lo que el individuo hace y lo que debería hacer. Éste aprende a discriminar. El tercero se dedica al respeto propio, dirigido a elevar la motivación. La característica principal del autocontrol se centra en el hecho de que el paciente tome en sus manos las funciones terapéuticas.

Los métodos más importantes son la autoobservación, el autorrefuerzo y el autocastigo (métodos del control de contingencias), el control de estímulos y el contrato. Después de explicar el manejo de estos métodos, Kanfer (1975) expone los siguientes pasos del programa de autocontrol: 1) Propuesta de un análisis de la conducta. 2) Observación y examen de la conducta final. 3) Desarrollo de un plan de intervención, con contrato. 4) Explicación de las técnicas de modificación. 5) Examen continuado de los progresos y del contrato. 6) Anotación y recuento de los datos cuantitativos y cualitativos que van documentando el cambio. 7) Propuesta de un programa de autorrefuerzo. 8) Generalización y *transfer* de la nueva conducta. 9) Intercambio continuo sobre los medios y efectos del tratamiento. 10) Apoyo ininterrumpido del terapeuta de la responsabilidad que va asumiendo el paciente.

El entrenamiento consecuente del paciente, hasta convertirlo en su propio terapeuta, puede considerarse una de las metas más elevadas de toda terapia. En sí esta terapia está indicada, ante todo, para pacientes que han reconocido y comprendido sus dificultades y tienen el deseo de superarlas, pero no disponen de conocimientos o técnicas suficientes para dominarlas. Con respecto a la cuestión teórica, aún se mantiene la discusión sobre la adjudicación del autocontrol a un modelo teórico concreto, pero, en la práctica, tiene una extensa aceptación y una amplísima gama de aplicación.

Puede verse, por todo lo antes expuesto, que las terapias cognitivas conforman un campo difícil de abarcar. Aún quedarían terapias tan interesantes como la **intención paradójica** (Frankl, 1975, 1985) y sus efectivas aplicaciones con familias esquizofrénicas (Selvini Palazzoli y Prata, 1982) o la teoría de la **atribución** que estudia "cómo la causalidad percibida puede influir en la conducta" (Mahoney, 1974, p. 213). La "era cognitiva" ha tomado carta de ciudadanía dentro de la TC, y sus grandes investigadores seguirán ocupándose de su desarrollo, llegando quizá a resolver las cuestiones prácticas, con frecuencia las más decisivas, sobre cuándo, cómo y en qué casos se debe intervenir con estas técnicas.

Tercera generación de la terapia de conducta

El hombre no es sólo un ser dispuesto al condicionamiento y cargado de pensamientos y cogniciones. Es también un ser emocional, marcado por el apego y

explorador del sentido de su propia vida. Es, asimismo, un ser dependiente de las interacciones y de su cultura. La tercera generación ("tercera ola", Hayes, 2004) de la TC busca trabajar con todos estos encuadres. Si a la primera generación de la TC podía adjudicarse la **era de la conducta** y a la segunda generación la **era de la cognición**, en la tercera podría desarrollarse la **era de la emoción**.

Es una era que ya se anunciaba en los conceptos, por ejemplo, de Bandura, Meichenbaum y Lazarus. Mientras Meichenbaum consideraba la emoción como el "aglutinante" entre cognición y conducta, muchos terapeutas de conducta proponían a la emoción (negativa), de acuerdo con la tradición experimental, como la variable dependiente que debe cambiar. Meichenbaum, sin renunciar al inventario de las técnicas terapéuticas tradicionales de la TC, ya "recetaba", por ejemplo, su método constructivo-narrativo que, al igual que la moderna psicología de la emoción de Lazarus, se dirige más a los temas personales básicos, que a las cogniciones disfuncionales del momento.

La relativización del significado de la clasificación de síntomas y su "recetario", el acento sobre la persona "total" y, en especial, sus relaciones interpersonales, y el reconocimiento de la continua dinámica entre cognición, emoción y conducta, en lugar de su mutua subordinación, mueven el transfondo de la tercera generación de la TC. A continuación, mencionaremos algunas de sus terapias más en boga.

La **Terapia de Esquemas (TE)** (Young *et al.*, 2003), en origen llamada Terapia Cognitiva Focalizada en Esquemas, implica, según el mismo Young, una integración equitativa de otros modelos: 25% del cognitivo, 25% del comportamental, 25% de la Gestalt y 25% de la teoría psicoanalítica del apego.

Los esquemas incluyen recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales. Se originan en la niñez o en la adolescencia y se desarrollan a lo largo de la vida. Al principio, son adaptativos al entorno del niño, pero, a lo largo del desarrollo, se convierten en desadaptativos, perdiendo su sentido. Los esquemas desadaptativos tempranos son el resultado de necesidades básicas insatisfechas, provocadas principalmente por experiencias aversivas de la niñez. Young distingue 19 esquemas desadaptativos. El paciente desarrolla, a su vez, tres estilos para acomodarse o intentar dominar los esquemas: la **permisión** que podría significar la confirmación y hasta el reforzamiento del esquema; la **evitación** que puede ocultar el esquema, al menos ante los demás, y la **compensación** que impide que el esquema sea reconocido, pero a base de mucho esfuerzo y consumo de energías.

La TE destaca por la sistematización en la evaluación y en el tratamiento, y por la construcción de instrumentos de medida, para la identificación de esquemas y el desarrollo de trabajos empíricos (Young y Klosko, 1999). El proceso de cambio trabaja con estrategias cognitivas, en las que, el paciente establece un diálogo entre el "lado del esquema" y su "lado sano". Las estrategias experienciales amplían la comprensión racional del esquema al campo emocional, trabajando los tres principales caracteres: el niño vulnerable, el padre disfuncional y el adulto

sano. Al no poder tratar del mismo modo a un paciente airado que a un depresivo, o a un limitrofe que a un narcisista (casos típicos de la TE), (Spinhoven *et al.*, 2007), Young elaboró el modelo de los modos. Cada modo es una agrupación de esquemas que se activan al mismo tiempo, produciendo un "estado general momentáneo" en el paciente, mientras los otros modos quedan apartados. Young los define como una parte desgajada del ego y diferencia 10 modos, orientados a los estados de la niñez, la solución de las disfunciones, los influjos de la educación paterna y el modo del adulto sano.

La TE tiene especial interés en la relación terapéutica, por medio de un cuidado paternal limitado hacia el paciente. El terapeuta se esfuerza en reconocer las necesidades básicas del paciente, buscándole una solución, por medio de la aceptación, la empatía y otras cualidades descritas y prescritas en otras terapias, como la de Rogers. Cuando la terapia tiene éxito, confiesa Young, el paciente interioriza al terapeuta, como una parte de sí mismo. La TE ofrece todavía una relación difusa de la investigación terapéutica. Sus conceptos y definiciones deben aclararse más, pero muestra un intento de integración, más allá del eclecticismo, que dará, sin duda, sus buenos frutos.

La **Terapia de Aceptación y Compromiso** (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes y Strosahl, 2004; Barraca, 2005; Wilson y Luciano, 2002) se centra en los valores personales del paciente que se definen como direcciones vitales globales deseadas y construidas verbalmente. Se pueden conseguir, partiendo de la conducta, pero nunca en su totalidad, por lo que siempre están presentes como un trasfondo del comportamiento. De ahí, su utilidad. Para la ACT, valorar es, al final, actuar. Si el paciente logra salvar la **evitación experiencial destructiva**, actuará de acuerdo con sus metas vitales.

El proceso de la terapia se apoya, en sus inicios, en el llamado "desentramado de los valores". Al paciente se le pide que indique los terrenos en que se mueven sus valores y sus prioridades; también que explicita las motivaciones que sustentan sus acciones o modos de vida y si actúa con patrones de regulación verbal generalizados o contextualizados (Hayes *et al.*, 1998). El terapeuta debe indagar la meta que persigue el paciente, cuando busca el alivio de sus sufrimientos.

Para situar la estrategia del paciente en el contexto de sus valores, los autores de la ACT suelen introducir la "metáfora del jardín", en la que se relacionan los quehaceres de la vida con el cuidado de un jardín. Una vez establecidas esas oportunas conexiones, llega el momento de aplicar el "Cuestionario de Valores" (Wilson y Groom, 2002; Blackegde y Ciarrochi, 2006). Luego, se retoma la metáfora, para indagar las barreras psicológicas "malas hierbas del jardín", que impiden la actuación acertada del paciente. Pero, tanto las plantas, como las malas hierbas pueden coexistir en un mismo jardín. El terapeuta prepara así el camino y plantea al paciente la aceptación, como una estrategia alternativa, vistos sus intentos infructuosos de controlar sus sensaciones de malestar. Todo ello sucede

dentro del **Marco Relacional del Lenguaje y la Cognición** (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

Por lógica y con razón, la ACT insiste en el autoconocimiento del terapeuta, para que no imponga su propio esquema de valores al paciente, lo que no quiere decir que pueda dejarlos totalmente al margen. Con ello, el terapeuta sirve como modelo de compromiso personal para sus pacientes. La ACT comienza a generar sus herramientas para el análisis de valores, pero debe perfeccionarlas y desarrollar más a fondo sus estrategias y métodos clínicos.

La **Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)**, (Kohlenberg y Tsai, 1991) aplica el análisis de la conducta a los intercambios verbales entre paciente y terapeuta, considerándolos como el principal material clínico y empleándolos para cambiar la "conducta real", objeto del tratamiento. Esta terapia conecta con la tradición conductista de Skinner (1957) y su denominación de "analítica funcional" apunta al análisis funcional de la conducta.

La PAF se estructura mediante tres componentes básicos: 1) La noción de "conducta clínica relevante". 2) La identificación de las conductas clínicas relevantes; y 3) las reglas para una actuación terapéutica relevante.

1. Las conductas clínicas relevantes (CCRs) se clasifican en tres tipos: a) los problemas del paciente durante la sesión (CCR1), que suelen ser conductas relacionadas con el control aversivo, la dependencia, las relaciones sociales y temas similares; b) las mejorías del paciente durante la sesión (CCR2); y c) las interpretaciones que proporciona el paciente, acerca de su conducta (atribuciones causales), en especial, las expuestas en términos de sus antecedentes funcionales (evocativas y discriminativas) y de las contingencias de reforzamiento.
2. La identificación de las CCRs trabaja con dos referentes: el análisis funcional del lenguaje en la terapia; y las situaciones terapéuticas que evocan CCRs, como pueden ser los silencios en la conversación, el sentirse bien, la expresión de afecto o la propia estructura temporal de la sesión.
3. Las reglas que definen las condiciones de contingencias son cinco, según Kohlenberg y Tsai (1987): 1) Atienda a las CCRs. 2) Evoque la ocurrencia de CCRs. 3) Refuerce las mejorías. 4) Observe su propio potencial reforzante como terapeuta. 5) Describa las relaciones funcionales entre las variables controladoras y las CCRs del paciente.

Hasta el momento, el único aval empírico de la PAF es el estudio de casos, entre los que Kohlenberg y Tsai (1994) refieren como utilización exitosa los procesos de interacción, autoestima deficiente, personalidad limítrofe y depresiones recurrentes. Por lógica, la PAF debería ser aplicable a los problemas que surjan en la sesión terapéutica. Uno de los valores de la PAF es el uso del lenguaje como

herramienta terapéutica, junto con la consideración de la relación terapéutica como máxima responsable del cambio conductual. Por otro lado, las CCRs no dejan de ser simples hipótesis, que son asumidas sin más, cuando, de hecho, deberían ser demostradas primero. También las instrucciones del terapeuta corren el peligro de controlar la conducta del paciente, en lugar de potenciarla.

La **Terapia Dialéctica Conductual (TDC)** fue desarrollada por Marsha Linehan (Linehan, 1993a, 1993b; Linehan y Schmidt, 1995) como un concepto específico, para el tratamiento ambulatorio de los pacientes suicidas crónicos con trastornos de personalidad limítrofe. Este método muestra su superioridad sobre otras técnicas por la reducción de la frecuencia y el grado de la conducta parasuicida, por una duración menor en la hospitalización y por el menor número de interrupciones de la terapia.

Sus fundamentos son: 1) La teoría del aprendizaje biosocial de Theodore Millon, un psicólogo clínico que estudia los factores ambientales, como responsables de los trastornos de personalidad. De aquí, deduciría Linehan, por ejemplo, la regulación de las emociones. 2) El modelo dialéctico de Hegel que propugna los pasos de tesis, antítesis y síntesis, para llegar al conocimiento. Precisamente, el paciente de personalidad limítrofe no consigue la síntesis, viéndose obligado a permanecer en la tesis o en la antítesis. La postura dialéctica de Linehan recurre en su solución al llamado *wise mind*, para intentar la síntesis. Con ello, Linehan introduce elementos del budismo Zen en su concepto terapéutico. 3) La terapia cognitivo-conductual, tal y como ya ha quedado expuesta, al hablar de la segunda generación de la TC.

La TDC trabaja, a su vez, con cuatro modos primarios en el tratamiento: 1) Terapia individual, con una sesión semanal, en la que se explora con detalle una conducta problemática y sus soluciones alternativas. 2) Sesiones de terapia de grupo de 2.5 horas semanales, en las que se enseñan efectividad interpersonal, habilidades de tolerancia de la angustia/aceptación de la realidad, regulación de emociones y habilidades conscientes. 3) Contactos telefónicos. Los terapeutas de grupo no están disponibles entre sesiones; sólo el terapeuta individual. 4) Consulta de terapeutas, para la supervisión.

La terapia promueve una serie de comportamientos (en jerarquía descendente): disminución de comportamientos suicidas de alto riesgo; disminución de comportamientos que interfieran con la terapia y con la calidad de vida; disminución y manejo de las respuesta de tensión postraumática; aumento del respeto por sí mismo; adquisición de las habilidades conductuales enseñadas en el grupo y otros objetivos adicionales establecidos por el paciente.

El concepto de la TDC se ha modificado y ampliado a los pacientes drogadictos y a los jóvenes y adolescentes. Esta terapia muestra una cierta capacidad de integración, de complejidad y también de pragmatismo, porque parece reducir la cantidad de autolesiones y crisis de los pacientes.

La **Terapia Cognitiva Interpersonal (TCI)** (Safran y Segal, 1994) parte de la importancia de la relación terapéutica, como vía del cambio y de la consideración del paciente como parte del sistema interpersonal, en el que participa. La TCI se centra en tres mecanismos de cambio: a) el descentramiento, para que el paciente experimente su propio papel en la construcción de la realidad; b) el desmentido experiencial, para que el paciente rebata sus creencias disfuncionales sobre sí mismo y los otros; y c) la información de las disposiciones para la acción, para que el paciente descubra los aspectos inconscientes de su propia experiencia.

La TCI trabaja con tres focos terapéuticos durante los cuales el terapeuta utiliza la interacción, para evaluar el "esquema interpersonal", asumiendo una posición de "observador participante" y convirtiéndose en una fuente propia de evaluación:

1. En el foco fuera de la sesión, el terapeuta usa dos tipos de intervención. Si el paciente presenta un "marcador de inmersión plena" (pensamientos automáticos, sin crítica alguna a los mismos), el terapeuta "cuestiona" esa evidencia, y si el paciente manifiesta un "marcador de consciencia dividida" (pensamientos automáticos, autocríticos como absurdos), el terapeuta le pide detener esa autocrítica, hasta llegar a las creencias centrales del paciente (método de la flecha descendente).
2. En el foco dentro de la sesión, el terapeuta emplea cuatro tipos de comunicación: a) comunica sus propios sentimientos, para que el paciente tome consciencia del efecto sobre otras personas; b) los comunica, para sondear los del paciente; c) los comunica, para conectar con la conducta del paciente; y d) el terapeuta usa el marcador interpersonal del paciente, para sondear su estado cognitivo.
3. En la exploración de las disposiciones para la acción, el terapeuta ayuda con su empatía a que el paciente comience a expresar sentimientos e intenciones de actuar, reformando así el esquema interpersonal disfuncional.

Como puede verse, la TCI mantiene muchas afinidades con la terapia analítica funcional de Kohlenberg y Tsai, la terapia vivencial y procesual de Greenberg y la psicoterapia breve de Strupp y Binder.

El ***Mindfulness***, término de difícil traducción, se define como una atención y consciencia plenas y se entronca en otros procedimientos, como la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso o la terapia cognitiva de la depresión (Segal *et al.*, 2002). No obstante, algunos autores desearían independizarlo como un constructo de personalidad, pretendiendo medir, cuánto *mindfulness* tiene una persona y ver cómo esto afecta a diversos procesos o dimensiones psicológicas.

El *mindfulness* parece nacer del interés occidental por la tradición oriental, en particular, por el budismo Zen (Germer, 2005). Sus elementos básicos son: cen-

trarse en el momento presente y sentir las cosas tal y como suceden, sin buscar su control; abrirse a la experiencia, dejando que unas sensaciones lleven a otras de modo natural, sin interferencias; aceptar la experiencia, aunque sea desagradable, sin valorarla, y elegir de forma activa la experiencia, sobre la que se quiere actuar. Los procedimientos incluyen elementos cognitivos (meditación), vivencia de sensaciones corporales y ejercicios de respiración y relajación.

Jon Kabat-Zinn desarrolló en su Centro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets el *Mindfulness-Based Stress Program* (MBSR; Kabat-Zinn, 1982). Paul Grossman de la Universidad de Freiburg (Alemania) ha publicado un metaanálisis de los programas (Grossman *et al.*, 2004) y desarrollado un inventario que ha sido estudiado, en relación con el consumo de tabaco y alcohol (Leigh *et al.*, 2005). También existe una escala para pacientes de cáncer (Carlson y Brown, 2005). Además de su utilidad en trastornos de ansiedad, el *mindfulness* parece tener aplicaciones recientes, por ejemplo, con la psoriasis (Kabat-Zinn *et al.*, 1998) o en los trasplantes de órganos (Gross *et al.*, 2004).

Todavía podría hablarse de alguna otra terapia, como la **Terapia Integral de Pareja** (Jacobson, 1992), cuya clave ya no radica en cambiar conductas en sí, sino en comprender y aceptar los comportamientos de la pareja, entendiéndolos desde un nuevo y más riguroso análisis funcional o también la **Terapia del Bienestar** (*Well-Being Therapy*), procedente de la psicología positiva (Fava y Ruini, 2003) y basada en el modelo de Carol D. Ryff (Ryff y Singer, 1996), que promueve el dominio del entorno, el crecimiento personal, los buenos propósitos en la vida, la autonomía, la libre aceptación y las relaciones positivas con otros. Estas terapias de la "tercera generación" no suelen ser tan novedosas como aparentan. Por señalar un ejemplo, Beck (Beck, 1996; Clark y Beck, 1999) ya hablaba de los "modos" primarios, constructivos y menores y de los esquemas cognitivo-conceptual, afectivo, fisiológico, conductual y motivacional. Son terapias con una continua incorporación de métodos, técnicas y ejercicios que podrían dificultar su integración y llevar a una descontextualización de sus fines originarios. Confiamos en que la tercera generación de la TC nos lleve a un desarrollo creativo del gran espectro de métodos de la terapia cognitiva.

Sentimos no disponer de más espacio, para tratar algún otro campo de la TC, como el tecnológico del *biofeedback* (Schwartz y Andrasik, 2003), la **medicina conductual** (Blanchard, 1994) o los intentos de integración, o al menos de eclecticismo, como la ya histórica **terapia multimodal** (Lazarus, 1976). Para que el lector, ávido de más y mejor información, pueda hacer sus consultas, proponemos algunos manuales en español, más o menos clásicos y recientes: Bar (1999), Caballo (1998, 2004), Craighead (1984), Crespo y Larroy (1998), Gavino (2006), Izquierdo (1988), Kazdin (1996), Labrador *et al.* (2000), Leitenberg (1982), Olivares y Méndez (2000), Reep y Horner (2000), Vallejo (1998, 2000).

La TC ha alcanzado, en poco tiempo, una enorme velocidad en su desarrollo, una gran expansión en la investigación y la praxis, y una fundamentación bastante extensa de su efectividad, a la hora de tratar numerosos síntomas y trastornos psicológicos. Sus progenitores pueden estar orgullosos de su descendencia. Pero su ambición no se detiene. Quizá llegue todavía una nueva generación: la era de la motivación. Ya existe para ello una **Terapia de la Esperanza** (Snyder, 2000).

Debido a todo lo dicho, la TC deberá evitar caer en las modas terapéuticas, redefiniendo una y otra vez su propia identidad. La TC todavía debe asentarse más y mejor en el campo de la Psicología clínica, con una bien definida metodología. Su objetivo puede consistir en desarrollar un marco teórico, para la amplia gama de factores psicoterapéuticos. Un elemento básico para ello será la estructuración del proceso terapéutico.

También entran en discusión sus metas. ¿La TC se caracteriza por la reducción de trastornos psíquicos o debe ampliar su perspectiva, para construir un sistema de vida positiva en los individuos? ¿En qué dirección debe mirar un terapeuta? Porque hoy no es difícil declararse terapeuta de conducta, sino que es más difícil definirse como terapeuta de conducta.

TERAPIA TRANSACCIONAL

Pierre Thomas Claudet
Rafael Sáez Alonso

INTRODUCCIÓN

El Análisis Transaccional (AT) puede definirse como el análisis de los intercambios que se desarrollan entre las personas al interactuar unas con otras, constituye una técnica de intervención psicológica que se diferencia de otras concepciones tradicionales en psicología y psiquiatría, tanto por su enfoque original de la personalidad, su estructura, funcionamiento y metas, como por su forma particular de tratar los problemas conductuales y las dificultades emocionales que aquejan a las personas.

El AT es ante todo un enfoque racional y sencillo de la estructura y funcionamiento de la personalidad humana, cuyo conocimiento permite comprender mejor el comportamiento de las personas, tanto en su relación con sus semejantes como en su relación consigo mismas. Al fundamentarse en la premisa de que todas las personas tienen la capacidad para aprender a confiar en sí mismas, a pensar por sí mismas y a tomar sus propias decisiones, el AT proporciona varios instrumentos conceptuales y conductuales que ayudan a expresar de manera libre las emociones que facilitan el acceso a la satisfacción de las necesidades superiores del hombre: el afecto y el amor, el amor propio, la confianza en sí mismo y la autonomía, todo ello dentro de un contexto humanístico, ético y armónico, que invita al crecimiento y al desenvolvimiento emocional, mental, social y espiritual del hombre.

El AT tiene su origen en los planteamientos de Eric Berne (1910-1970), psiquiatra con formación psicoanalítica. Eric, cuyo nombre completo era Eric Leonard

Bernstein, nació en Montreal, Canadá, en 1910. Su padre era médico, como su abuelo, y su madre escritora. Todos ellos judíos y emigrantes de Polonia y Rusia. Se graduó como médico en 1935, y emigró a los Estados Unidos de América, donde cambia su original apellido de Berstein, por el abreviado de Berne.

El propósito de Berne (1961) era construir una "teoría sistemática de la dinámica de la personalidad social, derivada de las experiencias clínicas" (p. 31). El AT es una teoría de la personalidad y una psicoterapia sistemática para el crecimiento y el cambio personal.

Eric Berne comienza a trabajar en psicoanálisis con Paul Federn en 1941 y posteriormente en 1947, con Erick Erickson. Poco a poco se va produciendo en él "un amistoso divorcio del psicoanálisis". Su trabajo inicial respecto al análisis transaccional lo publica en 1957a: *Intuición V: La imagen del Ego*. A este trabajo se suman: *Estados del Ego en psicoterapia* y *Análisis Transaccional* (1957b) y *Un método nuevo y efectivo en terapia grupal* (1958). En el primer trabajo se esbozan los **Estados del Ego** con una división tripartita y en los siguientes se clasifica e incorpora el nombre de AT: **Análisis** por tratar de separar las conductas del comportamiento en unidades observables y **transaccionales** por su énfasis en las transacciones. Para Berne la transacción es la unidad básica del comportamiento, el elemento irreductible generador del mismo. La transacción no sólo es el fundamento de la comunicación humana, sino también el de la conducta en general.

Para Valbuena (2006), Berne podría haber sido un psicoanalista más, a la altura de Karen Horney, por ejemplo, pero se cruzaron en su camino los libros de *Cibernética*, de Norbert Wiener (1948) y la *Teoría Matemática de la Comunicación*, de Claude Shannon y Warren Weaver (1949). Algo importante debió de ocurrir en la mente de Berne, porque en 1949 comenzó a publicar seis artículos referentes a la intuición, el último de los cuales es de 1957. En él, recopila artículos publicados en revistas especializadas entre 1949 y 1962 con el título *Intuition and ego states*. Incluye también sus primeros enunciados sobre la base de la teoría del AT.

El primer libro de Berne se titula *La Mente en Acción* (1947). Posiblemente sea la mejor obra que ilustra los conceptos del psicoanálisis para cualquier persona no iniciada. En 1961 publica su segundo libro, *Análisis Transaccional en psicoterapia*, que lo dedica a su padre, médico de cabecera. Utiliza un estilo claro para hacer llegar a las personas una serie de conceptos con los que pudieran comprenderse a sí mismas y a los demás. Es el primer libro que trató por completo el AT. Contiene las ideas originales y definitivas de Berne y la formulación del modelo de Estados del Ego.

En 1964 escribe *El sexo en el amor humano*, desafortunadamente fue traducido inadecuadamente como *Hacer el amor*. Ofrece en él una variedad de relaciones interpersonales, amorosas y profesionales que constituye una auténtica obra de arte.

En 1964 revela en el libro *Juegos en que participamos* las muchas trampas que las personas se ponen a sí mismas y a otras para evitar una comunicación honesta.

Estaba corrigiendo las galeras de su último libro *¿Qué dice usted después de decir "Hola"?* cuando sufrió un trastorno cardiovascular. Murió el 15 de julio de 1970.

Sus investigaciones acerca de la intuición y las formas de interacción humanas, lo llevaron al desarrollo de concepciones diametralmente opuestas a las que, en su tiempo (y en la actualidad), eran y son aceptadas como hechos irrefutables con respecto a la conducta humana y a los fenómenos intrapsíquicos y sociales que provocan las distorsiones de la personalidad, y de lo que puede motivar un cambio a su favor. A diferencia de los enfoques psiquiátrico-psicológicos tradicionales, enmarcados dentro del esquema de la enfermedad y de la psicopatología, el AT opera principalmente en función de un modelo de aprendizaje. De acuerdo con los postulados del AT, la mayoría de las conductas humanas son el resultado de los aprendizajes educativos prejuiciados y de las influencias negativas a las que se encuentran expuestas la mayoría de las personas en el seno de sus familias y de su entorno sociocultural.

En su enfoque teórico y práctico, el AT parte de los siguientes postulados básicos:

Por naturaleza los seres humanos son capaces de vivir en armonía

La gente nace sana y las semillas de la perturbación emocional que aquejan a las personas no están en ellas, sino en sus progenitores y en su entorno social, todos ellos distorsionados por tradiciones, prejuicios y fantasías. Ya sea deliberada o inadvertidamente, los adultos (padres, familiares, maestros, clérigos, y otras figuras de autoridad social y educativa) enseñan a los niños, desde temprana edad, cómo deben pensar, sentir y percibir en función de las costumbres, tradiciones y normas socioculturales vigentes. De esta manera, tanto los progenitores como las diversas figuras de autoridad, ejercen en el individuo una serie de influencias opresivas que terminan dominando la tendencia vital positiva, la cual forma parte integral del ser y se mantiene latente en toda persona.

Las personas con dificultades emocionales y conductuales son seres humanos completos e inteligentes

Todos ellos son capaces de entender el origen de sus problemas intrapersonales e interpersonales, de adoptar procesos mentales y conductuales susceptibles de liberarlos de los mismos y de permitirles un cambio positivo hacia un estilo de vida más armonioso y feliz. El hecho de que muchas personas carezcan de salud, sean des-

dichadas, no se interesen por aprender, no acepten cooperar, se muestren egoístas y egocéntricas y carezcan de respeto por la vida, es consecuencia de su sujeción a prejuicios y fantasías que las dominan, induciéndolas a actuar con desprecio y sin interés. Empero aquellas personas que toman consciencia de su situación y de su estancamiento psicológico y deciden modificar su estilo de vida, pueden recurrir a sus potenciales innatas y a su tendencia natural a vivir, a cuidar de sí mismas, asumiendo la responsabilidad personal que les corresponde, a ser saludables y felices, a aprender a establecer relaciones interpersonales positivas, creadoras y armoniosas, y a respetar toda forma de vida. Esto siempre es posible para cualquier ser humano en la medida en que tenga acceso a un conocimiento adecuado y que se le proporcione un acercamiento o enfoque correctos en relación con su manera personal de pensar, sentir y percibir.

Todas las dificultades emocionales son curables

Dentro de este principio, el proceso terapéutico del AT debe apuntar a que las personas aprendan a sentirse y estar bien al recuperar y desarrollar su autonomía, su amor propio y la confianza en sí mismos, en lugar de adaptarse a sus problemas y dificultades para dejar de sentirse mal. La mayoría de los desórdenes psiquiátricos son de carácter funcional, es decir, no tienen como base una enfermedad física identificable o un desequilibrio químico perceptible. Los problemas mentales y conductuales tienen su origen en la pérdida de la autonomía, en el deterioro de la dignidad y de la confianza en sí mismos con una imagen desvalorizada o distorsionada como consecuencia de las presiones culturales y sociales ejercidas en el niño y en el adolescente. En lugar de escudriñar el "interior" del paciente en busca de debilidades o defectos internos, de conflictos neuróticos, psicosis, desórdenes de carácter o cualquier otra categoría psicopatológica diagnosticable, el AT busca, en términos de interacción social y de presiones intra y extrapsíquicas a las personas que se hallan expuestas, aquellas que expliquen por qué el individuo llegó a pensar y sentir en la forma destructiva y despreciativa que eligió.

En sus planteamientos, Berne rechazó la costumbre generalizada en psiquiatría y en psicología de recurrir al uso de un lenguaje científico, confuso y lleno de expresiones complejas y comprensibles sólo por los entendidos o iniciados. En su lugar, propuso y optó por un lenguaje simple y directo, al alcance de la mayoría de las personas como en el caso de la denominación de los **Estados del Ego: Padre, Adulto y Niño** o palabras conocidas como **juego, guión, caricia**. Algunas personas suponen que este lenguaje sencillo refleja un pensamiento superficial. Esta visión es errónea. Aunque el lenguaje del AT sea sencillo, su teoría es profunda y rigurosamente razonada (Stewart y Joines, 2007, p. 29).

Además, al oponerse al patrón médico de enfermedad y a la pérdida profesional del diagnóstico o etiquetación de las personas, Berne enfatizó el concepto

de la elección conductual basada en una decisión personal, señalando que el desequilibrio emocional o la perturbación psiquiátrica corresponden fundamentalmente a decisiones infantiles reversibles gracias a las tendencias innatas y potentes que poseen las personas en su deseo de recuperación sobre la base del desarrollo de nuevos aprendizajes conductuales. Al basarse en esta concepción humanística positiva, Berne consideró necesario que el terapeuta abandonara el supuesto de enfermedad y estado crónico, cuyo efecto demostrado por Goldstein (1962), y luego por Frank (1978), era producir en el paciente un estado crónico y de enfermedad, que adoptara en su lugar el supuesto de **curabilidad**, ofreciendo a quienes acudían a ella en busca de ayuda, una esperanza positiva, lo cual hace posible que las personas aquejadas por dificultades emocionales y de interacción social, tomen el mando de sus vidas y produzcan sus propios planes vitales, nuevos, positivos y satisfactorios.

Desde un principio, Berne adoptó la práctica de exponer y discutir franca y abiertamente sus observaciones y tesis con algunos de sus colegas y con diversos profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, educadores) reunidos en lo que se denominó *Seminario de Psiquiatría Social de San Francisco*, iniciado en 1958. En las célebres sesiones de los martes, no sólo Berne sometía al examen y crítica de los participantes sus planteamientos teórico-prácticos, sino que muchos de los integrantes del que fue después *Seminario de Análisis Transaccional de San Francisco* (y después de la muerte de su propulsor, *Seminario Eric Berne de San Francisco*) desarrollaron a su vez diversas ideas y observaciones que no sólo permitieron una profundización de las concepciones originales de Berne, sino que contribuyeron en forma positiva a ampliar y complementar el cuerpo teórico e instrumental del AT hasta su actual nivel de desarrollo. Esta forma de proceder le imprimió al AT un carácter dinámico que lo identifica, al igual que a quienes operan dentro de este marco conceptual.

Entre los aportes valiosos del AT realizados por los discípulos y seguidores de Berne, figuran el *Análisis de los libretos y de la Matriz del Argumento de Vida* por Claude Steiner (1974), el *Análisis de los Roles Psicológicos y del Triángulo Dramático* de Stephen Karpman (1968), los *Conceptos de Permisos y de Protección* de Pat Crossman (1966), el *Análisis del Miniargumento* de Taibi Kahler y de Hadges Capers (1974), el *Proceso de Reparentalización* de Jaqui Schiff (1969), la *Incorporación de la Gestalt y el Proceso de Redecisión* de Robert y Mary Goulding (1976), y otros que han enriquecido los planteamientos originales de Berne con conceptos y técnicas de gran valor, tanto en el plano psicoterapéutico como en el de cambio, crecimiento y evolución emocional de las personas.

Constituido en la actualidad como una teoría total de la personalidad, con un cuerpo teórico conceptual y práctico amplios, el AT explica en forma clara y concisa el porqué las personas difieren unas de otras y actúan de la manera en que cada una de ellas lo hace, proporcionándole a éstas los medios cognoscitivos que les

permiten entender su conducta y asumir la responsabilidad que les incumbe en cuanto a un cambio y adopción de conductas más positivas, adecuadas y satisfactorias dentro de un proceso susceptible de asegurar una máxima evolución emocional y espiritual.

Como teoría, el AT explica la estructura y funcionamiento de la personalidad humana mediante un lenguaje sencillo y claro, con base en la experiencia personal de cada quien, que constituye, en última instancia, el marco de referencia individual tomando en cuenta las conductas y vivencias cotidianas y de las cuales el individuo es, en realidad, el único juez válido.

Como modelo científico, el AT, observa, coteja, evalúa, valora, actualiza, integra y actúa sobre la conducta, al separar el comportamiento en unidades simples e identificables y comprensibles (análisis), y al aplicar dicho análisis a los intercambios de estímulos y respuestas entre las personas (transacciones).

El AT es una teoría que corresponde a una ciencia positiva, la Psicología, cuyo objeto de estudio es, efectivamente, la conducta (Massó, 2007, p. 17). Para este autor, el AT es un metamodelo, un constructo mental que sintetiza saberes extraídos de múltiples fuentes y que fue probado y revalidado en la práctica clínica. Integra aportaciones cognitivas, existenciales y psicodinámicas, con otras que conciernen a la teoría de la comunicación y a la antropología fenomenológica.

La concepción antropológica que respira toda la teoría transaccional es de índole humanística. Es decir, el hombre es el principal artífice de su propia identidad a través del diálogo con quienes le rodean y con el sistema de adaptación al mundo y a las circunstancias del entorno.

Como modelo humanístico, el AT persigue como objetivo fundamental ayudar al hombre a crecer y desenvolverse plenamente al liberarlo de sus ataduras y compromisos (guiones psicológicos o argumentos de vida, juegos psicológicos y manipulaciones), enseñándole los caminos hacia la autonomía, la intimidad y la autenticidad, mediante la recuperación y fortalecimiento de su *okeidad*, primigenia y adiestramiento para optar por una posición existencial realista.

Como técnica o instrumento de cambio, el AT proporciona respuestas a múltiples preguntas que las personas formulan habitualmente con respecto a sí mismas, a los demás y a las conductas y motivos de cada cual. Además, el AT proporciona a las mismas personas la responsabilidad con respecto al uso adecuado y oportuno de los instrumentos conductuales ofrecidos al brindarles alternativas para el cambio conductual a través del mejoramiento de sus formas de relación y su emancipación con respecto a un estilo de vida conflictivo y supeditado a prejuicios y fantasías.

Por su naturaleza y fundamentos, el AT permite, además de una inmediata comprensión de la conducta; la realización de cambios conductuales rápidos y estables, ya que todos los planteamientos se refieren a comportamientos objetivos e identificables por las mismas personas, en función de sus propias conductas

o la de los demás. El efecto personal de la aplicación de los instrumentos del AT ofrece una retroalimentación gracias a la facilidad con que se pueden verificar sus alcances mediante la observación y experimentación de los cambios sentidos personalmente y de las reacciones de los demás frente a dichos cambios. Esto es así ya que las técnicas o instrumentos conductuales del AT son potentes e impactan desde el primer momento, tanto por la naturaleza y validez de su información como por la posibilidad de prever, con gran acierto, la conducta de los individuos en general. Finalmente, el conocimiento propio que las personas pueden adquirir a través del AT permite a cada individuo controlar, con facilidad, la manifestación personal de comportamientos inadecuados o irracionales y de detectar pensamientos y modos de percepción impropios antes de que éstos sean activados. En esta forma, las personas pueden manejar la producción y la transmisión personal de mensajes y estímulos negativos y no asertivos.

Por su estructura y dinámica, el AT sirve también de marco de referencia, claro y comprensivo, para el análisis y aplicación de otras técnicas derivadas de las ciencias de la conducta, por ejemplo, la Gestalt, la bioenergética, la psicocibernética, el reflejo de sentimientos, la relajación y los métodos de meditación. Además, los esquemas, lenguajes y modelos del AT tienen una aplicación valiosa en la organización y trabajo con grupos humanos tanto en el campo laboral y organizacional (desarrollo organizacional) como en el educativo, contribuyendo al crecimiento y desarrollo de los individuos y de los grupos mediante el aprendizaje y aplicación de relaciones interpersonales sanas, adecuadas y armoniosas.

Sin embargo, conviene recordar que hay diferencias en cuanto al énfasis y las técnicas de la teoría básica del AT para el trabajo organizacional, el educativo y el clínico (Clarke, 1981). La preparación y la acreditación de los practicantes del AT tienen en cuenta estas diferencias. Se sugiere la lectura del artículo de Blakeney (1980) acerca de la eficacia que el AT puede tener tanto en las organizaciones como en el desarrollo de las personas.

En referencia a la relación del AT con la educación pueden consultarse las obras de Ernst (1972) y Sáez Alonso (2001) donde se describen los instrumentos del AT, Estados del Ego, transacciones, caricias y estructuración del tiempo, deteniéndose en el análisis de los juegos psicológicos, capacitando, así, a profesores y alumnos para que eviten intercambios improductivos e inviertan su energía en las tareas de enseñar y aprender.

El AT es, ante todo, un método positivo de formación del hombre integral, que en la actualidad, conforma una vasta organización internacional dentro del marco de la *International Transactional Analysis Association* (ITAA), y de sus filiales en América Latina con la Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional (ALAT), y en Europa con la *European Association Transactional Analysis* (EATA). En España, la Asociación Española de Análisis Transaccional (AESPAT) edita una revista semestral titulada *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*.

Bajo la dirección de los miembros didácticos, clínicos y especialistas, las diversas asociaciones de AT nacionales e internacionales brindan la posibilidad a psicólogos, psiquiatras, médicos, educadores, trabajadores sociales y otros, de formarse dentro del marco de programas de posgrado, tanto en el área clínica como en las áreas organizacional y educacional, que constituyen actualmente los ámbitos de acción y aplicación del AT.

DEFINICIÓN DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Son varias las definiciones que se ofrecen del Análisis Transaccional. La definición más simple nos la presentan Chandezon y Lancestre (1984): "El Análisis Transaccional es un nuevo método de tratamiento de los trastornos afectivos" (p. 24). En efecto, este método de tratamiento de los trastornos afectivos se fundamenta racionalmente en bases teóricas. Citemos a Eric Berne (1981):

"El Análisis Estructural y el Análisis Transaccional ofrecen una teoría sistemática y coherente de la personalidad y de la dinámica social construida a partir de una experiencia clínica, y una forma de terapia activa y relacional que se adapta a la gran mayoría de los enfermos que dependen de la psiquiatría, que éstos pueden comprender fácilmente y que se presta sin dificultad a su caso" (p. 21).

Por lo anterior, podríamos afirmar que Eric Berne no nos ha suministrado una definición que abarque todo su sistema. Pero fijándonos en sus obras y su posterior desarrollo, hallamos unos elementos que pueden destacar.

En primer lugar, el AT es una teoría y una psicoterapia, y además, originales. Berne al trabajar en psicoterapia con un paciente abogado de profesión (Mr. Second) tuvo la intuición de analizar los Estados del Ego. Este célebre abogado, se sentía a menudo, "como un niño pequeño"; se le ocurría a veces robar chicles y otras cosas por el estilo. Así dirá Berne (1961, 1981): "Si se empleaba el término de Niño a propósito de la persona que robaba los chicles, no era ni por facilidad ni porque a menudo los niños efectúen pequeños latrocinios, sino debido a que él mismo hurtaba chicles durante su infancia, haciendo uso de la misma técnica" (p. 32). Este actuar como un niño pequeño interfería, con la personalidad de Mr. Second, quien además era un ser lógico, frío y hábil para ganar dinero. Destaca Berne: "El Adulto no era llamado así porque Second representara el papel de un adulto, imitando la conducta de las personas mayores, sino debido a que, en su actividad de hombre de leyes y en sus operaciones financieras, daba pruebas fehacientes de esta realidad" (p. 32).

Otra parte de Mr. Second, por el contrario, soñaba con regalar sus ganancias, ser pródigo para el bien de la comunidad. Su opinión, al respecto, era que tal conducta imitaba el sentimentalismo de su padre, persona devota y filantrópica. "El término de Padre no ha sido elegido en virtud de la actitud tradicionalmente personal o maternal de los filántropos, sino porque el paciente imitaba en efecto la

forma de ser de su padre consecuente con sus actividades bienhechoras", comentará Berne (p. 33). Berne intuyó las transacciones como base de las relaciones sociales. Así pues, es una nueva teoría construida a partir de una experiencia clínica.

En segundo lugar, el AT se basa en los Estados del Ego y las Transacciones. Se ha descrito antes cuál fue la original intuición que Berne tuvo al respecto. Ya en la Psicología se había observado que en cada sujeto hay varios aspectos o personalidades o personajes, pero fue Berne quien los llamó Estados y los definió con exactitud. Los redujo a tres principales: Padre, Adulto y Niño. El nombre de los Estados se forma con las iniciales de Padre (P), Adulto (A) y Niño (N). Es decir, PAN. Tales Estados van siempre con letras mayúsculas para diferenciarlos de los padres reales, de los niños y de las personas adultas.

También en Psicología muchos autores han descrito las relaciones sociales, pero lo peculiar de Berne es haber hablado de transacción, definirla como el mínimo intercambio social y haber representado sus múltiples formas. Una transacción es el mínimo intercambio entre un estímulo y una respuesta desde específicos Estados del Ego.

Finalmente, hay que decir que el AT va más allá de los Estados del Ego y de las Transacciones, pero en todo momento referido a ellos. Basándose en estos elementos, se desarrollan las transacciones a corto plazo con el estudio del empleo del tiempo, los juegos, etc., las transacciones a largo plazo, analizando el guión o argumento de vida que cada cual lleva consigo desde su infancia y que le empuja a determinados comportamientos básicos.

En resumen, se puede dar esta definición: el AT es un sistema original de Psicología y Psicoterapia basado en los Estados del Ego y las Transacciones entre los Estados del Ego de varias personas. Es también una teoría de acción social basada en el análisis riguroso de las transacciones y aplicable a la mejora de la Salud Mental individual y de las relaciones humanas.

INSTRUMENTOS DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Berne estudió fundamentalmente cuatro áreas: Estados del Ego, transacciones, juegos psicológicos y guión de vida. Es decir, analizó al individuo intrapsíquicamente, a través de los estados Padre, Adulto y Niño, con los instrumentos siguientes: estructura de los Estados del Ego de primer y segundo orden, su estructura funcional y las psicopatologías correspondientes.

También analizó al individuo en las relaciones sociales a través de las transacciones, cuyo instrumento son las caricias; los juegos psicológicos, cuyo instrumento es el triángulo dramático; del guión, que tiene como instrumentos el miniargumento y el miniguión. Lo escrito no excluye intercambios e influencias entre estos instrumentos y otros más que se emplean en el AT.

Kertész (1985) ofrece la agrupación de los elementos del AT en 10 categorías o 10 "instrumentos". Presentamos una síntesis basándonos en los transaccionistas más importantes que los han estudiado y damos una idea general de lo que significa cada uno de ellos.

Análisis estructural y funcional: Es el esquema de la personalidad, basado en el Padre, el Adulto y el Niño. Funcionalmente son: Padre Crítico, Padre Nutritivo, Adulto, Niño Natural y Niño Adaptado, son realidades psicológicas desde donde nos comunicamos con los demás. Es la fase intrapsíquica del Análisis Transaccional.

Análisis de las transacciones, simbiosis y descalificaciones: Es el análisis de los intercambios sociales con sus aspectos positivos y negativos. Esta comunicación puede ser verbal o no-verbal. Así comienza la fase interpersonal del Análisis Transaccional.

Caricias (estímulos): Estímulos, incentivos y satisfacciones de nuestras necesidades que nos damos o damos a los demás. Pueden ser caricias físicas o psíquicas. El hambre de caricias determina muchas de nuestras actividades y qué hacemos con nuestro tiempo.

Posiciones existenciales: Son el juicio que adopta el niño acerca de cómo se siente y se percibe a sí mismo y a los demás en los primeros años de vida. La decisión tomada, aunque sea inconscientemente, va a cristalizar en un guión o programa a seguir.

Emociones auténticas y "rebusques": Componentes emocionales repetidos de nuestra conducta. Las emociones auténticas para el Análisis Transaccional son: alegría, amor, tristeza, miedo y rabia. El rebusque es una emoción inadecuada que reemplaza una emoción auténtica, no permitida. Se llama "rebusque" porque uno le "rebusca" para volver a sentirla.

Análisis de los juegos psicológicos: Implican las relaciones humanas a través de secuencias de transacciones ulteriores. La gente "juega" para satisfacer necesidades básicas y vitales de su Niño Adaptado. Estos proveen de caricias negativas, confirman la posición existencial y los mandatos parentales. También ayudan a mantener y reforzar los "rebusques" aprendidos en la infancia.

Estructuración del tiempo: Es el análisis de las seis formas de estructurar el tiempo. Más allá de las simples transacciones y de la búsqueda de caricias, el individuo tiene hambre de programar el tiempo. Para Berne son: aislamiento (sin contacto con los demás), actividades, rituales, pasatiempos (con contactos programados socialmente), juegos e intimidad (con contactos programados individualmente).

Guión y metas de vida: Se refiere al conocimiento de la formación del especial guión de vida adquirido en la infancia y de su fuerza para alcanzar o no las metas de vida.

Análisis del miniguión: Es el estudio de una secuencia repetitiva de sentimientos y comportamientos observables, y que parte de los mandatos parentales. Avanza en el sistema negativo de conductas.

Dinámica de grupos: Se describen las organizaciones sociales y la dinámica de grupo desde el Análisis Transaccional. Se interviene con este instrumento en la organización interna y externa del grupo, el liderazgo, las etapas de desarrollo, etc.

En 1963, Eric Berne publicó el libro *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups*. En él ofrece un modelo para organizar grupos y diagramas de su dinámica.

ESTRUCTURA DINÁMICA DE LA PERSONALIDAD

El comportamiento individual se manifiesta de distintas formas, perfectamente identificables en cualquier persona y para cualquier observador. Conforman, de hecho, las facetas de la personalidad y ponen en juego diversos rasgos, a veces antagónicos entre sí, de dicha personalidad. Estas facetas fueron identificadas por Eric Berne (2007) como los Estados del Ego: Niño, Adulto y Padre, cada uno corresponde a "un sistema de emociones y de pensamientos acompañado de un conjunto afin de patrones de conducta" (p. 5) y constituyen la manifestación fenomenológica y operacional de las tres entidades que conforman la estructura de la personalidad:

- a) **Arqueopsiquis**, corresponde a los vestigios de la niñez que sobreviven en el individuo adulto, independientemente de su edad cronológica. Es el Estado del Ego Niño, depósito de las vivencias más antiguas, el trasfondo sensitivo y emocional que la persona acumula desde el seno materno.
- b) **Extereopsiquis**, constituida por todos los mandatos y normas externas al individuo, que éste interioriza y que rigen su percepción y su relación con los demás. Es el Estado del Ego Padre. Es un estado de consciencia colectiva que se impone a cada individuo por impregnación cultural del grupo de pertenencia.
- c) **Neopsiquis**, caracterizada por una probatura de la realidad y estimación racional y razonable de los fenómenos que conforman dicha realidad. Es el Estado del Ego Adulto. La neopsiquis está constituida por la dotación de competencias, habilidades y saberes científicos, técnicos, empíricos y prácticos adquiridos a lo largo de la vida a través del aprendizaje.

Los tres son organizadores estructurales de la conducta de las personas. Tales estructuras son sistemas de pensamiento, sentimientos y conductas asociadas y cada una funciona según reglas propias de forma independiente y específica. La estructu-

ra está activa en cada experiencia del momento presente, se adapta a la situación inmediata, goza de fluidez energética y codifica los fenómenos de su experiencia, "enriqueciendo el bagaje con que actuará en el momento siguiente" (Massó, 2007, p. 37).

Los estados del Ego Niño, Padre y Adulto se definen cada uno en términos de pistas conductuales observables. No son puramente conceptos teóricos. Por ello, se puede juzgar por medio de la observación si estoy en mi Estado del Ego Niño, Padre o Adulto.

Además, los Estados del Ego están relacionados con identidades específicas. Cuando una persona está en su Estado del Ego Padre, está representando –no una manera general parental– sino las conductas, sentimientos y pensamientos de una de sus propias figuras parentales. Cuando aquella persona está en su Estado del Ego Niño, no se comportará simplemente como un niño, sino que está reproduciendo "conductas que realizó durante su **infancia**, junto con las experiencias y sentimientos que las acompañan" (Stewart y Joines, 2007, p. 40).

Los Estados del Ego a los que Berne llamó Padre, Adulto y Niño son, entonces, tres Estados del Ego conductualmente observables. Los Estados del Ego son nombres, no cosas.

Esto nos lleva a precisar que dichos Estados no tienen ningún tipo de existencia por ellos mismos, separados de la persona. No es berniano decir "Un Estado de Ego Niño quiere un poco de juega y diversión". Por el contrario, hay que describir este Estado del Ego afirmando: "Quiero algo de juega y diversión y puede que esté en mi Estado del Ego Niño cuando las quiero".

En conclusión, los Estados del Ego no son cosas. Los Estados del Ego son nombres.

La estructura de la personalidad humana es, pues, el producto de los años de formación autogénica (infancia), a partir de los condicionamientos biológicos del ser humano y de los estímulos del medio físico y social en donde el individuo se desenvuelve. La estrecha interacción entre los componentes orgánicos y sociales configura la personalidad y determina en ella sus rasgos peculiares.

ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

El análisis estructural es para Berne el estudio de los Estados del Ego que se definen como el patrón coherente de sentimientos y experiencias relacionados con el patrón coherente de conducta correspondiente. Cada Estado del Ego está definido por una combinación de sentimientos, experiencias y conductas típicas de cada Estado del Ego y se muestran consistentemente unidas. Las señales que componen cada Estado del Ego como un conjunto se muestran consistentemente juntas. Existe una diferencia clara y consistente entre un conjunto o Estado de Ego y los otros.

El análisis estructural es un análisis que se divide y se descompone en partes: la conducta y los componentes que la integran. Y es estructural en tanto se refiere a los componentes integrantes y fundamentales de la estructura de la persona. Siendo los Estados del Ego una de las bases del Análisis Transaccional, a continuación se expone, en forma resumida, la constitución y la expresión estructural de cada uno de ellos. Ahora hay que distinguir con precisión la estructura de la personalidad estudiando el modelo estructural de los Estados del Ego, es decir, la clasificación de los recuerdos y estrategias almacenadas.

Estado del Ego Padre

El Estado del Ego Padre es una serie de grabaciones verbales y no-verbales de las figuras parentales o de las personas que hacían sus veces. La fecha de grabación es, según autores, de los cinco a los ocho años.

Es función del Padre transmitir la cultura, la tradición. El individuo registra en una cinta magnetofónica sus vivencias desde el nacimiento y, quizá antes, las recomendaciones, los consejos, los hábitos y las leyes de conducta verbal o no-verbal.

El Padre actúa moralizando de manera primitiva y absoluta y de modo estereotipado y dogmático. También es cálido, permisivo y alienta la conducta de los demás, expresando solicitud y preocupación.

El Estado Padre es constitutivo con el Adulto y el Niño de la personalidad o Ego total. En ello radica su importancia y necesidad. El Padre ausente en su parte crítica positiva puede producir irresponsabilidad en los hijos. Un Padre ausente en su parte nutricia puede hacer que el sujeto no sepa tratar ni cuidar a los demás.

Berne (1947) considera que en este Estado (el individuo) "siente, piensa, actúa, habla y responde igual que lo hacía su padre o su madre cuando él era pequeño" (p. 26).

La fuerza con que se graban las normas, los juicios, las generalizaciones, etc., se debe a que en los primeros ocho años de vida, el niño, depende totalmente de los padres y no está capacitado para someter a crítica lo que se le dice o impone. Además, la fuente de donde proceden estas grabaciones tiene una fuerza apabullante para el niño. Los padres reales son omnipotentes, omniscientes y de ellos depende la fuente de sus satisfacciones.

Hay una serie de manifestaciones y expresiones externas que ayudan a identificar cuando el interlocutor está en el Estado Padre. Expresiones conductuales como señalar con el dedo índice acusadoramente, manifestarse con el ceño fruncido, mirar "desde arriba" con los brazos cruzados sobre el pecho, son típicos del Padre. Estas expresiones pueden ir acompañadas con mensajes verbales como: deberías..., siempre..., nunca...

El Padre se presenta en los individuos de dos maneras. La primera es como *Estado*: la persona se comporta con conductas parecidas e imitadas a las de sus propios padres. Y como *influencia*. En este caso el Estado que se manifiesta es el Niño, pero en él se percibe la influencia del Padre. Si una madre real tiene la manía de criticar a todos, incluido su hijito, este niño puede, cuando sea adulto, manifestarse críticón como era su madre. Y entonces manifiesta su Estado Padre del Ego. Pero puede reproducir la tristeza que de niño sentía cuando su madre le criticaba. Entonces el Estado que manifiesta es el de Niño, y el Padre está sólo como influencia en el Niño. La influencia del Padre se puede deducir cuando el individuo manifiesta una actitud de obediencia sumisa.

Se puede aclarar la idea del Padre como influencia refiriéndonos a los llamados diálogos internos. Éstos son circuitos no conscientes, que establecen comunicación entre los Estados del Ego. Es el diálogo que se da entre el Padre y el Niño de una persona. El Adulto permanece generalmente fuera de este diálogo. Pueden ser positivos o negativos, según como surjan los mensajes de un Padre Crítico y de un Padre Nutritivo; o ambos positivos o negativos.

Para salir del diálogo interno hay que activar el Adulto sometiendo los contenidos del diálogo a análisis y reflexión.

Estado del Ego Adulto

Según Berne (1963) "el Estado Adulto del Ego es un conjunto independiente de sentimientos, actitudes y conductas que están adaptados a la realidad en curso y no están contaminados ni por prejuicios paternos, ni por actitudes arcaicas que se remontan a la infancia" (p. 189).

El Adulto es el Estado del Ego en el cual se aprecia la realidad interna y externa de la persona de manera racional y lógica. El Adulto está preocupado principalmente por la transformación de los estímulos en elementos de información y por el proceso y la clasificación de esta información sobre la base de la experiencia anterior. El estado Adulto "se caracteriza por una serie autónoma de sentimientos, actitudes y normas de conducta que se adaptan a la realidad corriente" (Berne, 1981, p. 79).

En la evolución psicológica de las personas, el Adulto empieza a formarse desde los 10 meses de vida, cuando el niño empieza a moverse de manera autónoma y a manipular los objetos. Ahora bien, se puede convenir que es a partir de los siete años cuando emerge el pensamiento lógico concreto, cuando surge el Adulto (A2). El niño hace uso de la comparación, comprende la seriación y reversibilidad de las cosas y se presentan los valores morales que pueden aparecer en forma de cooperación.

El símil empleado por los analistas transaccionales para explicar las funciones del Adulto es el de un procesador de datos. "Es la parte de nuestra personalidad

a través de la cual procesamos la información de forma objetiva, pide y da información de la realidad. Es la parte racional, ubicada en el neocórtex de nuestro cerebro. Está orientada a pensar "(Opi, 1999, p. 58).

De acuerdo con Berne (1981), el Adulto tiene una triple fuente de información. Los datos propios adquiridos por las experiencias pasadas, sentidas y vividas por el Adulto desde los primeros meses; los datos adquiridos en la situación social en que se encuentra, y los datos internos suministrados por el Padre interno a través de las normas y valores y por el Niño con sus sensaciones y emociones.

Estos tres cauces de información le sirven al Adulto para reflexionar, pensar y decidir o emitir la mejor respuesta posible en cada situación. El Adulto es el Estado del Ego que integra la experiencia cotidiana, "la reflexión que pondera y valora la realidad del entorno, el análisis que calibra las posibilidades de éxito y programa el desarrollo de un proyecto sensato" (Massó, 2007, p. 103).

La actitud conductual del Adulto es de interés por el "aquí y ahora" y, para ello, pregunta, precisa los detalles, resume y discierne razonadamente sus expresiones.

Estado del Ego Niño

El Estado del Ego Niño está formado por las necesidades, sentimientos, emociones y pulsiones del individuo. Es lo biogenético y todo el bagaje de experiencias y sentimientos vividos en los primeros años de vida en contacto con los padres y personas mayores con quienes compartía su entorno.

El Niño es el primer Estado en aparecer. Se inicia con el nacimiento. Si el Padre es lo aprendido, y el Adulto es lo pensado y lo razonado, el Niño es lo sentido. Para Eric Berne el Estado del Ego Niño es una serie de sentimientos, actitudes y pautas de conducta que son reliquias de la infancia del individuo. El Niño es un Estado del Ego que es una reliquia de un periodo temprano significativo de la vida. Constituye el archivo vivo de la persona, el fondo de vivencias a las que se pueda recurrir. Contiene viejas pautas de adaptación y los mandatos de su guión de vida.

Las funciones del Niño emergen de la biología y de la vitalidad innata, en busca de la satisfacción de las necesidades orgánicas: emociones naturales como la alegría, el afecto, el miedo, la tristeza y la rabia; los impulsos primarios como comer y gozar de la vida; satisfacer la curiosidad, y la creatividad. Al hablar de emergencia de las funciones no olvidamos su aprendizaje. La alegría o el miedo también se pueden aprender por experiencia social, por observación de modelos.

Se debe aclarar que no puede haber equivocación en lo que pertenece al Estado Niño con lo pueril o infantil, en el sentido peyorativo de la palabra. Solamente cuando el Estado Niño se imponga inadecuadamente contra la dirección del Adulto, tal actitud será pueril. Hay muchas ocasiones en que el Niño es

el Estado más adecuado para manifestarse. No es pueril estar en el Niño, sino estarlo fuera de situación.

Los tres Estados son necesarios y constitutivos de la persona.

La importancia del Niño reside en que posee lo más vital y creativo que impele con su fuerza biológica y emocional a alcanzar las metas satisfactorias en la vida.

Las conductas que distinguen al Niño son las que indican expresividad como reír, llorar, jugar, mostrar exigencia y violencia a través de tonos exigentes, de interjecciones y exclamaciones.

En el cuadro 3-1 pueden apreciarse los tres Estados del Ego.

Cuadro 3-1. Funciones, expresiones verbales y expresiones gestuales de los tres estados del Ego

		Funciones	Expresiones verbales	Expresiones gestuales
P	Lo <i>aprehendido</i> y no cuestionado: normas, tradición Lo que hay que hacer Actúa en función del pasado	Crítica, protege Da órdenes Generaliza Hace lo que debe	Has de ser... Debes de... Nunca... Siempre... Tienes que... Ordena y juzga	Señalar con el dedo índice Fruncir el ceño Brazos cerrados/abiertos en posición de rechazar/acoger
A	Lo <i>razonado</i> Es el que ordena los datos como una computadora Actúa en función del presente	Elabora decisiones con datos aportados por la experiencia Calcula, comprueba Hace lo que le conviene	¿Cuáles son los pros y los contras... de...? ¿Por qué...? ¿Cuándo...? Piensa y actúa	Gestos del rostro y cuerpo que indican atención, escucha
N	Lo <i>sentido</i> Instintos y emociones Pensamiento mágico Actúa en función del pasado	Expresa sentimientos, deseos Hace lo que quiere	Quiero No quiero ¡Lo mío es lo mejor! ¡Que se fastidien! Exclamaciones espontáneas Siente y expresa	Llorar, reír, romper cosas, gritar, morderse las uñas, tics

Los Estados del Ego se manifiestan siempre de uno en uno, lo cual significa que, en un momento dado, el individuo sólo activa uno de sus estados (Padre, Adulto o Niño, según el caso). En general, la activación de uno de los estados tiene relación directa con la situación vivencial del momento, es decir, en principio, el individuo activa su Niño al encontrarse en una situación anímica o social propicia (diversiones, juegos, deportes, etc.); mientras que recurre a su Adulto cuando se enfrenta con el trabajo y la reflexión; activa al Padre cuando tiene que poner orden o cuidar de los demás. Empero, con cierta frecuencia, y como consecuencia de una distorsión de su personalidad, algunos individuos tienden a manifestar preferentemente un determinado Estado del Ego, en detrimento de los otros y sin adecuación con la realidad de la situación vivencial del momento, conducta que se identifica como **constancia** de un estado y **exclusión** de los otros.

ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD DE SEGUNDO ORDEN

A este análisis estructural también se le llama análisis avanzado y es especialmente útil para estudiar los desórdenes de carácter y las psicopatías. Al analizar el modelo estructural de segundo orden, examinamos lo que tienen los Estados, el contenido de los Estados del Ego.

Cada uno de los Estados puede ser subdividido, ya que en cada uno se hallan, las grabaciones de los otros tres. Esta subdivisión recibe el nombre de análisis de segundo orden. Y es una división estructural. Cada uno de nosotros tiene un número indefinido de experiencias, de recuerdos, de pensamientos, sensaciones y conductas propias almacenadas en la memoria. "El propósito del modelo estructural de segundo orden es **clasificar** estos recuerdos de forma útil, dentro de nuestro marco familiar de Estados del Ego" (Stewart y Joines, 2007, p. 53). Se puede concebir el modelo estructural de segundo orden como una especie de sistema de clasificación. Por medio de este sistema se pueden organizar los contenidos de las experiencias recurriendo a los archivos donde están almacenados los rastros de los recuerdos de pensamientos, sensaciones y conductas de forma que puedan resultar útiles para comprender la personalidad.

El modelo estructural de segundo orden se muestra en la figura 3-1.

Así por ejemplo, se sabe que el Padre es el Estado en el que reproducimos grabaciones estero psíquicas de nuestros propios padres o sustitutos familiares. Pero como el padre y la madre tenían su Padre, su Adulto y Niño, en mi Padre debe haber grabaciones de tales Padre, Adulto, Niño. Es decir, en mi Padre tengo grabaciones del Padre, Adulto y Niño de mis propios padres. Para cada mensaje que recibimos, tenemos una determinada forma de pensar acerca de él, determinadas fantasías que formamos basándonos en dicho mensaje y experimentamos sensaciones y emociones acerca del mensaje. Al final tomamos una decisión sobre lo

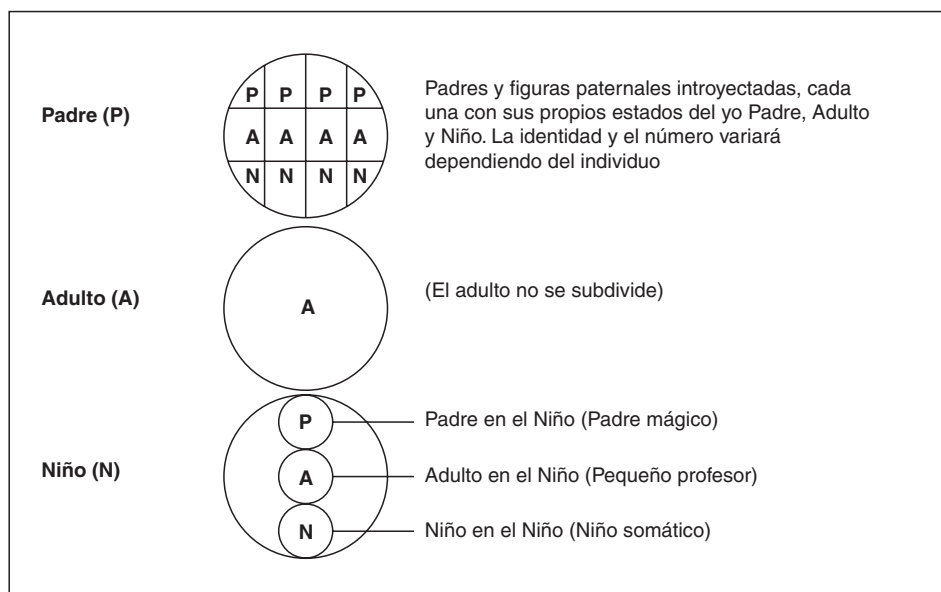


Figura 3-1. Modelo estructural de segundo orden.

que haremos en respuesta a este mensaje del que no sabemos con exactitud los motivos de los padres, su importancia o banalidad, los mensajes implícitos o encubiertos expresados de forma explícita... Todo ello queda clasificado y archivado en los Estados del Ego.

Lo mismo se puede afirmar respecto al Niño. Por los estudios anteriores se sabe que el Niño es el Estado que aparece en razón de la reproducción de grabaciones infantiles, arqueopsíquicas, del niño o niña que fuimos y que no ha muerto. Pero cuando Ego era niño ya tenía mi Padre, mi Adulto y mi Niño. Por tanto, en mi Niño hay grabaciones del Niño, del Adulto y del Padre de mi niñez.

Análisis de segundo orden del Estado Padre

Se puede apreciar en la figura 3-2 el análisis estructural de segundo orden del Estado Padre. Las flechas señalan las grabaciones estero psíquicas (de figuras exteriores) de los padres reales. Extiéndase a las figuras parentales padre y madre. Sus tres Estados pasan a constituir el Estado Padre. En tono jocoso, describe Kertész (1985, p. 79), que si además del padre y de la madre, nos criaron dos abuelas, un abuelo, tres hermanos mayores, una tía soltera y una niñera (maestros, televisión, cuentos), tendremos una multitud en nuestra cabeza. Ahora bien, el número y la identidad de las personas que han contribuido en el contenido del Padre son exclusivos para cada persona.

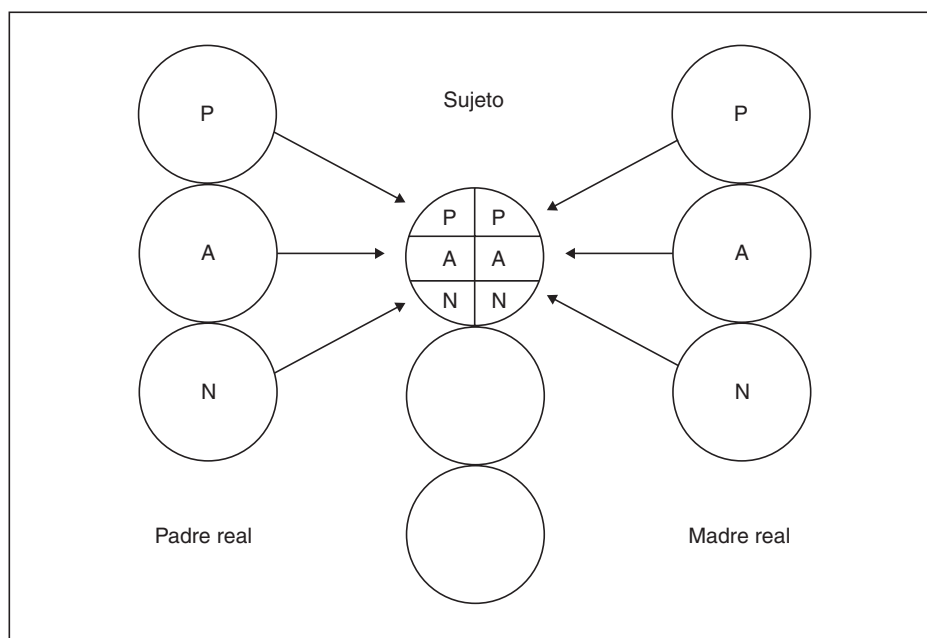


Figura 3-2. Estados de los padres reales que hallan representados en la grabación Padre.

En el modelo estructural de segundo orden, dividimos el Estado del Ego Padre, en primer lugar, de acuerdo con la persona de la que procedió cada mensaje recordado: madre, padre, abuelos, profesores. Después, registramos que cada una de estas figuras paternas tuvieron un Estado propio Padre, Adulto y Niño del Ego. Esto nos proporciona una imagen de segundo orden del Padre (figuras 3-2 y 3-3).

Hay en cada Estado Padre, el Padre del Padre, el Adulto del Padre y el Niño del Padre.

El Padre del Padre o Padre en el Padre, también llamado "su Excelencia". A él corresponden los valores, las normas familiares ancestrales y que no admiten discusión; el "sí, porque que sí", "siempre se ha hecho así". Su lema "primero los ideales"; elige por "lo que debe ser por deber mismo", por ley (Cirigliano y Forcade, 1984, p. 39). *Sus funciones son juzgar, decir lo que hay que hacer*. En el fondo de todo esto, están mi padre y mi madre que, a su vez, tenían un conjunto completo de frases hechas y órdenes que habían introyectado de sus propios padres y demás figuras paternas. Me pasaron algunas de ellas a mí y las tragué, no las digerí, y las almacené en mi Padre. De esta forma, el Padre en el Padre es un almacén de mensajes que pueden pasarse de generación en generación.

El Adulto del Padre o el Adulto en el Padre están constituidos por grabaciones que en los padres fueron racionales (de su Adulto), pero que pasan a asumirse,

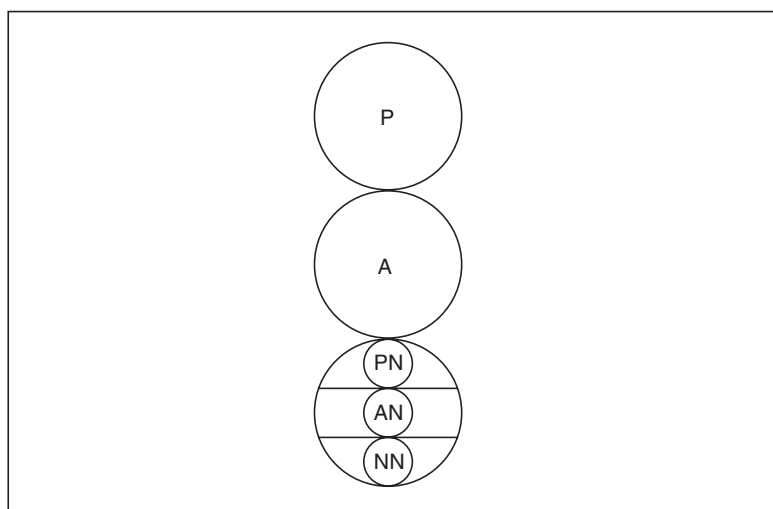


Figura 3-3. Análisis de segundo orden del estado Niño.

sin crítica, en el estado Padre del sujeto. Se desarrolla con los mensajes protectores grabados y provechosos para el Ego: ayudando, sacrificándose por los demás. Da aprobación, elogia los logros y éxitos (de los demás). Al Adulto en el Padre le importa lo que conviene, pero, al otro, al hijo, al alumno, al amigo, protege y enseña, consuela y gratifica. *Su función es indicar lo que conviene hacer.* Muchas de las declaraciones del Adulto del Padre pueden ser verdaderas, objetivas, pero otras reflejan los malos entendidos y las fantasías de los padres acerca del mundo, de las personas o de las cosas y hechos objetivos.

El Niño del Padre o el Niño en el Padre es el Padre emoción y está formado por contenidos aprendidos del Niño de nuestros padres reales, esto es, por sus formas de divertirse, enojarse, sentir lástima o miedo. Puedo reaccionar experimentando mis propias sensaciones o reaccionando como lo hizo mi padre cuando era pequeño.

Análisis de segundo orden del Estado Niño

El análisis de segundo orden del Estado Niño se refiere a la constatación de que en nuestro Niño se pueden apreciar el Padre del Niño, el Adulto del Niño y el Niño del Niño, como se ve en la figura 3-3. Cuando era un niño, ya tenía Estados del Ego Padre, Adulto y Niño. Para ilustrarlo, se presentan círculos para Padre, Adulto y Niño dentro del círculo mayor que muestra el Estado del Ego Niño (figura 3-1). Hay millones de recuerdos, experiencias, necesidades y deseos básicos, aptitudes intuitivas para la resolución de problemas almacenados en la infancia de la persona como parte del contenido del Estado del Ego Niño.

El Niño del Niño está constituido por nuestra vida psíquica más primitiva. Es la fuente de energía. Es lo que la persona trae al mundo. Son las necesidades, las emociones originarias, lo heredado. Es lo primero en aparecer, lo biológico, y lo último en desaparecer.

Sus funciones son constructivas tales como gozar, reír. Es el responsable de los comportamientos instintivos al margen de toda educación. El modelo de segundo orden del Niño es similar. En la estructura de mi Niño de seis años, tengo un Niño más pequeño y dentro hay otro más pequeño y así sucesivamente. Es, pues, importante rastrear las distintas edades del Niño.

El Adulto del Niño o Adulto en el Niño está formado por el primer bagaje mental que poseemos. Es más mágico que lógico. Lo compone la intuición, la astucia natural. Comienza su desarrollo a partir del tercer o cuarto mes del nacimiento.

Berne (1976) lo denominó "pequeño profesor" y es responsable de la intuición, la creatividad y la sutileza. Tiene ingenio suficiente para intuir las actitudes de los mayores y demuestra astucia para comprender lo que ocurre a su alrededor.

También lo ha llamado "pequeño abogado", pues, como el niño está atrapado muchas veces entre lo que desea (NN) y lo que se le impone (PN), tiene que ingeniárselas para hacer componendas y satisfacer así las demandas de los dos anteriores. Y esto lo hace con el Adulto del Niño. En la vida adulta, puedo volver a mi Estado del Ego Adulto en el Niño y acceder a la intuición y creatividad que poseo en ese Estado del Ego.

El Padre del Niño o el Padre en el Niño es el último en formarse en el Niño desde el punto de vista del análisis de segundo orden. Es la parte programada del Niño que se manifiesta en conductas de sumisión o de rebeldía. Contiene las modificaciones del Niño Natural producidas por el aprendizaje de los mandatos ambientales. Es el resultado de lo que *los otros hacen con uno* y éste se ajusta a las condiciones para sobrevivir. Se adapta. "Adopta hacer y sentir lo que se ajusta a los deseos o imposiciones de los padres o del entorno. Aprende a sentir, conocer, como ellos quieren que sienta" (Cirigiano y Forcade, 1984, p. 35).

Berne llamó al Padre en el Niño el "electrodo". Se refiere a la forma en la que el Niño responde casi compulsivamente a las imágenes de severidad o de fantasía, de recompensa o castigo. Por reflejar esta severidad y miedo (impregnado de mundos emocionales negativos como temores, fobias, complejos o caprichos) del Padre en el Niño, se le denomina como el Padre brujo, el ogro o el Padre cerdo. Si, por el contrario, el Padre en el Niño está lleno de emociones positivas, se asocia a la figura de hada madrina bienhechora, hada buena y Papá Noel. Por este motivo, al Padre en el Niño se le denomina Padre mágico.

Los niños pequeños almacenan su propia versión de los mensajes recibidos de sus padres. Dado que estas impresiones son las fantasías de las implicaciones que tienen los niños de los mensajes de sus padres, éstas se agrupan juntas en el Padre del Niño y posteriormente, cuando sea mayor, podrá acceder a estos mensajes mágicos.

Análisis de segundo orden del Estado Adulto

Anteriormente se afirmaba que el contenido de mi Estado del Ego Adulto se definía como el pensamiento, la sensación y la conducta que adoptamos como respuesta al "aquí-y-ahora". El Adulto es el compartimiento de clasificación en el que se almacena un conjunto completo de estrategias para resolver problemas que vienen de la realidad que tengo a mi alcance o de mí mismo, ahora como una persona adulta. Incluye respuestas a las sensaciones y emociones de "aquí-y-ahora", además de los pensamientos de "aquí-y-ahora".

El análisis de segundo orden del Estado del Adulto es el análisis menos estudiado. Pero se describirá brevemente debido a su valor teórico. El Estado del Ego Adulto está integrado por un Padre del Adulto, un Adulto del Adulto y un Niño del Adulto, y su diagrama puede verse en la figura 3-4.

El Padre del Adulto representa la información de los padres respecto a las normas morales, pero filtrada por el Estado Adulto. Se le da el nombre de *Ethos*: contiene la ética que conviene al Ego, "aquí y ahora". Las normas, reglas, juicios de valor que han venido del Estado Padre son cribados y filtrados por el Adulto y tras una profunda reflexión son personalmente aceptados porque son adecuados.

El Adulto del Adulto denominado *Technos* es la parte pensante, fría; es el Estado Adulto por antonomasia; se asemeja a la computadora cerebral.

El Adulto que hay en el Adulto percibe, acumula y registra los datos. Por medio del juicio de la razón, los pondera, los elabora y los procesa. Finalmente elige una solución y responde conforme a los fines razonados.

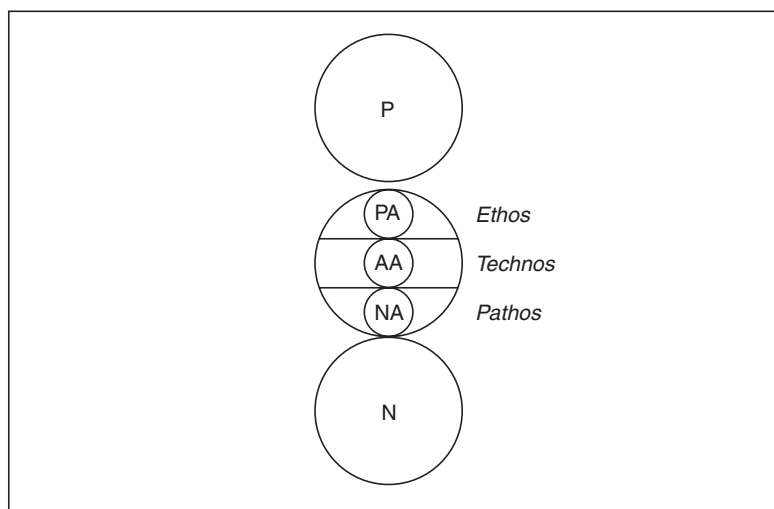


Figura 3-4. Análisis de segundo orden del Estado Adulto.

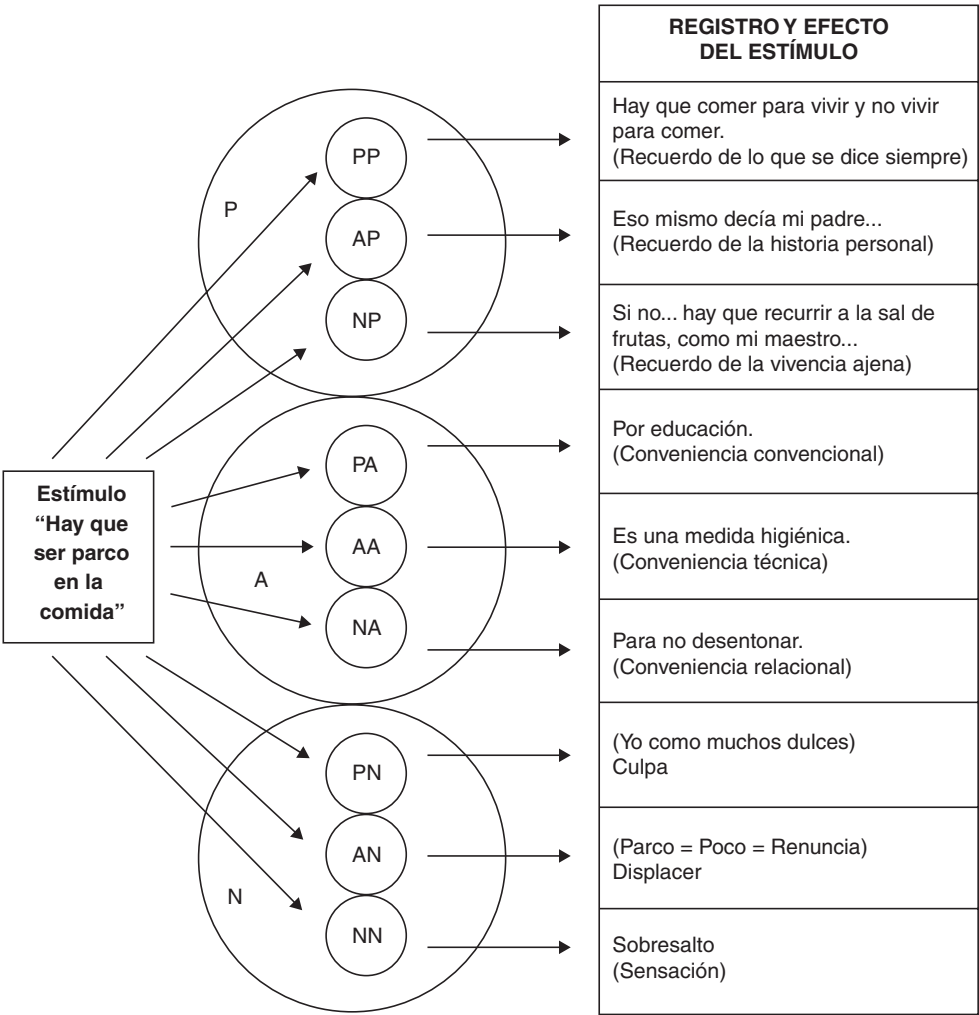


Figura 3-5. Registro y efecto del estímulo en los diversos estados del Ego.

El Niño del Adulto o *Pathos* representa la parte emotiva, el encanto y naturalidad no manipuladoras, sino atractivas de la persona adulta y seria. El *Pathos* es el colorido emocional en un Estado que no pierde la reflexión. La simpatía y la empatía se viven desde aquí.

Véase en la figura 3-5 un ejemplo extraído de una sesión terapéutica (De Diego y Massó, 1986), donde aparecen las posibles respuestas emitidas desde los distintos Estados del Ego ante el mismo estímulo.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA PERSONALIDAD

El modelo estructural clasifica los recuerdos y estrategias almacenadas en la persona. El modelo estructural es el adecuado para considerar qué es lo que ocurre en el interior del individuo. Las cuestiones intrapsíquicas deben estudiarse en el modelo estructural. El modelo estructural muestra qué hay en cada Estado del Ego.

Ahora se quiere responder a la pregunta *cómo funcionan los Estados del Ego*. El modelo funcional clasifica las conductas observadas. El modelo funcional sirve para aclarar las interacciones entre las personas. Los aspectos interpersonales del trabajo del AT requieren el modelo funcional. El modelo funcional divide los Estados del Ego para mostrar cómo usarlos. La figura 3-6 representa los pasos que se han seguido hasta este momento.

Análisis funcional del Estado Padre

El Estado Padre del Ego posee las funciones de poner firmeza, orden, límites. Y puede manifestarse como Padre Crítico o Padre controlador: señala "lo que hay que hacer"; vigila y exige que sus derechos sean respetados por los demás. Él nos ofrece lo que se debe hacer, sin presión, pero con la firmeza necesaria para protegernos

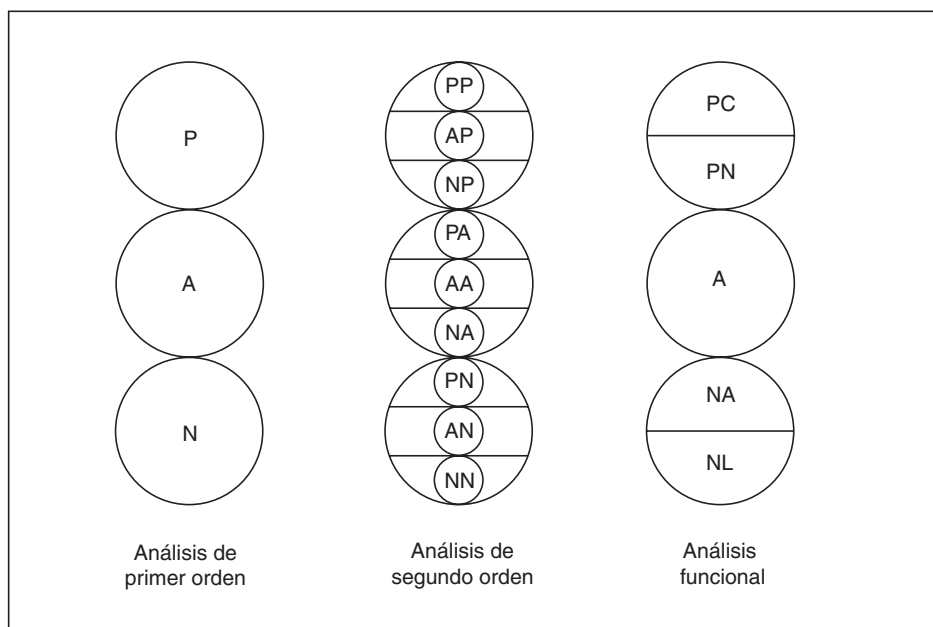


Figura 3-6. Análisis estructural y funcional de la personalidad.

y proteger a los otros, a través de las normas y de la convivencia social. Como tal forma de vivir, da seguridad y se le llama Padre protector. Un ejemplo: "Chico, no te subas a la tapia, que te vas a caer". El Padre Crítico positivo enfoca las directrices parentales hacia los demás para proteger y fomentar el bienestar.

El Padre a veces se manifiesta como Padre Crítico negativo. Es tajante, burión, irritable. "Descuenta" a las personas. Frente a otros tiende a desvalorizar o insultar. Hace de las normas un absoluto más importante que el hombre. Más que proteger, apabulla y se le llama Padre perseguidor. El siguiente ejemplo lo describe: "No sirves para nada; eres un inútil". Sin embargo, su fuerza educadora es fundamental.

El Padre Nutritivo ofrece apoyo al crecimiento ajeno, protección, permiso para disfrutar y crecer. Ama y cuida, gratifica a los demás y se sacrifica por ellos. Un ejemplo de esta función es "puedo ayudarte en esa tarea, si quieres, dímelo". Se llama Padre Nutritivo permisivo o positivo, pues proporciona cuidado desde una posición de consideración genuina hacia la persona ayudada. Ahora bien, si la protección es exagerada, puede bloquear el desarrollo psicológico y favorecer comportamientos de ineptitud. Esta protección asfixiante es un modo más de dominar y manejar que de educar. Es el Padre nutricio negativo, también llamado Salvador. Un ejemplo, puede ser un maestro que dice a un alumno: "Trae que te ayude que a ti te saldrá mal".

Análisis funcional del Estado Adulto

Se puede decir que el análisis funcional nos describe conductas que se pueden ver y oír. Si queremos decir qué parte del Estado del Ego funcional estamos empleando, lo deducimos a partir de nuestro comportamiento. Por este motivo, estas subdivisiones funcionales pueden llamarse de manera alternativa **descripciones conductuales** (Stewart y Joines, 2007, p. 48). Normalmente el Adulto no se subdivide funcionalmente. Como se ha indicado con anterioridad, es el razonamiento, la lógica, la función fundamental del Adulto para dar una respuesta a la situación del "aquí y ahora", utilizando todas las fuentes de la persona adulta.

Los transaccionalistas concuerdan generalmente en que el Estado Adulto no puede funcionar en sistema negativo.

Análisis funcional del Estado Niño

El Niño Natural o libre alberga las funciones biológicas. Sus emociones son auténticas; ríe cuando está alegre, siente rabia ante la frustración y miedo ante el peligro. Manifiesta directamente lo que piensa y siente. Es el Niño vital. Decir que estoy en el Niño libre significa que entro en comportamientos infantiles que prestan atención a las normas o los límites parentales. A veces pueden ser productivos, positivos y mejoran mi vida como adulto. Otros, pueden ser negativos

si arrastramos en nuestra vida adulta los sentimientos inexpressados allí y entonces, o cuando satisfago mis impulsos de Niño no censurado, por ejemplo, si eructo en voz alta en una cena formal o conduzco a velocidad máxima poniendo en peligro mi vida y la de los demás.

Si, funcionalmente, predomina en él lo Natural "salvaje", aparecerá el Niño egoísta. Es Natural, pero egoísta.

Este Niño Natural empieza pronto a ser socializado y condicionado. Así se va haciendo persona. Desde que nace, el niño es protegido, se le condiciona a comer a determinadas horas; lo mismo se puede decir de la limpieza, del sueño, del aprendizaje verbal y las costumbres sociales. Aprende la moral, las normas sociales. Si esta socialización ha sido brutal, el niño puede reaccionar de modo sumiso: con conductas automáticas y estereotipadas, eliminando sus deseos y emociones. Es el Niño Adaptado Sumiso (NAS). Sus conductas estarán en función de "lo que se hace o dice", "de lo que le gusta a la gente".

Si el Niño adaptado sumiso no ha conseguido el reconocimiento y las caricias suficientes por "ser buena persona", puede, por una formación reactiva, convertirse en el Niño Adaptado Rebelde (NAR). Esta es la función opositora que el Ego ejerce para adaptarse, pero de forma contraproducente. Se manifiesta con conductas típicas desafiantes, provocadoras.

En resumen, el resultado de la socialización del niño en los primeros años de vida en interacción con el ambiente puede ser que el Niño Natural asimile de modo adecuado los estímulos y los límites de su entorno. Además, puede resultar que la presión parental sea tan fuerte que decida someterse y estar en el Niño adaptado sumiso o decida enfrentarse a ellos y estar en el Niño adaptado rebelde. Podemos hablar de un Niño Adaptado positivo para describir las formas productivas de comportarse desde nuestro Estado del Ego de Niño Adaptado. Y de un Niño Adaptado negativo cuando revivimos patrones de la infancia que ya no son apropiados para nuestra situación de adultos, donde podemos preguntar simplemente lo que quiero de forma directa. Precisamente, un objetivo de la terapia transaccional es aprender a reemplazar los viejos patrones arcaicos por unos nuevos para hacer un uso completo de nuestras opciones de adultos.

Como un apunte educativo nos parece oportuno recordar que es positiva la adaptación cuando el contenido de la misma es también positivo: es flexible, no ahoga la vitalidad ni entorpece la autonomía. El Niño asimila los datos y tiene libertad para modificarlos de forma creativa.

PATOLOGÍA ESTRUCTURAL

La patología estructural se ocupa de las anomalías de la estructura psíquica, descrita anteriormente. Son dos principales: la *exclusión* de Estados del Ego y la *contaminación* del Adulto por el Padre y el Niño (Berne, 1981, p. 43).

Exclusión doble

La exclusión se manifiesta, según Berne (1981), "por medio de una actitud estereotipada y predecible que se mantiene con firmeza y hasta donde es posible en presencia de una situación amenazadora" (p. 43). Esto confiere una estructura rígida al comportamiento. Al emplearse de manera persistente un Estado del Ego, los dos restantes son prácticamente inexistentes. Otras veces son dos los Estados del Ego que se activan dejando fuera del juego al tercero.

Cuando se produce la exclusión, un Estado del Ego monopoliza el Ego total, siendo éste el que responde a los estímulos.

El Padre excluyente del Adulto y del Niño significa vivir con el Padre constantemente y enfrentarse al mundo sólo con un conjunto de normas paternas. Sus conductas son de crítica y de control. También pueden ser conductas de sobreprotección, salvando a los demás o pontificando acerca de lo que se debe hacer.

La situación de una persona con el Adulto excluyente del Padre y del Niño es como estar funcionando al ritmo de una calculadora, desprovisto de encanto, espontaneidad y alegría del Niño e incapaz de adherirse a la convicción o indignación que encuentra en el Padre sano. La persona que tiene exclusión doble funciona, casi únicamente, como coleccionista de información y procesador de datos, respondiendo sólo de forma fría y racional.

El Niño excluyente hace que el Padre y el Adulto queden relegados y desalojados de la vivienda del Ego. Al excluir al Padre, la persona se queda sin valores y al excluir al Adulto corta la fuente de información objetiva con lo que llegará a ser una persona asocial, manipuladora, poco informada, no ateniéndose a obligación alguna. Alguien en Niño constante siempre se comportará, pensará y sentirá como si todavía estuviera en la infancia. La estrategia de esta persona al enfrentarse a un problema, será de intensificar los sentimientos. Dejará tanto la comprobación de la realidad del Adulto como el conjunto de normas paternas. Lo más probable es que otros vean a esta persona como "inmadura" o "histérica" (Stewart y Joines, 2007, p. 79).

Exclusión simple

Existe la posibilidad de que dos Estados queden más catectizados por la energía psíquica, eliminando y excluyendo, en algunos momentos o con intensidad distinta, al tercero.

La persona con el Padre excluido carece de normas éticas, creando sus propias normas para cada situación. Los conocimientos del Adulto están a merced del Niño en las personas que excluyen al Padre. Esta gente, con frecuencia, son "trapicheros", o jefes de la mafia. Insisten en hacer las cosas por gusto más que por deber. Tienen dificultades para proteger, orientar, valorar.

Cuando el Padre y el Adulto son los que constantemente toman las riendas del Ego y desalojan al Niño tienden a ser personas con baja capacidad para sen-

tir y expresar emociones. A veces se consideran "fríos" o "todo cerebro". Pero la presencia del Adulto mantiene la capacidad de aplicar las normas y de empatizar.

Una exclusión profunda es cuando el Adulto de la persona desaparece y aquella queda en el fluctuante albergue dirigido por el Padre y el Niño. Los conflictos entre un Padre limitado para ajustarse a la realidad con la que no contacta y un Niño desbordado por la energía son imprevisibles, arbitrarios e impredecibles.

Contaminación

Otra patología estructural es la contaminación. Se trata de la intrusión de algunos contenidos de tipo irracional del Padre y del Niño o ambos en el Estado Adulto. Éste los admite como si se tratara de una información real. La invasión al Adulto condiciona notoriamente el comportamiento del sujeto.

La contaminación podemos representarla donde un Estado del Ego penetra en las fronteras del otro.

La contaminación es una forma patológica de actuar frente a un estímulo, situación o problemas que provienen del exterior y afecta al uso de los Estados del Ego.

La contaminación se refiere al Estado del Ego Adulto. En páginas anteriores se ha afirmado que para el Análisis Transaccional el Adulto es la parte de la persona que razona, reflexiona, opera siempre en forma pensante y por acumulación de datos provenientes de experiencias internas y externas. Por consiguiente, "el Adulto nunca contamina" (*ob. cit.*, 1999, p. 60).

Esta capacidad del Estado Adulto del Ego puede contaminarse de dos formas: por el Padre y por el Niño.

La contaminación por el Padre es cuando las reglas, opiniones y actitudes de éste invaden al Adulto. Los padres influyen desde la primera infancia, ya antes de que se comuniquen verbalmente con sus hijos, les transmiten mensajes sobre las personas, la familia, la vida en general. El Adulto cree que esta información es objetiva, contrastada y él no la verifica. Se simboliza superponiendo una parte del Padre en la superficie del Adulto. Cuando confundo los lemas paternos con la realidad del Adulto, estoy en contaminación del Padre. Las creencias enseñadas por el Estado del Ego Padre se toman como hecho. Berne los llamó prejuicios. Si creo que un prejuicio es una expresión de realidad, estoy en una contaminación.

El mecanismo de la contaminación del Adulto por el Padre se debe a la confianza en fuentes de información no confiables. Es decir, se da fe a la persona por el impacto emocional que se vive ante ella, y así se traga la información que ofrece la misma.

En caso de contaminación por el Niño, el Adulto se muestra lleno de ilusiones. Las sensaciones infantiles, las ilusiones y ansiedades, las consideraciones mágicas, voluntariosas, interfieren y enturbian el pensamiento claro y directo del Adulto. La contaminación del Niño empaña mi pensamiento de Adulto con creencias de mi

infancia. Las fantasías, evocadas por los sentimientos, se toman por hechos. En la contaminación, confundo la realidad-evocación de las imágenes-ideas arcaicas infantiles con la realidad del Adulto.

La contaminación más común se produce cuando hay ignorancia y carencia de cultura; la influencia ambiental elimina todo análisis posible al igual que ocurre cuando los sentimientos interfieren con el pensamiento.

Un ejemplo puede ser: "Los profesores con gafas dan suerte en los exámenes".

La contaminación también puede ser doble, cuando el Adulto es invadido por el Niño y por el Padre al unísono, es decir, cuando la persona revive un lema paternal, lo acepta con una creencia de Niño y confunde los dos con la realidad. El Adulto está contaminado entonces por las distorsiones de la realidad del Niño, fantasías e ilusiones, y por los prejuicios del Padre, información hecha de recuerdos, y por consiguiente, no crítica.

Un ejemplo de los prejuicios e ilusiones resultantes de esta situación puede ser la afirmación: "Mis alumnos de Filosofía no me quieren porque soy mujer".

Al finalizar la exposición de los Estados del Ego será oportuno explicar el empleo de algunos términos de las páginas anteriores y posteriores. Términos de ajuste, ajuste personal, **okay**, **no okay**, ajuste psíquico, sistema positivo o negativo, etc.

El AT se dirige desde sus inicios con Berne (1981), al conocimiento de los factores que determinan en las personas una mayor madurez y los factores que la impiden.

El AT no se conformó con ser una teoría de Psicología, sino que desde los primeros escritos y prácticas de Berne ha sido un conjunto de teorías aplicadas a mejorar básicamente la salud mental de los que lo reciben.

¿Cómo vamos a nombrar lo referente al aspecto del ajuste o desajuste psíquico, al mayor o menor desarrollo personal?

En inglés se emplea el término *okness*, palabra formada del conocido *ok* (está bien o correcto) y el sufijo *ness* que añade la "cualidad de..." o "el estado de...". Así, *okness* significa estar funcionando dentro de lo correcto, funcionar bien y adecuadamente. Por el contrario, *no okness* significa funcionar de manera negativa o en desacuerdo "con lo que exige la situación". Es, por tanto, un funcionar inadecuado.

Se puede afirmar que una persona, un paciente, un educador o un alumno está "en *okness*" cuando funciona en el sistema positivo de conductas, fruto del uso de los Estados del Ego: Padre Crítico, Padre Nutritivo, Adulto, Niño libre y Niño Adaptado *ok*, positivos frente a los estímulos que recibe.

Sin embargo, cuando se usa un Estado del Ego *no ok* se está en el sistema de *no okness*, ya que el Padre Crítico, Padre Nutritivo, Adulto, Niño Libre y Niño Adaptado *no ok* nunca pueden ser adecuados.

El crecimiento de la persona, del ambiente, de las relaciones es un incremento del grado de *okness*, es decir, un incremento en la sintonía y coherencia de los Estados del Ego. Una personalidad integrada, *ok*, ajustada, significa una persona-

lidad que vive con acierto y sin enfrentamiento ni contaminaciones de los Estados del Ego. Es capaz de sentir, elegir y decidir con el Estado del Ego conveniente al contexto situacional.

En resumen, se han analizado los elementos básicos de los tres Estados del Ego: Padre, Adulto y Niño. Son tres maneras distintas de relacionarnos con los demás, según el análisis estructural de primer orden, y nueve maneras distintas, según el análisis estructural de segundo orden. La comunicación con los objetos, con las personas y con nosotros mismos se produce pasando de un Estado a otro en función de las transacciones que recibimos y en la medida que eliminamos la patología estructural. Las personas no pueden actuar sin tener algún Estado del Ego Niño, ni pueden actuar sin el control directivo del "aquí y ahora" del Adulto, así como no encajan bien en la sociedad sin tener ningún Padre. El conocimiento del análisis estructural y funcional que se ha expuesto indicando el origen, contenido y funciones de los Estados del Ego lo confirman.

Los deberes y las normas que se han recibido y que residen en el Estado Padre, aquellos que razonamos y pensamos, que se elaboran con el Adulto, y los sentimientos que radican en el Niño serán el análisis de la terapia transaccional.

TRANSACCIONES

Se ha terminado de exponer los Estados del Ego. Ha sido un estudio de los aspectos individuales de las personas.

Comenzamos el análisis de los aspectos sociales, pues las transacciones explican toda la vida social y constituyen la segunda unidad bien definida en que se apoya el AT.

Ahora pensemos en el AT en términos de relaciones sociales. El análisis de las transacciones propiamente dicho da una definición rigurosa del sistema en conjunto, que será de interés para quienes tengan práctica en metodología científica.

En el análisis estructural y funcional de la personalidad se ha analizado en detalle a la persona: su Padre, Adulto y Niño; lo que piensa, siente, dice y hace. Asimismo, se ha tratado de responder a la pregunta: cómo es la estructura psicológica del sujeto. Es un análisis de lo intrapersonal. Ahora intentemos referirnos a lo que sucede entre las personas. Demos respuesta a la cuestión cómo se comunican las personas, cómo se usan los Estados del Ego al relacionarse un sujeto con otras personas. Las transacciones muestran cómo aquél se vincula hacia fuera. Es un análisis de lo interpersonal.

Concepto de transacción

Se definirá la transacción con palabras del propio Berne (1974):

Una transacción consistente en un solo estímulo y una sola respuesta, verbal o no-verbal, es la unidad de acción social. Se llama transacción o conciliación porque cada parte gana algo con ella, y por eso entra en ella. Todo lo que ocurra entre dos o más personas puede descomponerse en una serie de transacciones individuales, y esto da todas las ventajas que consigue cualquier ciencia, cuando tiene un sistema de unidades bien definido (pp. 35-36).

La transacción es la unidad de las relaciones sociales. Hay un estímulo y una respuesta mínimos. Berne (1966) afirma:

Si una o dos personas se encuentran en un juego social, tarde o temprano alguna de ellas hablará o dará alguna señal de reconocimiento de las otras. Esto es llamado *estímulo transaccional*. Entonces, la otra persona dirá o hará algo que está de algún modo relacionado con este estímulo, y eso se llama *respuesta transaccional* (p. 33).

En lenguaje formal, la comunicación de apertura se denomina estímulo; la de cierre, respuesta.

La transacción es, por consiguiente, un intercambio de estímulos y respuestas. Incluye el **estímulo** que puede ser una palabra, un gesto o una conducta que se refieren a otros y les afectan. Y la **respuesta**, es decir, el sujeto estimulado, tiene que responder. Si no hubiera alguna forma de respuesta no habría transacción. El otro tiene que sentirse afectado hasta el punto de responder al estímulo. La transacción presupone que los que interactúan lo hacen -ambos- dinámicamente, con la concatenación de estímulo-respuesta. No habiendo respuesta, no existe transacción. La falta de respuesta no es una respuesta para el Análisis Transaccional. Sin embargo, no responder es una de las numerosas opciones ante un estímulo dado, en este caso, respuesta gestual no-verbal.

He aquí un estímulo y una respuesta que parte del Estado Adulto de dos personas. Se ha producido una interacción entre dos sujetos a través de su Estado Adulto. Es una transacción que se da entre un estímulo transaccional sumado a una respuesta transaccional.

A la transacción pueden reducirse todas las relaciones sociales por complicadas que ellas fueren; pueden ser reducidas a transacciones individuales. Por eso, Berne se refiere a la transacción como la unidad básica del discurso social.

La definición antes descrita, intenta dar un modelo para todas las formas posibles de conducta social humana. Es la unidad de relación social, una forma de comunicación. Es interrelación, en efecto, el modo como se vinculan dos personas a través de sus Estados del Ego. Un diálogo es, por ejemplo, una serie de transacciones.

En esto radica el empleo de la transacción como unidad mínima y como modelo de diversas relaciones. Por lo tanto, Berne (1974, p. 36) nos dice que con ello logramos todas las ventajas que consigue cualquier ciencia, cuando tiene un

sistema de unidades bien definido. Desde el punto de vista de la teoría de los Estados del Ego entendíamos la estructura y el funcionamiento de la personalidad individual; así también, desde el estudio de las transacciones, comprendemos las posibles formas de relaciones sociales, por complicadas que sean. No se ha encontrado ningún ejemplo entre miles o millones de intercambios que se dan entre seres humanos que no pudiera encajar con el modelo.

Transacciones que se realizan entre los Estados del Ego

Las transacciones se realizan desde el Estado del Ego del que estimula y el Estado del Ego del que responde. En la transacción no basta con sólo afirmar un estímulo también hay que saber desde cual Estado del Ego procede y hacia cual Estado del Ego se dirige. Lo mismo hay que decir de la respuesta: debe considerarse su dirección y de qué Estado procede y a cuál responde.

Esto nos señala la lógica del AT. Se afirma que los seres humanos pueden cambiar de un Estado del Ego a otro y que si A dice algo y B dice algo poco después, puede verificarse si lo que ha dicho B es o no una respuesta a lo que había dicho A.

Otros autores han definido las relaciones humanas en términos de estímulo y respuesta, pero Berne analiza tal estímulo y tal respuesta, mínimos, desde unos precisos Estados del Ego.

Estímulos y respuestas son verbales y no-verbales

El hombre, a diferencia de los animales, tiene una característica particular. Y es que se expresa. Es un ser parlante. En la vida ordinaria y en la mayoría de las circunstancias usa estímulos verbales. Estos estímulos son los que se utilizan de ejemplo en este capítulo, porque son más fáciles de diagramar. Incluso a la hora de describir las respuestas emocionales.

En todo el trabajo se emplean ejemplos casi siempre con estímulo verbal. Pero debemos interesarnos por las pistas no-verbales. Dado que son frecuentes, en especial en la infancia, a veces pasan desapercibidas y, sin embargo, acompañan, modificando a las verbales. Se encuentran en los tonos de voz, gestos, posturas y expresiones verbales. También hay pistas más sutiles en la respiración, tensión muscular, ritmo cardiaco, dilatación de las pupilas, sudoración. Y las pistas no-verbales están ahí para que se lean. Los niños pequeños leen estas pistas de forma intuitiva. A medida que crecemos, nos entrenamos sistemáticamente para borrar esta intuición "es de mala educación mirar fijamente, cariño". Para ser eficaces al utilizar el AT, necesitamos volver a entrenarnos para interpretar las pistas corporales (Stewart y Joines, 2007). Estos autores nos llevan al siguiente punto: "para analizar cualquier transacción de forma precisa, deberás considerar las pistas no-verbales tanto como las palabras" (p. 83).

En el capítulo dedicado a los Estados del Ego se han expuesto las expresiones objetivas de los mismos, tanto verbales como algunas expresiones faciales, gestos,

posturas, y también el tono y matices concomitantes con las palabras mismas que pueden servir de estímulo o de respuesta, dentro de determinados Estados del Ego. Lo mismo, en las transacciones.

Los gestos son más sinceros. Es perfectamente posible que, con los gestos, mandemos un estímulo en contradicción con nuestras palabras. Podemos emplear un gesto depresivo acompañado de palabras alegres, o enseñar una cara amarga con palabras dulces. De esto proviene la importancia del gesto y del estímulo no-verbal.

Finalmente, los estímulos y las respuestas transaccionales verbales y no-verbales constituyen una unidad de comportamiento; por tanto, la palabra y las expresiones se influyen mutuamente en el mensaje o respuesta final.

Dinámica de las transacciones en la búsqueda de las caricias

En la transacción cada participante gana algo. Son el alimento de los Estados del Ego, la satisfacción de las necesidades (Sáez Alonso, 2001).

Se ha afirmado que nos comunicamos a través de las transacciones. En la comunicación se da información. Es evidente que las transacciones pueden ser analizadas desde el punto de vista de un intercambio de información (Martorell, 1983, p. 42). Sin embargo, muchas de las transacciones cotidianas son difícilmente justificables, pensando sólo en la cantidad de información que intercambian.

Berne (1974) resalta este aspecto cuando explica el porqué del nombre de transacción: "Se llama transacción porque cada parte gana algo con ella, y por esto entra en ella" (p. 35). Y en otro lugar afirma: "Un cambio de caricias constituye una transacción, la cual es la unidad de las relaciones sociales" (p. 17).

Cada persona usa una clase de transacciones y busca una clase de ganancias. Este uso y búsqueda dependen de la programación infantil, del guión de vida.

Representación de las transacciones

La representación de las transacciones es gráfica, clara, sencilla y eficaz. Se coloca, frente a frente, el diagrama de los Estados del Ego del que estimula y del que responde. El estímulo transaccional se representa por una flecha que en lenguaje formal se denomina vectores y, que va desde el Estado estimulante hasta el Estado que busca estimular. Y la respuesta transaccional, con otra flecha, que va desde el Estado que responde hasta el que pretende que reciba la respuesta. Tanto estímulo como respuesta consideran dos Estados. Uno desde qué Estado parte; y otro, a qué Estado se refiere, por ejemplo:

El Adulto del emisor del estímulo (profesor) pregunta al Adulto del receptor: "¿Qué hora es? Mi reloj se ha parado".

Y el Adulto del receptor del estímulo (alumno) responde al Adulto del emisor: "Son las seis de la tarde".

Clasificación de transacción

La clasificación de las transacciones es uno de los valores prácticos del sistema propuesto por Berne. Cualquier relación social puede clasificarse y describirse en alguna clase de transacción.

El número teórico de las transacciones (posibles estímulos y respuestas desde Estados específicos) es de unos cuantos millares. Berne (1974, p. 36) presenta nueve complementarias, 72 cruzadas, 6 480 dobles y 36 angulares. Pero, afortunadamente, en la práctica se emplean sólo unas cuantas, unas 15; el resto se emplea en el estudio en las sesiones clínicas.

Se pueden clasificar las transacciones por el número de Estados del Ego de los participantes. Y son simples y ulteriores, participando en aquéllas dos Estados solamente y tres o más en éstas.

Por el origen de las respuestas son complementarias y cruzadas. Estas pueden ser transferenciales, contratransferenciales, deshumanizadas, exasperantes, del infinito y de quejas o lamentos mutuos.

Transacción complementaria

Son transacciones simples, pues sólo interviene un Estado del Ego de cada uno de los interactuantes.

Una transacción complementaria es aquella en la que los vectores transaccionales están en paralelo y el Estado del Ego destinatario es el que responde.

Ejemplo de un diagrama funcional:

Dos profesores contemplan cómo dos alumnos destruyen algunos libros de otros compañeros:

Profesor: "Esto no puede ser. Los denunciaré para que no se repita".

Profesora: "Estoy de acuerdo. Estos hechos no se deben dejar pasar".

Se observa que la respuesta vuelve del Estado del Ego que recibió el estímulo, al Estado del Ego que lo emitió. E interviene un solo Estado del Ego por cada respuesta.

Es necesario recordar que al ser este trabajo escrito, se apelará a los signos de conducta de palabras y frases. En la práctica, las frases al venir acompañadas por gestos, son más difíciles de analizar.

Estas transacciones que son paralelas, complementan sin interrupción la comunicación entre los Estados del Ego. Berne concluyó la primera regla de la comunicación: *la relación y el diálogo tienden a continuar indefinidamente cuando se dan las transacciones complementarias*.

Estas transacciones son abiertas, directas, y no bloquean la comunicación que hace fluida y agradable la relación entre las personas.

Transacción cruzada

Las transacciones cruzadas son aquellas en las que la respuesta transaccional del estimulado no proviene del Estado del Ego al que el estímulo transaccional se

dirigió. La respuesta llega de otro Estado del Ego. No es complementaria. Es una respuesta que bloquea la comunicación.

Se llaman cruzadas porque, efectivamente, estímulo y respuesta se cruzan. Se denomina así porque los vectores del diagrama para este tipo de transacción están generalmente cruzados.

Un ejemplo con el diagrama de primer orden:

Estímulo: El Padre del emisor-profesor se dirige al Niño del receptor-alumno: "Haz los deberes y ordena tus libros".

Respuesta: El Adulto del receptor-alumno responde al Adulto del emisor-profesor: "¿Verdaderamente son cosas tan importantes para usted?".

Una transacción cruzada es aquella en la que los vectores transaccionales no son paralelos, o en la que el Estado del Ego al que se dirige la comunicación no es el mismo que el que responde.

Berne describió la segunda regla de la comunicación basándose en estas transacciones: *cuando la transacción es cruzada, la relación es, o bien detenida o bien modificada*. La comunicación sobre un tema se corta y se produce una ruptura en la comunicación. Uno o ambos individuos necesitarán cambiar sus Estados del Ego con el fin de restablecer la comunicación.

Berne (1974) diferencia tres tipos fundamentales de transacciones cruzadas:

- a) reacción de transacción transferencial en la que al estímulo transaccional Adulto-Adulto sucede una respuesta Niño-Padre
- b) reacción de contratransferencia, que ocurre cuando un estímulo de Adulto-Adulto recibe una respuesta Padre-Niño
- c) reacción de transacción exasperante o deshumanizada, que ocurre cuando el estímulo transaccional que proviene del Niño Natural contiene una demanda de protección, cariño o comprensión, pero responde el Adulto con sus formas peculiares, técnicas racionales y asépticas

Otros tipos de transacción cruzada son: insolente, del infinito, de queja mutua, de la horca (que se produce cuando un estímulo transaccional que comporta una conducta argumental, destructora, recibe una respuesta transaccional que refuerza el contenido perjudicial). A esta transacción la llama Steiner (1982) *malvada*, típica de personas que activan comportamientos autolesivos (p. 374).

Por tanto, se consideraran sólo las principales transacciones cruzadas.

Transacción ulterior

Las transacciones ulteriores son las más complejas y las que están en la base de los juegos psicológicos. "Son aquellas en cuyo estímulo y respuesta interviene simultáneamente más de un Estado del Ego" (Kertész, 1985, p. 134).

En la transacción ulterior se transmiten dos mensajes a la vez. Uno, es un mensaje implícito, oculto, o mensaje de nivel psicológico, y el otro, es visible, mensaje manifiesto o mensaje de nivel social. Los dos mensajes suponen dos niveles y la acción simultánea de más de un Estado del Ego. La mayoría de las veces, el contenido del nivel social es Adulto-Adulto. Los mensajes del nivel psicológico son generalmente Padre-Niño o Niño-Padre.

El mensaje de **nivel social** es el evidente, público y visible, parecido al nivel de las transacciones ya estudiadas. Suele expresarse de modo verbal. Y el estímulo transaccional puede interpretarse literalmente.

El mensaje de **nivel psicológico** es oculto, encubierto, precisamente por el mensaje de nivel social. Es más sutil y menos perceptible. Su contenido no se puede admitir al pie de la letra sino en sentido relacional. "En la transacción ulterior cabe efectuar tanto un análisis del contenido vinculado con el qué del mensaje como uno del proceso que brinda el cómo del mensaje, la relación que se desea establecer" (Cirigiano y Forcade, 1984, p. 82). Este nivel se manifiesta generalmente por el gesto, el tono de voz, es decir, por aspectos no-verbales de la transacción.

Estos dos niveles hacen importantes a estas transacciones. El estímulo transaccional social distrae al Adulto del que lo recibe, y el Niño y el Padre quedan influidos, enganchados por el estímulo psicológico. Incluso el que emite el estímulo psicológico, oculto, lo hace de tal modo que no es percibido por su propio Adulto.

Las personas emisoras y receptoras del estímulo sutil psicológico mantienen a su Adulto despistado, engañado, fuera del juego de la verdadera transacción. El Adulto no se entera.

Eric Berne ilustra otro tipo de transacción ulterior a la que él denomina angular.

Es la transacción del vendedor (Berne, 1974, pp. 32 y 37) de los anuncios comerciales y de las ventas en el mercado. Se dirige un estímulo doble, en ángulo. El estímulo de nivel social, aceptable, de Adulto a Adulto, y el estímulo oculto, con mensaje secreto, bajo el social, desde mi Adulto al Padre o al Niño del otro, que pretende enganchar al Padre o al Niño del otro. Un Adulto mal informado, ingenuo, o un Padre con flaqueza para salvar o perseguir, o una fuerte energía del Niño Adaptado, hacen posible la manipulación que se da con esta transacción. El modelo es el del vendedor que espera captar a un cliente para una compra compulsiva.

Berne, basándose en estas transacciones ulteriores, extrajo la tercera regla de la comunicación: *Lo que determina el resultado final de las transacciones ulteriores es la parte psicológica, oculta*. Es decir, la consecuencia de la conducta de una transacción ulterior se determina en un nivel psicológico y no social. Berne escribió "se determina" y no "puede determinarse". Sugiere que cuando las personas se comunican en dos niveles, lo que ocurre siempre es la consecuencia de los mensajes secretos. Si deseamos comprender la conducta, debemos prestar atención al nivel psicológico de la comunicación.

Los transaccionalistas han señalado, ampliado y desarrollado (Kertész, 1985, p. 136) transacciones que proceden de Estados disfuncionales. Son y tienen los rasgos de las descritas, pero al revés. Son negativas, insanas porque dan caricias negativas, son dobles: ocultan intenciones inaceptables y finalmente son inoportunas e inadecuadas. Todas ellas se estudian a detalle en la terapia clínica. No olvidemos que una de las aspiraciones de Berne fue conseguir que el AT fuera una Psicología y Psiquiatría social, porque:

... se ocupa de lo que producen realmente las personas que estudia, mejor que de lo que ocurre en su espíritu. Alguien que utilice una transacción [...] puede estar motivado por sentimientos intensos, pero éstos están implícitos o diluidos en el intercambio transaccional real. De hecho, apoya en las transacciones, esto es, en la conducta interactiva, el diagnóstico de los Estados del Ego que cada persona activa (Massó, 2007, p. 129).

El análisis de las transacciones es, pues, el análisis de la comunicación interpersonal. Describe y examina desde dónde nos comunicamos con los demás y desde dónde nos viene la respuesta. Pueden entrar en juego más de un Estado del Ego de cada persona. Por medio de una comunicación en donde se usan transacciones complementarias, se puede aprender a expresar los sentimientos, aclarar los problemas, analizar situaciones conflictivas propias y ajenas y lograr la intimidad. En resumen, se ha analizado la estructura dinámica de las relaciones entre las personas.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA

Aunque a menudo, los comportamientos adoptados por numerosos seres humanos tienden a responder, en una u otra forma, a determinados patrones conductuales, muchas veces fijos y fácilmente identificables y previsibles, la conducta no es una simple reacción del organismo frente a los estímulos del entorno. En efecto, toda conducta humana encierra, en realidad, una intención, consciente o automática, e implica una elección conductual orientada básicamente a la satisfacción de una determinada necesidad vital, orgánica o psicológica, sentida por el individuo en ese momento situacional.

Dentro de esta perspectiva, la conducta no sólo obedece a un posible condicionamiento o aprendizaje más o menos inmutable y mecánico, sino que encierra un fin definido por el sentido que cada ser le da a su vida y a su interacción con el entorno físico y social. Esto es así ya que, además de sus necesidades básicas de carácter biológico orientadas a la supervivencia y funcionamiento óptimo del organismo (de oxígeno, de líquidos, de nutrientes, de abrigo, de actividad y reposo o recuperación), los seres humanos experimentan una serie de necesida-

des fundamentales para su crecimiento y desenvolvimiento y cuya satisfacción está estrechamente ligada con la definición de su existencia como entes sociales. Estas necesidades, de carácter psicológico, pueden concretarse en lo que se ha denominado el "hambre" de estímulos y de reconocimiento, del cual se derivan la necesidad de estructura y la necesidad de posición y programación existencial.

Hambre de estímulos y de reconocimiento

Tal como lo han puesto en evidencia numerosas investigaciones (Bowlby, 1967), Spitz (1956), Sáez y Larrán (1991), una de las prioridades de todo organismo superior, es la necesidad imperiosa de contacto con el entorno. Este contacto, indispensable para todo ser humano, se verifica básicamente por un continuo intercambio de estímulos entre el individuo y su entorno, cuyos caracteres esenciales determinan la forma y la calidad de la interacción del ser con su alrededor, material y psicológico, al mismo tiempo que definen el sentido y el desenvolvimiento de la existencia de la persona. En efecto, el ser sólo toma sentido y cuerpo en su contacto con la naturaleza y, particularmente, con sus semejantes, contacto que no sólo excita el sistema nervioso, al activar los sistemas sensoriales y motores del organismo, sino que también impulsa al individuo hacia la toma de consciencia de sí mismo y de su razón de ser como persona y miembro de la comunidad humana.

Los estímulos más importantes para el desenvolvimiento del ser humano son aquellos que se originan en la interacción con sus semejantes, desde la relación primigenia del bebé con sus procreadores, hasta la relación del adulto con los demás miembros de su comunidad. Estos estímulos, que se transmiten por contacto físico y por intercambio gestual o verbal de mensajes, encierran invariablemente una intención específica hacia los demás de parte de quienes los emiten. En general, esta intención implica el **reconocimiento** y la **aceptación** de los unos por los otros. La naturaleza y la calidad de los estímulos identificados por Eric Berne como "caricias" son la base de todas las relaciones interpersonales y el origen de la mayoría de las conductas humanas. Berne (1966, 1975) llama hambre de estímulos y hambre de reconocimiento para describir nuestra necesidad de reconocimiento de nuestra existencia por otros. La elección de Berne de la palabra "caricia" se refiere a la necesidad infantil del contacto físico. De mayores, dijo Berne, todavía "ansiamos el contacto físico". Pero también aprendemos a sustituir otras formas de reconocimiento en lugar del contacto físico (Stewart y Joines, 2007, p. 98).

En el contexto de unas relaciones interpersonales sanas y positivas, el intercambio de caricias tiene como función primordial el bienestar de los protagonistas y constituye un estímulo para el crecimiento psicológico y social de las personas.

La caricia fue definida por Berne (1966) como "acto que implica el reconocimiento de la presencia de otro" o "unidad fundamental de la acción social" (p. 17).

No obstante, el inconmensurable valor y potencial humano contenido en estas caricias positivas, la mayoría de los seres humanos no recurren a ellas al interre-

lacionarse con sus semejantes. En efecto, abrumados por un pasado, a menudo, opresivo y sojuzgados por una educación distorsionada, la generalidad de los individuos se rigen por un pensamiento, prejuicios y expectativas que no les permiten reaccionar en forma realista frente a las situaciones de su presente, estableciendo con sus semejantes una relación conflictiva o antagónica, a partir de un intercambio de caricias negativas. Estas caricias negativas, en general de naturaleza agresiva, lastimera y sobreprotectora, tienen como intención y consecuencia situar a las personas en una posición ambigua o falsa con respecto a su realidad como ser humano, ya sea al sobrevalorar inadecuadamente una cualidad personal o un hecho, o al desvalorizar o descalificar al otro en su individualidad. Según su intención, estas caricias connotan, invariablemente, mensajes de rechazo, desconfianza o sobreexigencia, y tienen como efecto bloquear la manifestación espontánea de los potenciales individuales de crecimiento y desarrollo psicológico de los protagonistas del intercambio.

Expuesto desde la niñez a un entorno familiar y social a menudo carente de caricias positivas, y objeto más o menos frecuente de agresiones psicológicas de desvalorización o descalificación, el individuo aprende no sólo a recibir caricias negativas sino que se hace "adicto" a ellas, toda vez que éstas son preferibles a no recibir caricia alguna de sus semejantes. Cualquier tipo de caricia es mejor que ninguna. Como consecuencia de ello, durante la infancia y la adolescencia, el individuo aprende a desarrollar preferentemente aquellas conductas que le aseguran la recepción y satisfacción de su ración esencial de caricias. De esta forma, la persona define el tipo, la naturaleza y la calidad de las caricias que estará dispuesto a intercambiar con sus semejantes, y que constituirán el elemento energético esencial para "recargar" su batería psicológica a partir de las experiencias y aprendizajes del pasado, y el estilo y significado personal de la vida conformado en función de dicho pasado.

Un número elevado de individuos carece, en forma más o menos crónica, de todos aquellos estímulos adecuados y necesarios para el logro de un crecimiento y desarrollo emocional óptimos, fenómeno que se hace evidente en el estancamiento psicológico y social de muchos grupos humanos. Esta situación, que se encuentra de hecho en el origen de los múltiples ambientes humanos caracterizados por la hostilidad y la arbitrariedad que imperan en las relaciones de sus integrantes, corresponde con la instauración y retroalimentación constante de las llamadas "leyes de economía de caricias".

Steiner (1971) sugiere que como niños, todos somos adoctrinados por nuestros padres con cinco normas restrictivas sobre las caricias. Estas cinco normas componen la base de lo que Steiner llama la economía de la caricia. Steiner (1971) afirmaba que al educar a los niños en la obediencia a estas normas, los padres aseguran que "una situación en la que hay una disponibilidad infinita de caricias se transforma en una situación en la que el suministro es bajo y el precio que los padres pueden obtener por ellas es alto" (p. 179).

Las leyes de la economía de las caricias son:

1. No des caricias cuando tengas para dar.
2. No pidas caricias cuando las necesites.
3. No aceptes caricias si las quieres.
4. No rechaces caricias cuando no las quieras.
5. No te des caricias a ti mismo.

Sabiendo que las caricias son esenciales para la existencia, el niño aprende pronto a conseguirlas actuando de la forma que la madre o el padre soliciten.

Como consecuencia de esta forma de pensar, la mayoría de las personas cultivan y mantienen sentimientos o **rebusques**. Sentimientos reiterativos de carácter negativo que sustituyen a las emociones auténticas y son producto de las imposiciones educativas parentales y sociales. Tal es el caso de la ansiedad, angustia, depresión o desesperación que sustituye o encubre la tristeza. Impulsan a las personas, en última instancia, a maltratarse a sí mismas al alimentar caricias internas de rencor o de impotencia e inutilidad que se fundamentan en las experiencias y aprendizajes negativos del pasado, y en una percepción distorsionada de la realidad personal y social actual. Por medio de estas conductas internas, estos individuos **se dan** comúnmente a sí mismos caricias negativas que transmiten y retroalimentan una imagen propia en donde carecen de estima y de afecto que dichas personas profesan para sí y para los demás.

Respecto a lo anterior, la mayoría de estos individuos exteriorizan sus pensamientos distorsionados actuando en su relación con los demás de forma neurótica, es decir, adoptando conductas no asertivas ni productivas de grandeza o de desvalimiento producidas por la activación, según el caso, del **Niño Adaptado-sumiso o rebelde-del Niño libre o del Padre-Crítico o nutricio**, negativas. Operando desde las conductas negativas, mediante la manifestación más o menos consciente de comportamientos agresivos o dóciles y serviles, estas personas distribuyen caricias negativas al mismo tiempo que invitan a los demás a responderles también con caricias negativas. De esta forma, dichos individuos no sólo **dan** caricias negativas sino que las **piden** y las **aceptan**, con lo cual se encuentran en condiciones propicias para confirmar el fundamento distorsionado de sus pensamientos, y justificar ante sí el cultivo y mantenimiento de los rebusques correspondientes, a través de los juegos psicológicos.

Además, y como complemento de esta actitud, dichas personas **rechazan** a menudo las eventuales caricias positivas proporcionadas por sus semejantes ya que, conforme con sus propios pensamientos, estas caricias y sus proveedores no pueden ser sinceros y deben obedecer a intenciones ocultas o manipuladoras. Esto es así porque el contenido del pensamiento gira habitualmente en torno a la desconfianza en relación con los demás como consecuencia de la carencia personal de amor, dignidad y autonomía que caracteriza a estos individuos.

Agobiados por resentimientos sordos y profundos, y por un estilo de vida defensivo, falto de afecto y autodestructivo, estas personas cultivan y mantienen patrones de conducta y esquemas de pensamiento que los inmovilizan en su crecimiento emocional y que pueden ocasionarles enfermedad física y mental, o crearles un ambiente lleno de conflictos, de intolerancia, de incompreensión y de dolencias orgánicas y psicológicas que les impida el disfrute de la vida y la felicidad.

Necesidad de estructuración del tiempo

La necesidad de contacto con el entorno físico y social, y el consiguiente intercambio de estímulos, impulsan al ser humano a emplear su tiempo en el desarrollo de alguna acción, ya sea una interacción más o menos intensa con sus semejantes, o aisladamente, a solas consigo mismo, sus pensamientos y los componentes materiales de su entorno. La ausencia más o menos prolongada de ocupaciones conlleva, para todo individuo, el espectro del aburrimiento, derivado por la carencia de estímulos o caricias indispensables para el funcionamiento y equilibrio psicológico del ser.

Para salvaguardar dicho equilibrio, los seres humanos se ven, por tanto, impedidos a programar o estructurar su tiempo de manera que puedan recibir aquellas caricias que les permita cargar su "batería psicológica" con base en las apetencias personales resultantes de los aprendizajes y experiencias emocionales y sociales de la infancia. Es así como, mientras algunos individuos emplean la mayor parte de su tiempo en el desarrollo de actividades o faenas que concuerdan con una adecuada lógica a sus circunstancias internas y externas, otros se entregan de preferencia a acciones orientadas a la diversión, la manipulación de los demás o a la agresión cuando no se aíslan socialmente.

Independientemente de la naturaleza y calidad positiva o negativa de las caricias que el individuo intercambia, hay seis formas definidas de estructuración del tiempo, las cuales se relacionan con la intensidad del compromiso emocional correspondiente y la cantidad de caricias que cada cual recibe en ellas.

Eric Berne (1966, 1974, 1975, 1983) enumeró estos seis modos de estructuración del tiempo:

1. Aislamiento
2. Rituales
3. Pasatiempos
4. Actividades
5. Juegos psicológicos
6. Intimidad

Todas ellas son formas de satisfacer el deseo o el hambre de estructuración del tiempo.

El **aislamiento**: Forma de estructuración del tiempo que implica la ausencia de contacto con los demás y, por consiguiente, un empobrecimiento en cuanto a estímulos ya que, si bien pueden existir "autocaricias", éstas no tienen un valor importante desde el punto de vista del reconocimiento.

Habitualmente, se trata de personas que tienen un **Niño Adaptado sumiso** hipertrofiado y una imagen propia desvalorizada, con rebusques de confusión, inadecuación o de "no ser queridas", o un **Padre Crítico negativo o perseguidor**.

Los **rituales**: Consisten en una serie o conjunto de transacciones simples, complementarias, estereotipadas y programadas, cuyo objeto es ordenar las relaciones humanas conforme a determinadas pautas culturales y normas sociales institucionalizadas (saludos, ceremonias, protocolos sociales o laborales, religiosos).

Los **pasatiempos**: Están constituidos por un conjunto de transacciones simples y complementarias cuyo objeto es llenar el tiempo a través de un contacto social semirritual. Además de servir como un medio de intercambio de caricias, socialmente aceptables, sin mayor compromiso emocional, los pasatiempos constituyen procedimientos de comunicación y selección social.

En cuanto a los Estados del Ego que intervienen hay gran variedad, dependiendo de los temas y del Estado del Ego que los interlocutores necesitan desahogar. Cada Estado del Ego tiene sus pasatiempos característicos, así como, son distintos para hombres y para mujeres, también depende según las edades.

Las **actividades** que implican el desarrollo de una acción con un fin u objetivo determinados. En general, estas acciones se desarrollan por transacciones complementarias, programadas por el **Adulto** y dirigidas hacia la realidad, correspondiendo con lo que la persona quiere, necesita o tiene que hacer.

Las actividades se diferencian de los rituales por el origen de la programación del tiempo y por los Estados del Ego implicados. Las actividades suelen estar programadas y ejecutadas por el Adulto, pues están motivadas por la obtención de objetivos "aquí y ahora". Aunque para que sean variadas, ricas y creativas, y sobre todo, eficaces tienen que ser asumidas por los tres Estados del Ego: por un Padre que los juzgue socialmente plausibles, por un Adulto que los acepte porque está al alcance de sus conocimientos, y por un Niño que se sienta atraído y excitado en su creatividad y fantasía.

Los **juegos psicológicos**, son una serie de transacciones ulteriores, complementarias, que progresan hacia un resultado previsto y bien definido. Estas transacciones muchas veces son prolijas y recurrentes, y obedecen a un motivo oculto aunque se expresen en el plano explícito (verbal) en forma socialmente aceptable. Es una forma improductiva de emplear el tiempo toda vez que se practican para evitar hacer cosas como resolver problemas, confrontar y tomar decisiones o intimar con las personas. Los juegos psicológicos son básicamente negativos, ya que las caricias que se intercambian son negativas y, a menudo, destructoras, aunque en ocasiones los protagonistas den o reciban caricias positivas sobre conductas negativas.

Con frecuencia las personas se encuentran "inocentemente" comprometidas en transacciones ulteriores dobles, las cuales constituyen el aspecto más importante de la vida social de la gente, pero algunas personas participan de manera consciente en juegos psicológicos manipulando a los demás, induciendo o forzando a los otros a realizar acciones contrarias a su voluntad. Los juegos implican la búsqueda de refuerzo de los rebusques y conceptos prejuiciados de quienes participan en ellos.

Los juegos psicológicos son de tal envergadura en la programación del tiempo y, por tanto, se recomienda leer a Berne (1966), Sáez Alonso (1988, 1990) y Valbuena (2006), para comprender su riqueza. El análisis de los juegos es una parte central de la teoría del AT y no se pueden desarrollar en toda su amplitud en este capítulo.

La esencia de los juegos radica en que son cadenas de transacciones complementarias que discurren repetidamente, pero en las que participan transacciones ulteriores. Son aceptables a nivel social. Y tienen algo oculto que se vislumbra en el nivel psicológico. Hay cambios de roles diagramados por el triángulo dramático que nos descubren motivaciones y ganancias "pseudoventajas" ocultas. Por eso y por definición, los juegos se juegan desde los Estados del Ego negativos. Y también, por definición, los juegos no pueden jugarse desde el Estado del Ego Adulto. Este no se entera del juego. Está ausente. En la intimidad no hay mensajes secretos. El nivel social y psicológico es congruente. Esta es una diferencia fundamental entre la intimidad y los juegos.

La **intimidad**: Implica un interés auténtico del uno por el otro, y es la forma de estructuración del tiempo que favorece el mayor y más potente intercambio de caricias positivas, al compartir pensamientos, experiencias y emociones en una relación abierta, honesta y espontánea, en la que cada cual confía en el otro. En general, y como elementos esenciales de su plan inconsciente de vida o argumento psicológico, estas personas prefieren participar en juegos que determinan, de hecho, su destino, su relación afectiva y de pareja, su actividad y las circunstancias que rodearán su vejez y su muerte.

Berne (1983) afirmaba que la Intimidad es un "intercambio de expresión afectiva, libre de juegos y sin explotación encubierta" (p. 406). La intimidad implica apertura y empatía, captación del marco de referencia del otro, de sus sentimientos, sin pérdida de la propia identidad.

El componente sexual juega un gran papel, aunque es erróneo suponer que la base real para la intimidad es el sexo. Berne (1975) desenmascara esta afirmación presentando las alternativas en las cuales puede darse sexo sin intimidad (prostitución), intimidad sin sexo (relación madre-bebé) y también por supuesto, juntos intimidad y sexo: relaciones sexuales con gran amor.

Para Stewart y Joines (2007), en la intimidad, cada parte acepta su propia responsabilidad. Estos autores citan a Berne para precisar los Estados del Ego relacionados con la intimidad.

Posición existencial

Enfrentando a la gran variedad de estímulos intencionales o caricias, sean éstas negativas o positivas, y el significado que éstos transmiten en cuanto a la imagen que los demás tienen con respecto al individuo, éste es impulsado a tomar, desde muy temprano, una decisión con respecto a su persona, a los demás y al papel que desarrollará en el transcurso de su vida. Básicamente, esta decisión obedece a la necesidad que tiene de adoptar un papel dentro del contexto familiar, y por extensión social, a fin de aligerar las presiones e imposiciones educativas y culturales de su entorno y aumentar la satisfacción personal y su equilibrio psicológico, al reducir o eliminar el conflicto entre sus propias necesidades y esperanzas, por un lado, y las imágenes y expectativas de los demás en relación con él mismo, por otro lado. De hecho, esta decisión corresponde con una toma de **posición existencial** a la que todos los seres humanos se ven impulsados en su infancia, aplicando todos los recursos de adaptación de su ego con objeto de no tener que tomar resoluciones ante las múltiples y variadas solicitudes que se le presentan, definiendo en esta forma, y de una vez por todas, su respuesta a las tres preguntas existenciales fundamentales:

¿Quién soy?

¿Qué hago en este mundo?

¿Quiénes son los demás?

De acuerdo con esto, cada individuo elige una forma determinada de sentirse y percibirse a sí mismo en relación con lo que siente y percibe de los demás, asumiendo cada situación social que enfrenta con base en una resolución del pasado fundamentada en los estímulos del ambiente, las caricias y los mensajes recibidos de las figuras parentales y de autoridad durante la infancia. Tomada en general en forma radical y acrítica, esta elección determina los contornos generales y fundamentales de la vida personal, la cual se desenvuelve conforme a un patrón conductual definido por la posición existencial adoptada y el **guión o argumento psicológico** asociado, el cual corresponde al continuo programar que cada persona hace con relación al desarrollo de su vida, a partir de las grabaciones efectuadas en la infancia y depositadas en el **Padre** y el **Niño** internos. Este **guión psicológico o argumento de vida** corresponde a un plan preconsciente de vida, un programa en marcha, desarrollado en la primera infancia bajo la influencia parental, que dirige la conducta del individuo en los aspectos más importantes de su vida. Nos detendremos en él más adelante.

Además de determinar la imagen propia y la imagen de los otros, la posición existencial y el guión de vida determinan la naturaleza y la calidad de los pensamientos de cada individuo y, por extensión, el tipo de sentimientos o rebusques

que cultiva y mantiene, tanto en relación consigo mismo como con sus semejantes y con su sentido de la vida. Supeditado a los mandatos parentales grabados, el individuo adopta un esquema mental y una orientación existencial definidos que exterioriza a través de sus conductas, las cuales se hallan a su vez dirigidas al cumplimiento y retroalimentación de los componentes básicos inherentes a la posición existencial y al guión personal.

Naturaleza de las posiciones existenciales

Eric Berne constató este hecho: cada persona posee una valoración acerca de sí misma, de los otros y del mundo.

Este concepto básico que la persona tiene de sí misma, de los otros y de las realidades circundantes no es consciente. Es subjetivo. Y determina muchos de sus pensamientos, valoraciones y sentimientos que justifican decisiones vitales. Son las posiciones existenciales.

El AT habla de una posición universal "que implica una visión del mundo" (Berne, 1974, p. 103). Y de una existencial o psicológica, que pertenece a lo mental, es decir, al pensamiento, a las fantasías y a los sentimientos. Es un proceso psicológico individual y psicosocial en interacción con el entorno.

La posición existencial es el término de un proceso intelectual que asigna tanto al sujeto como a la realidad, la connotación más elemental: bueno-malo (Cirigliano y Forcade, 1984, p. 116).

Las posiciones existenciales surgen desde el seno materno (Berne, 1974, p. 104). El Adulto que hay en el Niño, el pequeño profesor, se define entre los primeros meses y los ocho años de edad, saca conclusiones a las que les faltan datos y sobran emociones.

En los momentos más arcaicos de la vida de la persona, los estímulos, las experiencias y los mensajes ambientales alimentan la conclusión de cómo está el sujeto o yo, y cómo está la realidad, el mundo o tú. "Yo" puede ser ampliado a "nosotros" y "tú" puede representar a "vosotros", "ellos", "los niños", "todos los demás".

"Las posiciones más simples tienen dos elementos, Tú y Yo" (Berne, 1974, p. 104).

Ahora bien, ¿cuál es el contenido de estos pronombres? ¿Cuál es el contenido de las posiciones? El contenido se refiere al estar bien o mal de la persona y del mundo circundante. Hay contenidos emocionales que habitualmente se experimentan como positivos o negativos y contenidos sociales que describen la relación que existe entre nosotros mismos y los demás. Berne sugiere que el niño pequeño, al principio del proceso de formación de guión, ya tiene ciertas convicciones de sí mismo y de la gente que le rodea. Estas convicciones, lo más probable es que se queden con él durante toda su vida y pueden resumirse de la siguiente manera:

Yo estoy bien (Yo estoy *ok* o Yo estoy +) puede significar: soy bueno, rico, fuerte, poderoso, abierto, interesante, valioso; merezco vivir. En el fondo, por el motivo que sea, me siento "bien"; implica cualquier adjetivo que se considere "bueno".

Yo estoy mal (Yo estoy *no ok* o Yo estoy -) puede significar: soy malo, débil, feo, aburrido, inútil, ignorante; mi vida no vale nada. En el fondo, por el motivo que sea, me siento "mal".

Tú estás bien (Tú estás *ok* o Tú estás +) puede significar: me quieres, me limpias, puedo confiar en ti; la gente es justa; eres fuerte, alegre. En el fondo, por el motivo que sea, te siento "bien".

Tú estás mal (Tú estás *no ok* o Tú estás -) puede significar: eres malo; no vales; eres peligroso, cruel, injusto; tu vida no vale nada. En el fondo, por el motivo que sea, te siento "mal".

Génesis de la posición existencial

Para Berne (1974, p. 102) las experiencias infantiles, particularmente en relación con nuestro padre y con nuestra madre, son las determinantes de la programación. Las primeras influencias generalmente se dan entre el niño y su madre. "Todavía no es la hora", "mientras la madre fuma", "eso es ser un buen chico", "inténtalo", y otros múltiples mensajes van obligando a la parte de Adulto que hay en el Niño a tomar la decisión de su posición existencial.

Todo esto repetido, día tras día, año tras año, en breves ceremoniales de limpieza, comidas, etc., acompañados de gestos de aprobación o desaprobación, está inculcando la sensación de encontrarse bien o encontrarse mal.

Para cuando llega el "baja de la cama, cariño" o "si lo haces, te parto la cara", el niño o la niña ya tienen ciertas convicciones acerca de si mismos y de las personas que los rodean, especialmente de sus padres.

Eric Berne (1974) resume estas convicciones y decisiones adquiridas desde el periodo de lactancia hasta los ocho años con estas palabras:

Es probable que estas convicciones le acompañen el resto de su vida, y pueden resumirse de la siguiente manera: 1) Yo estoy bien. 2) Yo no estoy bien. 3) Tú estás bien. 4) Tú no estás bien. Sobre la base de éstas, toma su decisión vital. "Este es un mundo bueno, algún día lo haré mejor", a través de la ciencia, el servicio, la poesía o la música. "Este es un mundo malo, algún día me mataré", o mataré a otro, me volveré loco, o me retiraré de él. Quizá es un mundo mediocre, donde uno hace lo que tiene que hacer y se divierte a medias... o un mundo difícil, donde uno rastrea o se doblega, o negocia, o culebrea, o lucha para ganarse la vida (p. 103).

Si el niño recibe caricias positivas, condicionales e incondicionales, y además posee unas figuras parentales que le dan mensajes verbales y no-verbales nutritivos, de aliento y confianza, el Niño Adaptado, evaluado por el Adulto del Niño, el pequeño profesor, elegirá la forma de sentirse bien.

Si, por el contrario, durante los primeros años de su vida, la persona se crió rodeada de atenciones inadecuadas, llenas de críticas y "descuentos", con hambre básica de caricias insatisfecha, el Niño Adaptado con el pequeño profesor adquirirá un concepto y valor propios de sentirse mal.

El Niño que en los primeros días, meses y años de su vida es un ser pensante. Piensa y "deduce". A esta edad, como no tiene estructurado el Estado del Ego Adulto, razona con el Adulto del Niño o en el niño, generalmente mal informado y contaminado por las emociones. Y es este pequeño profesor el que "de acuerdo con las experiencias positivas o negativas, propias o ajenas, se convence de determinadas posiciones, y las asume como una norma que va, en adelante, a regular sus relaciones humanas" (Berne, 1974, p. 119).

Al ahondar en el tema, Cirigiano y Forcade (1984) afirman que la posición existencial es la primera gran elaboración teórica del pequeño profesor (AN). Aproximadamente en el segundo o tercer año de vida... el pequeño profesor, sobre la base del conocimiento directo, de las experiencias que tiene, ordenando los datos que recibe, interpretando por intuición y por el sentir lo que acontece, "llega a elaborar una **conclusión** compuesta de dos creencias básicas: una sobre sí mismo y otra sobre el mundo. Es a modo de un juicio o interpretación. Luego viene el NA (P del N) que adopta dicha conclusión, la decide o sanciona, es decir, la convierte en norma o ley, legislando en la realidad, indicando que así tiene que ser" (p. 116).

Estos conceptos de sí mismo y de los demás que contienen las posiciones existenciales son distorsionados, poco realistas, y tienden a ser más influyentes y difíciles de corregir cuanto más temprano se adquieren. Y ello es debido a que no ha sido el pensamiento lógico el que ha tomado las riendas de las opciones y decisiones, sino el mágico o mágico simbólico ¿egocentrismo, animismo, artificialismo, carácter autoreferencial? a una edad en la que el niño aún no posee ni dispone de un adulto apto e informado y, por consiguiente, contribuye a refractar la realidad vivida por el niño.

Cualquiera de las posiciones existenciales básicas que vamos a describir ha sido tomada (antes de los ocho años) en ausencia de la capacidad racional lógica de una persona adulta.

En la figura 3-7 se describe cómo se genera la posición existencial.

Importancia práctica de las posiciones existenciales

La búsqueda de caricias determina las posiciones, puesto que, según se consigan caricias positivas o negativas, el niño estará bien o estará mal. Cuando las posiciones señalan un buen camino de caricias, se fijan porque compensan.

Anteriormente se habló de las caricias, acerca de cómo hay que llenar la batería personal de las mismas. En caso de no hallar caricias positivas, las negativas suplen su ausencia.

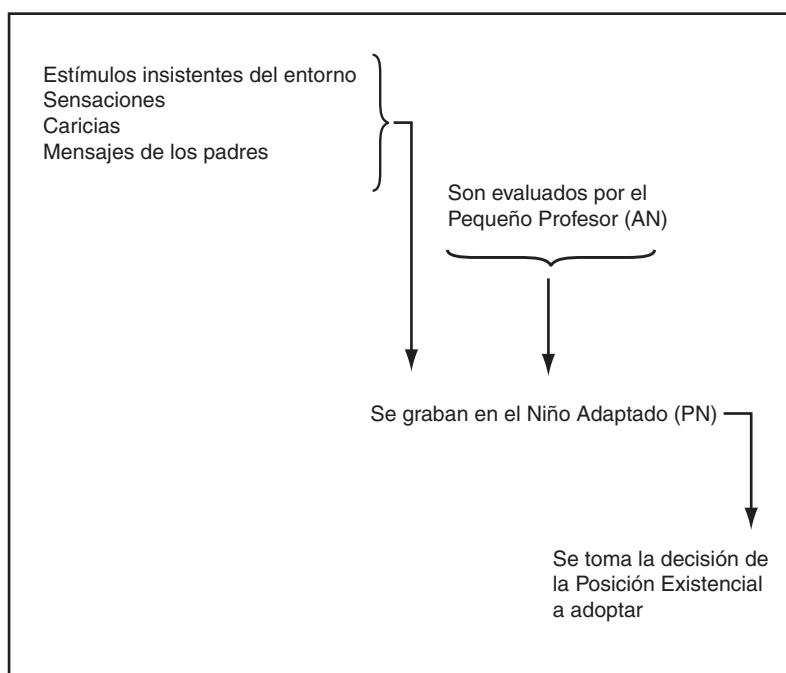


Figura 3-7. Generación de la posición existencial.

Las posiciones llevan a relacionarse con las personas y si los demás son fuente de caricias negativas, estarán mal. Pero, aunque en posición existencial *no ok*, aportan caricias, peor sería la nada.

Una vez adoptada la posición existencial... "el niño ya tiene una pauta de conducta que le asegura su provisión de caricias, así como el ser reconocido de un modo previsible" (Kertész, 1977, p. 96).

Las posiciones existenciales son importantes para cada persona porque ofrecen la seguridad de lo conocido. Así nos explica Berne (1974) la persistencia de las posiciones: "Estas son necesarias para que pueda tener la impresión de pisar un terreno firme, y la persona será tan reacia a la hora de abandonarla como si tuviera que abandonar los cimientos de su casa" (p. 106).

La posición libra de la angustia ante lo novedoso y desconocido. Le adapta a su ambiente; es una pieza más de él.

Las posiciones existenciales permiten estructurar el tiempo. Las personas, de este modo, y por ser fieles a las posiciones, se meten en juegos psicológicos. Éstos estructuran las transacciones ulteriores haciéndolas progresar hacia resultados previsibles y bien definidos. Es el beneficio final de los juegos psicológicos, en las pseudoventajas, al experimentar los jugadores los falsos sentimientos, cuando se confirma la posición existencial básica "elegida" en la infancia. A esto se le llama beneficio existencial o pseudoventaja existencial.

El rol predominante del triángulo dramático que uno mantiene por más tiempo corresponde generalmente a la propia posición existencial básica. Y las convicciones arcaicas infantiles que son las posiciones empujan a desempeñar con más frecuencia algunos papeles o roles falsos.

Esto se presenta de modo resumido en la figura 3-8 y 3-9, también se incluyen los Estados del Ego correspondientes a cada posición y rol.

Descripción de las posiciones existenciales

De acuerdo con los contenidos definidos hasta ahora, uniendo los pronombres Yo-Tú y los predicados bien y mal, se logran las siguientes combinaciones:

(b-b) Yo estoy bien – Tú estás bien y todos los demás también. Para el que la vive, todo, absolutamente todo, está bien y además los otros son maravillosos. Es la persona maniaca. Ésta puede construir su guión de vida con permiso para actuar libremente dando curso a sus impulsos bajo el imperio de un mandato de "no pienses", que se origina en la instancia de las figuras parentales de que el niño no debe preocuparse de nada, ya que siempre tendrá protección y a alguien para resolver sus problemas.

(b-m) Yo estoy bien – Tú estás mal. Es la posición paranoide. Uno se considera bueno, fantástico, y el otro, malo. Es la persona con complejo de superioridad. Con un mandato de "no sientas" que se fundamenta en los sentimientos de culpa fomentados en el Niño Adaptado del niño por sus padres y que induce a expulsar a... los demás que están en posición inferior a la suya. Las personas con esta posición existencial tienden a colocar todos los aspectos negativos en los demás, mientras que se consideran a sí mismos libres de defectos con base en una imagen propia sobrevalorada que los induce a considerar que ellas siempre tienen razón.

ROL	Posición EXISTENCIAL	Estado del YO
Perseguidora	Yo estoy bien - Tú estás mal (+/-)	PC-
Salvador	Yo estoy bien - Tú estás mal (+/-)	PN-
Perseguidora	Yo estoy mal - Tú estás bien (-/+)	N.A.S.
	Yo estoy bien - Tú estás mal (-/+)	Perseguidora
	Yo estoy mal - Tú estás mal (-/+)	N.A.R.

Figura 3-8. Rol, posición existencial y estado del Ego.

(m-b) Yo estoy mal – Tú estás bien. Llamada depresiva. La vida personal no vale nada pero tú, el otro, es la fuente del bien, de las caricias. Es la persona angustiada. Esta posición está constituida a partir de las conductas de confusión e inadecuación de los padres y que induce a alejarse de... los demás, pues ella es perdedora, víctima ante los otros. En general, las personas que optan por esta posición tienen un Niño Adoptado sumiso muy marcado, ubicando todos los aspectos negativos en sí mismos como consecuencia de una imagen propia desvalorizada, reforzada por el mantenimiento de rebusques de culpabilidad y asociados al concepto propio de incapacidad, inutilidad o mala suerte.

(m-m) Yo estoy mal – Tú estás mal. Recibe el nombre de psicópata. "Yo no valgo nada". Nihilista. Y la vida y el mundo de los otros tampoco. Es la persona desesperada. Se conforma esta posición habitualmente alrededor de un mandato de "no seas", cuando no de "no vivas" que se origina al descartar o desechar, y que induce a no ir a ninguna parte. Por lo general, las personas con esta posición tienden a negar los valores de la vida y solo ven aspectos negativos en sí mismos y en sus semejantes, manteniendo rebusques de inutilidad, desesperación y rechazo de sí y de los demás. Con un guión de perdedor, la persona está convencida de que la vida es fútil y llena de desesperación.

(b-b) Yo estoy bien – Tú estás bien. Es la posición o mejor posición por la que opta el Adulto tras analizar y admitir los éxitos y deficiencias personales y ajenas. El Adulto sopesa los traumas y frustraciones, caricias y descuentos que ofrece la vida, y cae en la cuenta de que uno mismo está más o menos bien según circunstancias y lo mismo los demás, a pesar de las pruebas y dificultades. Es la persona confiada, con autonomía y libre de prejuicios y de fantasías con respecto a sí mismo y a los demás. Al adoptar esta posición existencial, la persona opera principalmente dentro del área de conductas positivas y asertivas y hace uso pleno de sus tres Estados del Ego: Padre, Adulto y Niño en forma adecuada y productiva, buscando su propia evolución psicológica e invitando a sus semejantes a obtenerla por su cuenta.

Yo estoy más o menos (±) bien – Tú estás más o menos (±) bien. La posición existencial de vida puede cambiarse al igual que todos los aspectos del guión. Es posible que suceda sólo como resultado de la terapia o de alguna experiencia externa poderosa.

La posición "Yo estoy más o menos bien - Tú estás más o menos bien" difiere de las anteriores no sólo cuantitativa sino cualitativamente. "Esta posición existe para ser reconquistada, si se piensa como Berne que se nace príncipe, y que la vida nos transforma en sapo" (Chandezon y Lancestre, 1984, p. 63).

Posiciones existenciales desde el enfoque Tripartito. Hasta ahora se ha hablado principalmente de posiciones con dos elementos "Yo" y "Tú". Pero Berne (1974) considera las relaciones entre Yo, Tú y Él (ellos) y las respectivas variedades de actitudes junto a las cuatro básicas.

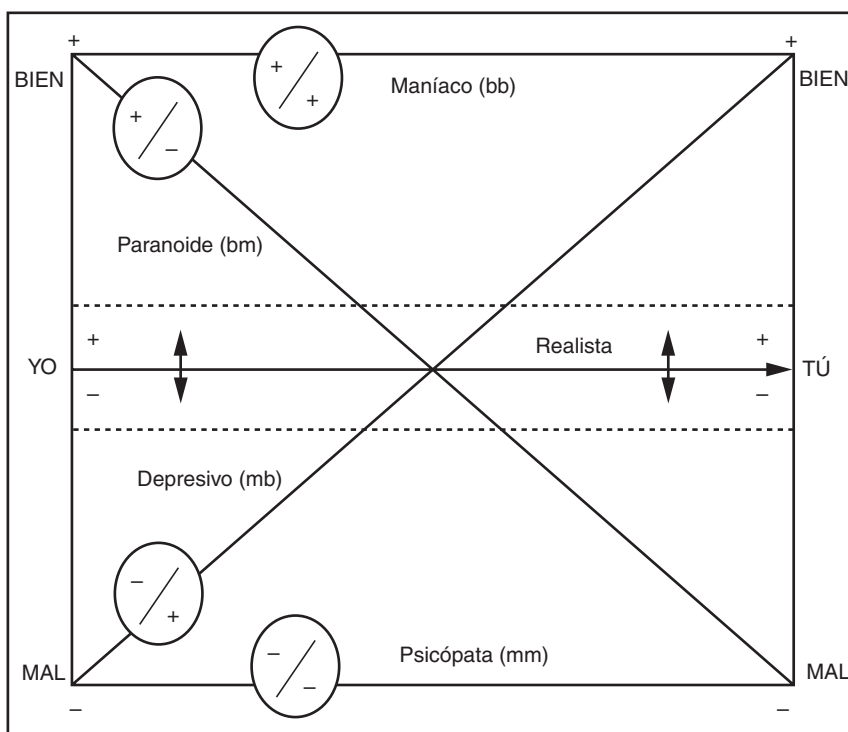


Figura 3-9. Rasgos de personalidad.

En el cuadro 3-2 se resume la relación tripartita con gran variedad de información acerca de las relaciones escolares, familiares, laborales, etc. (De Diego y Massó, 1986).

En resumen y de acuerdo con la teoría del AT, las actitudes que normalmente se adoptan a muy temprana edad, abarcan la aceptación o rechazo de uno mismo y la aceptación o rechazo de los demás. O, como se describió, nos describimos a nosotros mismos, en general, como *ok* o *no ok* y evaluamos a los otros como *ok* o *no ok*. Usando estos conceptos, surgen cuatro posiciones generales amplias frente a la vida como para incluir a todas las personas. Estas ofrecen distintas posibilidades de encuentro y relación interpersonal.

Las posiciones existenciales pueden ser o no ser conflictivas, pero si nos mantenemos en ellas seguiremos siendo lo que determinamos ser en nuestra infancia. Si optamos, sin embargo, por una decisión de estar *ok*, basada en el "aquí y ahora" y, sobre sentimientos y valores verdaderos, entonces nuestro Niño *ok* podrá amar más auténticamente, nuestro Adulto *ok* podrá pensar más claramente y acariciar más nutritivamente nuestro Padre *ok*.

Cuadro 3-2. Posiciones existenciales tripartitas

P .E.	Yo	Tú	Ellos	Frase descriptiva
Optimista	±	±	±	Estamos abiertos. Podemos crecer todos
Maníaca	+	+	+	Todos somos maravillosos
Prejuicios	+	+	–	Nosotros somos valiosos. Ellos, no
Agitadora	+	–	+	Tú eres el único que desentona
Arrogante	+	–	–	Yo soy el que hace todo bien
Envidia	–	–	+	Ellos nos tienen manía porque no somos tan inteligentes
Servil	–	+	–	Si no fuera por ti... Eres la única persona que vale
Pesimista	–	–	–	Ni tú, ni yo, ni ellos. Nada ni nadie vale para nada

Mantenerse en la posición existencial básica elegida en la infancia es una de las consecuencias de los juegos psicológicos y de vivir el guión con el argumento de vida típico de cada posición. Pues la gente "juega", entre otras cosas para proveerse de caricias y mantenerse en su posición existencial.

GUIÓN DE VIDA

El guión de vida, que sustituye científicamente al concepto de "destino", constituye un plan de vida que expresa, en sus líneas generales, lo importante que ha de sucederle a la persona en el transcurso de su existencia. Es un plan que tiene su origen en los primeros años de vida del individuo, conformado a partir de una decisión temprana y prematura del niño, y que determina en forma rígida la conducta de la persona a través de los años, definiendo sus contornos generales y fundamentales (Steiner, 1992). En *Introducción al tratamiento de grupo*, Berne definió el guión de vida como "un plan de vida inconsciente". Más tarde, en *¿Qué dice usted después de decir hola?* Ofrece una definición más completa: "Un plan de vida creado en la infancia, reforzado por los padres, justificado por eventos subsecuentes y culminado en una alternativa elegida".

En otro momento, Berne (1974) definió el guión como "un plan de vida preconsciente, según el cual, la persona estructura periodos largos de su vida, llevándolos a actividades, rituales, pasatiempos y juegos, con sus consecuencias inmediatas, épocas de aislamiento y episodios de intimidad" (p. 41). En esta definición, se constata que el guión genera un plan de vida en un momento temprano de la vida de la persona que urde para adaptarse al medio afectivo, social y cultural que le ha correspondido vivir. Dicho con otras palabras, el guión de vida comprende una

construcción temprana que implica aspectos funcionales y útiles, igual que un sistema patológico de hábitos y pautas destructoras.

Para Stewart y Joines (2007) la experiencia de la infancia es central para el AT y para otros muchos enfoques psicológicos. Para el AT lo distintivo es "su sugerencia de que el niño determina un **plan específico** para su vida, en lugar de determinar simplemente una visión general del mundo" (p. 126). Este plan de vida transaccional se establece como una obra de teatro, con un comienzo, un desarrollo y un final.

El plan de vida culmina con una alternativa elegida. Este plan de vida creado en la niñez significa que el niño decide sobre el plan de vida. En la teoría del guión, el término "decisión" se utiliza en el sentido de que el niño en sus decisiones tempranas observa la realidad circundante de forma distinta al utilizado por las personas adultas.

El guión de vida es preconsciente ya que la información que lo sustenta está incorporada (o "grabada") en el Estado del Ego **Niño** de la persona y no del **Adulto**. Lo más probable es que no seamos conscientes de las decisiones tempranas que tomamos en la infancia, aunque las mostremos en nuestro comportamiento. Desde los días más tempranos del niño, los padres le envían mensajes, con base en los cuales forma conclusiones de sí mismo, de los otros y del mundo. Estos mensajes de guión son tanto verbales como no-verbales y constituyen el entorno en cuya respuesta se toman las decisiones principales de guión. Tiene como objeto evitarle al individuo, una vez que es adulto, hacerse responsable de las vicisitudes que él mismo se provoca, sin intervención de su Estado del Ego **Adulto**, facilitándole así el culpar, con su **Niño**, al destino por los acontecimientos tanto positivos como negativos de su vida.

Cuando Berne escribió que el guión se "justifica con los eventos subsecuentes", justificar significa "interpretar la realidad en nuestro propio marco de referencia de modo que nos *parezca* que justifica nuestras decisiones de guión" (Stewart y Joines, 2007, p. 128). Hacemos esto porque, en nuestro Estado Niño del Ego, podemos percibir cualquier amenaza a nuestra visión del mundo basada en el guión como una amenaza para satisfacer nuestras necesidades o incluso como amenaza para nuestra supervivencia.

Para Massó (2007) el concepto de guión de vida articula un contingente considerable de información sobre la biografía de la persona. Su validez pragmática se justifica porque "permite organizar multitud de elementos de la anamnesis, establecer hipótesis terapéuticas para comprender la situación presente e incluso orientar conductas futuras" (p. 225).

A diferencia de los animales, los cuales tienen un argumento de vida genéticamente determinado y codificado, y que deben cumplir en forma rígida, paso a paso, el guión de vida del ser humano es básicamente producto de un aprendizaje más o menos consciente de respuestas y reacciones conductuales en función de

las experiencias y vivencias individuales en la infancia. Fenómeno que se verifica por la forma personal de estructurar el tiempo y, en particular, por el tipo de juegos psicológicos en que la persona acostumbra participar como de las formas de manipulación que emplea con más frecuencia.

Cuando el guión de vida es decidido en una época muy temprana, significa que el individuo en su infancia estuvo expuesto a un ambiente psicofamiliar nefasto para él, viéndose obligado a ajustarse a las exigencias de un entorno hostil y anárquico, ajuste indispensable para su supervivencia en dicho contexto social. Como es de suponer, por la edad del protagonista, dicho ajuste no partirá de un razonamiento lógico, sino de un pensamiento mágico e inmaduro de manera tal que, con toda la información que dispone en ese momento, el pequeño decide que cierta posición existencial, y cierto curso de vida, constituyen la única solución viable al predicamento existencial en el cual se halla inmerso. Esta posición y curso de vida, definidos en forma preconsciente, son posteriormente consolidados hasta su cristalización con base en las constantes confirmaciones que el medio, y las reacciones de quienes lo integran, le proporcionan a partir de sus propias actuaciones o conductas.

Tal como lo señala Crossman (1966), el niño al encontrarse en un hogar que puede ser considerado como normal y adecuado, es alimentado, protegido y educado por el Estado del Ego **Padre** de sus progenitores o sustitutos. Por su lado, el **Adulto** de éstos transmite al niño las reglas de la lógica, mientras que el **Niño** de los mayores excita y alienta al **Niño libre** de la criatura a través del juego y de las caricias. A su vez, en un hogar inadecuado, constituido por padres identificados como "inmaduros" y que desarrollan un guión de vida propio de carácter destructivo, quien tiene a cargo la crianza de los hijos es el Estado del Ego **Padre** negativo (sea perseguidor o salvador) cuando no el **Niño** de uno o ambos padres (hecho frecuente). De acuerdo con la inmadurez o anarquía conductual de los progenitores, se ve impelido tempranamente a definir un guión de vida concordante con los mensajes parentales tales como: "No cuentes conmigo" (o nosotros)... "Apúrate a crecer" o "no crezcas"... "fracasa"... "no disfrutes"... o incluso "no vivas" (abandono de los hijos).

Sin embargo, Berne cuenta la historia de dos hermanos a los que la madre les dijo: "Acabaréis en un hospital psiquiátrico". Uno de los hermanos llegó a ser interno en un hospital mental y el otro llegó a ser psiquiatra.

La primera unidad de comunicación que se establece entre el niño y las personas que lo rodean, se constituye esencialmente de mensajes no-verbales (lenguaje gestual). En efecto, no es sino a partir del momento en que el niño adquiere el lenguaje oral que la palabra sustituye paulatinamente a la comunicación no-verbal, aunque esta última mantiene siempre vigencia a lo largo de la vida a través de los signos de conducta (tonos de voz, mímica, gestos, postura corporal), conservando incluso mayor importancia que la palabra.

La conducta no-verbal de los progenitores o sustitutos, manifestada de forma duradera y reiterativa, es captada por el **Niño** del infante y constituye mensajes claros y significativos con respecto a la relación de los primeros con el segundo. Estos mensajes, que proceden fundamentalmente del **Padre en el Niño** de los adultos y que reflejan los sentimientos profundos que éstos abrigan con respecto a la criatura, son potentes ya que llegan de forma integral al **Niño en el Niño** del infante, único Estado del Ego activo en ese momento. Cuando estos mensajes constantes transmiten un contenido de carácter dramático para el niño (rechazo, disgusto en el contacto físico, agresión, ansiedad, como consecuencia de sentimientos negativos de los padres con respecto al pequeño) y constituyen los estímulos intencionales o caricias más frecuentes que éste recibe de su entorno, es más que probable que el **pequeño profesor** del infante decida aceptarlos para siempre, tal como dichos mensajes se expresan. En estos casos, los mensajes se transforman en "mandatos" que se depositan (o se "graban") en el **Padre del Niño o Niño Adaptado** de la criatura, siendo reforzados posteriormente por los mensajes verbales de los padres u otros adultos, por lo general a través de apodos, diminutivos u otros apelativos con que éstos identifican al niño y que, en alguna forma, le señalan lo que esperan de él o de la forma como lo perciben.

Los mandatos vienen expresados de forma negativa: **No pienses, No vivas**, etc., por su carácter inhibitor sobre la conducta. Para Massó (2007) los mandatos del guión de vida se elaboran en base a aquellos mensajes que reúnen las características siguientes:

1. Que provengan del Niño Adaptado de los padres.
2. Que conlleven componente psicológico ulterior.
3. Que el sentimiento concomitante sea negativo o enunciado falsamente.
4. Que prohíban la conducta exploratoria posterior.
5. Que entrañen un "cebo", alguna promesa sobre un efecto positivo.

Los mandatos se han descrito y consolidado en base empírica por diferentes autores transaccionalistas, como Steiner (1974) quien habla de tres: no pensar; no sentir y no amar. Goulding (1976) hizo una lista de 13 mandatos. Los más aceptados son los siguientes: No vivas, no sientas, no pienses, no te acerques, no seas tú mismo, no seas niño, no crezcas, no logres éxito, no te relaciones, no seas sano, no seas importante, no te separes.

El programa del guión de vida determina las pautas para cumplir el guión, el manual que seguir en función del comportamiento real que está llevando el progenitor del mismo sexo, o las personas que lo sustituyan.

De entre más de cien mandatos que fueron censados, producto de las múltiples prohibiciones impuestas al niño por sus padres y otras figuras de autoridad (no hagas, no digas, no toques, etc.), los más frecuentes y más trágicos por su influencia nefasta en el desarrollo posterior de la vida son:

- a) "**No seas**" (no existas), es el peor de todos, ya que anula toda posibilidad de vida a raíz de conductas parentales de abandono, de rechazo abierto, de agresión (generalmente descalificación), de culpabilizarse por haber nacido o identificando al niño con un familiar o personaje que se suicidó o se volvió loco. Cuando un padre abusa física o psicológicamente de un niño, el mensaje "no existas" se transmite abiertamente. Este mandato, que induce a una toma de posición existencial nihilista (-/-), define un programa de vida, o un argumento de vida trágico ya que impulsa al individuo, una vez adolescente o adulto, a exponerse a constantes situaciones de riesgo que terminan con la mutilación o la muerte, ya sea violenta (suicidio, accidente mortal), o progresiva (alcoholismo, drogadicción, enfermedades crónicas).
- b) "**No sientas**", mandato que implica no experimentar emociones auténticas, sustituyéndolas por rebusques de carácter agresivo que conllevan el alejarse de los demás. Algunas veces existe sobre cualquier muestra de sentimiento, de experimentar o de mostrarlos. Este mandato tiene su origen en la exposición del niño a la influencia de padres que nunca muestran sus propias emociones, que actúan con una máscara de impavidez, o que huyen o erigen barreras entre ellos y la criatura cada vez que ésta demuestra emoción, particularmente afecto. En forma habitual, este mandato lleva a una toma de posición existencial de tipo "paranoide" (+/-) y a un argumento de vida en el que predominará el uso del **Padre** o del **Adulto** constantes.
- c) "**No pienses**", como consecuencia de reacciones parentales de tipo crítico y descalificador, menospreciando constantemente el pensamiento de su niño, frente a las preguntas e inquietudes infantiles, o conductas irracionales de los propios progenitores dominados por un egocentrismo exacerbado (**Niño constante** de los padres) y confusión o dependencia hacia los demás. Generalmente, las personas con este mandato adoptan una posición existencial "depresiva" (-/+) y un argumento de vida dependiente con predominio del **Niño Adaptado sumiso** dominado por prejuicios y fantasías. Dos variaciones de "no pienses" son: "no pienses sobre X" (donde X puede ser sexo, dinero, etc.); y "no pienses como tú piensas, piensa como yo".
- d) "**No crezcas**", mandato impuesto por progenitores sobreprotectores que han mantenido al niño en estado constante de dependencia. Habitualmente este mandato propicia la adopción existencial "depresiva" (-/+) con manifestaciones de impotencia frente a los requerimientos de la vida y el uso más frecuente del **Niño**, sea éste **libre negativo** o **Adaptado sumiso**. En oposición a este mandato se encuentra el de "**Creecer rápido**" como producto de un ambiente familiar sobreexigente que ha impuesto

al niño el tener que atender responsabilidades sin relación alguna con sus necesidades y momento. Las personas con este mandato, con frecuencia hermanos mayores, tienden a adoptar una posición existencial "paranoide" (+/-) con uso preponderante del **Padre Nutritivo** salvador y un argumento de vida que los lleva a asumir la responsabilidad por los demás, a quienes tienen siempre que proteger o salvar.

- e) "**No seas tú mismo**", como consecuencia de la exposición del niño a un ambiente familiar en el cual se le exigen conductas, capacidades o cualidades distintas a las poseídas por un infante (varón tratado como niña, exigencias para que el pequeño se parezca a uno de sus progenitores o a un determinado personaje, etc.).
- f) "**No disfrutes**", a menudo asociado a "no sientas", y originado en la prohibición parental para disfrutar el anteponer al disfrute la necesidad de cumplir con múltiples obligaciones.
- g) "**Quédate solo**" como consecuencia de mensajes parentales que daban a entender que no era digno de amor o de que nadie pudiera quererlo, sea por defectos físicos o por fallas conductuales, mentales o sociales.

Los mandatos que el individuo ha grabado en su infancia representan el "**Qué hacer**", pero, para que el guión de vida pueda desarrollarse, el **Niño** necesita de un modelo o programa que defina el "**Cómo hacerlo**". Este modelo puede ser proporcionado por cualquier Estado del Ego de los progenitores y es captado por el **pequeño profesor** del niño. Generalmente, el "**Qué hacer**" o mandato procede del padre del sexo opuesto, mientras que el modelo o el "**Cómo hacerlo**" es proporcionado por el padre del mismo sexo a partir de su propio:

Niño, portándose torpemente, deprimiéndose, mostrándose confuso o dependiente.

Adulto, trabajando sin descanso, como un robot, u operando a través de contaminaciones del Padre, del Niño o de ambos, mostrándose irracional, prejuicioso o supersticioso en planteamientos.

Padre, salvando a los demás sin preocuparse de sí mismo, o persiguiendo a los otros humillándolos, descalificándolos y externando conceptos dicotómicos rígidos e inflexibles.

Aunque en la mayoría de los casos la programación existencial del guión de vida se desarrolla mediante una trama o argumento de tipo banal que coincide con un plan de vida ordinario, dentro de un contexto mediocre, conformista y prejuiciado en asociación con una imagen propia distorsionada, a menudo desvalorizada e invalidante, con frecuencia el guión psicológico contiene elementos de carácter hamártico (Steiner, 1971). Estos elementos hamárticos o trágicos se expresan por medio de un programa vital plagado de incidentes, a menudo autodestructivos, que desembocan en episodios dramáticos como la enfermedad crónica o invali-

dante, la muerte temprana (suicidio, accidente), el aislamiento, la soledad, la prisión o la psicosis.

Independientemente de su carácter banal o hamártico, el guión psicológico es por lo general negativo y dañino ya que determina siempre una posición existencial, un objetivo vital y un estilo de vida que frena o imposibilita el desarrollo óptimo de los potenciales reales del individuo. Al estar supeditado al cumplimiento de los elementos del guión, el individuo está limitado por éstos para vivir plenamente y desenvolverse en forma autónoma y armoniosa en todos sus papeles interpersonales (vida de pareja, de familia, ocupacional y social en general). Impelido para cumplir con dichos mandatos, la persona se ve incitada a pensar y sentir conforme los dictados de esos mandatos y de su entorno (físico y social), en menoscabo de sus necesidades e intereses personales, internos y reales. "El hombre nace libre, pero una de las primeras cosas que aprende es a hacer lo que los demás le indican que haga, y se pasa el resto de su vida haciendo eso" (Berne, 1974).

La conjugación de la posición existencial y de la imagen propia derivada de ésta, así como de la influencia de los diversos mandatos que conforman el guión de vida correspondiente, define para cada persona la adopción de un determinado estilo de vida. Aunque cada individuo tiene su propio argumento de vida, hay tres guiones psicológicos básicos que se desarrollan en torno a un trama central común de depresión (originada por sentimientos de desamor), de confusión o insensatez (consecutivas a un mandato de "no pienses"), y de prepotencia y eficiencia (en función de mandatos de "no sientas" y "no disfrutes").

Guión de depresión

Este guión está determinado por un cultivo de rebusques de desamor y una búsqueda constante e infructuosa de amor, con una sucesión de fracasos amorosos que progresivamente llevan a la persona a quedarse sola. Su origen se halla en la exposición del individuo a una carencia más o menos crónica de caricias positivas (economía de caricias) y, básicamente, de afecto durante la infancia, la adolescencia y en la vida adulta, por lo cual las personas supeditadas a este guión padecen de "hambre" crónica de caricias, de afecto y de reconocimiento, cuya insatisfacción les ocasiona diversos grados de depresión que pueden culminar, en casos graves, en el suicidio o la catatonía, como consecuencia de rebusques de culpabilidad, resentimientos y sentimientos de "no ser querido" por no lograr sentirse amadas o dignas de amor.

Las personas cuyo estilo de vida está determinado por este guión, tienen en común una posición existencial igualmente depresiva (-/+), si bien ésta puede ser, en ciertos casos, nihilista (-/-) aunque aparezca disfrazada de paranoide (+/-) como mecanismo compensatorio. Además, la tendencia preponderante de estas personas es la de funcionar con su **Niño Adaptado sumiso o rebelde** exclusivos, adoptando un papel de víctima desdichada o perseguida.

Guión de confusión

Determinado por el mandato "no pienses", las personas regidas por el guión de confusión acostumbran a tener sentimientos de inutilidad o incapacidad para enfrentarse solas a los acontecimientos y al mundo. Por lo general, estas personas consideran que carecen de control sobre sus pensamientos, sentimientos y vida en general, considerándose a sí mismas como tontas, inútiles, cuando no perezosas y con falta de voluntad. Además, a menudo, no saben lo que quieren de sí mismas ni de la vida al carecer de objetivos personales precisos, y tienden a adoptar un estilo de vida netamente insípido, preocupadas por su supervivencia y expuestas al constante vaivén de los acontecimientos externos y actuaciones de los demás, sin definir un rumbo fijo para sí mismas (Sáez Alonso, 2006).

En general, este guión se origina en el hecho de que estas personas han estado expuestas, en su infancia, a constantes descalificaciones con respecto a su capacidad para pensar y explicarse el mundo, lo cual fomentó en ellas una imagen propia desvalorizada en relación con sus potenciales y la adopción de una posición existencial "depresiva" (-/+). Dependientes de la conducta de los demás, y habitualmente agobiadas por sus rebusques de resentimiento y confusión, cuando no por resentimientos sordos suscitados por las actuaciones de los otros, estas personas tienden, con frecuencia a descontrolarse, cuando no enloquecen, al tener que hacerle frente a su realidad y sus responsabilidades sin ayuda externa. Además, como consecuencia a su afán constante de solicitar consejos y orientación a terceros, enfrentándose por ello a guías y conceptos muchas veces contradictorios, estas personas sufren a menudo de tribulaciones y de ofuscamientos dolorosos e inmovilizantes y descalificadores hacia sí mismos.

Dominadas por un **Niño Adaptado sumiso** exclusivo, aplastado por preceptos parentales rígidos e inmutables, las personas con este guión psicológico se conciben a sí mismas como víctimas de la vida y de sus semejantes, sintiéndose a menudo perseguidas por la adversidad cuando no por la hostilidad de los demás, particularmente cuando éstos no actúan en el sentido esperado (aunque no definido).

Guión de prepotencia

Las personas que operan dentro del guión de prepotencia en su mayoría hombres, denotan básicamente una incapacidad con respecto a sentir y expresar sus emociones de afecto, miedo, tristeza, rabia o ira. Incapaces de sentir amor u odio, de llorar o de disfrutar, estas personas tienden en general a descalificar cualquier sensación física, tanto agradable y placentera como desagradable y dolorosa. Más aún, muchas veces impiden que los demás, en particular los niños, entren en contacto con sus experiencias corporales y gocen de éstas. Por tanto, recurren al uso prolijo de drogas para mitigar los dolores o mantener el organismo activo, y tien-

den a valorar en forma exagerada la mente como controladora o inhibidora de las "debilidades" del cuerpo.

Dominadas por los prejuicios y centradas fundamentalmente en el cumplimiento de sus obligaciones, estas personas consideran la presencia de sentimientos como obstáculos para el funcionamiento adecuado y eficiente de los individuos, y tienden a operar a partir de una posición existencial "paranoide" (+/-), persiguiendo o salvando a quienes no pueden dominar sus emociones o denotan debilidades juzgadas por ellas como indignas y despreciables. Además, supeditadas a los conceptos personales del deber, las personas con este guión psicológico activan constantemente su **Padre (Crítico o Nutritivo)** o su **Adulto**, excluyendo por completo al **Niño**, prohibiéndose a sí mismas el disfrute, sea éste físico (sensual o sexual) o psicológico (satisfacción, descanso, intimidad).

Si bien lo más común es que las personas tiendan a funcionar en diversos grados de intensidad en uno u otro de estos tres guiones psicológicos básicos, sea dentro de la modalidad banal, trivial o hamártica y trágica, con cierta frecuencia se puede observar la imbricación de más de un guión. Es así como un mismo individuo puede operar bajo la influencia simultánea de un guión de depresión y otro de confusión, o de un guión de depresión y otro de prepotencia (conductas maniaco-depresivas), cuando no están supeditadas a un guión de prepotencia asociado al de confusión.

Como complemento del guión de vida, el antiargumento o antiguión corresponde a la "inversión" del programa del guión (Berne, 1974). Éste es activado por el **Niño Adaptado rebelde**, quien trata de buscar de manera sistemática lo contrario de lo que está definido por el guión de vida personal. Con respecto a este mecanismo, el individuo abraza la ilusión de hallarse fuera del guión, si bien, en realidad, depende por completo de éste cada vez que tiene que consultar constantemente sus mandatos para hacer todo lo contrario.

La verdadera independencia con respecto al guión de vida consiste en hacer lo que conviene, en cada momento, de acuerdo con las decisiones del **Adulto**, y en función del "aquí y ahora".

Cuando el mandato es muy negativo, el niño empieza a actuarlo de forma que alarma a sus progenitores o los sustituye, el Estado del Ego **Padre** de éstos buscará conjurar o eliminar el guión mediante la emisión de mensajes verbales de carácter positivo (consejos, clases de moral). Contrarios a los mandatos, cuya transmisión es en general involuntaria, los mensajes del contraargumento son conscientes y tienen como objeto "educar" adecuadamente al niño y encauzarlo dentro de un contexto conductual, moral o religioso acorde con las normas sociales imperantes o las expectativas de las figuras de autoridad, constituyéndose por lo general en órdenes como: "debes ser", "debes hacer", "debes pensar".

Una vez que el mandato se ha integrado en la estructura psicológica del niño, éste comienza a secundarlo. Entonces los padres quieren contrarrestarlo median-

te sabios proyectos, con objeto de hacer variar el comportamiento de su hijo o hija. Es el contramandato o contraguión. Su intención es corregir el efecto negativo que el guión ya comenzaba a producir, a fin de reorientar y rectificar la vida del receptor. Básicamente son cinco mensajes contraargumentales. Se llaman impulsores y contienen exigencias contundentes procedentes del Estado Padre de los padres. Los impulsores más citados son:

Sé perfecto
Date prisa
Trata y trata
Complace
Sé fuerte

Aunque la persona puede vivir y desenvolverse, por un determinado tiempo, acatando los mensajes de su contraguión, su permanencia en éste es pasajera, frágil e inconsciente, ya que dichos mensajes son menos potentes que los mandatos que conforman el guión de vida, y no logran modificarlo. Por consiguiente, lo más probable es que la persona caiga de nuevo bajo el dominio del guión, hecho que ocurre casi invariablemente cuando se halla expuesta a situaciones que conllevan un fracaso parcial o total, sea en el área afectiva, en su relación de pareja o en el área familiar u ocupacional. Con frecuencia, las intervenciones bien intencionadas de terapeutas, consejeros profesionales o religiosos, educadores y otros, tienen el carácter de contraargumento, y su valor real en cuanto a modificación es en general muy pobre y limitado en la medida en que no se han removido los mandatos.

Eric Berne ha descrito diversos signos conductuales específicos, fácilmente observables, y que indican que la persona que los emplea se encuentra funcionando dentro de su guión de vida. Estos son los signos más importantes:

Señal corporal

Las personas acostumbran a adoptar determinadas posturas corporales o a emitir recurrentemente ciertos gestos o síntomas conductuales específicos que son perceptibles para el observador, que se encuentra dentro de su guión. Dichos signos o señales corporales son la manifestación externa de un "programa de computación interno" (Berne, 1974) que hace avanzar el guión psicológico y corresponde con las manifestaciones del **Niño Adaptado sumiso o rebelde** que actúa bajo la influencia del mandato interiorizado.

Algunas de las señales más comunes del guión son:

Ir bien vestido, excepto en un detalle que denota negligencia o choca con el conjunto, lo cual induce al rechazo por parte de los demás conforme a los alineamientos generales del guión psicológico personal (fracasa, no seas querido).

Inclinar la cabeza o introducirla en los hombros, encorvar la espalda, manifestar temblores más o menos incoercibles a nivel de las extremidades o de la voz,

todos ellos signos que denotan un guión de depresión, confusión, inseguridad o temor.

Parpadeos constantes, mordedura de la lengua o de los labios, adelantamiento de la mandíbula, retorcimiento de las manos, unión rígida de las piernas (y en las mujeres bajarse con fuerza la falda por debajo de las rodillas), jugueteo con anillos, botones o parte de la vestimenta, rascarse la cabeza o acariciársela cuando se habla, golpeteos con la yema de los dedos o con los pies, etc., todos ellos signos de guiones que denotan inseguridad, temor o inconformidad.

Exponerse a situaciones de riesgo sin tomar las previsiones del caso, cruzar precipitadamente las calles, conducir en forma violenta o distraída, manipulación de objetos peligrosos sin mayor atención, etc., todos ellos signos conductuales que denotan la existencia de un mandato de "no vivas".

Componente fisiológico del argumento

La aparición repentina de síntomas psicosomáticos como cefaleas, migrañas, trastornos o dolores cardiacos, digestivos, genitourinarios o respiratorios y alérgicos suelen, a menudo, ser indicios de un guión de vida. Estos síntomas psicosomáticos pueden corresponder, ya sea a la expresión del mandato o, a la incapacidad e imposibilidad para la persona de cumplir en un momento dado con los preceptos del mandato subyacente, en cuyo caso pone de manifiesto el pánico en que se encuentra el **Niño Adaptado**, como en el caso del individuo que sufre de violentas cefaleas al verse obligado a pensar y decidir por cuenta propia. Al somatizar en esta forma, la persona regresa a aquellos síntomas físicos que le servían, en su infancia, de refugio o suscitaban protección o conmiseración paternas. Asimismo, las tendencias a mantener los labios apretados y las mandíbulas tensas, o la inclinación a comer, beber, fumar o hablar en forma compulsiva (y a menudo simultáneamente), son otras manifestaciones orgánicas que indican que la persona se encuentra "dentro de su guión", al igual que la existencia de cópulas dolorosas, de eyaculación precoz o retardada, de cólicos frecuentes o de estreñimientos crónicos.

Signos verbales del argumento

La emisión recurrente de determinadas manifestaciones orales permite también identificar la presencia del guión de vida como por ejemplo:

Sonidos bucales reiterativos como toses secas (nadie me quiere), suspiros (si por lo menos...), bostezos (desinterés), sollozos o voz quebrantada (desvalimiento), risas forzadas (descalificación o risa de la horca).

Tonos de voz particulares, los cuales varían de acuerdo con el Estado del Ego activado, y que se intercalan en el discurso verbal.

Uso de un vocabulario específico acorde con el Estado del Ego activado.

Estilo de vida y la historia personal

Corresponde con lo que la persona misma está haciendo, el perfil de su vida. El estilo de vida se revela casi siempre en la presentación que la persona hace del

problema, y la historia de los acontecimientos sobresalientes de su vida, así como el relato de sus percances, insatisfacciones, reclamos y quejas. En general, el estilo de vida debería poder resumirse en una sola expresión, como por ejemplo: "Trabajo como un bruto, o me mato trabajando..., Me estoy volviendo loco a fuerza de..., Por más que haga, no logro lo que quiero..., Siempre me torpedean en mis proyectos..., Nadie me quiere..., Jamás puedo divertirme..., Tengo muchas obligaciones..., etc."

Según el caso, los estilos de vida pueden ser de tipo trivial o banal, sin penas ni glorias, o pueden tener un carácter hamártico, con una sucesión de desgracias. El estilo de vida es, esencialmente, una reacción ante los preceptos de los mandatos parentales, la forma como la persona cumple con éstos conforme al programa de vida correspondiente.

Cambiar los fundamentos del guión de vida es una responsabilidad del individuo que implica cambiar en forma radical las actitudes personales. Ello exige no sólo un cambio de opiniones o de convicciones, sino algo más profundo y fundamental, implica una "conversión", una revisión de la toma de posición más primitiva y arcaica frente a las cosas, las personas, los objetos, los valores y la vida como tal. Esto significa adquirir una nueva manera de ver, estimar, sentir y vivir la realidad física y social que circunda al ser, rompiendo con lo familiar y rutinario. El cambio implica, en última instancia, una readaptación de la persona a situaciones nuevas, diferentes, ignoradas hasta entonces, en función de una conducta autónoma acorde con las metas de vida escogidas, las cuales deben responder, en forma flexible, a las necesidades reales del individuo fomentando su crecimiento y evolución para llevarlo hacia la plenitud de su ser.

APLICACIÓN CLÍNICA

Objetivos del tratamiento en análisis transaccional

El único objetivo del tratamiento en AT, es brindar a las personas que solicitan ayuda, los medios para que puedan resolver, lo más satisfactoriamente posible, sus dificultades emocionales y sus problemas intra e interpersonales, mediante el análisis de su funcionamiento psicológico personal y la asunción de su responsabilidad con respecto a su propia manera de pensar, de sentir y de actuar en relación consigo mismas y con sus semejantes. Dentro de esta perspectiva, el Análisis Transaccional es básicamente un contrato de tratamiento individual centrado en la forma en que las personas actúan y se relacionan con los demás, invitándolas a encontrar y dar amor, a pensar por sí mismas y a disfrutar de sus relaciones con sus semejantes en el contexto de sus interacciones de pareja, de familia, de trabajo y de círculo social.

Por su lado, el papel del psicoterapeuta en AT no es el de dirigir o curar a las personas, sino el de facilitarles la exteriorización de sus necesidades y la experimentación de sus sentimientos con miras a que ellas descubran en sí mismas sus potenciales reales de crecimiento y desarrollo emocional y espiritual, a través de una relación positiva y autónoma con los demás. A su vez, la psicoterapia en AT no es un proceso orientado a que las personas aprendan a "sentirse bien" enseñándoles a adaptarse a sus problemas y ajustarse al mundo circundante, sino que busca que las personas descubran sus potenciales para "estar bien" al aprender a hacer lo adecuado y conveniente, y a sentir sus emociones auténticas.

Si bien en AT es factible llevar a cabo tratamientos individuales con cierto éxito, esta modalidad terapéutica no se considera apropiada, es especial en el caso de tratamientos prolongados o intensos, excepto cuando el paciente se encuentra bajo el dominio temporal de conflictos emocionales severos (depresión, aprehensión o temor) que no le permiten relacionarse de forma adecuada y productiva con los demás. Empero, superada la crisis emocional, la tendencia es la de incorporar al paciente a un grupo terapéutico ya que éste proporciona una situación en la que las personas tienen la posibilidad de experimentar y analizar su forma de interacción con los demás y el tipo de sentimientos que de ésta derivan.

Aun cuando en la psicoterapia individual se pretenda explorar las interrelaciones personales, y las causas externas del conflicto emocional, la situación terapéutica "uno a uno" tiende habitualmente a desviarse hacia el análisis de lo que ocurre dentro del individuo más que al de sus relaciones y circunstancias, con lo cual, a menudo, este enfoque de carácter psicoanalítico termina reforzando el criterio tradicional de que las dificultades de las personas se han de encontrar dentro de ellas, en lugar de explorar sus relaciones interpersonales y su forma de actuar frente a las diversas y múltiples solicitudes de su entorno.

Además, como consecuencia de su carácter confidencial e íntimo, la psicoterapia individual tiende, con relativa frecuencia, a estimular la inclinación de muchas personas a ocultar o mantener secretas sus dificultades de relación con los demás, y de confiarlas únicamente a quienes ellas consideren calificadas y seguras (terapeutas, sacerdotes, consejeros y orientadores). De esta forma, dichas personas conservan sus sentimientos de "no estar bien", y continúan manteniéndose separadas de los demás y cultivan sus rebusques de vergüenza, de culpabilidad, de rencor o de suspicacia e inadecuación. De hecho, la psicoterapia individual casi nunca permite que los pacientes trasciendan realmente su Ego y descubran sus potenciales reales para encontrar y dar amor, a pensar y a actuar en forma autónoma al relacionarse con sus semejantes. Esto es así ya que, para muchas de estas personas, la situación derivada de una psicoterapia individual suele constituirse en la relación más importante y significativa que ellas establecen con otra persona, por el carácter artificial de la interacción terapeuta-paciente, con respecto al tipo habitual de relaciones que se establecen en el contexto social corriente.

En el caso de la psicoterapia de grupo, los participantes están expuestos ante una situación en que se les ofrece la oportunidad de experimentar y analizar sus interacciones con otras personas, que son sus iguales y de discutir abiertamente acerca de sus sentimientos, sus reacciones y su conducta en general. Lo importante del grupo de tratamiento en AT es que las relaciones que se establecen son las que existen entre los miembros del grupo y su guía o terapeuta. Además, la relación abierta con el grupo propicia la apertura personal con respecto a los problemas (en lugar de su ocultación) y favorece la eliminación de los rebusques de vergüenza y de culpa que tienen las personas respecto a lo que ellas consideran son sus "defectos", debilidades o fracasos. En resumen, aunque el proceso y la dinámica de los grupos son importantes, en los grupos de tratamiento en AT la atención primordial se centra en cómo una persona se aviene o no con lo demás miembros del grupo y reacciona ante las diversas intervenciones de alguno o varios de ellos. Una de las características comunes en todos los grupos de tratamiento en AT es que no se habla acerca de cómo se siente el grupo o qué piensa con respecto a tal o cual conducta o concepto, sino que se trabaja directamente sobre lo que cada uno de los miembros experimenta o siente en un momento dado.

Contrato terapéutico

El Análisis Transaccional es una forma contractual de tratamiento de grupo, por lo que debe diferenciarse de cualquier otra actividad que pueda emprenderse en grupo, incluso con carácter terapéutico, como ocurre a menudo a nivel institucional o en ciertas terapias grupales tradicionales (Berne, 1983).

El contrato terapéutico consiste fundamentalmente en la definición de una respuesta aceptable a la siguiente pregunta: "¿Cómo sabrá usted, y cómo lo sabremos nosotros, que usted ha encontrado lo que venía a buscar en el grupo?"

La respuesta a esta pregunta es debatida en presencia de todos los participantes en el grupo de tratamiento, lo que permite que cada uno de ellos haga una selección entre las numerosas transacciones que tienen lugar a lo largo de la sesión y de centrarse en los estímulos y las respuestas que considera significativos.

El contrato en AT debe ser considerado con igual respeto que un contrato legal y tiene que llenar las condiciones siguientes:

1. El consentimiento mutuo implica que ambas partes, el cliente o paciente y el terapeuta o facilitador, se han puesto de acuerdo para definir y decidir lo que van a trabajar, consentimiento que es producto de una transacción **Adulto - Adulto**, entre dos. Un verdadero analista transaccional no puede, en ningún caso, aceptar cualquier objetivo, particularmente amplio y poco preciso, presentado por el paciente, aprobarlo de manera pasiva y dar a entender que ambos persiguen un objetivo común, ya que en realidad en este caso no es así; por consiguiente, es menester que el contrato terapéutico se establezca en un lenguaje sencillo y com-

prensible para todos, al mismo tiempo que debe ser específico. Así, por ejemplo, en lugar de aceptar que él desea trabajar en el "alivio de sus inhibiciones sexuales" el terapeuta deberá obtener que el paciente plantee objetivos específicos como "quiero ser capaz de tener una erección con mi esposa por lo menos una vez por semana, o quiero salir con alguna persona sin sentirme preocupada por una eventual relación sexual, disfrutando de la compañía del otro". Sobre la base de esta petición, formulada en forma directa y clara, el terapeuta cuenta con una plataforma desde la cual él podrá apreciar la eficacia del tratamiento, en la medida en que él mismo ofrezca, a su vez, un plan de trabajo preciso y aceptable para el cliente.

2. En todo momento, el terapeuta de AT debe ceñirse escrupulosamente al problema por tratar, tal como quedó definido en el contrato, no importa cuán simple sea éste. Incluso, esta postura es válida aun cuando el analista transaccional tenga conocimiento de la existencia de un problema de mayor magnitud o gravedad que el planteado por el paciente. Esto es así por la misma naturaleza contractual del tratamiento, ya que el terapeuta no tiene opción para trabajar en secreto en pro de una meta que no haya sido definida previamente con el paciente. Por supuesto, esta limitación no excluye el que, posteriormente y como consecuencia de su propia evolución o de la confianza adquirida en el terapeuta, el cliente formule un nuevo contrato que permita trabajar sobre el problema mayor identificado, situación que se presenta con relativa frecuencia en los grupos de AT.

3. Esta norma tiene su asidero en el hecho de que, en toda situación psicoterapéutica, la persona que ha solicitado ayuda tiene que contribuir dentro de esta situación con todo cuanto le es posible subvenir, aplicando su energía y su poder en pro del proceso de su propia curación. Cualquier otra conducta o esfuerzo unilateral no es, en realidad, una psicoterapia, por lo que conviene diferenciar entre ésta y el hecho de proporcionar atención y dar protección a un paciente incapacitado para intervenir conscientemente en el proceso de su tratamiento. Cuando el paciente deja de realizar los esfuerzos correspondientes a su compromiso, y no cumple, por tanto, con los términos del contrato terapéutico, el esfuerzo deja de ser mutuo y la situación de tratamiento pierde su carácter como tal, para transformarse en una situación de rescate, estéril para el terapeuta y el cliente, ya que la relación deja de ser contractual para convertirse en juego psicológico en que el primero juega el papel de salvador o perseguidor y el segundo el de víctima. Esto significa que toda intervención en el cuidado de un paciente psicótico, de un niño o de un anciano senil, no puede ser considerada como una psicoterapia en tanto que dicho paciente no defina un objetivo personal de cambio.

Remuneración

La remuneración significa que cada una de las partes aporta algo a la otra por el esfuerzo realizado. El terapeuta proporciona su tiempo, su experiencia y sus conocimientos profesionales a cambio del pago de honorarios por parte del

paciente y su participación activa en el proceso terapéutico. Si bien el monto de los honorarios, puede ser variable, de acuerdo con la situación económica de cada paciente, la contrapartida en dinero es indispensable para evitar que se establezcan una relación de tipo simbiótico **Padre - Niño**, por lo cual, cuando el paciente se beneficia de una ayuda externa es necesario exigirle un pago, no importa de cuánto sea éste, siempre y cuando el monto correspondiente sea significativo para él, y sea tomado de sus recursos personales. Si, por razones particulares, el paciente se ve impedido para efectuar un pago en dinero, conviene entonces definir con él alguna otra forma de retribución válida para evitar que la situación se transforme en un rescate estéril.

Competencia

Desde el punto de vista del terapeuta, la competencia significa que éste debe contar con la capacitación adecuada para tratar a sus pacientes, sea adquirida por vías de estudio o por experiencia o ambas de preferencia. La calificación profesional del terapeuta, su formación, conocimientos y experiencia en la dinámica de grupos, como en la dinámica y patologías individuales, es de suma importancia para el desarrollo del tratamiento en grupos. Además, en todo momento, el terapeuta debe asumir la responsabilidad de juzgar si tiene o no probabilidad de lograr el objetivo deseado por el paciente y cumplir con su parte del contrato terapéutico; de no ser así, es preferible que se abstenga de intervenir y refiera al paciente con alguien más competente para recibir el tratamiento.

Es también menester que el terapeuta esté consciente de su propia patología, a fin de controlar e impedir que esto interfiera en su juicio respecto a los problemas de los pacientes y de sus posibilidades de intervención y del desarrollo del tratamiento a emprender. Como parte de esta norma, en Análisis Transaccional se exige que los terapeutas clínicos estén siempre en *okeyidad*, por tanto, se propicia, con cierta regularidad, el que éste se someta a supervisión, tanto en lo que respecta a su desempeño profesional como a su crecimiento y desarrollo personal.

Desde la perspectiva del paciente, la competencia significa que éste se encuentre en condiciones psicológicas de celebrar un contrato terapéutico válido, definido mediante la activación de su **Adulto**. Si por razones psicológicas, médicas o biológicas, el paciente no está capacitado para activar su **Adulto** (menores de edad, deficientes mentales profundos, psicóticos, seniles, intoxicados u otros), el paciente carece entonces de la competencia necesaria y no puede decidir válidamente entrar en una psicoterapia. En estos casos, es menester definir los objetivos de la intervención o ayuda con los padres, los tutores (jueces, instituciones) o los responsables del paciente. Esto es así ya que los intereses del paciente pueden ser opuestos a los de sus progenitores, familiares o tutores, y los resultados de la intervención del analista transaccional contrarios a las expectativas de quienes refieren al paciente.

Legalidad y ética contractual

En ningún caso, un analista transaccional puede acordar un contrato válido si accede a trabajar con un paciente en algo que no sea legal y ético. En efecto, el contrato no debe buscar objetivos que signifiquen una violación a la ley o sean contrarios a la prudencia o a la moral pública. Lo mismo ocurre con respecto al tipo de remuneración acordada. Cualquier propósito o convenio ilegal o no ético, no sólo invalida el proceso terapéutico sino al propio terapeuta.

Selección de los pacientes

En principio no existe selección alguna de pacientes para su incorporación en grupos de AT, ya que está probado que la heterogeneidad en cuanto a edades, sexo, diagnóstico o gravedad del problema, es preferible a la homogeneidad en la que los juegos psicológicos, pasatiempos y guiones psicológicos tienden a ser idénticos y a reforzarse mutuamente. Sin embargo, este principio de no selectividad tiene algunas excepciones, además de las ya señaladas de la competencia del paciente. En efecto, algunos padecimientos psiquiátricos-psicológicos se benefician más con otros métodos terapéuticos que el AT, por ejemplo, ciertas neurosis fóbicas, histéricas u obsesivas, asociadas con anomalías caracteriales, las cuales responden mejor a una intervención de carácter psicoanalítico. Asimismo, ciertas fobias monosintomáticas pueden ser tratadas con mejores probabilidades de éxito mediante un tratamiento de tipo conductista. Por otro lado, es conveniente estar siempre alerta a la posibilidad de un trastorno orgánico oculto (afección tiroidea, tumor suprarrenal, tumores cerebrales, cardiopatías, entre otras) que necesitarán de un tratamiento médico-quirúrgico apropiado antes de seguir en un grupo psicoterapéutico. Eso implica que el analista transaccional debe tener competencia profesional, además de una sólida formación en psicopatología, en Análisis Transaccional y en otros métodos de intervención terapéutica.

Conviene también excluir temporalmente de un tratamiento en grupo a quienes tienden a desarrollar juegos psicológicos graves de tercer grado, como "tribunales", "patéenne", "estafa" y otros, o a aquellos pacientes que presentan una tendencia pronunciada a la "extorsión de caricias". Ninguna de estas personas se encuentra en condiciones de obtener, de momento, un beneficio del grupo, al mismo tiempo que, por sus movidas persecutorias o extorsionistas, pueden distorsionar el desenvolvimiento de las acciones del grupo. Antes de incorporar a estos jugadores y extorsionistas, a un grupo terapéutico, es necesario que sean sometidos a una preparación previa mediante un tratamiento individual en el que se analice con el paciente sus juegos y su guión psicológico.

En general, los pacientes no tienen conocimiento de los principios y técnicas del tratamiento de grupo siendo responsabilidad del terapeuta estructurar el grupo de manera eficaz y de utilizar al máximo el tiempo de que dispone durante cada sesión. Por tanto, es conveniente que el terapeuta prepare a todos los pacientes

para su incorporación a un grupo de tratamiento, proporcionándoles una introducción a los principios y postulados del Análisis Transaccional, y explicándoles en forma clara y precisa el porqué de su preparación en un grupo. Además, conviene que, con alguna frecuencia, el terapeuta dedique unos momentos de una sesión de grupo para hacer una breve exposición didáctica en relación con la estructura y dinámica de un grupo terapéutico, lo que le permitirá una revisión para todos los participantes quienes, generalmente, aprecian esta oportunidad para reflexionar acerca de su propia participación. Esta breve sesión didáctica es siempre indicada cuando se incorpora al grupo una nueva persona.

Como complemento de lo anterior, el analista transaccional siempre tiene la posibilidad de sugerir a sus pacientes ciertas lecturas de apoyo para ayudarlos a la reflexión y a un abordaje más lógico de sus problemas personales.

Intervención terapéutica: permisos y protección

La terapia transaccional da a los pacientes el "permiso" para cambiar y crecer. Es una posición opuesta a los mandatos que sujetan al individuo (**Niño Adaptado o rebelde**) y a los prejuicios que dominan al **Padre** del paciente. Dentro del proceso terapéutico, el interés del analista transaccional se centra en cuatro tipos de permisos: para sacar el máximo provecho del tratamiento al utilizar éste en forma eficiente (estructuración del tiempo); el permiso para experimentar los Estados del Ego distintos a los activados habitualmente (liberación del **Niño** y uso del **Adulto**); el permiso para establecer relaciones directas y francas con los demás (abandono de los juegos psicológicos habituales); y por último, el permiso para definir metas de vida autónomas, liberándose de los mandatos que dictan el argumento de vida o guión psicológico del paciente.

Además de los permisos correspondientes, el AT procura una "protección" del paciente en dos campos específicos: en primer lugar, el terapeuta debe ser capaz de proteger al paciente en la medida en que se halla capacitado para desarrollar el trabajo terapéutico al que se comprometió dentro de los términos del contrato. En segundo lugar, el terapeuta da al paciente una "protección" parental, la cual consiste, como lo señala Crossman, en las palabras de estímulo y de apoyo dirigidas por el **Padre Nutritivo** permisivo del analista transaccional al **Niño** del paciente cuando éste se enfrenta a un momento crítico de su tratamiento y, por tanto, dicha protección es deseable y necesaria.

Esta transacción **PN-N** es indispensable cuando los pacientes se sienten acometidos por el abatimiento consecutivo a ciertas fases críticas del tratamiento, las cuales conllevan a la pérdida de algo familiar. Esto sucede cuando, al abandonar un juego habitual, el paciente siente que pierde un patrón de conducta familiar y, en especial, los beneficios emocionales o sociales que derivaban anteriormente de dicho juego. Asimismo, esta crisis existencial, experimentada con una angustia

más o menos aguda, se da cuando el paciente decide oponerse conscientemente a los mandatos parentales que rigen su guión psicológico personal, lo cual significa desatender y desobedecer las órdenes internas emanadas del **Padre** y constituidas por las "grabaciones" interiorizadas en la infancia y acatadas desde entonces.

La "protección" dada por el terapeuta, y a menudo también por los integrantes del grupo terapéutico, en determinados momentos del tratamiento, no tiene nada que ver con lo que se conoce como terapia de apoyo o de sostén. En efecto, mientras que el apoyo otorgado en este tipo de terapia se da al paciente para que éste adquiera fortaleza para hacerle frente a su situación o problemas, el apoyo y sostén dados a través de la protección durante el tratamiento en AT se dan al paciente solamente cuando se producen en él cambios con base en su aceptación de los permisos inherentes al proceso terapéutico.

Permiso para un uso eficiente del tiempo

En Análisis Transaccional, el tratamiento en grupo ofrece a los pacientes la oportunidad de vivir sus problemas reales, los cuales a menudo se relacionan con la forma como las personas estructuran su tiempo con miras a obtener de los demás aquellas caricias que acostumbran a pedir y recibir. Con motivo de ello, el terapeuta otorga a los participantes el permiso para que estructuren su tiempo de manera útil, cuidando que no sea interpretado erróneamente como una autorización para encarrilarse hacia otras vías que no sean parte del objetivo. Por regla general, el analista transaccional tiene como norma evitar dar permisos para que los pacientes operen un retraimiento (aislamiento), excepto cuando éste es necesario en un caso particular, y sólo como un medio para la reflexión personal.

Además, el terapeuta debe impedir que los participantes en el grupo se centren en el silencio como si éste estuviese cargado de significado e interés, ya que en realidad dicho silencio, a menudo, es sólo el producto del retraimiento y cultivo de rebusques que no contribuyen al cambio. Por tanto, el terapeuta debe insistir con los integrantes del grupo para que éstos expresen abiertamente sus dificultades en relación con su tendencia al aislamiento, invitándolos a salir de su aislamiento, para lo cual recurrirá al saludo ritual o a maniobras grupales que impidan, a quienes tienden a aislarse, el recibir caricias (atención y reconocimiento).

Por su lado, si bien es factible, e incluso conveniente, admitir el desarrollo de un pasatiempo durante un breve periodo, mientras el grupo se acomoda y entra en calor. Este pasatiempo debe ser sustituido por el trabajo con base en el material previsto, cuyo fin es justamente el de invitar a los pacientes a la reflexión y abordaje de sus problemas personales con espíritu lógico mediante la activación de su **Adulto**. Para ello, el terapeuta recurre, ya sea a la revisión de los compromisos adquiridos por uno u otro de los pacientes, en relación con el contrato de tratamiento personal, o a la presentación de un determinado material histórico (síntesis de la sesión anterior) y a la discusión acerca de las transacciones y jue-

gos psicológicos percibidos por los miembros del grupo. Al ser el AT una forma lógica y racional de tratamiento, el analista transaccional está programado para operar con su **Adulto**, si bien el hecho de fomentar en el trabajo de grupo las transacciones **Adulto-Adulto** no excluye que tanto el terapeuta como el paciente activen su **Niño** o su **Padre**.

Al eliminar las tendencias de los pacientes al retraimiento y a los pasatiempos durante el trabajo en grupo, el terapeuta fomenta la exteriorización de transacciones destinadas a poner en evidencia el tipo de juegos psicológicos a que tienden a entregarse ciertos pacientes, y a la exteriorización de aquellos mandatos que rigen el argumento de vida de los participantes.

Permiso para experimentar los estados del ego

El análisis estructural es esa parte del AT que propende a restituir al individuo la capacidad de identificar, reconocer y experimentar sus propios Estados del Ego **Padre**, **Adulto** y **Niño**, en sus diversas manifestaciones funcionales. A fin de favorecer este proceso, esencial para los pacientes, la sala en la que se lleva a cabo el trabajo terapéutico cuenta siempre con una pizarra, adecuadamente ubicada, de manera que tanto el terapeuta como los pacientes puedan utilizarla para diagramar en ella las transacciones que piensan que se produjeron en un momento dado en el grupo. La presencia de la pizarra significa que cualquier acción que surge en el grupo, sea ésta un exabrupto del **Niño** o un prejuicio del **Padre**, se halla en todo momento sujeta a la apreciación crítica del **Adulto**. Esto no significa que un **Adulto** censor (en realidad **Padre Crítico**) esté constantemente presente, sino que hay un permiso explícito para describir y discutir los acontecimientos que se desarrollan en el grupo en cualquier momento.

Aunque, desde el inicio del trabajo del grupo de tratamiento, el terapeuta conceda el permiso irrestricto para que cada cual se manifieste espontánea y libremente y aunque con frecuencia refuerce dicho permiso con algún recordatorio: "Aquí podemos decir todo lo que queramos y como lo queramos", en ciertas ocasiones es menester otorgar una atención especial para lograr que una persona en particular pueda experimentar su **Niño libre**, para ello, el AT recurre a diversas técnicas que pueden derivarse de la Gestalt (entrar en contacto con sus sensaciones y sentimientos), del psicodrama *role play* o de la bioenergética.

Por su lado, el permiso explícito de utilizar al **Padre**, por parte de los participantes, no siempre se hace necesario ya que, por lo general, la mayoría de los pacientes tienden a experimentarlos con profusión a través de sus diálogos internos. Empero, el Padre que ellos más conocen y experimentan es, generalmente, el **Padre punitivo** (o **Padre Crítico perseguidor**) o el **Padre inhibidor** (**Padre Nutritivo salvador**) y puede ser, en muchos casos, útil ponerlo en evidencia mediante la invitación al grupo para que cada cual exprese a los demás sus verdaderos sentimientos, siendo lo más frecuente el que las personas tiendan a exter-

nar espontáneamente lo que desaprueban o aborrecen de los demás, o lo que reclaman de éstos (conductas del **Padre**), en lugar de expresar lo que más aprecian en sus compañeros de grupo (conducta del **Niño**).

Además de favorecer la toma de consciencia con respecto a la tendencia personal de utilizar preferentemente uno u otro de sus Estados del Ego funcionales, y a operar dentro del sistema de conductas negativas, no asertivas y no productivas, el permiso para experimentar los Estado del Ego permite que las personas busquen las opciones transaccionales más adecuadas, positivas y asertivas, efectuando un cambio conductual importante que facilite el acceso del paciente a problemas conductuales más severos.

Permiso para ser francos y directos

Este permiso para participar en interacciones francas y directas implica, en realidad, una autorización para no desarrollar los juegos psicológicos habituales. Cuando en el grupo de tratamiento se cierran las posibilidades para que los pacientes se refugien en el aislamiento, o conviertan las sesiones terapéuticas en pasatiempos, a éstos no les queda prácticamente otro recurso que el de apelar a sus juegos psicológicos habituales para llenar el tiempo disponible. Si bien existen más de un centenar de juegos, tal como lo determinó Eric Berne en su célebre obra: *Juegos en que participamos*, los juegos que con más frecuencia se desarrollan en los grupos de tratamientos son:

a) Desde una posición psicológica de víctima:

"Patéenme", el cual tiende a confirmar el concepto propio de inutilidad y de castigo o rechazo de uno mismo: "soy un inútil o soy malo; merezco que me castiguen y, por consiguiente, lo que me ocurre lo tengo bien merecido".

"No es terrible o pobrecito yo", con lo cual la persona atrae sobre sí una atención lastimera de los demás, reforzando de esta forma el concepto de sí mismo: "nací para sufrir".

"Pata de palo", aduciendo defectos de nacimiento, enfermedades o fallas educacionales, con las cuales la persona elude asumir sus propias responsabilidades.

"Si pero... sólo que... ", esto es practicado en general por aquellas personas que solicitan constantemente consejos, sin aceptar ninguno de ellos ya que a todos les encuentra una falla que justifica el no adoptarlos, con lo cual esas personas reafirman su posición rebelde: "nadie me dirá lo que tengo que hacer" o "nadie me puede ayudar".

b) Desde la posición de perseguidor:

"Defecto", o "te agarré desgraciado", buscando y recalando las fallas ajenas dando caricias de descalificación y desvalorización, con lo cual la persona

que lo practica consigue reforzar su posición existencial "paranoide": "Yo estoy bien, los demás están mal".

"Rapo", juego sexual que busca confirmar los prejuicios o fantasías con respecto al sexo, y que se manifiesta a través del flirteo en los casos leves, o de la provocación y rechazo violento e indignado posterior. Con este juego, las personas suelen reforzar la idea de que "todos son iguales, sólo piensan en el sexo, por lo cual es muy arriesgado comprometerse".

"El mío es mejor que el tuyo", juego de competencia, habitualmente utilizado por personas resentidas que esperan así sentirse superiores o mejores que los demás.

"Peleen entre ustedes" y "alboroto", provocando conflictos entre dos o más personas y evitar, en esta forma, la intimidad.

c) **Desde la posición de salvador:**

Con los juegos de "rescate", "sólo trato de ayudar" o "psiquiatría", sólo se ofrece ayuda que no fue explícitamente solicitada, o soluciones irrealizables o de difícil consecución con base en la realidad del otro. Mediante estos juegos, quienes los practican confirman su idea de que: "nadie hace lo que yo digo", reafirmando una posición existencial "paranoide". Con frecuencia muchos terapeutas pueden inclinarse en practicar alguno de estos juegos salvadores, con lo cual no sólo mantienen a sus pacientes en un estado de dependencia sino que, también, justifican su falta de competencia ya que los pacientes se resisten a hacer lo que se les sugiere.

Uno de los papeles primordiales del analista transaccional en el seno de un grupo terapéutico es el de identificar los juegos que los pacientes practican o buscan provocar en su interacción con los presentes. Al ponerlos en evidencia y discutir **Adulto-Adulto** con los pacientes acerca de la dinámica del juego identificado, el terapeuta da el permiso al jugador para no "incitar más" o no "engancharse en".

Permiso para desobedecer a los mandatos del guión psicológico

Muchos pacientes, agobiados por un estilo de vida conflictivo y plagado de zozobras, fracasos y desdichas, establecen contratos terapéuticos con objeto de modificar radicalmente su guión psicológico, lo cual implica para ellos el abandono de éste para sustituirlo por la definición autónoma de metas de vida personal libres de mandatos inmovilizadores o avasalladores, de juegos psicológicos complementarios y de imposiciones externas, familiares, ocupacionales o sociales. El incumplimiento de este tipo de contrato terapéutico implica trabajar en la identificación de los mandatos (mensajes parentales reiterativos) que rigen la conducta y argumento de vida del paciente, y la remoción de las órdenes a las que es sometido el **Niño Adaptado sumiso o rebelde**. En estos casos, el permiso es una transacción mediante la cual el terapeuta reubica al paciente en su **Niño libre**, único Estado

del Ego orientado desde su origen hacia la protección propia, la vida y el crecimiento.

Este permiso comprende dos partes: la primera consiste en una orden procedente del **Padre** del terapeuta y dirigida al **Niño Adaptado** del paciente, y que concierne al abandono de la conducta clave que refleja la obediencia al mandato. Así, por ejemplo, en el caso de un alcohólico, sometido a la orden argumental de beber, el permiso será: "Deja de beber"; en el caso de una persona con un mandato de "No sientas", la orden del terapeuta será: "Experimenta tus emociones". La segunda consiste en una explicación **Adulto-Adulto**, racional, lógica y fácil de entender, acerca de las implicaciones o consecuencias que se derivan del no acatamiento de la orden dada por el terapeuta; así, en el caso del alcohólico, dicha explicación puede ser "serás incapaz de conservar tu trabajo (o tu familia) si continuas bebiendo", o "no llegarás a ser una persona completa y cabal, querida y atractiva, mientras no des libre curso a tus emociones auténticas".

En el proceso terapéutico en AT, la orden dada por el **Padre** del terapeuta debe ser siempre clara y concisa, de manera que pueda ser fácilmente captada por el **Niño** del paciente, permitiéndole en esta forma reaccionar a ella. Esta orden tiene, un carácter contraargumental que implica necesariamente que el **Adulto** del paciente esté involucrado en el permiso, ya que si éste no comprende el razonamiento lógico complementario (dado también en términos simples y realistas) el permiso pierde su efecto y se convierte en una simple orden a la que el paciente puede oponer resistencia, cuando no ignorarla, como ocurre con frecuencia en intervenciones terapéuticas no contractuales y en las que el terapeuta juega un papel de rescate, sin colaboración ni compromiso real por parte del paciente.

Cuando el paciente tiene el permiso de ser directo y franco en sus relaciones con los demás al abandonar sus juegos habituales, o de actuar en contra de las prescripciones negativas del mandato y del argumento de vida correspondiente, éste se hallará en una situación de tensión, e incluso de pavor o desesperación. En ese momento, el paciente necesitará de la protección que le brinde tanto el terapeuta como los otros integrantes del grupo de tratamiento, la misma que le ayudará a sobreponer la crisis existencial y a realizar los pasos cada vez más firmes para su cambio, su crecimiento y su evolución dentro de un nuevo estilo de vida.

CASO 1

María ha llevado a cabo varios intentos de suicidio, mediante distintos procedimientos. De acuerdo con sus antecedentes, ella no fue deseada por el padre quien, a menudo, la echaba del cuarto en que él descansaba, ya que la niña le estorbaba con sus juegos y parloteos. Además, en cierta ocasión y aparentemente bajo los efectos del alcohol, el padre la regañó en forma violenta, dándole a

entender que lo mejor hubiese sido que ella se muriera. Por tanto, desde su pequeña infancia, María vivía en una continua lucha entre "irse" (lo cual cumplió con frecuencia) y "matarse", acción que intentó seriamente en varias oportunidades.

Luego de que definiera, por medio del contrato terapéutico, que ella no deseaba realmente morir, ya que prefería vivir (prueba de ello los intentos fallidos), el analista transaccional dio a María, en términos claros, el permiso de vivir, explicándole a continuación, en varias transacciones **Adulto-Adulto** todos los beneficios y gozos que ella podría obtener al continuar viviendo. Durante el proceso terapéutico, varios miembros del grupo de María le dieron una gran protección al acogerla franca y abiertamente y demostrarle que el rechazo que ella sufrió de parte de su padre, obedeció únicamente a la patología de éste y en ningún caso a su forma de ser. Al aceptar el permiso del terapeuta y la protección de éste y de los miembros del grupo, María optó definitivamente por vivir y utilizar sus potenciales en beneficio propio y en el de sus semejantes, liberándose de los mensajes malignos de su **Padre** interno, lo cual la llevó, posteriormente a crear una familia unida y armoniosa, al mismo tiempo que se preparó académicamente para desempeñarse como maestra (antes era secretaria).

Potencia en el análisis transaccional

La **potencia** consiste en decidir, en el momento oportuno, el aplicar ciertas intervenciones propias del AT con miras a ayudar al paciente a resolver sus problemas. Mientras que la **protección** depende de la capacidad del terapeuta para captar el momento en que el paciente necesita de él y de los demás miembros del grupo de tratamiento, cualesquiera que sea el Estado del Ego en que el primero se halle en ese momento; el **permiso** consiste en introducir el concepto de que el cambio es algo positivo y provechoso. La **potencia** concierne fundamentalmente a la cualidad de aquel que realiza la intervención adecuada en el momento oportuno. El clímax de la **potencia** se da cuando el analista transaccional logra destruir en el paciente, la prescripción negativa del **Padre**. Esta destrucción puede darse a veces tempranamente en el transcurso del tratamiento, pero ella no tiene relación con la duración del mismo, ya que el aspecto más importante de éste consiste en la preparación del paciente para que sea receptivo y autónomo, y en la capacidad del terapeuta para efectuar la intervención correcta en el momento oportuno.

En todo grupo de tratamiento en AT operan cuatro fuerzas curativas que se conjugan entre sí:

- a) La tendencia natural de todo ser humano hacia la salud y el gozo de vivir.
- b) La ausencia de etiquetas consecutivas al hecho de que, en todo grupo de AT, los pacientes son reconocidos básicamente como personas, y no etiquetadas según su problema o patología.

- c) La interacción grupal que favorece la experiencia emocional correctiva, como consecuencia de las confrontaciones y del encuentro e interacción con los demás, constituyéndose en un fármaco que induce a que cada participante en el grupo de tratamiento tienda a sentirse mejor, incluso independientemente de las cualidades personales y de las intervenciones del terapeuta.
- d) El comportamiento específico del analista transaccional y la calidad de su formación como persona y como profesional. La **potencia** del terapeuta está en relación directa con su nivel de *okeyidad*.

A menudo, la potencia del analista transaccional aumenta en el tratamiento, cuando éste combina al AT (técnica básicamente racional [Adulto] y verbal), el recurso de otras técnicas dirigidas a movilizar emociones (Gestalt), el cuerpo (bioenergética) y la modificación de conductas (conductismo), haciendo lo indicado en el preciso momento. Asimismo, el modelaje conductual derivado de las conductas y relaciones del terapeuta, tanto en el seno del grupo de tratamiento como en su vida en general, juega un papel importante como fuerza curativa.

Con respecto al tipo de intervenciones del terapeuta en el seno de un grupo de tratamiento en AT, éstas se relacionan con su potencia en el análisis estructural y funcional de la personalidad, el análisis de los juegos psicológicos y en el análisis de los guiones psicológicos.

Análisis estructural y funcional

Este análisis implica dos tipos definidos de intervención:

1. **La descontaminación**, que consiste en rectificar las situaciones cuando las ideas, los sentimientos o la conducta del paciente estén alterados, distorsionados o disfrazados. En estos casos, el terapeuta debe analizar y explicitar la estructura de la personalidad individual, destacando las manifestaciones inadecuadas o patológicas de los Estados del Ego del paciente (contaminaciones), insistiendo en las consecuencias que se derivan de dichas manifestaciones para el paciente, ofreciéndole a éste opciones de cambios funcionales.

Para llevar a cabo esta descontaminación de los Estados del Ego, el AT y los pacientes deben ser capaces de identificar claramente las manifestaciones de cada uno de dichos Estados del Ego, prestando atención a:

- a) **Los signos de conducta**; la detección de los Estados del Ego revelados por estos signos de conducta; la observación concierne a la presencia o ausencia de signos contradictorios o incongruentes que proporcionan una valiosa información con respecto al verdadero significado de los mensajes emitidos.
- b) **Las reacciones conductuales**, habituales del paciente y su tendencia a "engancharse" con un determinado Estado del Ego ante los estímulos proporcionados por los otros miembros del grupo, o el propio terapeuta.

- c) **Los recuerdos**, en relación con determinadas manifestaciones conductuales adoptadas por las figuras parentales o de autoridad durante la infancia del paciente, y que lo condicionaron a una determinada reacción frente a dichas manifestaciones conductuales observadas en otras personas.

2. **La reactivación**, la cual se produce cuando el paciente logra experimentar otros Estados del Ego que los activados por él. Esta reactivación es particularmente útil en aquellos casos en que la persona tiende a excluir a uno o dos de sus Estados del Ego, operando con un **Padre**, un **Adulto** o un **Niño** constantes. En estos casos, se trata que la persona reexperimente subjetivamente un determinado Estado del Ego cuya manifestación bloquea.

Análisis del juego

En todo grupo de personas, y por tanto, también en un grupo de terapia con AT, gran parte de las actividades que se desarrollan están relacionadas con algún juego psicológico. En el grupo de AT estas actividades se centran en la detección y análisis de las conductas asociadas con los juegos que los participantes acostumbran jugar.

Cuando el AT descubre que determinados estímulos transaccionales emitidos por uno de los pacientes constituyen una invitación a un juego, o cuando el primero observa el desarrollo de un juego en el grupo, éste puede decidir cuál reacción adoptar con base en las cuatro opciones siguientes:

Desenmascarar el juego: Al invitar a que el **Adulto** del paciente tome las riendas de su conducta personal.

Jugar el juego: En algunas circunstancias, las menos frecuentes, puede ser conveniente que el terapeuta siga el juego del paciente, particularmente cuando éste manifiesta conductas que denotan la clara ausencia de un **Adulto** y una carencia crónica de autonomía y autocrítica que llevan al paciente a una incapacidad evidente para valerse por sí mismo.

Ignorar el juego: A menudo, cuando el paciente tiende a participar desde una posición de víctima desvalida en juegos que conllevan para él una descalificación, como por ejemplo: "patéenme"..., "pobrecito yo"..., "estúpido"..., "pata de palo"...), el AT puede considerar conveniente ignorar dicho juego en lugar de desenmascararlo.

Ofrecer una alternativa: Con algunos jugadores severos puede ser, en algunos casos, conveniente ofrecerles una alternativa consistente en un cambio o sustitución de juego, adoptando uno menos grave como táctica para desenraizar el primero. En otros casos, el analista transaccional puede considerar más conveniente el ofrecer una alternativa de carácter intimidante, particularmente cuando el paciente persiste y rehúsa tomar consciencia de su juego.

Ninguna de las cuatro opciones, o reacciones del terapeuta, pueden ser calificadas en sí como adecuadas o inadecuadas, ya que el analista elige aquella que considera más indicada en función del contrato terapéutico, no depende tanto de

consideraciones técnicas como de la capacidad intuitiva y de la rapidez de reacción del terapeuta, en función del potencial de espontaneidad de su propio **Niño**, aunque luego determine su conducta de acuerdo con los dictados de su **Adulto** y en algunos casos, de su **Padre**. El éxito de la elección, o su acierto, se halla naturalmente en relación directa con el grado de *okeidad* del terapeuta y su sensibilidad para captar los juegos psicológicos de los pacientes, y la mejor forma de contrarrestarlos, conservando siempre la libertad para expresarse con cualquiera de sus Estados del Ego. Tal es el caso de aquel paciente adicto al juego de "te agarré desgraciado", y que esperó pacientemente a que el analista transaccional cometiese algún error para ponerlo en evidencia. Al ocurrir esto, el terapeuta simplemente exclamó, en forma espontánea y con una mueca: "Me agarraste", con lo cual provocó la risa de varios de los presentes, entre ellos el mismo paciente cuyo **Padre Crítico** se encontró, por la misma situación, despojado de todo poder.

Análisis del guión psicológico o argumento de vida

La potencia en el análisis del guión psicológico implica que el analista transaccional debe demostrar, en sus transacciones con el paciente, y en determinados momentos del proceso terapéutico, tanto o más poder de persuasión que el desplegado por los progenitores del primero al transmitirle los mandatos que conforman su argumento de vida. De hecho, todas las teorías y técnicas del AT están orientadas hacia la realización de una transacción eficaz. A su vez, la elección del momento oportuno para proporcionar al paciente el argumento contundente es capital, y depende de la intuición del terapeuta, de la agudeza de su percepción, y de su capacidad para establecer una relación lo más próxima posible a la intimidad con el paciente en ese momento, es decir, una relación de total espontaneidad, franqueza y consciencia del "aquí y ahora", en el que no hay que explicar conductas y donde se responde libre y directamente a lo que se ve, se oye y se siente.

OTRAS TÉCNICAS INCLUIDAS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO MEDIANTE ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Además de los permisos, de la protección y de la potencia de los análisis, y en función de las características específicas de los pacientes y de sus necesidades, el tratamiento con AT incluye técnicas complementarias como la "reparentalización", la "redesión", el "cambio social" y la "autonomía".

Reparentalización

La técnica de la reparentalización consiste en intervenciones del terapeuta destinadas a cambiar el contenido del **Padre** del paciente mediante la introducción de nuevas grabaciones parentales, hechas por el **Padre** del terapeuta. Esta técnica se

deriva de los trabajos desarrollados por Schiff y sus colaboradores con pacientes esquizofrénicos (Schiff, 1975) y se emplea particularmente con pacientes que operan con exclusión del **Padre** o cuyo Estado del Ego **Padre** es sumamente rígido. Naturalmente, el cambio de los contenidos del **Padre** del paciente se llevan a cabo siempre con el consentimiento de éste y exige, a menudo, un tratamiento prolongado, en especial por la necesidad de un trabajo preparatorio minucioso asociado a una protección intensa del paciente por parte del terapeuta, quien debe lograr la confianza plena del primero.

Redecisión

En general esta técnica es utilizada en el proceso de cambio del guión al implicar el rechazo, por parte del paciente, de los mandatos que conforman su argumento de vida. El desarrollo de este proceso de redecisión implica los siguientes pasos:

Detección del mandato que el paciente desea eliminar.

Identificar el momento o situación en que el paciente decidió aceptar dicho mandato (introspección).

Reexperimentación de la situación en el "aquí y ahora".

Redecisión, o sea decisión del **Adulto del Niño** no dejar de obedecer al mandato, fenómeno que se desarrolla en el momento oportuno, cuando el paciente se halla en contacto con el momento de la decisión original...

Pasado el momento de intensidad emocional experimentada por el paciente, y el grupo que participó con su apoyo y afecto, se procede a un análisis del proceso con el **Adulto** del paciente, y de todos los participantes, y se establece un plan con el primero, para poner en marcha lo decidido.

Cambio social y autonomía

Tal como lo señalara Eric Berne en su obra *Análisis Transaccional en psicoterapia* (1961), en el proceso psicoterapéutico con AT es importante diferenciar entre el cambio y la autonomía. En efecto, en el cambio, lo que se logra es que el individuo active y fortalezca su **Adulto** controlando con éste las manifestaciones inadecuadas del **Niño** y del **Padre**, empero el **Niño** continúa con sus asuntos no resueltos y, a menudo, el resultado equivale a un proceso contraargumental que, si bien permite que la persona se desenvuelva por un determinado tiempo dentro del sistema nervioso positivo de conductas, las fuerzas subconscientes procedentes del **Niño** pueden, en cualquier momento, tomar nuevamente el control de la vida del individuo. Esto es así ya que los mensajes contraargumentales sustentados por el **Adulto** no tienen la misma potencia que los mandatos incorporados en el **Niño**, por lo que el resultado, es, a menudo, frágil e inconsciente.

Experiencias físicas y emocionales

El AT es fundamentalmente una técnica que invita al paciente a pensar y actuar en forma racional. Este paso es de suma importancia en el proceso terapéutico toda vez que, a través de él los pacientes tienen la posibilidad de conocer y, por tanto, de tomar consciencia de...; empero, para que el cambio sea efectivo, es menester que este conocimiento y toma de consciencia se acompañe de una decisión, la cual es básicamente de orden afectivo ya que involucra el cambio en el **Niño**. Para ello, es necesario que la persona logre sentir y experimentar en el "aquí y ahora", lo cual significa que ella tiene que ponerse en contacto con sus emociones auténticas, sean éstas de ira, de rabia, o de tristeza, experimentando el desahogo necesario para la realización del cambio.

Criterios de alta

En principio, el criterio básico de alta de un paciente es el cumplimiento del contrato. Aunque, con suma frecuencia, y como consecuencia de los fenómenos dinámicos inherentes al proceso de tratamiento con AT, y la invitación continua de profundización en la conducta humana y en la posibilidad de cambios cada vez mas amplios y significativos, a medida que los pacientes cumplen con el contrato inicial, se encuentran en condiciones de establecer nuevos contratos y continuar el tratamiento. Por ello, si bien, dichos pacientes son dados de alta del contrato anterior, su tratamiento prosigue hasta el cumplimiento del nuevo contrato, por lo que, por regla general, el criterio final de alta lo constituye la adquisición de la autonomía por parte del paciente.

Tal como lo planteó Berne (1966), la autonomía consiste en la capacidad adquirida por el individuo de dirigirse a sí mismo con el **Adulto**, en lugar de ser dirigido por los mandatos del argumento. La adquisición de esta autonomía implica la liberación o recuperación de tres capacidades esenciales del hombre: consciencia de las cosas, espontaneidad e intimidad.

Consciencia de las cosas, significa, la capacidad para responder a los estímulos de manera adecuada, según se vayan presentando, con base en que la persona ha aprendido a vivir en el "aquí y ahora" y elige actuar dentro del sistema positivo y *ok* de conductas, haciendo uso de los aspectos positivos de cada uno de sus Estados del Ego.

Espontaneidad, significa libertad de escoger y expresar los sentimientos y emociones propios, liberándose del apremio de jugar juegos psicológicos y de actuar bajo los dictados de los rebusques que la persona aprendió a cultivar en su infancia y adolescencia. Espontaneidad significa, básicamente dar libre curso a las manifestaciones del **Niño libre *ok***, en lugar de mantenerse sojuzgado por el **Niño Adaptado sumiso o rebelde**, supeditándose a los mandatos del **Padre** negativo o *no ok*.

Intimidad, significa, esencialmente, la capacidad de expresar y compartir emociones auténticas dentro de una relación franca, espontánea y libre de juegos psicológicos. Intimidad implica un interés auténtico por el otro y es fundamentalmente una situación autónoma en la cual no hay que explicar conductas, en la que se responde en forma libre y directa a lo que se ve, se oye y se siente.

En los momentos de intimidad, los protagonistas no tratan de obtener algo, o de cumplir con un propósito personalista, sino que se acompañan, se escuchan, se preocupan el uno por el otro, viven plenamente la experiencia en el "aquí y ahora" expresando con su **Niño libre** *ok* sentimientos de aprecio, de ternura o afecto, de alegría y placer de estar juntos y de compartir el momento y las actividades de éste, ya sea dentro del contexto del trabajo y la producción, o en el contexto de la amistad y de la recreación.

Por tanto, terminemos con una reflexión de Gregory (2000), que dice:

Cualquier pretensión de cambio, terapéutico o no, no puede limitarse a suprimir bloqueos, vengan éstos del pasado reciente o lejano. También exige poner a la persona con sus recursos propios, adquiridos o por adquirir, ayudarle a orientarse y hacer su elección... los cambios complejos que exigen sinergia de todos los recursos del Ego son:

Aprendizajes sanos que tienen lugar en la vida cotidiana, que tienen lugar en el contexto social, profesional, terapéutico, educativo, etc.

Reorganización, suficientemente completa, de las conexiones entre Estados del Ego y sistemas en los que la persona pueda apoyarse a lo largo de su vida. Poco importa que se llamen intimidad, actualización e integridad personal, tal como los llama Erikson, o integración de contrarios como dice Jung... o de cualquier otro modo.

Impacto reconstructor en todas las vertientes de la vida de la persona, en pro de la autonomía y la integración (p. 56).

PSICODRAMA

Abelardo Brenes Castro
Alfonso González *

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de psicodrama, inmediatamente acude a la mente la figura de su fundador, Jacobo Moreno. A menudo, también, se piensa que este sistema de psicoterapia, que tuvo su apogeo hace medio siglo en el *Teatro de la Verdad* que fundó Moreno, constituye actualmente una forma de practicar la psicoterapia, aun cuando se reconoce el valor que han tenido las distintas técnicas de acción desarrolladas por Moreno, las cuales han sido retomadas en otros sistemas de psicoterapia; por ejemplo, la silla vacía de la Gestalt y el *role-playing* usado en la simulación de situaciones de la vida social.

En esta presentación del psicodrama, se intentará mostrar una visión distinta de esta práctica psicoterapéutica. En primer lugar, se realizará un esbozo histórico y filosófico de la obra de Moreno, en el cual se podrán apreciar ciertos supuestos ontológicos y existenciales que aún siguen vigentes. En segundo lugar, se aportarán ideas provenientes de paradigmas científico-filosóficos más recientes, en especial el paradigma del universo autoorganizativo de Jantsch (1980), en el cual puede vislumbrarse al cosmos entero como un proceso creativo, transformativo y dramático.

Posteriormente, se presentará la teoría moreniana del psicodrama y el conjunto de técnicas que se desprenden de ella. Ha sido común en nuestros tiempos reto-

* Con la colaboración de Martha E. Espinosa, Francisco González, Ana Lucía Gómez, Julieta Leandro y Ana Ligia Monge.

mar las técnicas psicoterapéuticas de Moreno y prescindir de su teoría de la personalidad, de la psicopatología y del desarrollo humano, así como del proceso terapéutico. Este fenómeno es una expresión de la naturaleza dramática de la existencia humana la cual es sumamente rica y variada. Por ende, el enfoque de lo dramático o drástico puede ser efectuado desde distintas ópticas ideológicas, científicas y pragmáticas. Una de las interpretaciones del psicodrama fue realizada desde el psicoanálisis, sobre todo en Francia y Argentina. De esta manera, aun cuando para Moreno eran incompatibles el psicodrama y el psicoanálisis freudiano ortodoxo, en la actualidad es factible tender puentes de diálogo entre ambas tradiciones.

A partir de las consideraciones anteriores, se argumentará que la base para interpretar la existencia humana en categorías dramáticas debe enfocarse en una teoría científica, la cual a su vez se basará en la teoría del proceso psicoterapéutico concebido en términos psicodramáticos. Esto no sólo es válido para el psicodrama sino para cualquier sistema de psicoterapia: la teoría del proceso psicoterapéutico tiene que descansar en una teoría de la personalidad y de la psicopatología. Para los fines que se persiguen, se buscará dicha fundamentación en dos vertientes. En primera instancia, se hará una presentación somera de la dramaturgia; de la realidad social, derivada de la fenomenología social, la teoría de la acción y la perspectiva realista de la filosofía de la ciencia. Este análisis indicará que la estructura y el proceso de lo social es una realidad constituida de manera dramática. En la medida en que esto sea cierto, toda psicoterapia podría ser reinterpretada en términos de categoría dramatúrgica. Más adelante, se presentarán los argumentos para justificar el uso general y liberal del concepto dramatúrgico.

En segunda instancia, la fundamentación de la posición de la psicoterapia es, por naturaleza humana, un proceso dramático; se deriva de la teoría sobre los ciclos de vida familiar e individual. El desarrollo humano enfrenta tensiones y polaridades de carácter universal, matizados de manera profunda por cada cultura y situación histórica. Esta teoría, permite tender un puente entre el análisis dramatúrgico de la acción social y la teoría psicoanalítica, sobre todo en su reciente versión en la teoría de las relaciones objetales.

Con respecto a los anteriores aportes, se presentarán los elementos constituyentes del modelo de práctica psicodramática que han formado la base experiencial de los autores. Esta última presentación será realizada en dos momentos: como teoría para entender el desarrollo humano mediante categorías de análisis dramatúrgico y como aplicación dentro del proceso psicodramático grupal.

Lejos de constituir un modelo terminado, se cree que estos lineamientos podrán servirle al lector para apreciar la potencialidad heurística del modo psicodramático de aproximarnos unos a otros en el encuentro existencial, así como la creatividad y riqueza vivenciales que se pueden derivar de esta manera de practicar la psicoterapia. Al ser la espontaneidad y la creatividad valores sustanciales al psicodrama, el lector podrá continuar con sus exploraciones si así lo desea.

Actualmente existe la idea de que el psicodrama es un conjunto de técnicas psicoterapéuticas que pueden ser aplicadas a diferentes tipos de tratamiento (grupal, familiar, de pareja) dentro de escuelas de psicoterapia ya constituidas (psicoanálisis, Gestalt, análisis transaccional, modificación de la conducta).

En este capítulo se mostrará que el psicodrama es más que un conjunto de técnicas y que, por el contrario, es posible distinguir dos grandes componentes: una concepción general con respecto a la naturaleza del ser humano que deriva en principios metodológicos para la psicoterapia grupal, y una teoría del desarrollo psicosocial que deriva en un conjunto de técnicas psicodramáticas. Lo que culmina con la presentación de las corrientes actuales más relevantes del psicodrama según la escuela francesa y argentina.

PSICODRAMA MORENIANO

Concepción sobre la naturaleza

La concepción de la naturaleza humana en J. L. Moreno se inscribe en uno de los modos del existencialismo europeo de principios de siglo, en donde son centrales los conceptos de creatividad humana, espontaneidad y libertad, drama, roles y catarsis.

La concepción del ser humano que subyace al psicodrama moreniano procede directamente del existencialismo tal como fue vivido por el "seísmo". En efecto, Moreno (1967) distingue en el desarrollo de esta corriente de pensamiento europeo tres etapas: la primera corresponde a los trabajos de S. Kierkegaard y de F. Nietzsche; la segunda que denomina el "seísmo", y la tercera representada por el aporte de M. Heidegger y J. P. Sartre. En contraposición a las dos primeras formas del existencialismo, la tercera busca la convalidación lógica-racional del análisis de la existencia. La primera se diferencia de las dos restantes en que representa el planteamiento del problema y el proyecto de la unificación en una misma realidad de pensamiento y existencia. El "seísmo", por su parte, se caracteriza por la vivencia de la existencia más que por su análisis. Parte de la premisa de que a partir del saber que aporta el análisis, no necesariamente se llega al ser y que, a la par, el ser es una precondition del saber. En esta versión o etapa del existencialismo el énfasis recae en las posibilidades infinitas del ser y hacer, prolongadas en el espacio y el tiempo, pero siempre centradas en una persona y en una situación específica. De ahí radica el valor que Moreno concederá a la terapia grupal, a la experiencia, a la creatividad: y al enfoque de la situación actual donde está teniendo lugar esa experiencia.

Moreno (1967) resumió ampliamente los principios de este modo de vida, de la siguiente forma:

- a) El mantenimiento, momento a momento, del flujo natural y espontáneo de la existencia humana con la preservación de la significación de la totalidad del propio ser. Todos los momentos de la vida son parte de esa existencia y adquieren sentido en esa significación indivisa que caracteriza a cada ser humano.
- b) Todas las cosas existentes poseen una "bienaventurada bondad".
- c) El "instante" posee sentido en sí mismo, se convalida en la experiencia que aporta independientemente de cualquier referencia al pasado o al futuro, o de cualquier interpretación que se le asocie.
- d) La "situación" es el lugar donde se condensan en la actualidad las personas, las tensiones y sus desafíos más legítimos.
- e) La espontaneidad y la creatividad son propiedades fundamentales de la naturaleza humana, deformadas por algunas normas y clichés culturales.

Se puede observar que esta concepción de la naturaleza humana en Moreno no corresponde a una abstracción metafísica, sino que representa el resultado de una reflexión y crítica sobre la situación social de su época (Europa después de la Primera Guerra Mundial). Moreno (1967) descubre que la sociedad de su época ha ido desfigurando el proceso de la creatividad humana, tanto en la relación de la persona consigo misma, como con su entorno cultural en general. En reacción el "seísmo", al que se acoge el psicodrama moreniano, plantea la necesidad de rescatar y fortalecer, en un espacio social apropiado, esta creatividad.

Al darse cuenta del mal que aqueja a su cultura, Moreno (1967) distingue en el proceso creativo, el proceso de elaboración y el producto ya finalizado. Indica cómo la cultura occidental europea ha tendido a sobrevalorar el producto terminado en detrimento del proceso social de su creación. Moreno se plantea así, la necesidad de rescatar a través de la aproximación psicodramática la totalidad del acto de creación, proceso y producto a la vez. Esto como un medio de crear una "contracultura" que se oponga a la cultura de las "conservas" en la que ha desembocado la sociedad europea occidental. La creatividad le parece que debe recuperarse en especial a nivel de la propia existencia, de la experiencia que en ella se da entre las personas y de la persona consigo misma, de la asignación de un significado a ella. Así, para la restauración de la creatividad en estos niveles, señala la necesidad de un contexto social (psicodramático) en el que sean posibles la espontaneidad y la libertad.

La espontaneidad no es para Moreno (1967) un estado permanente, estable y rígido de la experiencia, como sí lo son los productos ya terminados de todo proceso creador. La espontaneidad no es algo que sea dado, cual si fuera una cosa. No surge automáticamente a solicitud de la voluntad de que ocurra, pues se es espontáneo sin siquiera desearlo de manera consciente. La espontaneidad tampoco es un sentimiento o una emoción, además de esto, conlleva un impulso a relacionarse con

otros, a entrar en contacto, a realizar un encuentro interpersonal. Surge más del encuentro sincero con otras personas, del conocimiento y sentimiento de la situación de otros. En sí surge de la sensibilización a la propia experiencia, ya sea en la relación de la persona consigo misma o con otros significativos.

Es más factible establecer qué no es la espontaneidad, cuáles son sus límites y en qué condiciones interpersonales, es posible que surja y que se defina. Al igual que sucede con otros aspectos de la experiencia humana, hay estados anímicos, sensaciones, sentimientos, que son autoevidentes, es decir, que se fundamentan como reales por su acaecimiento en la experiencia, que no por ello deja de ser intersubjetiva.

En este punto es necesario situar en el contexto la obra y el pensamiento de Moreno. La Europa de principios de siglo se caracterizó por una fuerte reacción contra el racionalismo cuyo seguimiento como forma ideológica de autocomprensión le condujo a los callejones sin salida de una sociedad que, siendo "racional" (léase "racionalista"), era profundamente inhumana. La apelación al vitalismo, a toda fuerza humana que no se inscribiera en la concepción racionalista del ser humano, es el punto que comparte Moreno con este antirracionalismo; de ahí que las categorías centrales del psicodrama no sean aprehensibles racionalmente.

Por su parte, Moreno (1967) concibe la libertad como el conjunto de condiciones que permiten el surgimiento de esta espontaneidad que arrastra tras de sí a las formas establecidas de experiencia y convivencia. El aporte del "seísmo" recuperado por el psicodrama hace posible estas condiciones al:

Declarar 'normal' lo patológico y proporcionar a todas las formas de comportamiento patológico un mundo *sui generis*... proporcionar a todas las formas de existencia subjetiva... un lugar en que puedan realizarse y acaso transformarse, a cubierto las restricciones de la cultura imperante... Abrir el camino a una comunidad terapéutica en la que, tanto el profeta como el "desviado", encontrarían un mejor tratamiento y una comprensión más profunda, contribuyendo así a su total productividad (Moreno, 1967, p. 342).

Con esto culmina su crítica a la sociedad europea occidental, al afirmar que esta sociedad no sólo ha dejado de brindar las posibilidades para el despliegue de la creatividad humana, sino que también ha renegado de sus propios productos culturales sociales (los desviados) a los que ya no se les reconoce existencia o derecho a la autoexpresión. El "teatro de la espontaneidad" de Moreno se convirtió así, en el lugar de reunión y expresión de los descontentos, rebeldes y "desviados sociales".

El aporte de Moreno a esta corriente del existencialismo, el "seísmo", consiste, tanto en la posibilidad de una práctica de sus principios a través del "teatro de la espontaneidad", como del ofrecimiento de una serie de categorías dramáticas para el acercamiento e interpretación de la existencia, de la experiencia.

Moreno (1961) parte de que las emociones, fantasías y pensamientos humanos poseen un carácter acumulativo por medio de la existencia de la persona y, como resultado de ello, surge el drama como un modo de organización de la experiencia. Al recuperar en el teatro el drama interno, éste pasa a ser una experiencia intersubjetiva donde se convalidan y se da curso al proceso dramático interno de los actores:

El psicodrama define el drama como una extensión de la vida y de la acción, más que como su imitación, pero donde hay imitación el énfasis no está en el que imita, sino en la oportunidad de recapitular problemas no resueltos dentro de un ambiente social más libre, más amplio y más flexible (Moreno, 1961, p. 39).

Más adelante agrega, al referirse a esta escenificación:

La matriz del Teatro de la Improvisación es el alma del autor, permitámonos la ilusión de que las figuras del drama que están allí en proceso de producción, se han hecho visibles, audibles y tangibles... Mientras que la dramaturgia aparece después del drama, la creaturgia debe funcionar con él. En el alma del autor se levantan uno tras otro los personajes y hablan. Pero mientras el drama constituye dentro de la mente del autor un solo y unificado acto de creación, en el caso de la improvisación, lo que hasta aquí ha sido meramente supuesto, se convierte en realidad; cada autor que improvisa, es de hecho el creador de su personaje y el productor de la improvisación (o autor) y debe sintetizar los procesos de cada personaje en una nueva totalidad (Moreno, pp. 75-76).

Lo que Moreno estableció como el proceso de la representación dramática en la que el director produce una síntesis entre los personajes actuados espontáneamente, es sólo una continuación de lo que sucede en la vida cotidiana cuando los dramas internos de dos o más personas interactúan y se integran. Sólo que en la representación dramática esta síntesis posee una dirección para que las experiencias que se han acumulado a través de la existencia tengan un lugar de expresión y reconocimiento, en efecto, es recuperar los dramas internos de las personas de un modo creativo y no dejarlos al azar.

Las categorías dramáticas que Moreno emplea para la descripción y realización del psicodrama como vehículo terapéutico deben, por consiguiente, considerarse concepciones elaboradas a partir de cómo tiene lugar en la vida cotidiana la experiencia intersubjetiva y la interacción social. Esto se puede apreciar también en las categorías de rol y de catarsis. El rol no es sólo un concepto para entender y llevar a cabo la representación, es también el medio por el cual la persona asume su propio drama y situaciones sociales relacionadas con él. La catarsis igualmente rebasa el marco psicoterapéutico en Moreno, es la forma cómo se da en la vida cotidiana el acto y el proceso creativo. Es para Moreno ese momento

de tránsito, contradictorio, en el cual la liberación de sentimientos reprimidos o inhibidos, asociada a la eliminación de estructuras y situaciones perturbadoras, se da junto con la visualización de un conjunto de nuevas alternativas de roles y dramas vitales (véase Moreno, 1961, p. 39).

Implicaciones de la concepción de la naturaleza humana moreniana para la práctica psicoterapéutica grupal

Para comprender la concepción de Moreno desde la psicoterapia psicodramática grupal, es preciso contar con al menos dos puntos de referencia: la concepción que posee la naturaleza humana, especialmente la creatividad, y la reacción moreniana hacia el psicoanálisis. Considerando el primer aspecto, se ha reiterado que Moreno plantea la práctica psicodramática grupal como un contexto social especial donde se potencia la creatividad humana por reglas de interacción y organización del trabajo de grupo. Reglas como la espontaneidad, la permisividad, la recuperación e intensificación de la experiencia acumulada que se manifiesta en el presente, el énfasis en la expresión a través de diferentes formas, la suspensión de los juicios valorativos de lo que es "patológico" o sobre lo que no lo es, etc. Estas reglas o directrices metodológicas para el trabajo psicoterapéutico grupal aparecen como derivaciones directas de los principios del "seísmo" de Moreno.

La reacción de Moreno en contra del psicoanálisis freudiano asume a éste, como punto de partida, como obstáculo para el surgimiento de una nueva cultura. Dirá: "Un mundo nuevo y mágico parecía estar en marcha, pero éste fue brutalmente interrumpido por la Primera Guerra Mundial, la creciente influencia del psicoanálisis y la automatización" (Moreno, 1967, p. 335). Entre algunas de las divergencias morenianas con respecto al psicoanálisis, aparecen:

- a) El psicoanálisis freudiano parte de una concepción energética-termodinámica, por la cual se asigna una cantidad limitada de energía no destructible, sólo transformable, a la psique humana. Este principio es incompatible, decía, con la concepción y existencia de la espontaneidad y creatividad humanas que indican la presencia de un factor "e" (espontaneidad) que no está sujeto a la limitación de una cantidad estable de energía psíquica transformable.
- b) Mientras el psicoanálisis freudiano enfatiza la expresión verbal y es la palabra su principal medio de intervención, el psicodrama se fundamenta en la diversidad de formas de expresión humanas y en la participación activa de la persona, ya sea que ésta se exprese verbal o corporalmente, o ambas cosas a la vez. El psicodrama se propone como una terapia a través de la acción, el psicoanálisis como una terapia por medio de la palabra.
- c) El psicodrama representa un apartarse definitivo de la terapia individual hacia la terapia grupal (centrada en el individuo o en el grupo) y hacia la catarsis de participación y de acción (la diferencia en estos dos tipos de

catarsis estriba en tanto si se es personaje central o no de la representación).

- d) En el psicoanálisis freudiano existe una tendencia a conceder autonomía al inconsciente respecto al sujeto, que pasa a ser un ente pasivo respecto a la dinámica de aquél.

Estas divergencias, sin embargo, como mostró la historia del movimiento psicoanalítico, no plantearon ni implicaron una situación irreconciliable entre psicodrama y psicoanálisis. A pesar de esto, donde aparece con mayor relevancia la diferencia entre el psicodrama moreniano y el psicoanálisis freudiano, y en donde se da el principal aporte de Moreno a la psicoterapia grupal, es en qué procesos gira esta psicoterapia: el énfasis en el encuentro interpersonal por encima de la transferencia intergrupal.

Moreno (1967) consideró que la transferencia intergrupal no es el único ni el más importante proceso que se da en la psicoterapia grupal. Junto a ella está el "tele", que lo define como el reconocimiento entre los miembros del grupo de la singularidad de cada uno de ellos como personas portadoras de una experiencia irrepetible y original. Tele y transferencia son dos procesos opuestos para Moreno; mientras el primero es el antecedente del encuentro interpersonal; el segundo es un obstáculo a éste, en tanto constituye una distorsión de la percepción de la propia persona, del otro y de la situación que ambos comparten y que, por ello, bloquean la aproximación interpersonal. Son también dos procesos opuestos en grado, porque el tele al desembocar en el encuentro interpersonal, conduce a la constitución de un inconsciente grupal, es decir, una comunidad de experiencias psicodramáticas articuladas en los acontecimientos y vivencias centrales de la existencia. La transferencia, por el contrario, posee un carácter unilateralidad en una relación estructurada entre paciente y terapeuta. Moreno comenta:

1. El principio fundamental subyacente a todas las formas de psicoterapia es el encuentro, y no la transferencia del psicoanálisis. El encuentro es la base real del proceso terapéutico. La transferencia, contratransferencia, las proyecciones y las percepciones distorsionadas le son sobreimpuestas...
2. La contraparte científica del encuentro es el tele (Moreno, 1967, pp. 371-372).

Consecuente con lo anterior, Moreno (1967) concibió las técnicas psicodramáticas como medios valiosos para emplear en la medida en que potencian el encuentro interpersonal. El cambio psicoterapéutico no se da necesariamente porque se remueva la transferencia, puesto que el encuentro interpersonal no siempre está precedido u obstaculizado por distorsiones transferenciales. La transferencia, al ser una distorsión, no puede darse respecto a la persona en su singularidad y en la particularidad de su experiencia, acontece en relación con el rol ocupado por esa persona.

Retomando esta aproximación al encuentro interpersonal como eje de la psicoterapia grupal, la concepción humanística en psicología ha profundizado en las reglas de interacción grupal que favorecen este encuentro (véase W. Schutz, 1976).

El psicodrama moreniano puede tomarse entonces como un antecedente directo de lo que Schutzenberger y Saurat (1979) denominaron los "nuevos métodos grupales". Comentan que estos métodos se fortalecían con el redescubrimiento cultural del lugar del cuerpo en la vida del ser humano, entendido éste como fuente de energía, vehículo de comunicación continua y vivencia inmediata de la temporalidad de cada ser. La consideración de la persona como eje de articulación de los nuevos métodos, descubre las siguientes dimensiones como las más importantes en el trabajo psicoterapéutico grupal:

... la sensibilización a las relaciones humanas... y a la dinámica del grupo; la toma de consciencia de lo que pasa en el otro en situación y en relación... un replanteamiento y una reevaluación de los valores y de aquello en lo que cada uno cree... una creatividad y capacidad de imaginar implicándose... una mayor consciencia corporal y un despertar de todos los sentidos... la ampliación del abanico y del repertorio de los papeles representados (Schutzenberger y Saurat, 1979, pp. 29-30).

Estas dimensiones dan así, contenido a lo que en Moreno aparece apenas como un esbozo de los aspectos interpersonales que se buscan a través del encuentro psicoterapéutico.

Teoría moreniana sobre el desarrollo social del niño

Moreno (1961) bosqueja una teoría acerca del desarrollo social del niño, que aparece como punto de partida de la fundamentación de las técnicas psicodramáticas más relevantes que se aplican en las sesiones de grupo. En el trasfondo de su argumentación permanece la crítica al psicoanálisis freudiano y, así, la teoría moreniana del desarrollo social se anuncia como contraparte psicodramática de la teoría sexual de Freud. Ambas están directamente relacionadas con las orientaciones psicoterapéuticas grupales, salvo que Moreno, a diferencia del psicoanálisis freudiano, irá a recuperar, no el contenido ni la secuencia de etapas del desarrollo social del niño, sino las formas de interacción que se van estructurando. Estas formas de interacción luego se reflejarán en las técnicas psicodramáticas.

Condensa este desarrollo social del niño en lo que denomina "matriz de identidad", cuyas etapas se describen a continuación:

La primera consiste en que la madre es una parte del niño en el grado en que éste no la discrimina de su propia experiencia. La madre funciona como una prolongación de las necesidades del bebé y en este grado actúa respecto a él, por las

limitaciones psicomotoras y cognoscitivas de éste, como un verdadero ego auxiliar. En la segunda, el niño centra su atención en la otra extraña parte de sí mismo y esto es posible gracias a la emergencia de los rudimentos de la discriminación. En la tercera, separa esta otra parte de la continuidad de su experiencia interna y la discrimina del resto de vivencias. El otro aparece como tal en su singularidad y separatividad. La cuarta se caracteriza porque el niño se puede ubicar activamente en la otra parte y representar el rol de ésta. Cabe la posibilidad de la inversión de roles, el niño puede representar por medio del juego y la actividad lúdica el rol de otro. En la quinta, el niño representa el rol de su madre ante terceras persona; y ya no sólo ante su madre o ante sí mismo.

El bebé evoluciona desde la fusión hasta la discriminación de la madre y la capacidad de asumir su rol. La vida de la persona al cumplirse la quinta etapa puede considerarse como un paso del juego a la identidad social. La inversión de roles que efectúa el niño en el juego, se concretará posteriormente en un rol social adulto respecto a otros niños, frente a sus hijos. Por esto distingue dos momentos en la "matriz de la identidad", uno en el cual el individuo actúa según una actitud receptiva, y otro en el que actúa recreando el rol de quien originalmente se lo proveyera. En un ejemplo de caso, la madre otorga su rol mientras que el niño lo duplica. De aquí se derivó lo que se llama la "expectación recíproca" o conocimiento socialmente compartido acerca del curso posible de las acciones dependientes de un rol en la interacción social. En otro momento el niño, que antes fuera receptor, ahora actúa como persona adulta, como proveedora y agente activo de su propio rol.

Y por medio de estas etapas, se observa cómo surge el anclaje para las técnicas del ego auxiliar y la inversión de roles, pero también la posibilidad de adoptar el rol de otro y representarlo frente a terceros. La madre y el sí mismo involucran la dimensión del espacio de representación y el lugar de preparación de la representación como componentes de estas capacidades. El *soliloquio* aparece como una técnica psicodramática igualmente derivada de esta capacidad de la persona de interactuar consigo misma y de percatarse de las representaciones que asume respecto a sí misma y a otros. Moreno (1961), sin embargo, centra el énfasis de su análisis en las técnicas del ego auxiliar y de la inversión de roles al comentarlas en tanto derivadas de su teoría de la matriz de identidad. Igualmente cabría indicar a partir de este enfoque el desarrollo social, que la persona experimenta en sí misma, en el mejor de los casos, como alguien discriminado, respecto a otros, pero como alguien que se desenvuelve en relación con otros. Surge así la noción del espacio interno como un lugar de escenificación, la representación empieza siendo la dimensión característica de la interacción social y culmina como forma de organización de la representación de la persona ante sí misma.

Esto último confiere el sentido particular que posee el término fantasía en Moreno. En un determinado punto del desarrollo infantil, la actividad de la per-

sona queda normalmente dividida en dos procesos de atemperamiento, es decir, de anticipación y preparación respecto a la experiencia por acaecer, uno hacia los actos reales y otro hacia los de fantasía. Esta fantasía está directamente relacionada, por el drama interno en proceso. La sesión psicodramática, al favorecer la espontaneidad en un clima de permisividad y libertad, beneficia igualmente el tránsito de la experiencia articulada en eventos reales, a la experiencia dependiente de eventos de la fantasía y viceversa.

Moreno retomó este concepto general de atemperamiento, cuyo origen se situó en la creatividad y espontaneidad del bebé que se prepara y actúa respecto a su ambiente inmediato y lo articula en la preparación de la escenificación de los dramas. También recupera esta dialéctica entre eventos reales y fantasías, para comprender el desarrollo de la sesión psicodramática.

Componentes del psicodrama moreniano: participantes en la sesión psicodramática

El director: El director psicodramático tiene tres funciones:

- a) Es un productor.
- b) Es el terapeuta principal.
- c) Es un analista social.

A diferencia del dramaturgo, trata de hallar primero su público y sus personajes. Como agente terapéutico, tiene la responsabilidad final del valor terapéutico de la producción total. Su tarea es hacer actuar a los sujetos en un nivel espontáneo que beneficie su equilibrio total, inducir a los egos auxiliares y excitar al público a una experiencia catártica. Guía al protagonista en el método psicodramático para explorar sus problemas.

El protagonista: Es el sujeto de la acción psicodramática, es el que va a representar los diferentes dramas imaginarios o actuales de su modo cotidiano.

El ego auxiliar: El ego auxiliar tiene tres funciones:

- a) La de actor, representando los roles requeridos por el mundo del sujeto.
- b) La de guía, agente terapéutico.
- c) La de investigador social mientras está en operación, funciona no como observador sino como agente activo. Es enviado al escenario por el director con instrucciones de representar un papel determinado y, al mismo tiempo, observar atentamente la acción para registrar cómo el protagonista asume el papel, ¿qué efectos le produce y cómo lo desempeña? El ego auxiliar en acción no sólo siente sino que hace, está construyendo y reconstruyendo un sujeto presente o ausente en una relación específica de roles.

El público: El público tiene dos funciones:

- a) En relación con el sujeto y los actos que se cumplen en el escenario (centrada en la producción).
- b) En relación consigo mismo (centrada en el público).

La presencia del público aumenta el número de respuestas que se pueden obtener del sujeto en el escenario y proporciona al director, material estratégico para el análisis. Su comportamiento es importante durante la discusión del problema del protagonista y cuando otros miembros del grupo debaten los propios. En una sesión psicodramática el público es siempre el cliente, ya que puede ser consciente de su situación, como cuando presencia una obra de teatro. Un requisito para hacer consciente al público de que es un cliente, es el conocimiento de su estructura social y psicológica.

Fases de la sesión psicodramática

El calentamiento: La primera fase del psicodrama se denomina calentamiento o *warm up*. Es en la cual se ayuda al protagonista a involucrarse lo suficiente como para moverse dentro de la acción. El calentamiento para cualquier actividad requiere el incremento gradual del movimiento físico, la inclusión de conductas espontáneas y la atención dirigida hacia una idea o tarea específica. El principal objetivo del calentamiento es el establecimiento de un contexto que promueva la espontaneidad.

La fase del calentamiento incluye:

- a) El calentamiento del director; así estará más capacitado para funcionar en el uso de los métodos psicodramáticos. Debe ser físicamente activo en cuanto a caminar, mover sillas y hablar con el grupo acerca de tópicos variados.
- b) Después de la presentación de sí mismo y de su propio calentamiento, el director ayuda a desarrollar la cohesión grupal. Como primer paso forja el sentimiento de identidad grupal y confianza. Para tal fin se utilizarán ejercicios específicos introductorios.

La acción: Es la segunda fase del psicodrama. Una vez que se ha seleccionado al protagonista, el director será confrontado con la representación de la acción con el propósito de ayudar más al protagonista en las diferentes dimensiones psicológicas de su problema. En esta fase hay una búsqueda del conflicto principal y una mayor expresión de emociones conforme el drama se desarrolla.

Según se monte la escena, los egos auxiliares son escogidos y estimulados a moverse inmediatamente dentro de sus roles.

La elaboración: Es la tercera y última fase de la sesión psicodramática. El protagonista recibe retroalimentación del resto del grupo, quienes también comparten

con él las experiencias vividas. Esta fase sirve al protagonista para que recupere su equilibrio emocional en general, pues muchas veces la intensidad de la representación produce fuertes cambios en los estados emocionales de sus participantes. Le ayuda también a una mayor visualización de sí mismo, con lo cual se espera pueda reincorporarse con más efectividad al mundo cotidiano. Esto último requiere que en el periodo final, el protagonista pueda reconstruir sus defensas (en el sentido de poder enfrentar ese mundo externo al grupo) y a la vez recuperar los procesos de reparación que implica todo proceso de cambio personal.

A continuación se describen algunas de las técnicas utilizadas en el proceso psicodramático.

Intervención directa del director en la dramatización: El director puede intervenir directamente en la dramatización, interrogando o dialogando a manera de doble del personaje. Si bien el doble es parte específica del rol del ego auxiliar, el director a veces siente que su intervención puede aclarar de forma efectiva el conflicto. De esta manera se coloca detrás del protagonista y dialoga con él como una parte de la dramatización, haciendo reflexiones que a veces cambian la perspectiva del protagonista con respecto a la situación dramática. Esta técnica es particularmente útil cuando a través de un cambio de roles se desempeña el rol complementario, ya que el protagonista puede dar desde este punto de vista muchos datos que a veces ignora conocer de manera consciente y que en el diálogo con el director suelen aparecer.

Intervención indirecta del director en la dramatización: El director interviene en la dramatización por medio de distintas técnicas psicodramáticas, que se mencionarán brevemente:

Soliloquio: Cuando se hace evidente que el protagonista al dramatizar atiende más a conductas sociales aceptadas, que a las emocionalmente válidas, el director puede pedir al protagonista que exprese en voz alta lo que está sintiendo. El director da pautas acerca de los contenidos no expresados en la acción. No sólo es introducida directamente por el director, sino que el protagonista puede hacerlo cuando esté consciente de que haya elementos importantes que no le conviene dar a conocer a su interlocutor dramático, pero sí al director y al grupo. Para que todos sepan qué está pensando en voz alta, los grupos tienen diversas claves: dicen expresamente que harán un soliloquio o giran la cabeza hacia el costado o cualquier signo previamente acordado. Esto no es necesario cuando lo indica el director.

Cambio de roles: Tiene como base ponerse en el lugar del otro. Es una de las técnicas esenciales del psicodrama. La cita más conocida de Moreno al respecto es: "Un encuentro entre dos: ojo a ojo, cara a cara. Y cuando estés cerca arrancaré tus ojos y los colocaré en el lugar de los míos y tú arrancarás mis ojos y los colocarás en el lugar de los tuyos. Entonces te miraré con tus ojos y tú me mirarás con los míos" (Moreno, 1961, p. 16).

En el cambio de roles es efectivo ponerse en el lugar de otro y permite muchas veces comprender actitudes que fueron incomprensibles en un principio en el otro. Hacer el cambio de roles permite investigar de manera más profunda los contenidos de la experiencia del otro y muchas veces revela hechos aparentemente desconocidos para el protagonista que actúa desde su propio rol. El diálogo del director con el protagonista que está actuando desde el rol complementario puede llevar a los mayores momentos de *insight*.

Las oportunidades para indicar un cambio de roles son:

- a) Cuando el protagonista hace una pregunta directa al ego auxiliar haciendo que éste deba comprometerse por él. El cambio de roles permite que sea él mismo quien conteste la pregunta o resuelva la situación.
- b) Cuando se quiere demostrar al protagonista cómo recibe el otro sus acciones. Para comprender la reacción del otro; es frecuente que después del cambio de roles el protagonista comente "que dadas las circunstancias, el otro no tenía otra posibilidad". Contribuye así al *insight* sobre el efecto de sus acciones.
- c) Cuando se inicia la dramatización, con el fin de hacer un cambio de roles informativo para que el ego auxiliar vea cómo deberá actuar en el rol asignado. Le será más fácil jugar el rol del protagonista ya que lo ha visto.

El doble: Es una técnica difícil; quizás la que exige mayor compenetración entre el protagonista y el ego auxiliar, ya que busca poner en evidencia elementos no expresados por el cliente. Inicia un diálogo interno con éste y debe cuidarse de no sobreactuar ni de invadir al protagonista. Es más bien como un apéndice de éste, retroalimenta el desempeño de su rol. Puede inducir a la descarga emotiva reprimida o llevar a reflexiones con respecto a las motivaciones de su acción.

El director puede sugerir direcciones al ego auxiliar antes de iniciar la dramatización o durante la dramatización, dirigiéndose y dándole indicaciones como si fuera el propio protagonista. El doble puede ser retirado al hacer un cambio de roles o permanecer reforzando el desempeño del otro ego auxiliar que toma el rol del protagonista.

En algunos momentos puede usarse la técnica de dobles múltiples, sobre todo cuando es necesario enfatizar ambivalencias. En el caso de clientes que se bloquean por presiones internas contradictorias, éstas pueden hacerse evidentes colocando dos dobles donde cada uno expresa uno de los sentimientos en pugna. De ahí pasará a la dramatización de la lucha donde el cliente deberá decidir activamente la conducta que asumirá. Es importante que el doble no lo sea sólo verbalmente sino que reproduzca todas las actitudes corporales del protagonista, siguiendo y reproduciendo sus gestos.

Esto no sólo es importante para que el protagonista sienta que está consigo mismo, sino para que el propio ego auxiliar entre profundamente y se identifique

con el protagonista. El ego auxiliar que no reproduce corporalmente al cliente, corre peligro de quedar fuera interviniendo sólo de manera intelectual.

Para esto es también necesario que el ego auxiliar tenga el calentamiento apropiado y un tiempo adecuado para comenzar.

El doble es la "externalización de un proceso interno", por tanto, los demás actores deben ignorar su presencia durante la dramatización. Resumiendo, la técnica del doble implica cuatro etapas:

- a) **Fase de calentamiento** del ego auxiliar para el desempeño de la técnica.
- b) **Fase de imitación**, el ego auxiliar deberá reproducir verbal y corporalmente lo expresado por el protagonista como una forma de contacto con él (hasta aquí la técnica se asemeja a la del espejo).
- c) **Fase de cuestionamiento**, el ego auxiliar comienza a introducir, a manera de preguntas o dudas sobre la veracidad de lo que el protagonista está manifestando en la acción.
- d) **Fase de estimulación**, realimentado o rectificado por las respuestas del protagonista en fase anterior, comienza a expresar los sentimientos subyacentes y a reprimirlos. En este momento ya puede abandonar la posición corporal imitativa para asumir la que corresponde al afecto real. Una vez concluida, y expresando el protagonista por sí mismo todos los contenidos que realmente siente, el doble habrá cumplido su objetivo y deberá retirarse del escenario. Estas fases pueden no cumplirse en formas sucesivas sino que a veces se hace necesario retroceder para rectificar el proceso.

El espejo: Según Moreno, se emplea cuando el cliente es incapaz de representarse a sí mismo con palabras o acciones. Se busca reforzar la percepción propia. Como el doble reproduce corporalmente gestos, actitudes y verbalizaciones del protagonista. Se diferencia del doble, en que no agrega de modo verbal cosa alguna, sino que se limita a reproducir lo más fielmente posible las conductas corporales y verbales.

Se ubica un ego auxiliar en la sección destinada a la acción del escenario psicodramático, mientras el cliente o el grupo de clientes permanecen sentados. El ego auxiliar representa al cliente y reproduce la acción e interacción del cliente con otras personas reales o ilusorias, tal como él las percibe.

Interpretación de resistencias: Cuando el director siente que la situación que el cliente está dramatizando lo lleva a reafirmar sus defensas, en vez de enfrentarlo directamente con sus conflictos, puede cambiar la estructura de la escena psicodramática. De esta manera, se le enfrenta con las situaciones reales temidas por él y evitadas mediante la presentación repetida de situaciones que íntimamente ya ha aprendido a manejar de manera cómoda.

El ego auxiliar puede también sentir la necesidad de cambiar la estructura de un personaje en plena acción dramática. Este cambio es parte de la espontaneidad

creadora que debe ser el marco del desempeño del rol del ego auxiliar. Éste, posteriormente en la etapa de comentarios, puede exponer las razones que lo llevaron a actuar de ese modo.

Reemplazo de la palabra por un sonido: Posee la misma finalidad que la técnica sin palabras. Se le pide al cliente con dificultad en la expresión verbal que para comunicarse utilice un sonido en reemplazo de la palabra. Este sonido deberá emitirse partiendo de cualquier vocal elegida. Suele ser menos efectivo que el anterior ya que despierta defensas por temor al ridículo.

Concretización: Cuando en una dramatización el nivel de agresión sube y es difícil de expresar, esta técnica le permite al cliente la posibilidad de concretar lo que siente hacia el otro. Se le pide al ego auxiliar que materialice la lucha y la agresión expresándose corporalmente. Se le lleva hasta el momento en que ya esté por descargar su agresión hacia el otro en forma masiva. En ese momento se puede reemplazar al ego auxiliar por almohadones u objetos.

Técnicas psicodramáticas auxiliares

La danza, los instrumentos y grabaciones musicales, son elementos que pueden ser usados como parte del calentamiento o como parte de la dramatización. Como el calentamiento es una técnica útil, en especial, en grupos que tienden a la intelectualización y que tienen conflictos que se resisten a traer explícitamente. La música, la danza o los instrumentos musicales favorecen la emergencia del protagonista.

A pesar del mensaje que pudiera haber en determinado tipo de música, la finalidad de su uso en las sesiones de psicodrama es la de manifestar sentimientos ocultos entre los miembros del grupo o hacia el terapeuta. Además, la música funciona como un estímulo para que el cliente pueda manifestar fantasías y contenidos afectivos reprimidos.

Con respecto a la danza, ésta puede expresar lo que en ciertos momentos la palabra es incapaz de decir. En momentos en que el grupo se estereotipa en una comunicación verbal pobre, la introducción a la psicodanza suele ser efectiva. Sus indicaciones generales son las mismas que para la música: comunicación verbal empobrecida y tendencia a la rigidez y a la intelectualización. La música obra como movilizador de afectos que luego pueden dar lugar a la aparición de la palabra, a la llegada del movimiento y la acción. Si la música actúa como movilizador, la psicodanza permite la expresión del afecto contenido.

CORRIENTES Y APORTES RECIENTES

En esta parte se hace una revisión de algunos enfoques psicoterapéuticos que han retomado el psicodrama moreniano desde nuevas perspectivas teóricas y técnicas, enriqueciéndolo. Dos aportes se han considerado de sumo interés: las concepciones

teóricas y técnicas psicodramáticas derivadas del psicoanálisis francés contemporáneo de orientación estructuralista, y los aportes que en estos niveles también ha realizado la escuela psicoanalítica argentina.

Psicoanálisis francés contemporáneo y psicodrama

El psicoanálisis francés contemporáneo ha recuperado la técnica psicodramática desde la perspectiva teórica de la interpretación estructuralista del psicoanálisis realizada por J. Lacan (1980). En los trabajos de Basquin *et al.* (1977); Lemoine y Lemoine (1974), Anzieu *et al.* (1978) y Anzieu (1979) se observa que el grado de recuperación de esta reinterpretación del psicoanálisis es variable entre los autores citados y que esto incide en las características con las cuales se práctica el psicodrama en la terapia grupal analítica.

Existe, en la diversidad de enfoques y matices que se puedan encontrar en el psicoanálisis francés contemporáneo a nivel de terapia grupal, un consenso en la aceptación de las categorías de lo simbólico, lo imaginario y lo discursivo, como los tres niveles de representación de la realidad de la persona. El nivel de representación e inscripción simbólica actúa según los principios de la metonimia y la metáfora, y produce redes significativas en las que se dan encadenamientos paradigmáticos y sintagmáticos. Como en el análisis lacaniano del inconsciente, el nivel de la significación es **determinante en la dinámica inconsciente** que el del significado. Este acercamiento lingüístico al inconsciente está enraizado en la teoría del lenguaje saussureana.

El nivel de representación e inscripción de lo imaginario se sitúa entre lo simbólico y lo discursivo. Este nivel de registro apunta a las formas más primitivas de funcionamiento del aparato psíquico en el que la percepción y los procesos somáticos determinan la predominancia de la representación con base en la imagen, el sonido y la experiencia corporal. La última forma de inscripción o representación es la del lenguaje discursivo que en forma genética es más tardía que las anteriores. Es un nivel que involucra necesariamente los procesos de conceptualización.

Partiendo de estas categorías, el trabajo analítico psicodramático se interpreta como el proceso, a través de la sesión de terapia, en el que el material que proporcionan los miembros del grupo o el personaje central de la escenificación es transformado desde los niveles de representación simbólico e imaginario hasta el discursivo. Se considera que el psicodrama es particularmente apto para este proceso de transformación por el involucramiento que hace de la acción y de la palabra en la interacción grupal. Se asume el principio de que la intervención psicoterapéutica grupal toma los tres niveles de registro y representación como puntos de partida para la formulación de las interpretaciones y demás formas de intervención. Las situaciones que expone el personaje central de la representación, o las que emergen en la interacción grupal reciben de parte del o los terapeutas una

aproximación inicial desde los registros simbólicos e imaginarios y, a través de la elaboración psicodramática, se accede ulteriormente a la intervención desde el lenguaje discursivo.

A partir de estas categorías, y de la interpretación del análisis grupal psicodramático que permiten, los autores divergen en relación con los aspectos que acenúan de la reinterpretación estructuralista del psicoanálisis.

Anzieu *et al.* (1978) y Anzieu (1979) enfatizan los aspectos asociados a la formación de las fantasías grupales, su captación por parte del terapeuta y su puesta en escenificación, así como los criterios técnicos que orientarían un logro terapéutico eficaz.

Para estos autores el proceso grupal se desencadenaría a partir de las experiencias individuales según su valor de universalidad, aceptándose así el criterio freudiano de que hay experiencias universales en la especie humana en la diversidad de culturas. El grupo se llega a conformar en su dinámica según se vayan articulando las experiencias de sus integrantes. En este sentido los autores indican la existencia de una realidad psíquica propia del grupo, aunque no guarde autonomía respecto a las experiencias personales con base en las cuales se ha constituido.

Esto hace posible concebir el proceso grupal y la intervención terapéutica, ya sea centrada en la persona o en el grupo. Se coincide en que ambos niveles de intervención terapéutica y de orientación del proceso grupal son necesarios a través de la duración del análisis grupal. Este criterio se acepta bajo la consideración de que la focalización excesiva de una de las alternativas en detrimento de la otra, conduce la mayoría de las veces a formas de expresión y de satisfacción de necesidades (*acting out*) incompatibles con el aspecto terapéutico que se quiere imprimir a la interacción grupal.

Respecto a qué énfasis dar a la intervención terapéutica y a la dinámica grupal, centradas en el individuo o en el grupo, se plantea el psicodrama como una modalidad terapéutica en la que se mantiene un equilibrio entre los dos extremos. Este equilibrio se logra en dos momentos del psicodrama. Por una parte, en la fase inicial, cuando los diferentes miembros del grupo pueden participar en la selección de las escenas y argumentos, así como en un montaje. Esto permite, considerar esta perspectiva, una muy buena oportunidad para que los procesos grupales queden expresados en la representación que va a tener lugar, aunque ésta gire en torno a situaciones de integrantes particulares del grupo. Por otra parte, en la fase final de cierre del psicodrama que se ha realizado, se puede volver a recuperar la dimensión de la dinámica grupal (fantasmagoría grupal) por medio de los comentarios y reacciones que suscita la representación escénica recién finalizada.

Las fantasías inconscientes grupales son el resultado de la concurrencia e interacción de los procesos inconscientes individuales en el proceso grupal. Al igual que sucede con el individuo, estas fantasías grupales generan ansiedades y defen-

sas de diferentes tipos. De aquí que la dinámica de la terapia grupal se dé a partir de la emergencia de estas fantasías, el surgimiento de las ansiedades concomitantes y de las defensas respectivas y de la subsiguiente elaboración terapéutica de ellas. Las fantasías grupales corresponden a las que el psicoanálisis ya ha identificado en la terapia individual: fantasías orales, de seducción, de castración, de la escena primitiva o primaria, etc.

Otro tanto sucede con las ansiedades y defensas. Las ansiedades observadas y elaboradas son la confusional, la esquizo-paranoide y la depresiva. Al nivel de las defensas las más relevantes en la dinámica grupal, fuera de las observadas a nivel individual, son las de diferentes tipos de transferencias (sobre el terapeuta, sobre algunos de los miembros del grupo, sobre el grupo como una totalidad) y las identificaciones y contraidentificaciones. Como corresponde a un enfoque analítico, las fantasías, ansiedades y defensas se ubican tanto en niveles preedípicos como niveles edípicos.

Los autores citados indican que en la terapia grupal analítica donde se emplean las técnicas psicodramáticas, se pueden observar determinadas etapas en cada sesión en particular y en su secuencia. Cada sesión obedece a la secuencia de etapas de la representación que no difieren de la concepción moreniana. El grupo evoluciona a través de las sesiones según vayan surgiendo y sean elaboradas las fantasías inconscientes grupales, pero esto no sucede de acuerdo con una secuencia preestablecida. Señalan además que las fantasías grupales pueden adoptar un carácter recurrente. Cada etapa de la evolución de la terapia estaría caracterizada por la presencia de una fantasía grupal predominante.

La práctica psicodramática en la terapia analítica grupal hace que la interpretación psicoterapéutica sea particularizada por la representación en curso. Se distingue entre la interpretación que tiene lugar desde la representación y la que se realiza fuera de ella. El terapeuta generalmente se hace acompañar de dos observadores o de un coterapeuta y otro observador. Ello permite que el terapeuta principal pueda participar en la representación tomando alguno de los personajes de la escena a representar. Se considera que al asumir un papel dentro de la representación, el terapeuta está aumentando las posibilidades de que se manifieste la transferencia y, por tanto, las posibilidades de interpretarla. Además, se argumenta que al estar el terapeuta principal asumiendo un papel, llega a tener mayor precisión para intervenir terapéuticamente, no quedando la interpretación para un momento posterior a la representación escénica. El terapeuta que asume un papel puede realizar la intervención terapéutica desde el nivel de registro (simbólico, imaginario o discursivo) en que está teniendo lugar la manifestación de la persona (personaje). Se considera que la intervención terapéutica es ineficaz cuando sucede a destiempo o desde otro nivel de registro diferente de aquél en que se sitúa lo que se interpreta. No sólo la palabra sino también el lenguaje simbólico e imaginario son vehículos de intervención terapéutica que pueden

ocurrir desde la representación escénica al asumir el terapeuta principal un papel en la representación en curso.

Por otra parte, en el enfoque de Basquin, Dubuisson *et al.* (1977) y de Lemoine y Lemoine (1974), también se considera que la terapia grupal analítica de orientación psicodramática puede ser caracterizada por la transformación del material de las sesiones a través de los diferentes tipos de registro o representación (lo imaginario, lo simbólico y lo discursivo). Pero a diferencia del enfoque de Anzieu y de sus colaboradores (1978), la terapia grupal analítica se orienta de acuerdo con la teoría crítica del sujeto elaborada por Lacan (1980). Como se sabe, en esta teoría crítica es central la concepción de que el sujeto de la enunciación, de la palabra, es realmente una apariencia o ilusión, y que el aspecto constitutivo y funcional del individuo es más bien el deseo del otro tal como ha sido incorporado a partir de las primeras etapas de la vida de la persona. Centrándose en la concepción de que originalmente el sujeto nace a la identidad a través de la identificación con el deseo del otro (de sus progenitores en las primeras etapas de la vida de su hijo), este enfoque de la terapia propone que la disolución de las falsas representaciones de sí, el sujeto en cuanto soporte del deseo del otro, pase a través de una elaboración de la castración como un medio para que la persona acceda a su propio deseo y a la propia palabra. La renuncia a la elaboración de la castración se instaaura tempranamente en la vida del sujeto, a partir de la creencia alimentada paternal y maternalmente de que el hijo es el complemento de la carencia, o de la negación de ésta, de los progenitores, de la pareja. Así, en forma temprana, el sujeto entra en la dinámica del deseo parental y configura su identidad de acuerdo con la dinámica de la pareja.

Al llevar esta concepción al trabajo psicoterapéutico grupal con orientación psicodramática, el proceso grupal debe llegar necesariamente a esta superación de las falsas identificaciones iniciales y, por último, a una aceptación de la carencia como condición vital básica del ser humano. Para lograr tal propósito, no sólo se asume la transformación del material de acuerdo con la concepción de los tres registros de representación o inscripción, sino que también se interpreta el trabajo psicodramático de acuerdo con estas concepciones. El auditorio de la representación psicodramática se interpreta como aquél respecto al cual el sujeto se ha constituido genéticamente, mientras que los terapeutas por lo general trabajan en parejas para aumentar las posibilidades de que la persona recree sus relaciones originales respecto a la pareja parental de cuyo deseo ha dependido el discurrir de su existencia.

Psicodrama en la escuela psicoanalítica argentina

La escuela psicoanalítica argentina de psicodrama reúne a autores como Pavlovsky, Martínez, Moccio y Bouquet, entre los más sobresalientes, quienes han aportado a la construcción de una teoría del psicodrama, al menos los siguientes elemen-

tos: la teoría de lo dramático y de la escena; los niveles de lo real, lo discursivo y lo imaginario; la diferencia entre actuación y representación; y los diferentes tipos de dramatización.

Teoría de lo dramático y de la escena

Bouquet (1977) ha desarrollado una concepción de la terapia psicodramática que parte del perfeccionamiento del concepto freudiano de la transferencia y contra-transferencia. Bouquet sostiene que las reacciones inconscientes de la persona hacia el terapeuta y hacia los demás miembros del grupo, incluido éste como una totalidad, al igual que las reacciones que experimenta el terapeuta respecto al grupo o a las manifestaciones de sus integrantes en particular, pueden ser comprendidas desde un punto de vista escénico. Por tanto, agrega, la técnica psicodramática parte de las escenas que se van configurando en el terapeuta acerca de lo que está sucediendo en la dinámica grupal o de lo que acontece con los participantes del grupo en especial. En estas escenas, que deben entenderse como contratransferencia, se van delineando personajes, situaciones, interacciones entre ellos, disposiciones o arreglos corporales y demás elementos "coreográficos". En el continuo de elementos que van aflorando en la imaginación y la fantasía del terapeuta, éste tiene que llegar a hacer una selección de un trozo o episodio de la secuencia dramática. Las necesidades de las diferentes personas del grupo, la urgencia de espacio que tenga cada una de ellas, el desenvolvimiento previo de la terapia grupal, son elementos que convergen en la decisión del terapeuta, acerca de cuál parte del flujo dramático imagina que debe seleccionarse para la representación.

Posteriormente el terapeuta pasa a la implementación psicodramática de la escena seleccionada y para ello recurre a las técnicas que ya se han descrito en otra parte de este capítulo.

Al terminar la escenificación, el terapeuta cuestiona cómo han vivenciado los participantes del psicodrama la representación que acaban de crear. El terapeuta se encarga de fomentar en esta parte que cada miembro del grupo desarrolle lo más libremente posible su propia percepción de lo que ha acontecido.

Por último, el terapeuta orienta el proceso grupal hacia la reducción de las ansiedades y defensas que ha generado la escenificación y la puesta en común de las diferentes perspectivas. Al hacer esto, el terapeuta, busca de manera deliberada, poner de manifiesto la escena latente a la cual originalmente reaccionará a través de la fantasía y la imaginación. Aquí radica el mayor valor terapéutico para el grupo considerado como una totalidad. Al poner de manifiesto la escena latente se encuentra que las diferentes perspectivas y reacciones que se despertaron en la escenificación son realmente variantes o visiones con diferentes enfoques de una misma situación que se estuvo desarrollando en el inconsciente grupal a partir del momento en que dio inicio el psicodrama o incluso antes, como resultado de la historia de la dinámica grupal.

Niveles de lo real, lo discursivo y lo imaginario

Bouquet (1977) enfatiza que el psicodrama debe concebirse como una modalidad psicoterapéutica que se ubica entre lo real y lo imaginario. En la realidad cotidiana de las personas que integran un grupo psicoterapéutico, ellas están expuestas y participan de situaciones en las que confluyen todas las dimensiones de la representación y del acontecer posibles. Existen situaciones y eventos materiales independientes de las personas y sus deseos, hay representaciones discursivas basadas en el lenguaje conceptual y en el razonamiento lógico cotidiano acerca de esas situaciones y eventos, finalmente, se dan en esas situaciones, representaciones y formas de discursar sobre ellas que son parte de la dimensión imaginaria de esas personas.

Los miembros del grupo psicoterapéutico llevan sus experiencias acerca de lo real, esa compleja realidad cotidiana en la que se condensan las diferentes formas de representación y de discursar acerca de ellas. A través de las representaciones psicodramáticas se ponen de manifiesto los otros niveles ocultos e implícitos de la cotidianeidad de las personas. Parte del material que surge y se produce durante las sesiones psicodramáticas, corresponde al nivel discursivo. Son elaboraciones conceptuales, ideacionales, con respecto a las situaciones y representaciones psicodramáticas vividas o en las que se ha participado activamente. Los razonamientos que se desarrollan alrededor de ellas para argumentar hipótesis, conclusiones y juicios, están por lo general, al nivel de lo discursivo tal como se observa en el psicodrama.

Pero también en el psicodrama se trabaja con lo imaginario. Las escenas, las fantasías, son su forma preferente de representación. El desarrollo interior de las escenas y los argumentos de cada personaje, exteriorizado o materializado en la dinámica grupal a través de la representación, es la forma particular del movimiento, del discursar, de este nivel de la realidad.

Bouquet (1977) nos presenta así, el psicodrama en referencia directa al concepto de *epoché* de Husserl en donde la complejidad de lo real concreto se pone entre paréntesis del cotidiano devenir situacional de la persona y se rescatan preferentemente los niveles de lo discursivo y lo imaginario que han quedado ocultos, implícitos, en la experiencia cotidiana y vital acumulada. La persona retorna, después de las sesiones psicodramáticas, a la realidad, a su propia existencia total, con un trabajo de elaboración en estas dimensiones ocultas.

Diferencia entre actuación y representación

El abordaje que hace Bouquet (1977) de estos dos conceptos, tan a menudo confundidos y utilizados indiscriminadamente, es muy esclarecedor. En ocasiones, debido a un error en la conducción de la dramatización, lo que resulta no es propiamente una representación, sino una actuación. La diferencia es importante pues el valor terapéutico del psicodrama está relacionado de manera estrecha con lo que realmente aportan las representaciones y no las actuaciones. De nuevo Bouquet (1977), reto-

mando conceptos psicoanalíticos clásicos, en este caso el de *acting out*, los trabaja en su aplicación o significación psicodramática. Las diferencias que se establecen entre la representación y la actuación pueden referirse en su conjunto al hecho de que el psicodrama no es una repetición de dramas y conflictos ya vividos, sino que es una reactualización terapéutica de ellos. El fin del psicodrama no es repetir sino transformar y por ello las diferencias que se establecen a continuación entre actuación y representación pueden ser tomadas como criterios que le permiten al terapeuta determinar cuál es el valor terapéutico de la dramatización en curso.

La actuación se caracteriza por la total equiparación entre símbolo y objeto. Es decir, ambos se confunden y, por tanto, despiertan la misma respuesta emocional. El símbolo deviene en un doble objeto, no lo evoca ni sugiere, sino que es el objeto. Esta confusión produce una descarga motriz: "El proceso primario trata de producir una descarga de excitación a fin de que, con la ayuda de las descargas de excitación así acumuladas se establezca una identidad de percepción (Freud, citado por Bouquet, 1977, p. 169).

En la actuación, por la misma equiparación entre símbolo y objeto:

La identificación proyectiva tiene carácter masivo y el paciente refleja sobre la pantalla continente del ego auxiliar (rol o símbolo), el objeto interno persecutorio con su carga de afecto correspondiente (objeto primario) y descarga entonces la ansiedad en forma motriz o inmediata (Bouquet, 1977, p. 169).

Por consiguiente, teniendo en cuenta que en la actuación rigen las leyes del proceso primario, la tarea del terapeuta es ir conduciendo, mediante continuas dramatizaciones, este proceso para que vaya dando lugar a otro tipo de relación simbólica de más favorable evolución.

El siguiente esquema resume las características de la actuación:

Actuación de roles (irracional *acting-out* de Moreno):

- a) El rol simbólico es el doble del objeto primario.
- b) El ego auxiliar no evoca al objeto primario sino que "es" el objeto primario.
- c) El rol está investido con la carga primitiva de afecto del objeto primario.
- d) Ecuación simbólica: rol simbólico = objeto primario.
- e) Descarga motriz inmediata.
- f) Identidad perceptiva.
- g) Identificación proyectiva masiva.
- h) No hay dramatización (no hay "como si").
- i) Rige el proceso primario.
- j) Resistencias a la dramatización *acting-out*.
- k) No hay responsabilidad frente al ego auxiliar (rol simbólico).

Teniendo en cuenta lo que se dijo con respecto a la actuación, fácilmente se podrán corregir las diferencias en relación con la dramatización. En efecto, una de

las primeras diferencias es que el ego auxiliar en una dramatización no es el doble del objeto primario sino más bien lo evoca o sugiere.

Es así como el rol simbólico pierde la carga afectiva del objeto primario y proporciona "la identidad del pensamiento". Ello implica que no hay descarga motriz inmediata y la identificación proyectiva masiva disminuye y rige las leyes del proceso secundario. En síntesis, se pasa de la ecuación simbólica (actuación), a la representación simbólica (dramatización). Este proceso se comprueba en la práctica clínica cuando se reducen los *acting-out*.

Si bien es cierto que cuando se da la representación simbólica se obtiene el mejor beneficio terapéutico, la primera etapa (ecuación simbólica) de representaciones permite al cliente, mediante identificaciones proyectivas que realiza sobre la pantalla del rol simbólico (ego auxiliar), una mejor comprensión de las imágenes terroríficas de su mundo interno. El psicodrama le posibilita la objetivación de sus temores internos, tornándolos "representables" en el juego de sus proyecciones e introyecciones.

Es por medio de la dinámica de este interjuego y mediante la comprensión gradual de su mundo puesto en escena, que se llevan paulatinamente las representaciones a una transformación del proceso simbólico, hasta culminar en la representación simbólica. El siguiente esquema sintetiza las características de la dramatización.

Dramatización (*therapeutic acting-out* de Moreno):

- a) El rol simbólico evoca o sugiere el objeto. El ego auxiliar evoca al objeto primario, representa al objeto primario, no es el objeto primario.
- b) El rol no está investido con la carga primitiva de afecto del objeto primario.
- c) Representación simbólica.
- d) No hay descarga motriz inmediata.
- e) Identidad de pensamiento (se piensa en el objeto primario).
- f) Disminuye la identificación proyectiva masiva.
- g) El rol simbólico tiene características de objeto total.
- h) Se reviven ansiedades depresivas.
- i) Rige el proceso secundario.
- j) Hay dramatización fluida sin actuaciones agresivas.
- k) Hay responsabilidad por el rol simbólico (ego auxiliar).

Es necesario recordar que "un paciente o un grupo en su conjunto (particularmente si está mal conducido) puede en cierto momento no expresarse a nivel dramático si no actúa" (Pavlovsky *et al.*, 1979, p. 107).

Diversos tipos de dramatización

La dramatización y la verbalización se han integrado poco a poco en "la concepción dramática del grupo". De tal modo que la dramatización pasa a ser un elemento que puede introducirse en cualquier momento de una sesión de psicoterapia grupal

con técnicas verbales. Para los autores Bouquet, Moccio y Pavlovsky, el psicodrama es un instrumento que intenta resolver ansiedades grupales, retomar emergentes naturales que surgen del grupo y elaborar el "encuentro" de los miembros del grupo.

Contestando a la pregunta de cuándo se incluye la dramatización, los autores mencionados responden:

...usamos la dramatización fundamentalmente cuando las necesidades de expresión y elaboración aparecen dentro del marco o clima grupal y se imponen a nosotros, que, en nuestra calidad de terapeutas estamos sensibilizados y preparados por la experiencia para percibir tales necesidades (Pavlovsky *et al.*, 1979, pp. 13-14).

De acuerdo con la práctica psicodramática, estos autores distinguen varios tipos de dramatizaciones, los cuales responden a objetivos y fines diferentes. He aquí los principales:

Dramatización explorativa: Se utiliza generalmente al comienzo de un tratamiento, su objetivo principal es conocer y hacer evidentes los conflictos, síntomas y mecanismos de defensa del cliente, así como las fantasías de un grupo. Muchas de estas sesiones, por su índole explorativa, son sustitutas de entrevistas al cliente sobre su ambiente, problemas, relaciones.

El uso más frecuente de las dramatizaciones explorativas es individual. Por ejemplo, es utilizada en busca de un nuevo lenguaje en ciertos clientes cuando se dan defensas fuertes. Este tipo de clientes provoca sentimientos contratransferenciales de impotencia y de malestar en el equipo terapéutico y en los demás miembros del grupo. Son clientes que abandonan el grupo en pocos meses. Sin embargo, la utilización de técnicas dramáticas es eficaz para reintegrarlos.

Dramatización prolongada: Este tipo de dramatización, en la cual intervienen todos los integrantes, puede proponerse al grupo dos o tres veces al año. Su finalidad es desestructurar los estereotipos habituales.

Dichos estereotipos ocurren cuando, a pesar de las interpretaciones, tanto individuales como grupales, que se hacen a lo largo de un tratamiento de orientación analítica, se tiende a crear roles fijos entre los integrantes. Es decir, que a veces, en el interjuego de identificaciones introyectivas e identificaciones proyectivas, se relacionan determinadas estructuras grupales más o menos estables, escenas fijas o poco móviles, que muchas veces resultan difíciles de neutralizar. Este tipo de dramatización busca crear situaciones nuevas al interior del grupo utilizando una dramatización imaginativa.

Dramatización descriptiva: La dramatización descriptiva transmite significados discursivos con medios dramáticos, a diferencia de la dramatización expresiva, que con los mismos medios expresa significados dramáticos. Se podría decir que la dramatización expresiva es como una poesía inspirada por la emoción que pro-

duce un paisaje; la descriptiva es una información periodística sobre ese paisaje. Es un relato dramatizado de hechos actuales o pasados, puede definirse como una reconstrucción de acontecimientos (Pavlovsky *et al.*, 1979, p. 35).

Puede darse el hecho de que la dramatización sea explorativa-descriptiva. La explorativa la dirige el equipo terapéutico, mientras que la dramatización descriptiva la conduce el cliente o es sugerida por éste. Comienza al nacer un relato y después es llevada al plano dramático espacial donde toma las características dramáticas. Ejemplos de este tipo son las dramatizaciones de escenas familiares con elementos de la narración del cliente y en la que éste puede ir tomando los diferentes roles familiares.

La dramatización descriptiva es usada también en sesiones de control o supervisión de terapeutas que se entrenan en el psicodrama.

Dramatización expresiva: Es aquella que sirve adecuadamente para la manifestación del paciente y del grupo, es vehículo de la fantasía individual o grupal, o de ambas: el mundo interno del paciente o la fantasía grupal parecen cobrar espacialidad (Pavlovsky *et al.*, 1979, pp. 42-43).

La dramatización expresiva va acompañada de un proceso de simbolización en la construcción de escenas reales o imaginarias.

Dramatización expresiva grupal: Se logra la expresión grupal en una escena que incluye a todos los integrantes o que es realizada por una parte del grupo; es suficientemente representativa del conflicto como para que resulte un modelo adecuado de éste. Por ejemplo, en un grupo de adultos jóvenes, los sentimientos de celos hacia la pareja de coterapeutas fueron expresados por mensajes verbales indirectos. Una cliente planteó un problema de malestar en la despedida de una pareja de amigos y se propuso una dramatización en la que participó todo el grupo. Esta dramatización transportó la situación conflictiva a un nivel simbólico y al "*insight* grupal".

La dramatización expresiva es la escena manifiesta que está más cerca de la escena imaginaria. En la dramatización expresiva la escena manifiesta funciona como excelente revelación de lo imaginario.

Dramatización elaborativa: En ella, algo ya dramatizado e interpretado es presentado una nueva vez (o por primera vez en forma dramática si antes había sido tratado verbalmente) para llegar a ser asimilado o tal vez enriquecido al *insight* con detalles y nuevos aspectos del tema (Pavlovsky *et al.*, 1979, p. 46).

Por ejemplo, las ansiedades depresivas que afloran a raíz de la partida de un miembro del grupo.

Dramatización defensiva: Es aquella que funciona encubriendo la fantasía inconsciente, el sentimiento principal de un cliente o del grupo en general. Requiere imprescindiblemente de interpretación. Puede no haber resistencia a dramatizar, pero sí defensas a profundizar. Las dramatizaciones defensivas se diferencian de las elaborativas en que pueden ser repetitivas, mientras que las elaborativas no tienden a este patrón.

Las dramatizaciones a veces son resistidas. Es un fenómeno que obedece a varias razones. Un dato importante es que la experiencia del psicodramatista tiene que ver con esto, es decir, que la cantidad de rechazos a la dramatización está en razón inversa a la experiencia de quien dirige o coordina sesiones de psicodrama.

Las situaciones más frecuentes que llevan a inhibir y bloquear la dramatización son:

- a) El miedo al ridículo, a veces como un elemento real y muchas veces como encubridor de otras ansiedades.
- b) El temor al descontrol. En estos casos el cuerpo es fantaseado como reservorio de fantasías irreales y prohibidas. Las situaciones más frecuentes temidas son el miedo a no poder controlar los impulsos agresivos y eróticos.
- c) Miedo a exhibirse. El placer de ser visto transformado en su contrario.
- d) El temor a equivocarse. Observable en los grupos de aprendizaje con técnicas dramáticas, donde el juicio negativo de los compañeros de estudio puede transformar la tarea de dramatizar en una vivencia persecutoria (Pavlovsky *et al.*, 1979, p. 51).

Dramatización demostrativa: Contribuye a facilitar el *insight* de un cliente sin utilizar la interpretación discursiva. Se emplea cuando el terapeuta comprende qué está pasando con el paciente, pero no encuentra la coyuntura para favorecer el *insight* de éste.

Las dramatizaciones demostrativas son el vehículo de transmisión de un conocimiento que se ha de transformar en *insight* en el cliente o en el grupo. Por tanto, son dramatizaciones que se utilizan cuando la comunicación interpersonal parece resentirse a raíz de un conflicto que no ha podido ser elaborado por el grupo y en el que están incluidos la mayoría de los integrantes.

Escenas con finalidad vinculativa: Son empleadas como medio de unión con el cliente o con los miembros del grupo entre sí. Sirven para tender un puente sin el cual, tal vez, tendrían mucha dificultad para "entrar" en la terapia o lo harían con gran retraso, debido a que sus dificultades personales justamente inciden en forma negativa sobre sus posibilidades de integrarse a una relación con los demás.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

En las secciones anteriores se han presentado los fundamentos de la práctica terapéutica del psicodrama de Moreno y los aportes más recientes de la escuela francesa y argentina. La orientación que han tomado estas dos últimas ha consistido en prescindir de la fundamentación teórica de Moreno y adoptar únicamente el aspecto metodológico de la práctica psicodramática dentro de una interpretación psicoanalítica.

En esta sección se intentará demostrar que es posible construir un modelo de la práctica psicodramática que esté sólidamente fundamentado en algunos de los aportes más interesantes de las ciencias humanas actuales, a saber, los modelos dramáticos de la acción social, la teoría de las relaciones objetales, y la teoría sistémica de los ciclos de vida de la familia. La finalidad de esta demostración es defender la tesis de que el psicodrama, más que una práctica terapéutica con una técnica específica, puede considerarse como una perspectiva para entender la acción y el desarrollo humano con categorías dramáticas. Se espera que este fundamento, conjugado con las consideraciones epistemológicas pertinentes, permita apreciar la promesa heurística para entender el psicodrama.

Modelos dramáticos de la acción social

El modelo dramático de la acción social aparece plenamente formulado en la psicología social con el trabajo de Harre y Secord (1973) y de Harre (1972, 1977) en el que se hace una exposición de sus fundamentos filosóficos y metodológicos. Entre los antecedentes notables de este modelo se encuentran las investigaciones de A. Schutz (1974a, 1974b) en el campo de la fenomenología social, las de Goffman (1971) en el interaccionismo simbólico, y las de Cicourel (1972, 1974) en la etnometodología. Se pueden encontrar otros autores y antecedentes, pero los tres mencionados reflejan, con su diversidad y diferencias, la síntesis teórica que representa este modelo dramático.

Schutz (1974a, 1974b) desarrolla una teoría sobre la interacción social que tiene entre sus principales objetivos explicar y describir cómo los actores sociales, en las situaciones de interacción cotidiana, confieren sentido y racionalidad a sus acciones presentes y futuras. Reuniendo elementos teóricos provenientes de Weber acerca de la racionalidad y sus tipos, y de Husserl con respecto a la forma en que es construida la realidad fenoménica por el sujeto, Schutz (1974a, 1974b) presenta al actor social como un agente activamente involucrado en la creación de tipificaciones de sus acciones y las de otros que le permitan identificarse consigo mismo, con los otros y con la situación social que conjuntamente comparten y crean. Las tipificaciones como sistemas de clasificación no sólo permiten asignar identidades a los actores sociales sino que, también facilitan la delimitación de roles y papeles a partir de los cuales las acciones específicas pueden comprenderse y predecirse. La visión que nos da Schutz del actor social es la de un agente continuamente ocupado en hacer inteligible su mundo social, es decir, en conferirle sentido a través del descubrimiento de su racionalidad.

En un sentido más específico, las investigaciones de Goffman (1971) se dirigen a dar cuenta de los procesos sociales a través de los cuales las personas fabrican y asignan identidades o, lo que es lo mismo, cuerpos integrados de representaciones de sí. Los trabajos de Goffman permiten observar claramente cómo existen procesos de

negociación en la interacción social por medio de los cuales los actores compiten y cooperan para establecer el significado de sus actos y la identidad a la que obedecen. Parte del trabajo de Goffman se ha realizado en la fabricación y consecuencias cotidianas de las identidades estigmatizadas. Su enfoque tiene gran valor por el énfasis que le ha dado a la identidad como un resultado social nunca acabado plenamente, así como su distinción entre un espacio de creación interna de la identidad, de la representación y un espacio externo de escenificación de la representación. Sus investigaciones tienen relevancia para la teoría de la personalidad, la cual ha criticado duramente su concepto de rasgo de la personalidad como la unidad básica y estable de su estructura.

Por su parte, Cicourel (1972, 1974) recuperando aportes previos de la fenomenología social, el interaccionismo simbólico y la lingüística estructural chomskiana, ha centrado sus investigaciones en las reglas que modulan la interacción social entendiéndolas de una forma muy semejante a como éstas operan en el lenguaje cotidiano. Es así con Cicourel (1972, 1974) en donde aparece con una gran claridad la pretensión de estudiar la interacción social desde el punto de vista de su gramática. Entre los elementos conceptuales más relevantes de este autor se encuentran los siguientes:

- a) La explicación de que la interacción social parte de las reglas sociales. Las reglas son los principios de acción y generación cuya puesta en práctica resulta en las acciones tal como se les observa externamente. Los actores sociales de un modo preferentemente implícito se orientan y se basan en las reglas sociales que comparten.
- b) En la interacción social la creación de un sentido para la acción propia y la de otros, resulta de un proceso continuo de interpretación. Las reglas permiten crear un conjunto de expectativas y atribuciones respecto a la acción. Las reglas son orientaciones para la acción, permiten la atribución de significados a las acciones y de manera más precisa, guían el proceso cognoscitivo por el que se realiza la atribución del sentido.

Compartiendo la distinción chomskiana entre estructuras profundas y superficiales, cada una de ellas con sus propias reglas de generación y transformación, Cicourel (1972, 1974) considera que en la gramática de la interacción social existe un limitado número de reglas básicas, de las cuales identifica las siguientes:

Reciprocidad de perspectivas: Esta regla posee dos prescripciones: la primera instruye al actor social a que adopte el supuesto de que las experiencias que surgen de la interacción son comunes, compartidas, independientemente de la posición o rol que se ocupe en la interacción. La segunda le indica al actor social que descarte las diferencias personales, las particularidades surgidas de la singularidad de cada actor, con las que enfrentaría cada uno de ellos la interacción en curso. Es

decir, que esta prescripción le señala que adopte la perspectiva de una acción tipificada o idealizada.

Del "etcétera": La segunda regla es una indicación para que se haga uso del conocimiento socialmente distribuido y acumulado como un recurso en aquellas situaciones donde su sentido es ambiguo, se mantiene tácito o sólo se encuentra expresado de modo parcial. Al poner en práctica la regla, los actores sociales logran mantener un sentimiento de continuidad en sus acciones y situaciones sociales.

De la "forma normal": Esta regla, tercera y básica, posee dos prescripciones: la primera indica al actor social que ha de actuar de acuerdo con las formas generalmente compartidas, según el tipo de situación en la que se encuentra. La segunda instruye al actor para que perciba y evalúe la acción de los otros en términos de las "formas normales" de las situaciones en curso.

En el modelo de Harre y Secord (1973), los anteriores elementos de los autores mencionados, se encuentran presentes explícita o implícitamente, aunque el punto de partida de ellos será la filosofía del lenguaje cotidiano y un enfoque de la ciencia social basado en el realismo científico. Según Harre y Secord (1973) cuando se analiza el lenguaje cotidiano que emplean los actores sociales para referirse a sus acciones, se observa que en él existen elementos o medios para referirse a las cosas y personas en sí mismas y además para transformar al "sujeto que refiere" en el "sujeto que es referido" gramaticalmente. Vale decir que el lenguaje cotidiano no sólo distingue entre la cosa o persona en sí misma sino que también proporciona elementos para construir apreciaciones acerca del propio actor parlante o de sus interlocutores. De aquí se puede concluir que es por esta propiedad del lenguaje común que el actor social aparece como un comentarista crítico de sí mismo y de los otros. Este uso del lenguaje cotidiano indica la capacidad del actor social para regular el curso de su acción al reflexionar sobre ella e incluso, la autorreferencia crítica es extensible a los miembros de control que emplea para orientar y llevar a cabo sus acciones.

Aún más, estos autores (Harre y Secord, 1973) agregan que cuando se atiende al contenido de los discursos del lenguaje cotidiano o común, se observa que la orientación de la propia acción se hace sobre la base de planes y del acatamiento de reglas. Estos planes o estrategias y sus respectivas reglas confieren unidad a las acciones de los actores sociales, es en función de estos elementos, que las acciones resultan inteligibles para el propio actor social y para aquéllos con quienes interactúa. Los planes, estrategias y reglas permiten al actor social controlar, dirigir y evaluar el curso de sus acciones y desde el momento en que existe un conocimiento socialmente compartido, estos mismos elementos le permiten evaluar y predecir las acciones de aquéllos con quienes interactúa. Implícito en lo anterior se encuentra el hecho de que esta interacción es posible por la existencia de planes y reglas, además, los actores sociales al interactuar desarrollan representaciones de sí mismos, de los otros y de sus situaciones de interacción. Esto se debe entender

en el sentido de que la regulación, orientación y evaluación es posible también por la existencia de estas representaciones.

Por lo anterior, continúan diciendo Harre y Secord (1973), la interacción social es vivida por sus actores como un drama en el que es posible determinar planes, estrategias para realizarlos, reglas y representaciones de rol o papeles de sí mismos y de los otros. Y puesto que estos elementos ya existen en los actores sociales, en sus estructuras cognoscitivas y de acción, entonces pueden ser tomados como la base de la explicación científica de sus acciones. El modelo de análisis de estos autores asume la mayoría de los elementos de la dramaturgia: los conceptos de actor, personaje, argumento, escena y escenario, auditorio, dirección del drama, lugar de preparación y de representación del drama, manejo de las impresiones, etc. Se parte de que la interacción social se realiza de acuerdo a ciertos escenarios y que en cada uno de ellos se representa un drama en el que interviene un equipo de actores, cada uno de los cuales toma su lugar de acuerdo con su argumento preestablecido. Se asume también que los dramas específicos son las partes del argumento global que desarrolla cada personaje y que se preparan con anticipación. Durante la escenificación, los actores controlan la imagen de sí que van produciendo ante el auditorio a partir de la información que, en términos de retroalimentación, le proporciona el auditorio. Igualmente proponen que la representación del drama se puede llevar a cabo ante audiencias o auditorios presentes físicamente o ante auditorios imaginarios interiorizados. Los planes, estrategias y reglas son las prescripciones que permiten desarrollar el drama.

Asimismo, Harre y Secord (1973) proponen que el término de "escena de la dramaturgia" sea sustituido por el de "episodio". Desde el punto de vista del actor social, el episodio es un conjunto de acciones que adquiere una unidad en cuanto forma parte de la realización de un proyecto o plan. Todo episodio posee una estructura manifiesta dada por sus planes y reglas y otra estructura encubierta que atañe al flujo de emociones y sentimientos.

Por tanto, los episodios se pueden clasificar en tres tipos:

Los episodios formales, en los que existe una mención explícita a sus reglas; los episodios causales, en los que la acción resulta inteligible sólo a partir de la referencia a "mecanismos generativo-causales"; y los episodios enigmáticos, que se encuentran en una posición intermedia.

Los episodios causales son referidos a un modelo mecanicista del hombre, en el cual, el ser humano es visto como reactivo a fuerzas internas y externas según leyes o patrones de tipo general. Los episodios formales, por el contrario, se basan en un esquema proveniente de un modelo antropomórfico, es decir, se considera que los patrones de acción observables, siguen un conjunto explícito de reglas que se aplican a un tipo particular de situación, por ejemplo, una ceremonia matrimonial. En una situación de este tipo, hay reglas específicas que indican la acción que debe realizar cada persona participante, según cual sea su rol. Además, es fácil des-

cubrir la "etogenia" de un episodio de este tipo a través de las explicaciones directas que pueden brindar los participantes sobre sus actuaciones, las cuales se referirán a las reglas explícitas que han seguido. Harre y Secord (1973) pretenden fundamentar una psicología social científica, dentro de la orientación de la teoría realista de la ciencia, sobre la base de este análisis de los procesos de autorregulación consciente de la acción, según reglas generativas dentro de los episodios formales, lo cual se considera equivalente a los mecanismos causales generativos que se dan en todos los episodios causales, incluyendo aquellos estudiados en las ciencias naturales.

Sin embargo, la mayoría de los episodios de la vida social son de carácter enigmático. Es decir, no pueden ser clasificados de manera precisa por medio de modelos formales ni causales. Harre y Secord (1973) consideran que la psicología social positivista tradicional ha tratado de asimilar los episodios enigmáticos a modelos causales. Ellos proponen, como alternativa metodológica, asimilar los episodios enigmáticos a los episodios formales; esto es, tratar las secuencias de acción como si hubieran sido generadas por el acatamiento de reglas o convenciones, aún cuando las reglas no sean explícitas ni los agentes estén conscientes de ellas. Metodológicamente, se propone utilizar la estructura de los episodios formales como una fuente de modelos para darle sentido a la estructura de los episodios enigmáticos. Estos modelos de roles y reglas pueden ser clasificados en varias dimensiones, siendo las más importantes: las "liturgias" (en donde se define el guión para una ceremonia), "juegos" (la acción se dirige hacia metas valoradas por los actores y es regulada por ciertas reglas), "rutinas" (se siguen reglas de acción, pero el resultado final es causalmente determinado) y "entretenimientos" (la secuencia de acción no es dirigida por un resultado específico).

Para poder utilizar un episodio formal como marco interpretativo de un episodio enigmático, el observador debe adoptar lo que Harre y Secord denominan el punto de vista dramático. Esto consiste en imaginarse el episodio enigmático como si fuera una representación teatral e intentar comprender el sistema de razones que utilizan para guiar sus acciones hacia las personas que están interactuando. Más aún, este punto de vista puede ser adoptado no sólo por un observador externo a la acción, sino también por el agente social mismo al intentar estar plenamente consciente de las razones de su comportamiento. En este último contexto, se considera que los comentarios que puedan brindar los agentes sociales son fuentes valiosas para entender la estructura del episodio.

Las implicaciones epistemológicas de esta posición son importantes. A diferencia de las ciencias naturales, en las cuales existen convenciones para definir el uso de los conceptos teóricos, en la psicología social -dicen Harre y Secord- cuando el psicólogo está realizando una interpretación de un episodio social, está ejerciendo la misma capacidad de autorregulación consciente que tiene como potencialidad el actor social. Las narraciones y descripciones que brindan el científico y el

actor, constituyen interpretaciones rivales de los mismos episodios; ninguno tiene superioridad epistemológica sobre el otro. Este tipo de situación no tiene comparación en las ciencias naturales. Por tanto, la verificación de la aplicabilidad y validez de los distintos modelos de interpretación debe tener lugar dentro de un contexto de acción comunicativa entre el científico y el actor. Esto rige del mismo modo cuando se da el caso de que el psicólogo es un participante más en la interacción o como cuando trata de situarse fuera de ella. La resolución respecto a cuál interpretación es la más indicada, se logra por un proceso de negociación. El criterio último será el grado que se pueda alcanzar entre los negociadores con respecto a cuál es la realidad de lo que ha acontecido en el episodio. Ninguna negociación producirá, sin embargo, resultados inequívocos. Sobre todo puesto que el acto mismo de negociación de perspectivas es parte intrínseca del acontecer social.

Posterior al trabajo de Harre y Secord (1973), el principal aporte a la consolidación de un modelo dramático de la acción social ha provenido de la psicología social cognoscitiva. En este campo de investigación, Abelson (1985) ha investigado lo que denomina los argumentos o episodios cognoscitivos, los cuales son estructuras cognoscitivas hipotéticas en las que se estipulan secuencias complejas de acción coordinada y en las que participan una o más personas en una situación social estructurada. El episodio cognoscitivo, en la medida en que involucra estas secuencias, permite un conjunto definido de expectativas sobre el desenvolvimiento de la interacción social. Abelson agrega, que la vida cotidiana está plagada de inferencias simples que las personas hacen al ligar eventos discretos unos con otros, como por ejemplo, inferir que los conductores detendrán sus vehículos al encenderse la luz de paso para los peatones. A diferencia de estas inferencias simples y secuencias de interacción breves, los episodios cognoscitivos son estructuras mucho más complejas. El episodio involucra necesariamente la concatenación de secuencias de acciones que se prolongan en el tiempo en situaciones sociales, por ejemplo: las visitas al médico, colocar gasolina en la estación de servicio, solicitar trabajo, asistir a un restaurante, escuchar el primer concierto de temporada, etc.

Por ello, al ser secuencias complejas de eventos concatenados, el actor social puede inferir las acciones que se van a emprender o las que se han emprendido a partir del conocimiento de unos pocos eventos de la secuencia que se le den a conocer. Así, el episodio puede ser comprendido como una secuencia de escenas con elementos interrelacionados en cada una de ellas. Abelson (1985) ha insistido en que los episodios cognoscitivos son tanto estructuras de esta índole como dispositivos para la acción, y que previo a la ocurrencia del evento activador de un episodio en particular, el actor social está en una activa posición de escudriñamiento, no sólo respecto a este evento activador, sino también respecto a la selección del episodio apropiado a la situación social o identificación del que está teniendo curso en esa situación.

Triandis (1978a, 1978b) ha propuesto, por su parte, que los episodios cognoscitivos constituyen un sistema complejo del que disponen los integrantes de toda cultura o subcultura para hacer posible y llevar a cabo sus actividades cotidianas conjuntas. Estos episodios si bien son idiosincrásicos de cada cultura, parecen poseer rasgos estructurales comunes o universales. Los episodios parecen organizarse en dimensiones polares, las cuales se han podido determinar transculturalmente. Entre estas dimensiones están: asociación *versus* disociación (las personas tienden a separarse o a integrarse socialmente), dominación jerárquica *versus* subordinación (las personas tienden a estar en posiciones de subordinación o de dirección y dominio), intimidación *versus* formalidad (las personas tienden a la cercanía física y afectiva no pautada o a la interacción ritualizada y no afectiva), apertura y explicitud *versus* ocultamiento (las personas tienden a mostrarse a sí mismas abiertamente o a encubrirse). Habría otras dimensiones de estructuración que serían más particulares de cada cultura; lo cierto es que los episodios cognoscitivos pueden caracterizarse y clasificarse por la forma en que predominen en ellos los polos de las dimensiones antes citadas.

Finalmente, cabe reiterar que el modelo dramatúrgico de la acción social posee algunas implicaciones metodológicas y epistemológicas. Así, uno de los primeros aportes metodológicos de Schutz (1974a, 1974b) estriba en la relación que establece entre los procesos de "racionalización" de los actores sociales en la vida cotidiana y la actividad científica propiamente dicha. Schutz (1974a, 1974b) siguiendo a Husserl, establece que la actividad científica supone una puesta entre paréntesis de la realidad del investigador. En ella queda incluida su subjetividad, su sistema de orientación social, sus ansiedades fundamentales y el sistema de prioridades pragmáticas que lo acompañan. Al hacer esto, se torna posible colocar en el centro de la atención inquisitiva la situación social en estudio. Pero realmente, lo que se coloca en sustitución de lo que ha sido puesto entre paréntesis, no son los actores sociales ni la situación social como tal, sino las representaciones típicas "maniqués sociales". Estas representaciones típicas son construidas sin atender a la totalidad de lo que podría, o de hecho son los actores sociales, sino que lo son en función del problema u objetivo de investigación entre manos. Schutz agrega que estos tipos construidos deben satisfacer algunos requisitos como son el de "la interpretación subjetiva", el de "la educación" y el de la "racionalidad". El primero, prescribe que el tipo ideal construido debe contener una referencia a los procesos cognoscitivos del actor social, de modo que sea comprensible la relación que existe entre los contenidos psíquicos del "maniquí social" y las acciones de los actores sociales involucrados. El segundo indica que la construcción del científico debe adecuarse a lo que sucede en la vida cotidiana de los actores sociales reales, de modo que si éstos llevaran a cabo aquello que se les atribuye, en el tipo ideal, y si pensarán como "piensa" éste, entonces el resultado sería compatible o semejante a lo que ellos como actores sociales hacen realmente en la vida coti-

diana. El principio de consistencia lógica simplemente indica que la construcción del científico no debe ser autocontradictoria.

Harre y Secord (1973) indican que al proceder de acuerdo con el modelo dramático de la acción social, existen tres etapas claramente definidas en la investigación social. Primero, se debe proceder a una recolección sistemática de las explicaciones que los actores sociales dan de sí mismos, de las acciones de sus compañeros de situación, y de la situación en su globalidad. Esta recolección debe realizarse independientemente del momento en que tenga lugar la investigación: antes, durante o después de los episodios sociales. Segundo, el investigador procede a establecer los episodios que están contenidos en las secuencias de acción relatadas y explicadas por él o los actores sociales, delimitación para la cual recurre a la estructura interna y postulada de los episodios. Finalmente, el investigador procede a develar la estructura profunda o generativa que hace posible los episodios y que está dada por el conjunto de elementos dramáticos que confluyen en la creación de los dramas y el argumento en su globalidad.

Por su parte, Halfpenny (1979) y Collins (1979), han indicado que la objetividad de la investigación social se relaciona estrechamente con la "competencia lingüística". Dar cuenta de una realidad social implica que el científico social sea competente lingüísticamente respecto al mundo de significados de la realidad total que estudia. Esto se traduce en el principio de que el científico social debe poseer un dominio práctico de "los juegos de lenguaje" que caracterizan a los actores sociales de la situación bajo estudio. Estos criterios en nada contradicen los puntos de vista de Harre y Secord (1973), ni son incompatibles con los expresados por Schutz (1974a, 1974b).

A partir de este momento, es posible entonces plantear la pregunta referente al principio de esta sección: ¿Qué relaciones y qué complementariedad es posible establecer entre el modelo dramático de la acción social y el psicodrama?

El primer punto de contacto se establece a partir del concepto de auditorio que determinan Harre y Secord (1973) y en el que se estipula, como anteriormente se veía, que la representación que hace el actor social de su papel discurre, ya sea ante un auditorio presente o imaginario. Esto coloca al psicodrama como un tipo especializado de análisis dramático en el que la escenificación del drama se realiza frente a un auditorio ficticio. El término ficticio no corresponde a ninguno de los dos tipos de auditorios definidos por estos autores. En el psicodrama, el auditorio es real en el sentido de que corresponde a personas físicamente presentes con sus características idiosincrásicas que también despliegan sus papeles en el drama, pero este auditorio real está estructurado, no sobre la base de las cualidades que poseen efectivamente sus personas integrantes, sino en relación con un drama imaginario, inferido a partir de las verbalizaciones de la persona que actúa como protagonista principal de la representación.

Este punto, que será expuesto más ampliamente en la siguiente sección, recupera el enfoque de la socialización del ser humano según el cual, en el curso del

desarrollo de la persona, simboliza las relaciones sociales y personas que son más significativas y que contribuyen a la conformación de su identidad. Las relaciones sociales que en un momento determinado existían como hechos objetivos externos a la persona, pasan a ser parte de su mundo interno, al ser simbolizadas y al establecerse la identidad de la persona en relación con la percepción que ella ha estructurado de estos otros significativos y sus relaciones.

Partiendo de esto, el psicodrama opera igualmente con un modelo dramático en el que la representación se realiza frente a un auditorio que permite objetivar un conjunto de relaciones sociales, papeles y argumentos, que han sido simbolizados e interiorizados a raíz del proceso de la formación de la identidad personal.

Un segundo punto de contacto entre el modelo dramático y el psicodrama, se establece respecto a las implicaciones metodológicas y epistemológicas antes citadas. Esto sucede porque, al igual que en el modelo dramático de la acción social, el psicodrama parte de las descripciones y explicaciones que los protagonistas dan de sí mismos en las sesiones psicodramáticas. Y al igual que sucede en el modelo dramático, el director del psicodrama se da a la tarea (a partir de ese momento) de delimitar las escenas y episodios que se encuentran presentes en la narración del actor o protagonista. Asimismo, al ejecutar la representación, al ponerla en escena, darle a cada actor su papel y poner en movimiento la acción dramática, el director debe satisfacer el criterio de adecuación y el de la interpretación subjetiva sugeridos por Schutz (1974a, 1974b). Y de modo semejante al enfoque de Harre (1971), el psicodrama desemboca en la puesta en evidencia de la estructura profunda o generativa que se encuentra presente en los dramas sociales reconstruidos y escenificados.

Con todo esto, no quiere decirse que el psicodrama como teoría y como técnica psicoterapéutica pueda ser reducido a un modelo dramático como el descrito previamente. El psicodrama entendido como teoría y como técnica, contribuye definitivamente a la ampliación y perfeccionamiento de este modelo al menos en los siguientes aspectos:

- a) La teoría psicodramática al basarse en una teoría de la socialización, permite determinar el origen de los dramas interiorizados que las personas en la vida cotidiana objetivan y concretan, en sus relaciones. Éstos se dan a partir de situaciones que, empleando el lenguaje de Abelson (1985), actúan como mecanismos activadores o liberadores de estos dramas primitivos anclados en la formación de la identidad personal. A partir de esta teoría de la socialización, el psicodrama permite la identificación de los dramas típicos que surgen de los eventos y etapas del proceso de la socialización, sea que estos eventos y etapas se contemplen como idiosincrásicos, propios de personas particulares, o como típicos de un grupo social o cultural.

- b) La teoría de la socialización también permite explicar con mayor precisión las cuestiones referentes a cómo se pone en movimiento el drama, qué le da su dinamismo, cómo se llega a resolver o culmina y en qué radica la tensión dramática. Ya en el modelo dramatúrgico antes expuesto, se indicó que, desde el punto de vista transcultural, los episodios cognoscitivos poseen una estructura dimensional polarizada (Triandis, 1978a, 1978b). Recuperando esto, el psicodrama plantea, a partir de la teoría de la socialización, que el movimiento y resolución del drama depende de la tensión que se establece entre dimensiones polares que no necesariamente coinciden, aunque sí se complementan, como las sugeridas por Triandis. La principal dimensión polarizada, que identifica el psicodrama en los dramas interiorizados, es la tendencia a la diferenciación *versus* la tendencia a la fusión y pérdida de identidad y autonomía.
- c) Otro aporte significativo del psicodrama al modelo dramatúrgico de la acción social es que hace evidente una de las formas, no la única, en la que se pueden alcanzar las estructuras profundas generativas de la acción social. La acción psicodramática se acompaña y está altamente orientada por una concepción de lo que es la transformación lingüística. Esto quiere decir que el psicodrama parte de que el material que proporciona inicialmente el protagonista central de la representación, siendo un lenguaje discursivo, involucra un drama primitivo interiorizado que subsiste a nivel de la representación simbólica o figurativa. La acción psicodramática entiende el poner de manifiesto la estructura profunda generativa de la acción social, como la transformación a través de la palabra y la actuación de esta representación en una conceptualización del drama primitivo interiorizado. En su teoría de la socialización, el psicodrama parte de que los eventos y las relaciones sociales significativas en las que se conformó la identidad de la persona y que originalmente sólo han permitido un acceso parcial a la palabra como medio de designación y de elaboración de esas relaciones y eventos. De aquí que la dramatización tienda a la restauración del lenguaje discursivo conceptual en los niveles en los que antes fue excluido. Además, el psicodrama parte de que la puesta en manifiesto de esta estructura profunda generativa es posible sólo a través de una recreación por medio de la representación o puesta en escena dado que, a diferencia de los episodios y escenas que cita Abelson (1985), el drama primitivo interiorizado no es accesible de modo directo e inmediato al actor social.
- d) Finalmente, el psicodrama aporta al modelo dramatúrgico el ampliar los elementos dramáticos susceptibles de incorporarse en la representación. Al igual que el modelo dramatúrgico antes descrito, el psicodrama parte de conceptos como drama, personaje, escena, argumento, dirección dramática, lugar de creación y de representación del drama, pero para ello

agrega técnicas como el "doble", "la inversión de roles", el "ego auxiliar", etc., como se podrá observar en la sección siguiente, estas técnicas también dependen de una teoría acerca de la socialización.

FUNDAMENTOS EXISTENCIALES Y PSICOLÓGICOS DEL PSICODRAMA

En esta sección se intentará demostrar que la teoría y la práctica del psicodrama pueden fundamentarse en un conjunto de supuestos ontológicos y psicológicos que le brindan un profundo arraigo en una concepción coherente de la naturaleza humana.

A nivel ontológico y científico está emergiendo un paradigma, denominado el paradigma del universo autoorganizativo (Jantsch, 1980). Supone que todo lo existente en el universo ha surgido por un proceso de evolución creativa en el cual la matriz fundamental de todo lo existente, la materia-energía en proceso de continua transformación organizativa, desemboca en el ser humano en la manifestación más elevada de materia-energía organizada. Esta organización es en términos de la capacidad de autorreferencialidad que alcanza la vida en la capacidad de autoconsciencia que despliega el ser humano. Es decir, sólo el ser humano es capaz de saber que sabe y referirse a sí mismo como una entidad consciente del mundo y autoconsciente de sí mismo. Más aún, este paradigma supone que todas las estructuras de lo real están en continuo proceso de transformación, ya sea en la decadencia entrópica o en la capacidad autotransformadora negentrópica que tienen los sistemas vivientes. Este proceso asume rasgos sobresalientes que configuran una especie de salto cuántico en el ser humano. Éste es capaz de saber que el proceso evolutivo no ha concluido, en efecto, que la creación del cosmos está todavía en proceso, y que el ser humano es un cocreador de su propio destino y del destino de los demás sistemas abiertos del universo. Lo dramático se daría en el *pathos* mismo de la existencia, sobre todo por el hecho de que somos criaturas vivientes hechos de la misma materia-energía que constituye el resto de lo existente. La diferencia básica es que tenemos inteligencia, lo cual permite guiar nuestro proceso comunicacional por medios lingüísticos formales que configuran niveles de orden y adaptabilidad cada vez más complejos. Esto nos pone ante el continuo dilema ético. Puesto que cada nuevo nivel de evolución que se alcanza en la capacidad que tiene el ser humano de controlar su medio lo pone ante la consciencia de que sus actos pueden destruir, preservar o crear.

En forma compatible con el paradigma autoorganizativo ha estado ganando interés la Escuela Realista de Filosofía de la Ciencia (Harre y Secord, 1973). En esta concepción sobre el conocimiento se considera que todo objeto de conocimiento existente es un sistema cerrado o abierto; la existencia interna de los sis-

temas cerrados, es inferida a partir de su comportamiento. El sujeto conocedor interactúa íntimamente con los objetos de conocimiento que constituyen sistemas abiertos. Más aún, se considera que la casualidad de las estructuras de lo real se entiende mejor como la realización de una potencialidad de actuación. No es una casualidad extrínseca a los objetos, sino más bien de carácter immanente. En lugar de la fórmula explicativa, "X ocurre porque se dio Y, y cada vez que se da Y también debe ocurrir X", se explica la acción en términos de "la entidad A tiene la capacidad de actuar en forma de X cuando se presentan las condiciones a, b,... z". La implicación de esta concepción para el ser humano es que en la medida en que la fuente de la causalidad de nuestras propias acciones está dentro de cada uno, somos irremediablemente responsables por las consecuencias de ellas, es decir, somos seres morales.

Por el hecho de que somos seres biológicos, y que este nivel es la base de las formas simbólicas de expresión de nuestra vida psíquica, estamos conscientes de que la vida es por su naturaleza, una lucha por la supervivencia, es decir, estamos en continua transformación.

La consciencia de la naturaleza de nuestra existencia es una reflexión autorreferente sobre los procesos reales de nuestro sustrato biológico.

Recientemente se ha dado una derivación interesante de esta concepción en la psicología, proveniente de la escuela sistémica de terapia familiar. A partir de su consideración, podremos aproximarnos a la enunciación de los supuestos que subyacen a la concepción de la vida misma como de naturaleza dramática, y esto constituirá una fundamentación para el psicodrama. En las secciones siguientes se intentará mostrar cómo se puede fundamentar en los nuevos paradigmas científicos una justificación ontológica y psicológica para el psicodrama de profunda coherencia y contenido humanístico.

Existencialidad de los dramas del ser humano

El hombre vive a través de su cuerpo, pero más aún, él es su corporalidad. Existe para otros y para sí mismo, siendo su cuerpo el principal punto de referencia y de orientación espacial. Esta dimensión, junto con la temporal, viene a constituir los dos aspectos fundamentales de la experiencia del existir. Es así como, por medio de las diversas formas de la existencia del ser humano, se van a manifestar ambas dimensiones.

Para que el ser humano experimente su vida como un devenir, es necesaria la presencia de un acto de objetivación, siendo éste la base de la comunicación, entendida como la expresión de sus diferentes medios de la experiencia (grupal o individual). Por medio de su cuerpo, la palabra o la creación, el ser humano se manifiesta no sólo ante sí mismo, sino ante los otros y ante su entorno. Lo que expresa o comunica posee un sentido, un significado y ello no es más que su sí mismo, es decir, lo que ha llegado a ser.

Se puede decir también que existe un común denominador presente en todas las formas que adopta la existencia humana. Éste constituye un elemento de uniformidad en tanto que éstas son representaciones de un sentido y de un significado. A la par de este elemento unificador se identifican otros, que los denominamos elementos de articulación de cualquier forma de existencia, los cuales se dividen en dos grandes grupos: los rasgos inherentes a cualquier forma de vida humana y las tensiones básicas.

Los rasgos se definen como un conjunto de elementos alrededor de los cuales se organizan las formas de existencia de los seres humanos. Si se parte de la idea de que el ser humano aprende a conocer su contexto social en el que se desarrolla, se puede destacar, como rasgo universal, el hecho de que el ser humano aprende a adaptarse y, por consiguiente, a conocerse (el conocimiento es un medio de adaptación). El ser humano conoce como una condición de su existencia, crea conocimientos y desarrolla comportamientos aprendidos, y ello queda concretado en los diversos modos de vida.

El individuo está continuamente expuesto a la decisión, a cierto grado de libertad, esté o no restringido por las circunstancias o coacciones de los otros y el entorno. Las opciones que toma tienen que vincularse de manera directa con los aspectos centrales de la existencia (los rasgos, necesidades fundamentales y tensiones básicas). Así, decide entre la vida o la muerte, entre las diversas formas de relacionarse consigo mismo y con el mundo; decide respecto a la propia sexualidad, la procreación y sobre su propio cuerpo como medio de vínculo, de expresión y de inserción en el mundo; decide entre pervivir en el pasado y conformar un proyecto de vida de acuerdo con esa perspectiva; decide entre ser un creador activo del sentido y significación de la existencia o, por el contrario, ser un receptor pasivo de un mundo que acepta según sea interpretado, vivido y manipulado por otros. Entre las diversas formas que encuentra para llevar a cabo sus opciones, escoge aquéllas que más se adecuan a su naturaleza y características totales.

La libertad es, en resumen, uno de los rasgos más importantes de la existencia y, a partir de ella, la vida posee un carácter ético o moral. Al tener el ser humano la libertad de tomar sus decisiones, es a la vez responsable de éstas. No existiría la responsabilidad si no se diera la elección entre varias posibilidades o alternativas junto con la evaluación.

El ser humano, por otra parte, se vivencia como un ser incompleto, siendo una de sus necesidades básicas el resolver dicha carencia o insuficiencia de ser. Esta necesidad se resuelve en términos de finito-infinito. Él cree que es un ser finito y que sus esfuerzos no lo llevarán a la infinitud. Uno necesita saberse alguien con continuidad espacial, temporal, cognoscitiva y afectiva. Esta necesidad, junto con su incompletitud, se hayan estrechamente ligadas puesto que una misma angustia las moviliza. Las civilizaciones y culturas han encontrado cada una sus formas de resolver esta dicotomía. Los grandes mitos y religiones procuran brindar posibles soluciones a la necesidad humana fundamental para encontrar la trascendencia.

No sólo necesita conocer para sobrevivir, sino también encontrar los medios que lo acerquen a la infinitud y a la continuidad. Si se parte de los tres grandes hechos universales: el nacimiento, la procreación y la muerte, el ser humano inevitablemente se enfrenta a la primera polaridad básica de la existencia: vida-muerte. La vida viene a abarcar el nacimiento y la reproducción, en tanto la muerte viene a ser su opuesto. Además, el mismo proceso del parto es la lucha intensa de la vida por superar a la muerte. Dicha tensión no sólo incluye los hechos biológicos como tales, sino también la totalidad de las vivencias. El individuo y el grupo organizarán su existencia alrededor de uno u otro polo o de una combinación de ambos. La manera como el ser humano y el grupo resuelvan dicha polaridad, determinará cómo resolverán las otras polaridades igualmente importantes.

En la dimensión temporal esta tensión encuentra su paralelo con la polaridad pasado-presente con propensión al futuro. Las personas a veces eligen entre vivir el presente orientadas hacia un pasado, experimentando vivencias, conflictos y relaciones que se reactualizan; o asumen la totalidad de la temporalidad, lo cual implica recuperarse del pasado, para poder actualizarse en función de la necesidad de trascender y de adaptarse a las modificaciones del contexto en que se vive.

Finalmente, como otra tensión existencial fundamental está la polaridad causalidad-casualidad. La primera expresa el poder mantener control sobre la propia existencia o la de los otros; la segunda implica la renuncia a cualquier forma de control, aceptando que las cosas suceden sin que medie ningún acto intencional.

Fundamentación de lo psicodramático en la teoría de los ciclos de vida del individuo y de la familia

Ya desde 1976 se escuchaban afirmaciones como la de Bernice Neugarten de que la mayoría de las tensiones de la vida son causadas por eventos que alteran la secuencia y el ritmo del ciclo de vida (Neugarten, 1976). En la terapia familiar, desde 1950 los fundadores de esta disciplina; Bowen, Jackson, Satir, etc., experimentaban con el tratamiento psiquiátrico de la familia como una unidad. Pero hasta 1970 se hizo referencia al ciclo de vida familiar como un marco útil para la terapia familiar. Más recientemente, se ha destacado el valor diagnóstico que tienen que enfocar también los tratamientos individuales dentro de un marco basado en la etapa y las tareas del desarrollo que enfrenta el individuo. Hoy en día muchos terapeutas de familia, grupo, pareja y del individuo, se mueven en las líneas señaladas por Haley-Erickson (Haley, 1971), en el sentido de ver los problemas como desviaciones del ciclo de vida familiar y considerar a la terapia como la manera de ayudar a recanalizar a la familia. Watzlawick y colaboradores (1976), distinguen entre los cambios de primer orden (dificultades dentro de una etapa del ciclo de vida) y cambios de segundo orden (transiciones en el ciclo de vida que son discontinuas) que requieren un salto cuántico que cambie al sistema en sí mismo.

Carter y Goldrick (1980) presentaron un modelo basado en Bowen que plantea la necesidad de considerar la dinámica familiar en tres dimensiones fundamentales.

En primer lugar, en su contexto social actual (familia nuclear, familia extensa y sistema social). En segundo lugar, se deben considerar los estresores propios de su ciclo de vida, los cuales son de dos fuentes: estresores normativos o del desarrollo, que son transiciones esperables en el ciclo de vida; y estresores externos (como guerra, muerte inesperada, enfermedad crónica, dificultades financieras, etc.). En tercer lugar, es necesario considerar los estresores verticales (patrones, mitos, secretos, temas familiares, etc.). En vista de que este tipo de modelos permite caracterizar la vida como un proceso continuamente dramático, es útil considerar algunas de las implicaciones de estos supuestos y examinar un modelo en detalle.

Una de las implicaciones más importantes es que se da mayor ansiedad en el individuo y en la familia cuando el estrés horizontal (diacrónico), intersecta con el estrés vertical (transgeneracional). Y al ser un sistema que se mueve a lo largo del tiempo, la familia tiene propiedades distintas a todos los demás sistemas; las familias incorporan nuevos miembros sólo por nacimiento, adopción o matrimonio; y los miembros se pueden ir sólo por la muerte, si es que se van. Ningún otro sistema está expuesto a tales cambios. Los pasajes en el ciclo de vida familiar se refieren a los cambios en membresía que se dan a lo largo del tiempo, así como a los estatus cambiantes de los miembros de la familia en su relación dentro de sí. Las familias disfuncionales comúnmente confunden los cambios en estatus con las salidas y los cambios de funciones. Estos cambios se están dando continuamente, debido a las propiedades biológicas de los individuos que componen el sistema familiar. Estas se encuentran determinadas por un ciclo de reproducción de nuevos individuos y la disolución de los viejos. Esta es la base de lo dramático en la existencia humana.

Carter y Goldrick presentan un modelo útil para entender de manera más específica la naturaleza de las etapas del ciclo de vida familiar, los principios claves del proceso emocional de cada transición, y los cambios de segundo orden que son requeridos dentro de la funcionalidad y los estatus de la familia para que pueda continuar el desarrollo. El ciclo de vida de la familia viene determinado, como ya se dijo, por la entrada y salida de los miembros de la familia. El ciclo se inicia con el joven adulto no ligado. Siguiendo la evolución de este individuo se va configurando también la naturaleza del ciclo de vida de la familia como un todo (véase cuadro 4-1).

Por su parte, Terkelson (1980) plantea una serie de consideraciones derivadas de un modelo como el anterior, las cuales permiten situar lo terapéutico dentro de un contexto teórico. La primera consideración se refiere al propósito de la familia. Considera que el propósito de la familia es proveer un contexto que apoye el logro de las necesidades individuales. La segunda consideración es respecto a la estructura. La estructura de una familia en un momento dado de su historia corresponde a las necesidades combinadas e interactuantes de sus miem-

Cuadro 4-1. Etapas del ciclo de vida familiar

Etapas del ciclo de vida familiar	Proceso emocional de la transición: principios claves	Cambios de segundo orden en el estatus familiar que son requeridos para continuar el desarrollo
1. El joven adulto no ligado: entre familias	Aceptación de la separación paterno-filial	a) Diferenciación del ego en relación con la familia de origen b) Desarrollo de relaciones íntimas entre pares c) Afirmación del ego en el trabajo
2. La unión de familias por medio del matrimonio: la pareja recién casada	Compromiso hacia el nuevo sistema	a) Formación del sistema marital. b) Realineamiento de las relaciones con las familias externas y las amistades, para incluir al cónyuge
3. La familia con hijos pequeños	Aceptación de nuevos miembros en el sistema	a) El ajuste del sistema matrimonial para hacerle campo a los hijos b) La toma de papeles parentales c) El realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir los papeles de padres y abuelos
4. La familia con adolescentes	Mayor flexibilidad de las fronteras familiares para incluir la independencia de los hijos	a) Cambios en las relaciones paterno-filiales para ayudarle al adolescente a moverse dentro y fuera del sistema b) Interés en temas relacionados con el matrimonio y la profesión propios de la etapa media c) Comienzo del cambio hacia preocupaciones de la generación más vieja
5. El desprendimiento de los hijos y la búsqueda de continuidad en la pareja	Aceptación de una multitud de entradas y salidas al sistema familiar	a) Renegociación del sistema marital en cuanto diada b) Desarrollo de relaciones adulto-adulto entre los hijos maduros y sus padres c) Realineamiento de las relaciones para incluir parientes políticos y nietos d) Enfrentar las incapacidades y la muerte de los padres (abuelos)

Cuadro 4-1. Etapas del ciclo de vida familiar (continuación)

Etapas del ciclo de vida familiar	Proceso emocional de la transición: principios claves	Cambios de segundo orden en el estatus familiar que son requeridos para continuar el desarrollo
6. La familia en la vida tardía	Aceptación del cambio en los papeles generacionales	a) Mantener el funcionamiento e intereses propios o de la pareja ante el hecho del deterioro fisiológico y la exploración de nuevas opciones familiares y sociales b) Apoyo a la generación en la etapa media para que asuma un papel más central c) Hacerle un campo dentro del sistema a la sabiduría y a la experiencia de los viejos; encontrar la manera de apoyarlos sin sobrefuncionar hacia ellos d) Enfrentar la pérdida de un cónyuge, hermano y compañeros, como una manera de preparar su propia muerte. Revisión e integración de la existencia

Tomado de Carter y Goldrick, 1980, p. 17.

bros en ese momento. En tercer lugar, se refiere a la suficiencia. Dice que una familia es suficiente o adecuada en la medida en que empatan los elementos específicos de su estructura con las necesidades específicas de cada uno de sus miembros. La cuarta consideración se refiere al cambio. La aparición de una necesidad primaria nueva en un miembro, pone en movimiento una secuencia de logro de necesidades nuevas, lo cual eventualmente desemboca en una estructura distinta. La quinta consideración es con respecto al ciclo de vida familiar. Los desarrollos de segundo orden desencadenan transformaciones periódicas extensivas respecto al significado y la estructura que, tomado en conjunto con los periodos de estabilidad intermedios, constituyen la superestructura del ciclo de vida familiar. La sexta consideración son los síntomas. Los síntomas aparecen en un miembro de la familia cuando un desarrollo de segundo orden no es llenado por medio de una transformación apropiada y suficiente de una estructura dada. La séptima y última se refiere a la terapia. La meta de la intervención terapéutica con una familia disfuncional, es restaurar su capacidad para apoyar adecuadamente el logro de necesidades de sus miembros.

Este tipo de modelo ha recibido aplicación más directa en la terapia familiar. En la práctica se ha encontrado que es igualmente útil usarlo cuando se esté trabajando con clientes individualmente o en terapia de grupo. Es decir, sólo se puede entender el significado de las crisis y tareas de crecimiento que enfrenta un individuo en la actualidad dentro del contexto de su ubicación, tanto real como imaginaria, en el ciclo de desarrollo de su familia. En estos modelos el dinamismo dramático del cambio proviene de la naturaleza biológica y social del ser humano, lo cual lleva a continuos cambios en la membresía en la familia. Estas entradas y salidas de los miembros ocasionan disfunción en la estructura y el reto continuo, sobre todo en periodos críticos de cambio de segundo orden, de estar ajustando las relaciones para satisfacer las necesidades emergentes. Se ha encontrado que es necesario complementar este modelo con consideraciones provenientes de la teoría de las relaciones objetales, puesto que el ser humano no sólo enfrenta estos cambios biológicos y sociales en forma racional y con perspectiva contemporánea, sino que los vive en toda la profundidad de su ser, tanto real como imaginariamente.

Pincus y Dare (1982) han aportado un enfoque que integra la teoría de las relaciones objetales con la perspectiva sistémica de los ciclos de la familia que constituye, a nuestro parecer, una primera aproximación útil a la complementación antes mencionada. Consideran que los tres hechos fundamentales de la existencia: el nacimiento, la reproducción y la muerte, son la base de los mitos y secretos en la vida familiar. En una familia de tres generaciones, una generación está en proceso de encarar la decadencia y muerte; la segunda, la procreación y crianza, y la tercera, el nacimiento. De esta manera, nacimiento, reproducción y muerte están íntimamente presentes en la consciencia e imaginación en todo momento. Estos hechos de la existencia son enfrentados por los miembros de la familia a través de las estructuras psíquicas configuradas por el pasaje de las etapas preedípicas y edípicas, en las cuales las dicotomías de fusión/individuación, dependencia/independencia, amor/odio y masculino/femenino son resueltas de alguna manera. De modo que el drama de una familia, tanto el real como el imaginario, que conllevan los individuos en sus psiquis, es una configuración compleja y particular de los mitos, leyendas y secretos acerca de lo qué significa la vida y la muerte, el entrar a pertenecer a la familia y el salir algún día de ella. De esta forma, los rasgos y necesidades actuales que caracterizan a la familia y que son descritos adecuadamente en los modelos del ciclo de vida de la familia, necesariamente deben complementarse con una comprensión de las tensiones psíquicas que surgen en el pasaje del individuo por cada una de las etapas críticas de su desarrollo. En este sentido, dada la creatividad de la imaginación humana, cada drama familiar e individual tiene su naturaleza particular.

Se ha dicho que todo individuo pasa por una serie de etapas en el proceso del desarrollo desde su nacimiento hasta su muerte. El advenimiento de un niño causa una serie de alteraciones estructurales y dinámicas dentro de la familia. Éste

se encuentra, al nacer, con un mundo de significados, mitos, secretos, ideologías y relaciones. Así, el comienzo del ciclo individual repercutirá en el ciclo de la vida familiar (sistema de mundos intrapsíquicos en diferentes etapas de la vida: unos en la aurora, otros en el cenit o en el ocaso, pero todos compartiendo un universo de significados, unidos en una red vincular-emocional), en constante evolución y dinamismo.

La existencia de un individuo, como la del sistema familiar en su totalidad, se orienta alrededor de tres grandes hechos o misterios universales: el nacimiento, la procreación y la muerte. El énfasis que se proponga en uno u otro va a variar de individuo a individuo y de familia a familia. Asimismo, le corresponde al individuo encarar las tensiones básicas y derivadas que su existencia le va enfrentando.

El niño en su desarrollo, pasa de un estado de absoluta indiferencia y dependencia (cognoscitiva, emocional, moral, social y perceptiva) a grados progresivos de diferenciación, individuación e integración. Esto le permite el tránsito de un estado de "simbiosis" a un estado de creciente autonomía personal, hasta culminar en un despliegue de los aspectos creativos y sanos de su potencial humano.

Dentro del proceso de crecimiento personal, de logro de confianza básica y de adquisición de la autonomía personal, se hace hincapié a la importancia de los primeros vínculos (figura materna-hijo). Esta es la etapa preedípica que configura una tensión básica existencial. La relación materna-figura, paterna-hijo, da origen a la estructura vincular triangular edípica, cuya importancia va a ser vital para las vinculaciones posteriores.

La importancia de estas dos etapas es vital en las fases posteriores, tanto para cada individuo en sí, como para el sistema familiar en su totalidad, ya que en estas últimas se actualizan y se vivencian dramas de las etapas tempranas de cada individuo: reviviscencias y actualizaciones que ocurren en el mundo de "lo imaginario", no sólo emergen las imágenes que cada individuo "ha metabolizado", sino que éstas se interiorizan interactuando: consigo mismo, entre ellas o con el mundo.

Se recordara que nuestro mundo cotidiano consciente o inconscientemente nos remite a ese mundo interior con sus tensiones y conflictos básicos.

Para algunos individuos, ya desde sus primeros años, el tender hacia la progresión, es decir, al crecimiento personal y al logro de una nueva etapa, es motivo de gran satisfacción; mientras que para otros, lo nuevo es sentido como amenaza a su estado placentero interior (Anne Freud, 1961). Esto último orientará al individuo, ya sea preservando en forma inmodificada su pasado, o para recuperarse de su pasado y poder actualizarse en función de una necesidad de trascendencia.

Aunque de manera implícita ya se ha mencionado el elemento dramático, a continuación se expondrá la relevancia de dichos dramas, tanto a nivel personal como familiar. No pueden ser obviados ni desconocidos, ya que son expresión tanto de las relaciones interpersonales, como del mundo intrapsíquico del individuo y de los diferentes miembros de la familia.

Se parte del hecho de que la familia como unidad social tiene una estructura, la cual va a estar dada en función de las necesidades que ésta cubra. Esta estructura surge por el conjunto de interacciones que entre sus miembros se produce, en efecto, por mantenimiento y satisfacción de necesidades de desarrollo del propio grupo familiar.

La familia, por otra parte, se realiza en su propio ciclo de vida. Cada etapa del ciclo de vida familiar contiene un conjunto de roles relacionados directamente con las tareas y funciones de los miembros que integran el grupo familiar. Es por ello que, conforme se generan una serie de eventos, éstos hacen surgir necesidades, las cuales se expresan en un desequilibrio de la familia como sistema. Este equilibrio llevará, por tanto, a una reorganización de los roles en los miembros del grupo familiar y, a la vez, a una modificación de la familia como tal.

En cada etapa del ciclo de vida de la familia se pueden identificar dramas. Los miembros que la constituyen están en mutua interacción. Las transacciones entre unos y otros son constantes. El arribo de un miembro a un evento de una etapa, repercute en el mundo imaginario de los otros, movilizándolo así estructuras primitivas y reactualizando dramas arcaicos.

En la interacción manifiesta de la familia, se entrama y confluye el mundo intrapsíquico de cada uno de los miembros; esto, a su vez, moviliza y reactualiza dramas primarios asociados con sus conflictos básicos. Estos dramas constantemente dejan de manifiesto los estilos personales que cada uno de los miembros ha interiorizado y que dejan entrever las tensiones o polaridades básicas de la existencia humana.

La familia, en su globalidad, y cada miembro de ésta en particular, está viviendo continuamente la polaridad vida-muerte. Esta polaridad básica lleva implícita los tres grandes hechos universales. Un ejemplo de lo anterior podría ser "el desprendimiento de la familia de origen" (evento de la etapa Adulto joven), donde el desprendimiento de los hijos puede considerarse como una posibilidad de la prolongación de la familia, ante las perspectivas del nacimiento de nuevos miembros, pero al mismo tiempo puede representar para los padres la pérdida de los hijos y para éstos la pérdida de su familia de origen.

La familia, por tanto, es una unidad dinámica, está en cambio continuo; los cambios que se producen y las necesidades que surgen ligadas a estas modificaciones estarán directamente relacionadas con los eventos centrales del ciclo de vida familiar y del individuo.

La familia es la unidad básica de formación del ser humano, pues al nacer y crecer dentro de ella llega a poseer un bagaje de creencias, valores y modos de interacción, los cuales el individuo va interiorizando durante su crecimiento y es lo que le va a permitir en su vida adulta relacionarse con los otros y con su entorno. En su "vida cotidiana" y en su interacción con otros, está elaborando dramas continuamente. Es, por una parte, un agente activo cuyo empeño es proporcio-

nar alguna estructura a sus relaciones sociales. Gracias a la presencia o existencia de estas complejas representaciones, es que se hará posible la interacción social cuya característica esencial es dramatúrgica, o sea, donde el individuo es el actor principal de sus propias representaciones.

Modelo de análisis dramatúrgico del desarrollo humano

Al articular e integrar los elementos teóricos expuestos anteriormente se pretende presentar un modelo propio acerca de la vida de la persona y de la familia.

Por una parte, se pueden identificar dentro del desarrollo individual una serie de etapas determinadas por cambios fisiológicos y psicológicos importantes. Dentro de cada etapa pueden distinguirse varios eventos que constituyen los elementos básicos de la vida cotidiana. Cada evento se caracteriza por determinadas polaridades o tensiones llamadas "conflictos básicos", los cuales ponen al individuo en situaciones de decisión personal.

La resolución de esos conflictos se da de acuerdo con la satisfacción de las necesidades fundamentales o cumplimiento de tareas específicas que cada evento implica.

Ahora bien, estos conflictos básicos o tensiones, son representados a nivel psíquico en lo que se ha denominado "lo imaginario", que es "el escenario interior" en el cual se movilizan y se vivencian continuamente las estructuras de vinculación más tempranas. Es el escenario en el cual el sujeto, se representa a sí mismo y representa a los otros en un mundo de mutua interacción; "escenario interior" en donde se funden y entran los conflictos, necesidades y tensiones cotidianas con las estructuras de vinculación primitivas (preedípicas y edípicas), cuyos orígenes se remontan a cuando las necesidades, tanto afectivas como fisiológicas del bebé, no fueron atendidas adecuadamente o cuando no fueron satisfechas en forma inmediata.

Así, desde los primeros años y de acuerdo con esas inadecuaciones y demoras, entran en juego mecanismos como la proyección, la introyección y la identificación, que buscan la "homeostasis interior" pero, a su vez, originan un mundo de dramas internos que son la contraparte de los dramas externos que cada persona va viviendo dentro de su propia familia.

Por razones expositivas se ha hecho énfasis en el desarrollo individual pero, estando el individuo inscrito dentro de un sistema familiar, su desarrollo intrapsíquico va a estar determinado, en gran medida, por su vivencia interpersonal y la de la familia, de acuerdo con el mundo intrapsíquico de cada uno de sus miembros y las redes vinculares que se establecen en ese sistema. Porque si hay un ciclo de vida individual, hay también un ciclo de vida familiar, actuando dinámicamente el uno con el otro. En cada momento todos los miembros de una familia están vivenciando la singularidad de sus dramas internos (de acuerdo con roles, tiempo y espacio) pero todos, a su vez, están unidos en una red vincular tanto "real"

como "introyectada" y movilizados por las presiones y tendencias a la permanencia y los logros ya alcanzados a nivel, tanto personal como familiar, en cada una de las etapas.

La oposición existencial básica simbiosis-individuación se encuentra contenida en las tendencias preedípicas, en tanto que las estructuras triangulares encuentran en las vinculaciones edípicas su referencia más inmediata.

Así, se supone, se delinean las dimensiones básicas del modelo de análisis dramático del desarrollo emocional-vincular de la persona humana, un drama articulado por medio de tensiones básicas como derivadas (las básicas corresponden al nivel ontológico, las derivadas al nivel de las tareas y retos de cada una de las etapas) y en el cual es posible distinguir entre un nivel profundo, imaginario, en donde se articula el drama en sus aspectos estructurales (estructuras preepídicas que activan la tensión básica existencial, y estructuras edípicas que fundamentan toda triangulación ulterior de las relaciones interpersonales).

Por otra parte, hay un nivel más inmediato y evidente, el de las tareas, eventos y recursos de cada una de las etapas del desarrollo. Así, el argumento de un drama nace de la confluencia de los tres niveles señalados: las tensiones básicas y derivadas, los niveles de lo imaginario y cotidiano, y las estructuras y contenidos de cada uno de estos últimos.

Por tanto, se retoma el modelo de análisis dramático y se realizará un esquema teniendo en cuenta los elementos mencionados anteriormente (véase cuadro 4-2). Se ha optado por presentar el modelo de análisis en forma de columnas para una mejor comprensión; sin embargo, su lectura deberá hacerse en forma horizontal.

En la primera columna, se han colocado las diferentes etapas del ciclo de vida de la persona; desde la preadolescencia hasta la vejez. Iniciamos con la preadolescencia porque es a partir de esta etapa donde se reactualizan o reviven con mayor intensidad, tanto en el individuo como en el sistema familiar, dramas de estructuras preedípicas y edípicas. Cada etapa del ciclo de vida individual contiene sus eventos o tareas específicas, las cuales aparecen en el esquema precedidas por un número.

En la segunda columna, y correspondiendo a cada evento de las diferentes etapas, se encuentra el nivel de lo primario. Aquí se hallan todas las movilizaciones de estructuras preedípicas y edípicas, sentimientos y fantasías ligados a dichas estructuras, tanto en el individuo como en los diferentes miembros de la familia. Viene a ser el escenario interior, donde el individuo encuentra las imágenes de sí mismo y de los otros.

La tercera columna corresponde a los conflictos u oposiciones básicas y particulares al desarrollo de la persona. Subyacen las presiones y tendencias a la permanencia en los estadios y logros ya alcanzados, tanto a nivel personal como familiar, en cada una de las etapas. Cabe agregar que estas polaridades encuentran su representación en un nivel imaginario.

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante

Preadolescencia				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
1. Maduración biológica de la capacidad reproductiva y crecimiento corporal general y rápido	1. Movilización de estructuras edípicas por la ansiedad que produce la pérdida del cuerpo infantil y movilización de las estructuras edípicas por el desarrollo de la sexualidad genital	1. Orgullo vs. vergüenza por sus cambios físicos y hormonales 1.1 Incertidumbre vs. exuberancia por aparición de sus caracteres sexuales	Ante la aparición de cambios físicos y hormonales, el preadolescente puede crear un doble juego en las relaciones familiares y sociales; por un lado esconde sus rasgos corporales y, sin embargo, se enorgullece de que sean sospechados	1. Aceptación de su nueva imagen corporal como la iniciación del proceso de búsqueda de su propia identidad
2. Interés por pares del sexo opuesto	2. Reviscencia del complejo de Edipo	2. Curiosidad por la sexualidad de los padres vs. vergüenza y culpa		2. Aceptación y atracción del sexo opuesto
3. Aproximación temporal a la toma de responsabilidades adultas	3. Movilización de estructuras preedípicas por la pérdida de los padres infantiles	3. Acercamiento vs. alejamiento del preadolescente de sus padres. 3.1 Evitación vs. aceptación del contacto interpersonal		3. Adquisición de independencia

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Adolescencia				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
1. Búsqueda de la elección de los valores políticos, religiosos y vocacionales (proyecto de vida)	1. Estructuras vinculadas a nivel preedípico dadas por la búsqueda de la autonomía	1. Idealismo, optimismo vs. oposición de la sociedad y de los padres 1.1 Fusión emocional con la familia vs. identidad y autonomía 1.2 Identidad propia vs. pertenencia	Son características en el adolescente las fluctuaciones anímicas que desconciertan a los padres. Pueden presentar comportamientos de rebeldía en valores ideológicos y morales respecto al grupo familiar y social o, por el contrario, caer en el aislamiento y la depresión	Adquisición de una identidad autónoma que supere aquellos aspectos de las fantasías, secretos y mitos familiares que obstaculizan el crecimiento personal del adolescente. Romper la repetición cíclica, mantenida a través de las generaciones, de esos aspectos que contravienen al desarrollo personal. Superación de las proyecciones parentales de que es objeto el adolescente
2. Formación de primeras relaciones heterosexuales	2. Estructuras vinculadas de tipo edípico (preponderadamente) a nivel tanto del adolescente como de sus propios padres	2. Traslación del objeto sexual incestuoso a través de la simbolización vs. discriminación del objeto sexual 2.1 Canalización de necesidades edípicas dentro de la familia vs. formación de vínculos externos		Superación de la solución incestuosa de las necesidades de relación. Resolver aquellos aspectos de la relación edípica que no fueron superados en las fases anteriores; solución de los vínculos pasados, los temores, anhelos y rivalidades que aún subsisten. Consolidación de la autonomía por medio de la diferenciación y la integración

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Adulto joven				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
1. Finalización de estudios e incorporación al campo productivo y a grupos comunitarios (consolidación de las responsabilidades adultas)	1. Movilización de estructuras preedípicas por la adquisición de una autonomía e identidad propia	1. Dependencia económica de la familia de origen vs. inserción creativa en el campo productivo 1.1 Actitudes regresivas en la ocupación de los diferentes roles adultos vs. ocupación adulta de ellos 1.2 Confusión de los roles de adulto vs. su discriminación respecto a la experiencia de los padres	Se presentan algunos casos en el que el adulto joven busca en su compañero de pareja la realización de sus fantasías incestuosas. Las crisis matrimoniales que en algún momento surgen responden a la no elaboración de estos sentimientos edípicos. Por ejemplo, una joven pareja creyó haber encontrado una complementariedad basada en características diferentes al padre del sexo opuesto, pero por medio de las relaciones cada uno va encontrando en el otro características similares del padre del sexo opuesto. Esto aumenta la ansiedad en los cónyuges y sobreviene la crisis	1. Reconocer y asumir los diferentes roles 1.1 Realizar las percepciones, las conductas señaladas como correctas de los roles asumidos 1.2 Mantener una identidad y un sentimiento de continuidad personal en la adopción de los diferentes roles y actividades. Asumir un estilo de vida que los englobe 1.3 Asumir las tensiones potenciales que se dan por las contradicciones de roles, así como las generadas al interior de cada uno de ellos

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Adulto joven				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
2. Desprendimiento de la familia de origen	2. Estructuras preedípicas que implican el desprendimiento real de la familia de origen	2. Distanciamiento cultural de la familia de origen vs. reelaboración de vínculos afectivos hacia los padres 2.1 Rechazo y separación de la familia por parte del hijo vs. redefinición del rol y de la distancia respecto a la familia 2.2 Elaboración de la separación del núcleo familiar de origen vs. no elaboración de la "separación" 2.3 Sustitución de los vínculos anteriores y búsqueda de otros nuevos y gratificantes vs. aislamiento y privación afectiva	Son comunes síndromes como el de "Peter Pan", así como diversas formas de <i>acting-out</i> que ponen de manifiesto con profunda confusión y ambivalencia el nivel tanto del joven adulto como de su familia de origen por su búsqueda de autonomía	2. Desprendimiento de formas de vinculación más primitivas para adecuarse a las exigencias de las tareas y actividades actuales

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Adulto joven				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
3. Búsqueda de la pareja (matrimonio)	La búsqueda fantasmática del vínculo preedípico por medio de la removilización de la estructura edípica	3. Sustitución indiscriminada de las figuras parentales por el compañero(a) de pareja elegido(a) vs. vinculación adulta 3.1 Vergüenza y culpa, vs. autoafirmación del rol sexual en la pareja 3.2 Mantenimiento en el aislamiento vs. vinculación con un compañero de pareja 3.3 Restricción en la satisfacción de las necesidades vs. vinculación creativa y gratificante	Es común encontrar en muchas crisis de parejas jóvenes que uno de los factores fundamentales que subyace es el hecho de que uno o ambos cónyuges mantienen lazos reales o fantasías muy fuertes con la familia de origen, trasladándose así la ambivalencia que por lo general conlleva a la ideación de pareja	3. Entender, aceptar y superar algunos de los sentimientos ambivalentes que el adulto joven siente hacia el padre del sexo opuesto, para poder disfrutar en su matrimonio los anhelos y sentimientos que por prohibidos nunca fueron satisfechos
4. Vida de pareja sin hijos	Movilización de estructuras preedípicas (relación diádica)	4. Mantenimiento de demandas infantiles entre la pareja (simbolización de la relación diádica madre-hijo) vs. desimbolización de la relación	Las crisis de celos extremos son comunes en muchas parejas jóvenes que no han podido encontrar un equilibrio entre intimidad y autonomía mutua	Superación de una relación exclusiva de dos personas. Encontrar un equilibrio y distancia adecuada en la relación. Ni simbolización ni rompimiento del vínculo

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Adulto joven				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
5. Reproducción	Movilización en la madre de estructuras preedípicas por el nacimiento de un hijo Movilización en ambos cónyuges de la estructura edípica. En el hombre esto asume dos manifestaciones: 1) competencia y ambivalencia hacia el hijo. 2) sentimientos incestuosos que generan deseo y culpa por el hecho de que la esposa se transforma en madre real. Movilización de la experiencia del adulto joven, en el modo de resolución de sus sentimientos incestuosos respecto a sus progenitores	5. Aceptación del hijo mediante una reelaboración preedípica y edípica vs. rechazo del niño, manteniendo entre la pareja una relación, exclusiva 5.1 Ambivalencia en la pareja a asumir la paternidad y la maternidad vs. identificación positiva con el padre del mismo sexo	Con el nacimiento de un hijo pueden darse las siguientes situaciones: – Ante la dificultad de aceptación de la paternidad, el hombre puede buscar un sustituto que le satisfaga su relación diádica perdida con la pareja – La ambivalencia que le produce a la mujer el doble rol de madre y mujer pueden influir en la aceptación de su maternidad – La poca participación del hombre en el nacimiento del niño (parto) puede ocasionar en la mujer depresiones posteriores al parto – La madre puede buscar fusionarse con el recién nacido y no buscar el equilibrio de este vínculo con su relación de pareja	5. El poder desimbolizar las relaciones primarias preedípicas y edípicas para que la relación de pareja se dé sin culpabilidad

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Madurez				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
1. Los hijos llegan a la adolescencia	1. Movilización de las experiencias diádicas primarias de los padres. Aspectos de naturaleza no sexual (agresividad, autoafirmación, espontaneidad, demandas infantiles, creatividad, etc.) que han sido negados o rechazados por la dinámica familiar y se actualizan a partir de la conducta del adolescente y la búsqueda de su identidad	1. Flexibilidad vs. rigidez en la relación de los padres hacia su hijo(a) adolescente 1.1 Rechazo vs. aceptación de la autonomía del adolescente 1.2 Solidaridad y cooperación en la pareja vs. divergencia 1.3 Padres dominantes y hostiles que compiten con los hijos en los aspectos de logros y sexuales vs. padres permisivos y facilitadores	Es frecuente encontrar diversas manifestaciones de la llamada "crisis de la edad media" en el contexto clínico que reflejan la búsqueda de una identidad más autónoma, tanto en el hombre como en la mujer, que la que se pudo obtener en la etapa del adulto joven	1. Aceptación de la autonomía del hijo y de los logros de la crianza 1.1 Redefinición de la identidad personal 1.2 Revisión de los logros personales obtenidos y replanteamientos del proyecto de vida
2. Matrimonio y sexualidad de los hijos	2. Movilización de las angustias, temores y fantasías que rodean la sexualidad de los padres como pareja y la de cada uno de ellos en relación con el hijo(a), así como las propias experiencias de los padres correspondientes a sus propias situaciones edípicas. Se reactualizan las experiencias de los padres en relación con su separación de las figu-	2. Apego vs. aceptación por parte de los padres de la separación del adulto joven 2.1 Inhibir vs. alentar la incorporación del hijo(a) a la vida adulta 2.2 Interferencia de los padres en la elección de compañero(a) de su hijo(a) vs. respeto de su autonomía 2.3 Inclusión y aceptación de un tercero en el núcleo familiar vs. exclusión del hijo(a)	En esta época es posible que ocurra que alguno de los padres muestre actitudes posesivas hacia el hijo del sexo opuesto, por la presencia de las fantasías incestuosas	2. Aceptación de la autonomía sexual del joven adulto 2.1 Incorporación de un nuevo miembro de la familia 2.2 Mantener un sentido de continuidad generacional 2.3 La justificación y revaloración de la pareja

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Madurez				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
	ras parentales de las familias de origen. Reactualización que incluye los temores, fantasías y mitos que éstos se formaron durante el proceso de separación de sus propios padres	2.4 Inestabilidad de la pareja de padres vs. consolidación de la pareja por la aceptación de las necesidades preedípicas reactivadas por la salida del hijo(a) de la casa (hogar)		
3. Envejecimiento: pérdida de la capacidad vital, disminución sexual, jubilación, etc.	3. Reviviscencia de estructuras preedípicas y edípicas	3. Competencia con los hijos (rivalidad) vs. identificación con ellos en lo referente a productividad y vitalidad	3. En esta época es posible que el padre de un joven adulto desee establecer una relación íntima con alguna joven que se acerque a la edad de la hija que está por casarse	3. Transmisión de la experiencia vital 3.1 Consolidar un proyecto de vida para la tercera edad 3.2 Aceptación de la finalización de la etapa reproductiva
4. Muerte de los padres o abuelos	4. Movilización de sentimientos de pérdida, abandono y temor a la muerte. Movilización de sentimientos incestuosos por la desaparición de uno de los padres (abuelos)	4. Acercamiento en la relación de pareja, intensificándose ambos en sus demandas infantiles vs. aislamiento y depresión	Muchos casos de depresiones en esta etapa de la vida parecen reflejar las consecuencias de sucesivas pérdidas	4. Elaboración de las pérdidas reafirmando una imagen integral del ego. Elaboración de los temores hacia la muerte

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Vejez				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
1. Nacimiento de los nietos	1. Movilización en los abuelos de relaciones diádicas 1.1 Movilización en los abuelos de experiencias vitales, que ellos acumularon y se perpetúan con el nacimiento de los nietos	1. Posesión y apego hacia los nietos vs. tolerancia y aceptación. 1.1 Aislamiento vs. incorporación al núcleo familiar	1. Posibilidad de los abuelos de superar sentimientos que se reprimieron con los hijos	1. Mantener una identidad integral y con sentido de continuidad generacional. 1.1 Reafirmación de vínculos gratificantes y de apreciación
2. La pérdida de una función vital en uno de los cónyuges	2. Movilización de sentimientos de dependencia (apego ansioso)	2. Aceptación de la pérdida vs. depresión que puede llegar a intentos suicidas Compensación de uno de los cónyuges de las necesidades primarias del otro que ha sufrido la pérdida vs. rechazo y alejamiento		2. Disponibilidad de elaborar las pérdidas físicas y de personas superando la culpa y la angustia que generan
3. Pérdida de uno de los cónyuges, como consecuencia de la muerte o enfermedad	3. Movilización de sentimientos de pérdida, separación, abandono, culpa	3. Depresión y culpa vs. aceptación de la pérdida 3.1 Sustitución directa o imaginaria de uno de los miembros vs. aceptación de la pérdida, (resoluciones vs. no resoluciones)		3. Asumir los temores presentes ante la cercanía de la muerte

Cuadro 4-2. Etapas del ciclo de vida según socialización predominante (continuación)

Vejez				
Eventos	Nivel de lo primario	Conflictos básicos	Ejemplos clínicos	Necesidades actuales
4. Proximidad de la muerte	4. <i>Ídem</i>	4. Aferramiento a la vida cargado de angustia vs. aceptación de la última separación que completa el ciclo de la vida. Hostilidad y aprehensión ante la cercanía de la muerte vs. tranquilidad y aceptación del evento, así como la elaboración de una visión de trascendencia		4. Reafirmación de la seguridad y confianza del ego para aceptar que el abandono de la vida es "la etapa final del crecimiento". Elaboración de un significado pleno para la existencia y reacción de proyecto que permite resolver la necesidad existencial de enfrentar la posibilidad de trascendencia y continuación de la vida en alguna forma

Como cuarta columna, se hallan algunos ejemplos clínicos, lo cual ilustra más claramente todo lo anterior, es decir, las etapas con sus respectivos eventos, mundo imaginario y polaridades o conflictos básicos.

Como quinta columna, están las necesidades básicas, cuyos orígenes se encuentran en las tensiones o polaridades existenciales de cada evento de las etapas. La satisfacción de éstas implica la superación del conflicto.

Modelo sistémico de la sesión psicodramática

El modelo sistémico de Schramski (1979), se presenta aquí adaptado de acuerdo a la experiencia psicoterapéutica de los autores, describe la sesión psicodramática como un sistema global integrado por siete subsistemas o etapas claramente discernibles en la realización de las psicodramatizaciones. El modelo es una valiosa guía para la dirección de la sesión psicodramática en su globalidad y sobresale el valor que posee para orientar las decisiones y alternativas a las que se enfrenta el terapeuta durante el desarrollo de la acción directa (subsistema número cuatro del modelo). Su presentación en esta sección tiene el propósito de servir como una síntesis de la concepción metodológica que los autores tienen del psicodrama.

La terminología con la que se describe cada subsistema y sus componentes es clara y sencilla, de ahí la fácil comprensión del modelo, aunque merecen especial comentario los conceptos de objetos significativos, conflictos, emoción primaria y escena.

Según nuestra reinterpretación, la terminología de Schramski (1979), el psicodrama actúa a través de la transformación de escenas manifiestas en latentes y viceversa, ya sea que estas escenas se produzcan a nivel individual o como resultado de la interacción psicoterapéutica grupal. Toda escena está organizada espacio-temporalmente y de acuerdo con un curso de acción en el que participan personajes con sus argumentos y acciones específicas. Pero las escenas que preferentemente se escogen para la representación son aquellas que, en la terminología de Harre y Secord (1973), se pueden denominar episodios enigmáticos por el carácter ambiguo y oculto de su "gramática" generativa. Los objetos significativos son elementos de las escenas manifiestas que son seleccionados por el valor hipotético que puedan tener precisamente como puntos de partida para que a través de la acción psicodramática pongan de manifiesto las escenas latentes.

El conflicto posee un valor central para la representación psicodramática pues la puesta en escena del conflicto del protagonista, junto con su desenvolvimiento, produce la tensión psicodramática que, en caso de darse una conducción psicoterapéutica apropiada, desemboca en una escena latente a nivel del drama individual representado. La emergencia de dicha escena puede ser reconocida por la aparición de emociones primarias que son las que están asociadas a los conflictos básicos de las diferentes etapas del desarrollo psicosocial de la persona, especialmente durante las primeras fases de éste. La emergencia y elaboración de escenas latentes

más bien a nivel grupal, ya pasada la representación o acción directa, es un componente central de los tres últimos subsistemas del modelo.

En las páginas siguientes se presenta este modelo. La figura 4-1 es el flujograma general mientras que la figura 4-2 hace una descripción detallada del subsistema de la acción directa.

Componentes del modelo

1.0 Subsistema: el director: Es el inicio del modelo sistémico de la sesión psicodramática. El "director" incluye todos sus conocimientos, habilidades y experiencias.

2.0 Subsistema: iniciación del proceso de grupo: Es el nivel discursivo donde se hacen comentarios de vivencias cotidianas o experiencias vitales actuales, sentimientos experimentados en relación con dramatizaciones anteriores, etc.

En la presentación de un nuevo miembro que ingresa al grupo, el director introduce una explicación del proceso terapéutico grupal, en donde se emplean diversas técnicas para explorar los problemas o situaciones cotidianas de los miembros del grupo.

3.0 Subsistema: inicio del calentamiento grupal: Se lleva a cabo la introducción del calentamiento. El director propone a los integrantes del grupo la realización de una técnica específica (p. e., música, contacto corporal entre los miembros) que

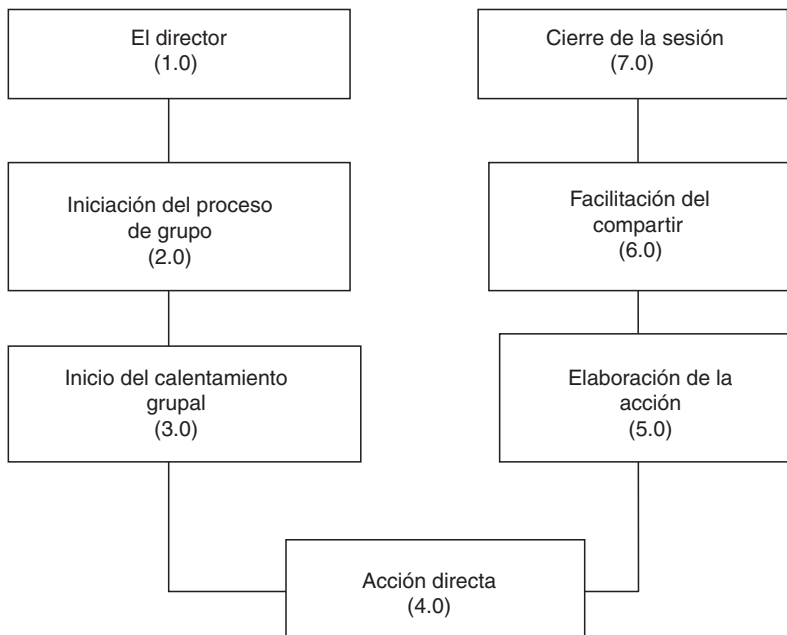


Figura 4-1. Flujograma general: modelo sistémico de psicodrama

puede llevar a la elección del protagonista o tener como objetivo la realización de escenas que permitan la vinculación entre los miembros del grupo. El grupo decide aceptar un protagonista; el director acepta y si hay un buen clima grupal, el protagonista acepta su rol también (aquí se inicia otro subsistema del modelo sistémico del psicodrama que es la acción directa). Si el protagonista presenta resistencia a dramatizar, el grupo y el director tratan de alentar al integrante para que lleve a cabo la dramatización.

En este subsistema del calentamiento se hacen evidentes las manifestaciones vitales del "aquí y el ahora" que el protagonista está viviendo. Con base en la intensidad de la ansiedad manifiesta, confluye el emergente grupal y se define la temática que se propone para dramatizar.

4.0 Subsistema: acción directa (figura 4-2).

4.1 Identificación de las preocupaciones: El director ayuda al protagonista a verbalizar (4.1.1) y simbolizar (4.1.2) sus preocupaciones o inquietudes. Para identificarlas, el director le ayuda a seleccionar el sentimiento más fuerte que le está provocando toda su situación problemática (4.2).

Ejemplo: Utilización de posiciones el cuerpo, almohadones, mímica o cualquier otro ejercicio. Este proceso incluye verbalización (4.2.1) y simbolización (4.2.2). Es decir, se traduce el lenguaje discursivo a lenguaje en escenas. Cuando la preocupación está clara, el director procede a iniciar la selección de la escena (4.3). Se empieza a estructurar la escena ubicando el tiempo, el cuándo (4.3.1), el dónde (4.3.2). Ejemplo: la casa, calle, negocio, etc. y, por último, las personas que estuvieron presentes (4.3.3). Ejemplo: padres, hermanos, amigos, novios, etc. Cuando la información anterior está clara, se describen los detalles de la escena (4.4). Aquí comienza el tiempo de la escena, la relación con el presente (4.4.1.1). Se especifican el día y la hora en que la escena ocurrió (4.4.1.2).

Se describe el lugar (4.4.2). Se incluye el ambiente (4.4.2.1). La colocación del mobiliario que estaba presente (4.4.2.2).

Identificación de objetos significativos de la escena (4.4.2.3). Si hay objetos significativos, el director trata de obtener una descripción mayor de éstos (4.4.3) para tener una mejor idea de los sentimientos del protagonista y de la intensidad de su experiencia.

Cuando el protagonista ha sido dirigido a escoger lo más significativo de la escena, se empiezan a seleccionar los egos auxiliares (4.4.4). Esta selección se hace, ya sea con base en características físicas de la persona, por ejemplo, edad, peso, etc. (4.4.5.1), o se nombran las características de la personalidad (4.4.5.2). Ejemplo: jovial, agresivo, de humor variable y se describe el tipo de relaciones entre el protagonista y el personaje simbólico que va a ser representado por el ego auxiliar (4.4.5.3). Ejemplo: relaciones sinceras, indiferentes, hostiles, etc. Esta acción la realiza el protagonista apoyando su mano sobre el hombro del ego auxiliar.

Desde nuestra concepción psicodramática en la elección de los egos auxilia-

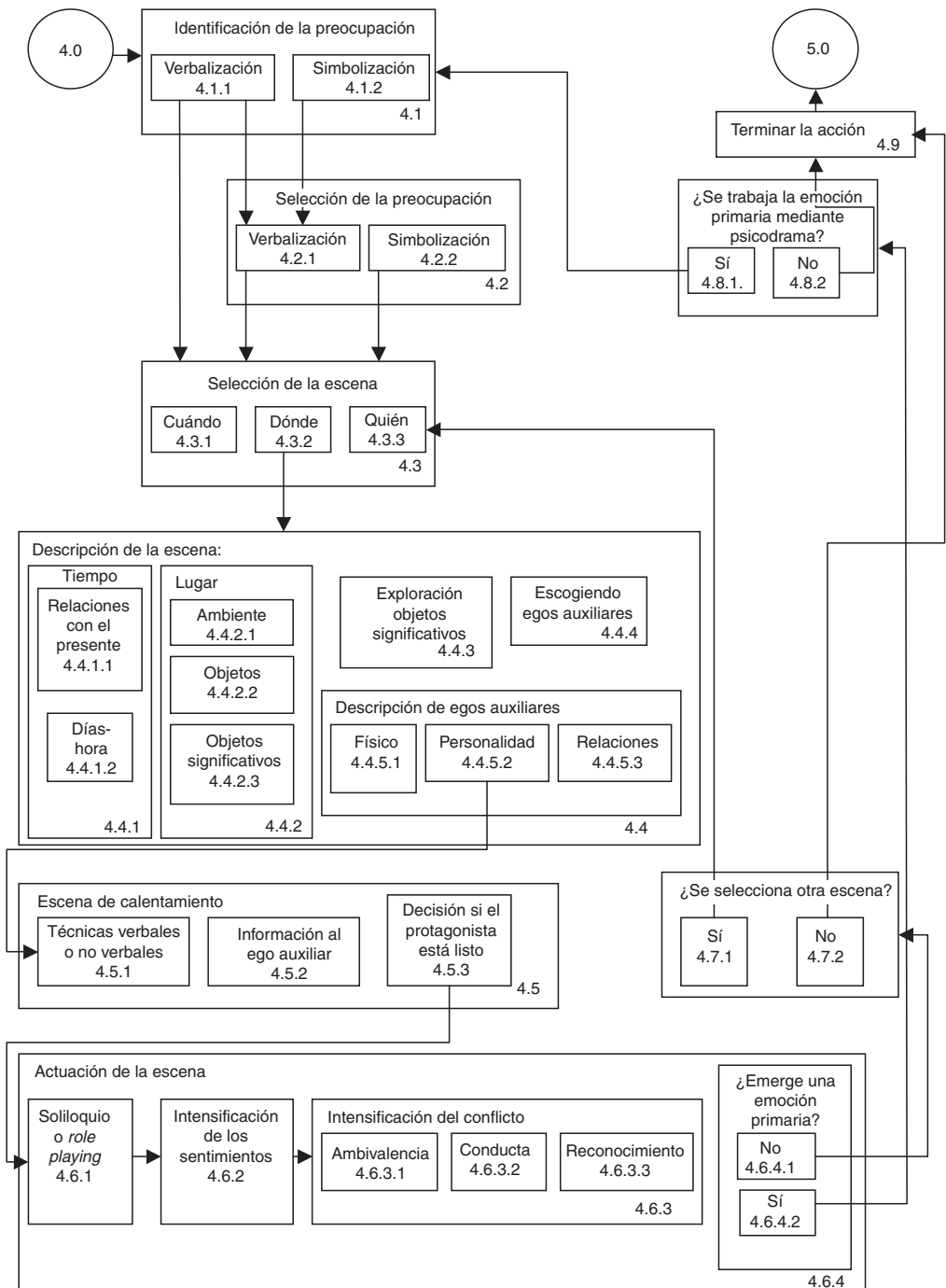


Figura 4-2. Subsistema acción directa del modelo sistémico de psicodrama

res se ponen de manifiesto las proyecciones e identificaciones del protagonista. En la mayoría de los casos, el mismo protagonista expresa que al escoger a los egos auxiliares, éstos le han recordado algunas características significativas de las figuras a representar.

El director retoma la descripción de toda la información del proceso anterior para ayudar al protagonista a involucrarse emocionalmente dentro de la experiencia (escena de calentamiento, 4.5). El director puede usar técnicas verbales o no verbales para ayudar a que el protagonista esté listo (4.5.1). Es por medio de estas técnicas, que tanto el director como los egos auxiliares obtienen información suficiente para una eventual intensificación de la escena (4.5.2). El director decide si el protagonista ha obtenido el calentamiento para dar inicio a la escena (4.5.3).

Se inicia el proceso de la actuación de la escena (4.6). Comienza generalmente con un *role playing* de la situación que involucra al protagonista y a los egos auxiliares o, en su defecto, se puede usar el soliloquio (4.6.1). Durante este proceso, el director anima a los egos auxiliares a verbalizar los conflictos subyacentes por el intercambio de roles y dobles. El director, de acuerdo con la intensidad de los sentimientos (intensificación 4.6.2) que manifiesta el protagonista, puede aplicar técnicas dramáticas como cambio de personajes, introducción de dobles, soliloquio y concretismo, con el fin de polarizar el conflicto del protagonista.

En esta intensificación del conflicto, el director lo enfrenta a la ambivalencia respecto a su conflicto (4.6.3.1), a la conducta que toma ante éste (4.6.3.2) y al reconocimiento consciente que tiene de su problema (4.6.3.3). Aquí el terapeuta se pregunta: ¿Emerge una escena primaria (latente)? (4.6.4). Se refiere al momento donde emergen determinantes de estructuras vinculares primarias a nivel pre-édipico y edípico. Se dan dos alternativas.

Si la respuesta es No (4.6.4.1), surge la pregunta, ¿se selecciona otra escena? Aquí, a su vez, se dan dos alternativas (4.7). En el caso de que el director o el grupo continúen con la decisión de no seleccionar otra escena (4.7.2), ya sea porque está satisfecha la necesidad del protagonista o porque se quiere dejar el espacio abierto para ser retomado en otra sesión, se termina la acción (4.9) para pasar al siguiente subsistema: elaboración de la acción (5.0).

Si la respuesta es Sí (4.6.4.2), el director decide si continuar o no con la representación de una escena primaria (4.8). En el proceso de decidir si se selecciona otra escena (4.7), puede darse el caso de que el director o el grupo decidan no seleccionar ésta (4.7.2). Se toma esta decisión si se considera que la necesidad del protagonista fue satisfecha o para dejar el espacio abierto y ser retomado en otra sesión. De esta manera, culmina el proceso de la acción (4.9).

Si se decide continuar con otra escena (4.7.1), se regresa al ciclo a partir de la selección de la escena (4.3), retomando nuevamente elementos discursivos que puedan contener mayor intensidad en la vivencia actual del protagonista. Volviendo

a la otra alternativa al interior del esquema (4.8), se pregunta si se trabaja la emoción primaria mediante psicodrama. Si la respuesta es negativa (4.8.2), se termina la acción (4.9). En caso contrario, si se responde afirmativamente a la pregunta (4.8.1), se inicia el subsistema en el subproceso identificación de la preocupación (4.1).

5.0 Elaboración de la acción. Ocurre después de la acción directa y se da como un proceso donde el protagonista ha clarificado su situación. Y donde se inicia el proceso de *insight*. Aquí confluye el nivel imaginario del protagonista, enlazando sus estructuras primarias de vinculación con su situación actual. Al quedar descubiertos estos elementos, el protagonista tiene la capacidad de iniciar la opción existencial de modificar sus vivencias inmediatas. Este proceso, a su vez, es dirigido por el director quien solicita al grupo que comparta la sesión psicodramática con el protagonista, dando así inicio al subsistema del compartir.

6.0 Subsistema: facilitación del compartir. En el diálogo inmediato. Aquí se retroalimenta al protagonista con las vivencias tenidas desde el rol asumido por los egos auxiliares.

Se analizan las experiencias personales de los miembros del grupo con ayuda del director, así cada miembro expone las vivencias que le fueron movilizadas con la situación dramatizada. Aquí confluye el emergente común imaginario de las estructuras vinculares primarias.

7.0 Subsistema: cierre de la sesión. Hay una toma de consciencia grupal. En esta fase, con la ayuda del director, se inicia el cierre de la sesión. Por medio de señalamientos manifestados por los diferentes integrantes del grupo y los emergentes grupales presentes en la dramatización, se da la transformación de escenas manifiestas en escenas primarias (relaciones diádicas, triádicas, dependencia, independencia, búsqueda de identidad, etc.). Se hace de tal manera que permita a los participantes recrear y asumir los elementos intrapsíquicos determinantes de sus estructuras de vinculación en el mundo cotidiano actual.

La identificación intragrupal se logra sobre la base de los señalamientos e interpretaciones que hace el director en el cierre de la sesión, ya que se crea un clima grupal en donde surgen identificaciones con el otro, se comparten conflictos y experiencias similares, lo que permite diferenciar la posición existencial individual, hacer un análisis de tipo transferencial y buscar estrategias de acción alternativas para la vida cotidiana.

Por otra parte, se inicia una elaboración de la situación existencial individual, a través de la cual cada persona tiene la responsabilidad de aplicar los *insight* obtenidos, con el fin de realizar cambios significativos en sus vivencias y situaciones actuales.

TERAPIA ROGERIANA

Gerardo Rodríguez Echeverría*
José Luis Velasco Lafarga

VIDA Y OBRA DE CARL ROGERS: OBSERVACIONES GENERALES

En su autobiografía Carl Rogers (1972) se describe a sí mismo del siguiente modo:

Soy un psicólogo, un psicólogo clínico y creo que un psicólogo de orientación humanística; un psicoterapeuta profundamente interesado por la dinámica del cambio de la personalidad; un científico dentro de los límites de mis posibilidades para medir el cambio; un educador estimulado por la posibilidad de facilitar el aprendizaje; un filósofo de poca envergadura, preocupado por la filosofía y la psicología de los valores humanos. Como persona, pienso que afronto mi vida de forma positiva, un poco al margen de los otros en mis actividades profesionales, más bien tímido pero gozando de sólidas amistades; capaz de una profunda sensibilidad en las relaciones humanas aunque no siempre tengo éxito; muy a menudo un mal juez de los otros ya que tengo tendencia a sobrestimarlos; dotado de capacidad para liberarlos en el sentido psicológico, capaz de obstinación para acabar mi trabajo o para gozar un combate, con grandes deseos de poder tener una influencia sobre los otros, pero incapaz de osar ejercer sobre ellos en lo más mínimo, un poder o una autoridad (p. 5).

* El lector interesado en profundizar en la vida y obra de Carl Rogers, puede consultar la obra, *Psicología Humanística Norteamericana* (Castanedo, 2005) y Castanedo, C. (2007). *Grupos de Encuentro en Terapia Gestalt. De la silla vacía al círculo gestáltico*. Epilogo, pp. 389-401. 3ª ed.

Carl Rogers nació el 8 de enero de 1902 en Oak Park, suburbio de Chicago, y fue el cuarto de una familia de seis hijos. En su autobiografía, Rogers (1972) caracteriza el ambiente familiar de su infancia con dos rasgos destacables: la fuerza e intimidad de las relaciones que unían a los miembros de su familia y, al mismo tiempo, una extrema rigidez asociada a creencias protestantes y a un cierto puritanismo. "Mis padres, sin ser autoritarios en el sentido clásico del término, nos dirigían de hecho de manera muy estricta por medios sutiles" (p. 5).

En su etapa universitaria, Rogers se orienta sucesivamente en tres direcciones: la primera la dirige a la agronomía, cuyo atractivo se despertó en él, gracias a que pasó parte de su infancia y adolescencia en la granja de su padre (hombre de negocios e ingeniero agrónomo) y debido también a su interés precoz por la ciencia y la tecnología.

En sus primeros años de universitario, Rogers entra en un periodo de crisis y de evolución intensa, se afirman en él tendencias diversas y contradictorias. En un cambio que le da a su orientación profesional, se dirige hacia el Ministerio Protestante y comienza su formación de Pastor. Mientras que en el marco de la Asociación de Estudiantes de la Universidad de Wisconsin, realizó a los veinte años un viaje a China que lo influiría profundamente. Rogers descubre así la diversidad de las creencias humanas y se separa de las convicciones religiosas de su padre.

Cuando entra al Seminario, Rogers escoge el seminario más liberal que pudo encontrar. Hasta tal punto era liberal ya que consiguió la autorización de organizar junto con otros estudiantes, un curso sin profesor, cuyo programa estaba constituido por "las propias preguntas de los mismos estudiantes". Sin embargo, un joven instructor asiste al curso por petición de las autoridades de la escuela, pero no puede tomar parte activa a menos que los estudiantes se lo pidan. Esto nos indica la presencia de la primera experiencia de pedagogía no directiva, ciertamente rudimentaria, pero tanto más significativa porque era totalmente espontánea.

Este curso, de naturaleza peculiar, satisface profundamente a Rogers, sin embargo decide abandonar el seminario. Está convencido de que jamás podrá emprender un camino que le obligue a profesar creencias determinadas. Le parece esencial poder preservar su propia capacidad para cambiar y para cambiar de creencias especialmente. Es en ese momento cuando se decide por la profesión de psicólogo y comienza sus estudios de psicología.

El proceso de separación de sus creencias religiosas fue para Rogers muy difícil, la relación con sus padres se deterioró, pero expresa, "... fue más que ningún otro, el momento en que llegué a ser independiente". Finalmente, Rogers se casa con una muchacha llamada Helen, a la cual conocía desde niño, y que se convirtió en su compañera de toda la vida. Su matrimonio contó con la aprobación reticente de sus padres y de los de Helen.

Este periodo de la vida de Rogers que comprende su tentativa religiosa, la separación de sus padres en el terreno religioso y familiar, su matrimonio y la elec-

ción definitiva de una profesión, es capital para comprender su evolución ulterior.

Aquí se reflejan ya dos polos de su vida intelectual: el interés por la ciencia y la técnica y, el interés por la moral y la religión (recuerden que sus adversarios le reprochaban a menudo el haber constituido una psicología de naturaleza religiosa). La psicología viene a constituir para Rogers el tercer término, la síntesis entre sus intereses contradictorios.

Paralelamente, la evolución personal de Rogers en el plano afectivo prefigura en su pensamiento posterior. Se encuentran así los futuros temas rogerianos: la rebelión contra los padres, amantes pero directivos; la conquista de la independencia, el desarrollo o la maduración personal, objetivo espontáneo del individuo y bien esencial que se debe preservar; finalmente, la presencia de agentes facilitadores de esta evolución espontánea (los compañeros del seminario, quizás el joven instructor, la esposa, todos, observamos, pares por la edad y el estatus) que anuncian uno de los temas más profundos del pensamiento rogeriano y, sin duda, uno de los que aparecen explicado más tardíamente en su obra: el tema de la solidaridad fraternal entre los hombres.

En medio de un coloquio acerca del pensamiento de Rogers, organizado en París en 1961, el psicólogo francés Guy Palmade describió la terapia de Rogers como una terapia de la fraternidad. Palmade no había leído en ese momento el último libro de Rogers (*On becoming a Person*, 1961) en el que este tema se encontraba expuesto con toda claridad.

A medida que progresa la terapia (afirma Rogers), los sentimientos de aceptación y de respeto que el terapeuta tiene para el cliente, tienden a cambiarse en algo que se aproxima a la angustia ante el coraje de la persona que lucha en sus profundidades por ser ella misma. " Existe en el terapeuta una experiencia profunda de la comunidad subyacente, de la fraternidad de los hombres" (Rogers, 1972, p. 66).

En este libro (Rogers, 1972), no se pretende explicar la obra de Rogers por su vida ni reducirla a las indicaciones que se han formulado antes. Se objetará fácilmente el carácter de reconstrucción *a posteriori* de estas observaciones y de la propia autobiografía de Rogers en la que se fundan, ya que ésta es reciente. Por el contrario, parece evidente que las experiencias personales de Rogers para conquistar su autonomía y su capacidad de desarrollo futuro (y que forman, no se olvide, parte de su obra escrita) orientan de gran manera, aunque en parte inconscientemente, las hipótesis que formuló más tarde como psicólogo, cuando tuvo que ayudar a otras personas ante problemas similares.

El interés que se ha puesto en estudiar la vida de Rogers se explica también porque significa una prueba más de una teoría esbozada por el profesor Michel Lobrot. Según Lobrot, no existe actualmente, ni ha existido, un sistema educativo válido, capaz de formar y desarrollar la personalidad, ya que todo sistema edu-

cativo ha sido hecho para crear servidumbre. Lo único positivo y enriquecedor que puede encontrar un joven, en periodo de formación, es conocer un determinado número de situaciones excepcionales, accidentales, que, modificando las condiciones del ambiente, permitan encuentros y experiencias que no son posibles normalmente.

Dicho en otros términos: no existe la posibilidad de una formación válida más que en la desviación. La mayor parte de lo que ha sido producido en siglos por artistas, sabios, investigadores y hombres de acción, lo ha sido en y por la desviación. Lobrot (1974, pp. 23-25) después de estudiar el siglo XIX llegó a esta conclusión sorprendente de que las personalidades creativas provienen de tres fuentes:

La primera es la comunidad judía, que produce los hombres más destacados (Marx, Freud, Kafka, Einstein, etc). Pero no es cualquier individuo de esta comunidad el que sobresale. Todos los que se destacan provienen de aquella parte de la comunidad judía situada en los límites con el mundo germánico (Polonia, Hungría, Rumania, Checoslovaquia, Australia, Alsacia), que se libera del judaísmo tradicional, que sale de su *ghetto* y se instala en los barrios no judíos, que reniega de sus orígenes y cambia su nombre judío por uno germánico... El padre de Marx, por ejemplo, se llamaba Levi y había querido germanizarse tomando el nombre de Marx; se había convertido al protestantismo y había rechazado una buena parte de las tradiciones judías. Los individuos judíos que se distinguen de los otros y se desarrollan de manera excepcional, son los desviacionistas respecto a su propia comunidad, de la que quieren sacudirse el yugo, pero también son desviacionistas frente a la comunidad cristiana en la que no son realmente aceptados. Permanecen marginados respecto a ambas comunidades y por este hecho escapan a las represiones y a las normas de una u otra.

La segunda categoría, situada en el mundo anglosajón, está formada por los hijos y nietos de los pastores o por ellos mismos, éste es el caso de Rogers. Existen pocas excepciones a la regla. En este sentido, las listas establecidas por el profesor Lobrot son impresionantes. Esto se explica por el hecho de que en un mundo dominado por el dinero, el comercio y los negocios los pastores continúan afirmando valores espirituales ajenos a ese mundo y en ruptura con el, valores que ya no son reconocidos, que se califican de anacrónicos y se caricaturizan. Pero, por un efecto de retomo, por retroalimentación en el lenguaje cibernético, quienes representan los valores espirituales se vuelven tambaleantes en sus convicciones y se orientan al liberalismo, al laxismo y al modernismo, debido, precisamente, al hecho de que vive en un mundo hostil. No pertenecen ni al mundo dominado por los valores económicos, ni al mundo dominado por los valores religiosos. Están a caballo entre dos culturas y son extranjeros a una y otra.

Finalmente, la tercera categoría está formada por aquellos que, en los países latinos, pertenecen a las antiguas clases dominantes que han perdido su significación histórica desde la llegada al poder de la burguesía. La mayor parte de los

escritores románticos y de los poetas de finales del siglo XII provenían de familias de oficiales, de la pequeña aristocracia arruinada y de gentiles hombres provinciales, todos con los pies en falso en el mundo moderno, al que no podían integrarse. Pensemos, en el caso de Francia, en Georges Sand, y en el padre oficial de Napoleón, en Víctor Hugo en la misma situación, en Baudelaire, en Verlain, en Rimbaud, etc.

Durante sus estudios académicos de Psicología, realizados en el *Teacher College de Columbia University en el Institute for Child Guidance*, Rogers padece las influencias contradictorias de psicólogos de orientación psicométrica, estadística y de clínicos formados en la escuela psicoanalítica.

Un hecho importante digno de mención es el orden en el que se realizan las diversas experiencias de su carrera profesional: va de la práctica a la enseñanza y de ésta a la investigación. Por 12 años (1928-1940) fue psicólogo en un servicio de ayuda social y psicológica para niños, el *Child Study Department*, de la Sociedad para la prevención de la crueldad con los niños, situada en Rochester, en el estado de Nueva York. Durante muchos años nos dice:

... me vi completamente sumergido en el trabajo psicológico práctico, haciendo diagnósticos, dando consejos para los niños delincuentes y socialmente desfavorecidos que nos enviaban los tribunales y los servicios sociales, y desarrollando, a menudo, entrevistas terapéuticas (Rogers, 1972, p. 9).

Posteriormente comenzó su vida universitaria; fue durante cinco años profesor de la Universidad del Estado de Ohio, de 1940 a 1945; 12 años en la Universidad de Chicago, de 1945 a 1957, en donde, además de su trabajo docente, fundó y dirigió el *Counseling Center*. Centro de orientación psicológica de la Universidad, abierto a los estudiantes y al público; después, de 1957 a 1963 pasa a la Universidad de Wisconsin que le ofrece todas las posibilidades para aplicar sus teorías. A partir de 1963 -y hasta 1987 (año de su muerte)-, deja la Universidad para dedicarse a la investigación en el Instituto del Oeste sobre la Ciencias del Comportamiento en el pequeño pueblo de la Jolla, en California, donde ha escrito sus últimas obras.

Desde su ingreso a la universidad, la vida profesional de Rogers se divide en tres partes prácticamente iguales desde el punto de vista cuantitativo: el trabajo clínico y práctico de la psicoterapia; la enseñanza y la investigación experimental, sobre el proceso terapéutico, emprendida con sus alumnos o colegas.

En cuanto a la obra escrita de Rogers, es al final de sus años en Rochester cuando comienza a formular su pensamiento de manera sistemática. Su primer libro *The Clinical Treatment of the Problem Child (El Tratamiento Clínico del Niño Problema)*, data de 1939. En 1942 aparece *Counseling and Psychotherapy (Orientación y Psicoterapia)* esta es la primera vez que Rogers emplea la expresión "orientación no-directiva" para caracterizar su método.

Al redactar este libro, Rogers se percata de que sustenta un punto de vista propio y original en materia de psicoterapia.

Client-Centered Therapy: Its currents Practice, Implications and Theory (Terapia centrada en el cliente) publicado en 1951, es la obra monumental en la que las perspectivas de Rogers se desarrollan, se precisan y se articulan de manera sistemática. Las investigaciones experimentales que Rogers acumuló durante muchos años, ocupan un lugar importante en su obra *Psychotherapy and Personality Change (Psicoterapia y cambio de la personalidad)* redactado en 1954. En esta obra, Rogers y sus colaboradores nos ofrecen un conjunto de investigaciones experimentales sistemáticas acerca de los efectos de la psicoterapia no-directiva o centrada en el cliente.

Su obra *On Becoming a Person (Desarrollo de la persona)*, publicada en 1961, reagrupa los artículos y conferencias de la década de 1950. El pensamiento de Rogers que hubiera podido creerse fijo, evoluciona sin que haya ruptura con las obras anteriores, se profundiza, aparecen nuevos términos como el de la experiencia inmediata, y el de la fraternidad; temas anteriores son abandonados o modificados (especialmente el de las técnicas de la psicoterapia). Al mismo tiempo, el pensamiento de Rogers se clarifica bajo una perspectiva más personal y más universal: es en esta obra donde aparece su autobiografía y también los desarrollos generales de las ciencias humanas, los problemas de valor, los del terapeuta y los del hombre que descubre en el acto terapéutico. Pareciera como si el pensamiento de Rogers en esta obra tomara consciencia más profundamente de sus orígenes, se critica a sí mismo, amplía sus horizontes y promete desarrollos ulteriores.

Estos desarrollos han sido escalonados en tres nuevas obras: *Freedom to Learn (Libertad para aprender)* que trata de la pedagogía no directiva y aparece en 1968; *On Encounter Groups (Sobre los grupos de encuentro)* publicada en 1970 y que refleja la orientación no directiva en la animación de los grupos y finalmente, su obra más reciente, en 1973, *Becoming Partners (Reinventar la pareja)*, que trata la problemática conyugal y el tratamiento no directivo de la misma.

Es necesario añadir a estos libros, que son los más importantes, otras publicaciones, artículos y conferencias. En total 168 títulos de 1930 a 1973. Tampoco podemos olvidar múltiples trabajos de otros autores que han sido influidos por Rogers y la actual multiplicación de estudios sobre el autor y su obra, especialmente en Europa. Se puede afirmar sin riesgo de equivocación que Rogers es el psicólogo norteamericano contemporáneo que ha logrado penetrar más profundamente en el ambiente de la psicología europea.

En el próximo apartado se revisaran los planteamientos rogerianos en el terreno de la terapia. Sin embargo, antes de realizar una exposición detallada de los mismos, es necesario hacer algunas observaciones de carácter personal.

SOBRE LA EPISTEMOLOGÍA DE ROGERS

La primera de estas observaciones versa sobre el estilo de Rogers y la evolución del método científico en psicología. Sus obras presentan trabajos que se realizan

con métodos muy diversos: Hay informes de casos terapéuticos, que se acercan al máximo de la vivencia (Rogers fue el primero en publicar, hasta donde llegan mis conocimientos, la grabación integral de un caso; Bryan en 1942) y también experiencias rigurosamente planificadas que utilizan medidas y un tratamiento estadístico sofisticado.

Las teorías de Rogers a veces se infieren casi imperceptiblemente de la acción terapéutica y en otras ocasiones, se plantean como una conceptualización rigurosa articulada que desemboca en definiciones operatorias de variables medibles.

Cronológicamente hablando, podría pensarse que hay una evolución entre una fase subjetivo-intuitiva, más o menos de 1940 a 1950, escalonada por *Counseling and Psychotherapy* y *Client-Centered Therapy* a una fase experimental objetiva con *Psychotherapy and Personality Change. On Becoming a Person*, Rogers tiende a efectuar una síntesis entre las dos aproximaciones mencionadas.

Pero en realidad el proceso es más complejo porque ambas coexisten desde el principio hasta el fin en la obra de Rogers. Su intención es la de conciliar e integrar el método clínico con el método experimental.

Por este motivo debemos preguntar acerca de la conceputación que Rogers tiene de la verdad y de los medios de obtenerla, sobre su concepción de la ciencia, en síntesis, sobre su epistemología implícita o explícita.

Rogers trata de satisfacer y de integrar dos exigencias aparentemente contradictorias: Una fenomenológica y una experimental. Se puede relacionar esta doble orientación del pensamiento rogeriano con los conflictos que se manifiestan al inicio de su vida profesional, en su indecisión entre las ciencias de la naturaleza y la religión. En el plano sociocultural, la formación de psicólogo que recibió Rogers en los años treinta en el contexto general de la investigación en Estados Unidos, donde la investigación experimental gozaba del estatus más elevado, y el clima pragmático de la sociedad americana, ejercieron una influencia innegable en favor de una orientación rigurosa. Por otra parte, algunos valores o actitudes de la sociedad americana, entre otros el optimismo, el espíritu mesiánico y el puritanismo, ejercieron una acción profunda en Rogers, ciertamente, estos valores no se traducen de manera simple en él quien, en muchos aspectos, es un desviacionista y adopta una actitud crítica ante su propio país que lo conduce a no satisfacerse con una actitud científica que le aparte de su experiencia personal y de sus propios valores.

¿Por qué se habla de la exigencia fenomenológica de Rogers? Se emplea este término a sabiendas que está ausente de los escritos de Rogers y que la influencia de los filósofos europeos, pertenecientes a las corrientes fenomenológica y existencial sobre Rogers, no es significativa. Rogers conoció tardíamente los escritos de Kierkegaard y de Buber, a quienes menciona por primera vez en 1961. Como él mismo lo manifiesta, su contacto con ellos le permitió constatar convergencias más que dar una orientación nueva a su pensamiento.

Rogers declaró:

No soy discípulo de la filosofía existencial. Conocí por primera vez la obra de Sören Kierkegaard y la de Martin Buber a insistencia de algunos estudiantes de teología en Chicago que trabajaban conmigo... y mientras que hay muchas cosas en Kierkegaard que no despiertan ninguna resonancia en mí, hay por aquí y allá, intuiciones profundas y convicciones que expresan de manera maravillosa pensamientos que he tenido y que he sido incapaz de formular. Aunque Kierkegaard haya vivido hace 100 años no puedo evitar considerarle como un amigo sensible y extremadamente comprensible (Rogers, 1972, p. 153).

Él es un fenomenólogo en la medida en que la fuente de todo conocimiento auténtico reside en una experiencia inmediata de sí y del otro, una experiencia que partiendo de lo cotidiano, se desprende de lo que éste tiene de prejuicios y marcos intelectuales deformantes; Rogers la describe como "cultura pura", sin inhibiciones o precauciones intelectuales y que no está limitada por el reconocimiento de sentimientos contradictorios; por otra parte, esta experiencia es la de una unidad y una totalidad no analizable. Finalmente, la experiencia de sí y del otro es al mismo tiempo un encuentro, en el que ambos convergen y se confirman mutuamente.

El método de Rogers es la comprensión de sí mismo y del otro (la empatía, palabra que ha puesto de moda, respecto al otro y a la congruencia consigo mismo). El lugar privilegiado de la experiencia inmediata es la terapia y más particularmente, determinados "momentos álgidos" de la terapia en que la comprensión es máxima y la distancia consigo misma, mínima.

No parece arbitrario acercar estos planteamientos a algunos temas que encontramos en el pensamiento fenomenológico de Husserl y Merleau-Ponty, por ejemplo, la puesta entre paréntesis, la totalidad y especialmente el sentido nuevo dado a la objetividad, que es buscada, no ya en un rechazo de la subobjetividad, sino en un acuerdo de las visiones subjetivas, en la intersubjetividad. Como lo afirma la profesora Favez-Boutonier (1959):

Según el fenomenólogo, cuando una experiencia es vivida, cuando una comprensión de la existencia es suficientemente rigurosa, cuando se han apartado los prejuicios, los clichés y las convenciones en los que se desliga en general cada experiencia personal, se llega a encontrar ese sentido de la existencia que es el punto de partida de cada experiencia subjetiva, entonces se siente esa intersubjetividad que es la garantía de la objetividad (p. 99).

En efecto, hay diferencias entre la fenomenología de los fenomenólogos y la de Rogers. La diferencia radica en que Rogers es un fenomenólogo en tanto también es psicólogo-terapeuta. El proceso que lleva a la experiencia inmediata es la tera-

pia, tanto para el terapeuta como para el cliente. Es un proceso más comprometido, menos racional, más cargado de elementos afectivos que el del filósofo aunque éste sea un fenomenólogo.

De este modo, las hipótesis fundamentales de Rogers no son en su origen más que la formulación subjetiva de su experiencia de terapeuta y de la experiencia de sus clientes. Nos la presenta en su estilo subjetivo y concreto, voluntariamente no desligado ni abstraído de la experiencia.

Él mismo dice que se trata de actos de fe y de creencias, pero al mismo tiempo señala que en esto no difieren de cualquier hipótesis científica en la medida en que unas y otras están abiertas y sujetas a la verificación de la experiencia (en el sentido experimental y fenomenológico del término). Numerosos textos de Rogers tienen un carácter autobiográfico y están redactados en primera persona y esto incluso cuando tratan de cuestiones teóricas. Así, el artículo "Persona o ciencia", que trata de la epistemología, contiene la siguiente frase: "Éste es un documento muy personal, escrito especialmente para mí mismo..." (Rogers, 1972, p. 154). Podríamos multiplicar los ejemplos.

A continuación se presenta un texto sobre "Aprender y enseñar", tomado de una conferencia de Rogers en la Universidad de Harvard acerca del tema:

¿Cómo la enseñanza en clase puede influir en el comportamiento humano?.

En los momentos que siguen voy a tratar de condensar lo que he concluido en mi experiencia de docente y en la práctica de la terapia individual y colectiva. No se trata de presentar conclusiones para los demás, son conclusiones para mí. Tampoco intento proponer un modelo sobre lo que debe y no debe hacerse. Se trata simplemente de un ensayo para explicar mi experiencia en la actualidad, abril de 1952, y del planteamiento de unos interrogantes que me inquietan por parecer absurdos. Formularé cada una de mis ideas o explicaciones en un párrafo separado, no en razón de que sigan un orden lógico sino porque, para mí, cada explicación tiene su propia importancia.

Voy a tratar de condensar los resultados de mi experiencia en la enseñanza y en la práctica de la terapia individual y colectiva.

1. Mi experiencia me ha llevado a pensar que no puedo enseñar a nadie.

Se trata de una tentativa inútil.

2. Me parece que todo lo que puede ser enseñado a otra persona es relativamente inútil y no tiene sino poca o ninguna influencia sobre su comportamiento. Esto me parece tan ridículo que no puedo evitar la duda en el momento mismo en que lo expresé.

3. Me doy cuenta de que progresivamente me voy interesando sólo por los conocimientos que pueden tener una influencia significativa sobre el comportamiento de un individuo. Puede ser que se trate de una idea muy personal.

4. He llegado a creer que los únicos conocimientos que pueden influir en el comportamiento de un individuo son aquellos que él descubre por sí mismo y se apropia.

5. Estos conocimientos descubiertos por el individuo, estas verdades personalmente apropiadas y asimiladas en el transcurso de una experiencia, no pueden ser directamente comunicadas a otros.

Desde el momento en que un individuo trata de comunicar directamente este tipo de experiencia, a menudo con entusiasmo seguro, se convierte en una enseñanza y sus resultados son fútiles. Me he consolado recientemente comprobando como el filósofo danés Sören Kierkegaard llegó a la misma conclusión hace más de un siglo. Así me parece menos absurda.

6. La consecuencia de lo que precede es que mi profesión de "enseñante" no presenta para mi ningún interés.

7. Cuando trato de enseñar, como me pasa algunas veces, quedo consternado por los resultados (que son apenas algo más que insignificantes) porque a veces, la enseñanza parece alcanzar su meta. Cuando este es el caso, me doy cuenta que el resultado es perjudicial: en efecto, el individuo pierde confianza en su propia experiencia de tal forma que toda posibilidad de conocimiento auténtico queda descartada. Concluyo que los resultados de la enseñanza son o insignificantes o dañinos.

8. Cuando miro hacia atrás, para examinar los resultados de mi enseñanza, la conclusión a la que llego es idéntica: o bien me ha hecho mal, o bien no me ha aportado nada. Esto me parece inquietante.

9. En consecuencia me doy cuenta de que me intereso sólo por aprender y preferentemente cosas importantes que tengan una repercusión sobre mi comportamiento.

10. Encuentro satisfactorio el aprender, bien sea en grupo, en relaciones individuales como en terapia, o solo.

11. He descubierto que la mejor manera de aprender y la más difícil por cierto es, para mí, la de abandonar mi actitud defensiva (al menos provisionalmente) para tratar de comprender cómo otra persona concibe y vive su propia experiencia.

12. Otra manera de aprender es, para mí, expresar mis dudas, tratar de clarificar mis problemas, con el fin de comprender mejor la significación real de mi experiencia.

13. Todo este conjunto de experiencias y significaciones que he descubierto, me han lanzado en un proceso apasionante y a veces inquietante. He llegado a dejar que mi experiencia me guíe en una dirección que me parece positiva hacia metas que no percibo claramente, mientras tanto he de descubrir lo que significa. Tengo la sensación de bogar sobre un río que crece sin cesar, llevado por la esperanza de comprender la complejidad constante de sus cambios. Para volver a nociones más prácticas ya que temo haberme alejado no sólo del problema del "enseñante" sino también del mismo alumno, añadiré que estas interpretaciones de mi experiencia si bien pueden parecer extrañas e incluso sorprendentes, no tienen nada en sí que sea particularmente chocante.

Es sólo cuando considero sus consecuencias cuando me asusto, al ver lo que me he alejado de las nociones dictadas por el buen sentido que todo el mundo acepta como correctas. Para ilustrar lo que acabo de expresar, diré que si otros

han tenido la misma experiencia y han descubierto la misma significación, se derivarían cierto número de consecuencias:

1. Esta experiencia implicaría que es necesario renunciar a toda esperanza. Los que desearían aprender alguna cosa se reunirían para hacerlo.
2. Se abolirían los exámenes porque no sirven nada más que para medir conocimientos sin valor.
3. Por la misma razón, se abolirían todos los diplomas y calificaciones.
4. Se abolirían los diplomas y títulos de competencia por la misma razón. Además, un diploma indica el fin o la conclusión de algo: ahora bien, quien quiere *aprender*, sólo se interesa en un proceso continuo de aprendizaje.
5. Otra implicación consistiría en que debemos renunciar a sacar conclusiones, porque es evidente que nadie adquiere un conocimiento válido por medio de conclusiones. No quiero ir más lejos pues temo lanzarme en un universo demasiado fantástico. Lo que me gustaría saber antes que nada, es si alguna parte de mis pensamientos personales corresponde a su experiencia de enseñanza en la clase tal y como ustedes lo han vivido, y si esto es así, cuál es la significación válida para ustedes de su propia experiencia (Rogers, 1972, pp. 197-199).

Este estilo característico de Rogers, por chocante que pueda parecer al admirador de la objetividad skinneriana, se debe interpretar en el mismo sentido, el uso de casos y las citas de entrevistas terapéuticas que aparecen en las obras predominantemente experimentales, como *Psychotherapy and Personality Change*. Incluso cuando Rogers se consagra a operaciones teóricas experimentales, "científicas", en el sentido tradicional, hace todo lo posible por relacionarse con la experiencia global y subjetiva de la terapia, de la que derivan sus teorías (Rogers y Dymond, 1954).

Efectivamente, Rogers no sólo pretende encontrar una racionalidad universal en la experiencia inmediata y singular de la terapia, sino que aspira, a vincularla a esa forma tradicional de la racionalidad que es la ciencia experimental. Rogers y sus estudiantes fueron los primeros terapeutas en efectuar trabajos experimentales rigurosos sobre el proceso terapéutico. Se afirma que una fundación estadounidense propuso créditos para efectuar una validación experimental de la terapia a todas las escuelas terapéuticas notables de los Estados Unidos, entre las cuales ocupaba el primer lugar la freudiana. La fundación recibió una respuesta negativa de todas las escuelas, salvo de los rogerianos. Éstos aprovecharon el crédito total que fue utilizado en los estudios referidos en *Psychotherapy and Personality Change*.

Los rogerianos no dudaron en tratar de definir conceptualmente de forma operacional y en medir aspectos poco palpables como "la actitud positiva del terapeuta hacia el cliente", "la empatía", "la congruencia", "la convergencia entre el ego real y el ego ideal", "la distancia a la experiencia inmediata".

Presentan la paradoja de ser a la vez los terapeutas más "subjetivos" abandonados del compromiso del terapeuta en la relación, de la vivencia, de la experien-

cia inmediata antiintelectualista y antitecnicista y son, al mismo tiempo, los más severos y "objetivos" experimentalistas.

Rogers discutió esta paradoja en su artículo "Persona o Ciencia" (Rogers, 1972, pp. 153-175). En él hace dialogar a dos personajes; ambos presentes en él mismo, el hombre de ciencia (cientista) y el hombre de experiencia (experiencista). El diálogo es en primer lugar una oposición, una tensión, una contradicción.

El cientista reclama la ausencia de pruebas aportadas por el hombre de experiencia, y en caso de que éste las busque, lo considera un trabajo inútil ya que para el experiencista toda la verdad se funda en la experiencia subjetiva. Insiste en que por ese camino es imposible progresar en el terreno del conocimiento y de la técnica y no se pueden efectuar previsiones. Finalmente, alude a la repulsa gratuita por parte del experiencista del método científico, responsable de todo el progreso de la humanidad.

El hombre de experiencia, por su parte, sostiene que la ciencia, siendo siempre ciencia del objeto, es incapaz e impotente para captar lo que brota de la experiencia interna del sujeto-que-se-realiza y, por consiguiente, incapaz de dar cuenta de un proceso tan tímido como la terapia. Dice Rogers:

La ciencia puede con gran certeza, estudiar los acontecimientos que se producen pero siempre de un modo que no corresponde al proceso que los produce. Analógicamente, podría decirse que la ciencia puede realizar una autopsia de los acontecimientos muertos de la terapia pero que por su propia naturaleza, no puede penetrar en la psicología viviente de la terapia (Rogers, 1972, p. 164).

La ciencia sería, por consiguiente, ciencia del objeto y también ciencia del pasado, y de un pasado petrificado y muerto.

Otra crítica del experiencista: al desarrollar las ciencias humanas desembocan en una despersonalización y en una reeificación de las relaciones humanas. Esto conduce a una manipulación del objeto, en este caso, del hombre. El hombre de experiencia concluye con el primado de la ética sobre la ciencia, una ética como la que se construye en la terapia entre personas que toman consciencia de su ser de "personas totales y vivientes".

Rogers acentúa el dilema, pero nos propone enseguida una solución que no es ni el rechazo de la ciencia ni el rechazo de la experiencia inmediata. Se trata de una nueva concepción de la ciencia que descubre los orígenes vivientes de la misma en los hombres que la producen. No existe la ciencia, existen hombres en busca de la verdad por diferentes razones.

En el estadio creativo en la elaboración de hipótesis, toda ciencia arranca de una experiencia subjetiva de su objeto. Incluso en los estadios ulteriores más intelectualizados, como la concepción y la experimentación, se trata de un proceso que no pierde jamás sus componentes afectivos ni subjetivos. Uno quiere, por ejemplo, "no engañarse a sí mismo". Se trata también de un proceso social de

comunicación con otro, especialmente con el cuerpo de investigadores; comunicación en la que intervienen necesariamente prejuicios, valores, elecciones. A *fortiori*, en el estadio de utilización de los resultados, son inevitables los problemas éticos y de relación.

La ciencia es un proceso de comunicación consigo mismo y con el otro, orientado y guiado en cada etapa por valores. No puede ser separada de la experiencia vivida, ni tampoco los sabios del resto de la sociedad. Sólo es peligrosa cuando se separa y se reifica, cuando se utiliza de manera defensiva para negar aspectos de la realidad, especialmente las tendencias positivas de los hombres, como lo hace la ciencia actual. Incluso en este último caso, no es "la ciencia" la que es cuestionada, sino los hombres y la sociedad que producen una determinada ciencia defensiva, estrecha, rígida y manipuladora.

La ciencia (sostiene Rogers), al igual que la terapia y todos los demás aspectos de la vida, nace y se funda en la experiencia inmediata y subjetiva de la persona. Brota de la experiencia total, orgánica, interior que no es más que parcial e imperfectamente comunicable. Es una fase de la vida subjetiva (Rogers, 1972, p. 174).

En consecuencia, la ciencia, para ser fiel a su naturaleza, debe estar abierta a la experiencia inmediata e íntima del sabio, debe abrirse a la experiencia del otro, pero no sólo a la experiencia subjetiva e intersubjetiva, sino también a otras formas de experiencia y comunicación más distanciadas como la teoría y la experimentación. La ciencia debe permanecer lúcidamente consciente, en todos sus estadios, de que su naturaleza no es el puro conocimiento, sino una comunicación concreta y recíproca entre los hombres, comprometida en la acción, cargada de valores y de profundas implicaciones sociales.

A fin de cuentas, las exigencias fenomenológica y experimental, en lugar de excluirse o disolverse en un compromiso confuso, se refuerzan mutuamente. La experiencia auténtica de sí y del otro en la terapia no tiende a cerrarse sobre sí misma sino más bien a abrirse a otra forma de experiencia: se formula en lenguaje; primero en el lenguaje íntimo y privado que asegura la comunicación entre el terapeuta y el cliente, posteriormente en el lenguaje teórico más universal que permite una comunicación más extensa. A este respecto: ¿no tendrá el método teórico-experimental por función la de organizar comunicaciones satisfactorias entre los sabios y entre éstos y los sujetos de experiencia?

El método experimental, por otra parte, se nutre de la experiencia fenomenológica si no quiere apartarse de sus fuentes: es guiado por ella en cada uno de los pasos y desemboca nuevamente en la experiencia fenomenológica, al final, cuando se trata de apreciar los resultados, de valorarlos y elaborar nuevas hipótesis.

Epistemología de Rogers:

Se puede confiar en la propia experiencia:

Uno de los principios fundamentales que tardé más en descubrir y que continuo descubriendo, es que cuando siento que una de mis actividades es buena

y que vale la pena continuarla, ésta es la prueba de que debo continuarla. Dicho de otro modo, he aprendido que mi apreciación orgánica de una situación es más digna de confianza que mi intelecto (Rogers, 1972, p. 20).

Una evaluación hecha por otro no sirve de guía:

Los juicios de los otros no pueden nunca servirme de guía, aunque tenga el deber de escucharlos y tomarlos en cuenta. A mis ojos, la experiencia es la autoridad suprema. Mi propia experiencia es la piedra de toque de toda validez. Y esto no porque sea infalible. Es la base de toda autoridad porque puede ser siempre verificada por medios primarios (Rogers, 1972, p. 21).

Es placentero discernir un orden en la propia experiencia:

Por eso he llegado a considerar la investigación científica y el proceso de elaboración de ideas como medios para descubrir un orden interno en la experiencia significativa. La investigación es un esfuerzo constante y disciplinado para dar sentido y orden a los fenómenos de la experiencia subjetiva. Sólo existe para mí una razón válida para continuar una actividad científica: satisfacer mi necesidad de encontrar significación (Rogers, 1972, pp. 22-23).

Los hechos son amigos:

Por ello, aunque detesto tener que revisar todavía mis opiniones y tener que abandonar mi forma de percibir o conceptuar, he acabado por reconocer, a nivel más profundo, que esta difícil reorganización es lo que se llama aprender y que, por desagradable que sea, conduce siempre a una percepción más satisfactoria, por ser más exacta, de la vida (Rogers, 1972, p. 23).

SOBRE LA PSICOTERAPIA

La originalidad de Rogers no es menor cuando se trata del método en psicoterapia. Es la misma noción de método lo que Rogers cuestiona. La psicoterapia es un encuentro entre dos hombres; el terapeuta y el cliente. Los únicos factores que operan en la terapia son las disposiciones profundas del terapeuta hacia el cliente, su mayor o menor disponibilidad hacia sus propias emociones y las del cliente; su grado de autenticidad y coherencia interna. El arsenal conceptual, metodológico y técnico del terapeuta sirve de vehículo a sus actitudes, un vehículo que no puede faltar ya que es producto de las mismas actitudes, pero que no tiene ninguna eficacia. Si el terapeuta se imagina que conduce racional y técnicamente la terapia, por un lado se engaña y por el otro, se aleja de una terapia efectiva, porque rehúsa aceptar sus propias emociones y la relación viva en el tiempo. El cliente no es ni objeto de conocimiento, ni objeto de acción. Es un sujeto en relación, respecto al cual otro sujeto, el terapeuta, se sitúa. Para descubrir esta situación es necesario y suficiente caracterizar la actitud del terapeuta hacia el cliente en relación. Entre el terapeuta y el cliente no se interponen ni un papel social, ni un sistema conceptual o metodológico. Se trata de una relación humana, integral y auténtica, puede decirse que se trata del prototipo de la relación humana.

Este punto de vista es novedoso. El psicoanálisis lo preparó al introducir las nociones de transferencia y contratransferencia, la neutralidad benevolente. Pero además de que estas nociones no se encuentran tal cual en Rogers, lo que es novedoso es su radicalismo ya que ve en los factores de actitud, los únicos factores de la terapia. Rogers se aparta totalmente del prejuicio cientista al que se sacrifica en parte el psicoanálisis.

En una entrevista concedida a la revista *Psychologie* (1973), Carl Rogers pone de manifiesto su punto de vista respecto a la terapia freudiana.

Periodista: En la teoría freudiana, estima el terapeuta que el cliente no sabe nunca cuál es su verdadero problema y que además, es incapaz de descubrirlo porque, precisamente su finalidad, es ocultárselo a sí mismo. Ante todo, no quiere ver su problema. ¿Qué opina usted?

Rogers: Sí y no. Digamos que si el cliente se siente amenazado, cosa que sucede a veces en las sesiones de psicoanálisis, si siente que alguien le está mirando con ojos de experto, que también es frecuente, es incapaz de descubrir sus problemas. Pero puede ser diferente. Personalmente intento, en primer lugar, crear un clima psicológico muy caluroso, muy comprensivo, verdadero, lleno de respeto y simpatía hacia el otro, un clima que le permite abrirse y descubrir cuáles son sus problemas.

Periodista: ¿No acepta la actitud intelectual, fría y distante del terapeuta europeo?

Rogers: Yo también comencé mi carrera como espectador. Puedo, por tanto, comprender esa actitud, pero no la acepto. Sé porqué los psicoanalistas consideran esta actitud como la mejor, pero he terminado por convencerme de que están completamente equivocados. Pienso que el cliente sólo puede cambiar cuando se le brinda un contacto personal: la actitud fría e intelectual no puede suscitar más que una reacción intelectual, pero jamás un cambio en el comportamiento. Los contactos más calurosos pueden provocar un cambio de comportamiento.

Adoptando esta posición, Rogers ha violado el tabú de que una profesión se define en términos del papel social. En la entrevista terapéutica, nos dice, no hay más que dos hombres cara a cara y podríamos afirmar que no es necesario decir que uno es el terapeuta y el otro el cliente. En todo caso, no es su cuerpo profesional el que constituye al terapeuta ni tampoco sus conocimientos teóricos o técnicos, sino su capacidad para ayudar. Pero, entonces: ¿para qué sirven los pesados manuales profesionales, las sociedades de sabios, sus jerarquías y rituales? No hay nada menos alentador que el pensamiento de Rogers para aquéllos que tienden a protegerse en estas "elaboraciones" para evitar su compromiso en la relación terapéutica.

Sin embargo, he aquí otra paradoja, Rogers se ha preocupado al detalle por las técnicas de la psicoterapia. Las consideraciones técnicas del psicoanálisis, por

ejemplo, son demasiado generales en lo que respecta al comportamiento concreto del terapeuta hacia el cliente.

Los manuales del psicoanálisis informan del contenido de una intervención posible en un determinado contexto, pero dejan en la incertidumbre en cuanto a la forma de esa intervención: ¿se tratará de una explicación, de una repetición de las palabras del cliente, de una segunda lectura? El psicoanálisis no dispone de conceptos para estudiar estos aspectos que se dejan al "arte del analista". Rogers y sus discípulos se han interesado por estos aspectos. Para Rogers, el "estilo" y la "forma" de la intervención del terapeuta son importantes, quizá mucho más que el contenido ya que deben traducir la actitud del terapeuta como la "condición necesaria y suficiente" de la terapia. Intervenciones con el mismo contenido pueden tener efectos diversos, según la forma. De ahí que Rogers haya efectuado un estudio pormenorizado y elaborado a detalle de las técnicas de intervención.

Por otra parte, esta perspectiva rogeriana no anula ni disminuye las preocupaciones científicas del terapeuta. Pero éste no puede ser hombre de ciencia de la misma forma que el científico tradicional. En el acto terapéutico descubre por qué actúa y en la medida en que actúa. Hay identidad entre el acto terapéutico y el acto científico. Fuera del acto terapéutico el terapeuta puede tratar de verificar sus intuiciones clínicas acudiendo a la información conceptual y metodológica de la ciencia. Pueden distinguirse dos tipos de actividades científicas:

El primero corresponde a las actividades heurísticas propiamente dichas y al núcleo de la actividad científica; el segundo a las actividades menos nobles de clasificación conceptual y verificación.

El primer tipo no sólo no es antagónico a la actividad terapéutica, sino que por el contrario se identifica con ella. Las actividades del segundo tipo, sí son un obstáculo a la actividad terapéutica y deben ser realizadas al margen de ella.

SOBRE EL CARÁCTER NO DOGMÁTICO DE ROGERS

La influencia de Rogers se ejerce en todas partes; en EUA, en Europa, en Latinoamérica. En cualquier parte existe una escuela rogeriana, así como existen escuelas freudianas, junguianas, adlerianas, skinnerianas, gestálticas, e incluso morenianas. El pensamiento de Rogers penetra en lugares muy alejados de su punto de origen: la psicoterapia. No sólo la educación, sino también en las técnicas de encuestas con la entrevista no directiva, en las consultorías, en el campo de la animación de grupos y de la intervención en organizaciones, en el terreno del mando, la acción política y social. Los que se inspiran en Rogers lo "contestan" a menudo, y se sienten libres de interpretarlo a su modo.

Estas modalidades curiosas de la influencia de Rogers son características de su propio pensamiento, como se ha visto. Se trata de un pensamiento profundamente

abierto, un pensamiento que no fomenta una actitud dogmática en los demás. Pero, al mismo tiempo, este no-dogmatismo es todo lo contrario de un escepticismo conformista e indiferente fundado en el sentido común. Por el contrario, por ser profundamente original y creador, el pensamiento de Rogers escandaliza. Es una provocación constante que nos obliga a definirnos. Esta es la razón de la paradoja de una inmensa difusión que no llega a constituirse en Escuela y que se efectúa por la contestación y el diálogo.

Rogers es una protesta viviente contra las corrientes dominantes de la sociedad industrializada y el tipo de pensamiento científico que produce. En concreto, es una "contestación" de la sociedad y la ciencia estadounidense, en el propio nombre de sus ideales explícitos que no se cumplen en la práctica. Los parientes ideológicos próximos de Rogers son los disidentes del psicoanálisis; Otto Rank, Karen Horney, Harry Sullivan y los filósofos y terapeutas existenciales, como Rollo May.

Hay una orientación que podría calificarse de "intimista" en la psicología estadounidense y que tiende a reforzarse. A esta orientación pertenecen los terapeutas existenciales como Rollo May y Maslow, la escuela californiana de formación con Tanenbau y Wechsler, y también el propio Rogers. Asimismo, esta corriente se refleja en el campo de la literatura y del arte. Las características de esta orientación intimista son: la búsqueda de la autenticidad, de la relación privilegiada con la pareja o con la naturaleza, el recelo ante las masas, las estructuras y la organización social.

Sería fácil denunciar el carácter alienado de esta "contestación" en relación con la sociedad global y sostener que la relación privilegiada entre dos o más es una compensación a relaciones macrosociales no satisfactorias que no se tratan de cambiar o no se osa atacar; que se trata de un nuevo opio, accesible a unos pocos privilegiados, que dispensa de un cuestionamiento general sobre la sociedad y sus estructuras (Pages, 1970).

Ante esta denuncia, cuyos supuestos discutibles se analizarán más adelante, se pueden adoptar dos actitudes:

La primera consistiría en rechazar la aportación de Rogers o en no ver en ella más que una contribución estrechamente localizada en el dominio de las relaciones interpersonales dependiente, además de condiciones sociales muy particulares.

La segunda, por el contrario, vería en la obra de Rogers un aporte, condicionado por las condiciones sociales en que surge, pero altamente significativo desde el punto de vista sociológico y que se trataría de extender. La emergencia de individuos no alienados y de formas de relación que conducen a la no alienación, aunque sólo se produzcan en lugares privilegiados, en especie de islas culturales, es un acontecimiento sociológico y práctico. A partir de éste no es inconcebible la construcción de una sociología no directiva que prefiero calificar de autogestoria o democrática, fundada en el reconocimiento de una afectividad colectiva

y sobre métodos capaces de liberarla. Brindaría una salida al *impasse* de la agresividad en el que nos hundimos de manera progresiva.

La intuición genial del rogerismo es que el miedo al otro y a las amenazas que enfrentamos, no sirven para nada; sólo nos hunden más en los mismos sentimientos de los que intentamos escapar. Si se toma esta vía, se cae en una escalada progresiva que conduce a un infierno sin salida. El único medio para salir es tomar de frente y decididamente otro camino, el de la comprensión y la apertura.

Directividad y no-directividad

En la psicoterapia tradicional, el papel desempeñado por el terapeuta sitúa al cliente en una relación de dependencia. Todo lo que sea iniciativa o creatividad es acaparado por el experto. La regla de la abstinencia del psicoanálisis nos sirve como botón de muestra para comprobar la existencia de esa concepción.

Freud, en su obra *Técnicas del psicoanálisis* (1953), define así la regla de la abstinencia: "... con el fin de que el enfermo no pueda abandonarse a sus pulsiones que son capaces de llevarlo al desastre, el médico hará prometer que no tomará ninguna decisión importante mientras dure el tratamiento" (p. 112). Este enunciado revela una práctica de naturaleza totalmente "directiva" y que puede presentar grandes peligros en la medida en que el cliente la sienta como ataque, como una invasión de su vida por el psicoanálisis y el psicoanalista, literalmente, como una alienación. Con esta práctica, el psicoanalista adopta la actitud de modificar directamente, por sugestión y presión, las defensas del cliente, entrando en contradicción con otros postulados de su propio sistema terapéutico.

Este modelo de la psicoterapia tradicional encierra, según Rogers, una actitud de desconfianza y usurpación, simboliza un pesimismo latente respecto al prójimo; se teme el libre desarrollo de las potencialidades del individuo, constriniéndolo a relaciones de sumisión y a programas de tratamientos estrictos. Tanto si se trata del desarrollo personal como de la capacidad de autodeterminación, el individuo "posee, en potencia, la competencia necesaria para solucionar sus problemas" (Rogers y Kinget, 1968, p. 252).

El lugar de la formación así como el de la evaluación, se hallan en el individuo y no en los demás. Si tuviéramos que admitir que los individuos no son capaces de formarse y orientarse en la vida por sí solos, por consiguiente, las funciones de evaluación tuvieran que depender de la competencia de especialistas, habría un control social totalitario.

La consecuencia lógica de este sistema consistiría en la dirección del destino de la mayor parte de la humanidad por las decisiones de una minoría, hasta el punto (el de un *Mundo feliz* de Aldous Huxley) de que ello representaría graves riesgos ya conocidos por los individuos (la dependencia, la degradación neurótica, seguidos después por la dislocación social) (Rogers y Kinget, 1968, p. 253).

Al constreñir el desarrollo del individuo, las actitudes sistemáticamente directivas lo hacen dependiente, es decir, desprovisto de toda autenticidad; impiden que se autocontrole de manera auténtica; crean barreras, resentimientos e inhibiciones.

Para Rogers la falta de autenticidad, fruto del estado de dependencia, es aquella situación en la que el individuo:

Valora su experiencia en función de criterios obtenidos de otros, en vez de valorarla según su satisfacción (o falta de satisfacción) vivida, auténticamente experimentada. Dicho de otro modo, concede valor ya positivo, ya negativo, a los diversos elementos de su experiencia, teniendo en cuenta no su efecto favorable o desfavorable para su actuación personal, sino la escala de valores de otros individuos (Rogers y Kinget, 1968, p. 186).

El ser se encuentra entonces en un desacuerdo interno, ante una falta de "congruencia". Parte de su experiencia inmediata o anterior es sustraída a su consciencia, y la tendencia inherente a desarrollar todas sus potencialidades, de modo que favorezca su consecución y enriquecimiento, queda parcialmente desviada.

En las concepciones de Rogers, es el cliente y no el experto el que ocupa el lugar central. Por eso él prefiere hablar de "el cliente". Utiliza el término cliente (en lugar de sujeto, cliente, enfermo, alumno o consultante) con la intención expresa de señalar la originalidad de una relación en la que el ayudado decide hacerse ayudar y no abandona en ningún momento su responsabilidad ni su libertad para resolver sus problemas.

Ya desde sus primeras obras, Rogers basaba su teoría en la hipótesis de que el individuo es capaz de dirigirse a sí mismo y tiene suficiente capacidad para tratar de manera constructiva todos los aspectos de su vida que pueden llegar al campo de su consciencia.

A esta capacidad de autodirección (fundamento de las teorías rogerianas) Rogers la llama *growth*, concepto que traduciremos por crecimiento, maduración o desarrollo, pero, ¿cuál es el sentido justo de este concepto?

Rogers precisa:

El individuo posee la capacidad de experimentar conscientemente los factores de su inadaptación psicológica, es decir, las incongruencias entre el concepto de su ego y la totalidad de su experiencia. El individuo posee la capacidad y la tendencia a reorganizar su concepto del ego para hacerlo más congruente con la totalidad de su experiencia. Se desplaza, así, de un estado de inadaptación psicológica hacia un estado de adaptación psicológica (Rogers, 1958, p. 221).

El *growth* contiene dos elementos: una capacidad para percibir aspectos ocultos de la experiencia, que están en contradicción con el concepto del ego y una capa-

cidad para reorganizar la personalidad de una manera más compatible con la totalidad de la experiencia.

Pero esta definición no es la más general que ha dado Rogers ya que se refiere a una noción particular, el concepto del ego que no es necesario para una definición general de la noción rogeriana de desarrollo.

En su concepto más general, la hipótesis del desarrollo es doble: postula por una parte, una tendencia actualizante del organismo, el cual se inclina a perseguir fines que le son propios y, por otra parte, una capacidad de autorregulación del propio organismo que le permite modificar su estructura interna para conseguir sus fines. Las dos nociones de "tendencia actualizante" y de "autorregulación" están íntimamente ligadas.

Para Rogers, el organismo se concibe como una totalidad, como un todo, como una Gestalt que se integra con el medio. No puede ser analizado en entidades fijas como si fuera la combinación resultante de instintos, reflejos y necesidades. Esto no quiere decir que no sea diferenciado y que no puedan distinguirse en él estructuras particulares que corresponden a motivaciones que pueden parecer dotadas de autonomía. Ninguna de ellas, sin embargo, es totalmente autónoma. Rogers reconoce una sola motivación polimorfa a escala del organismo total: la tendencia actualizante. El sistema de Rogers desde este punto de vista es un monismo. Esta tendencia actualizante de base, es la única motivación que postula en su sistema teórico. Se debe destacar también que es el organismo como totalidad, y solamente éste, el que desarrolla esta tendencia.

No hay un homúnculo ni otras fuentes de energía ni de acción dentro del sistema. El ego, por ejemplo, es un concepto importante dentro de la teoría, pero en sí mismo "no hace nada". Las conductas que tienden a preservar y a promover el ego, no son más que una expresión general del organismo. De esta manera la tendencia actualizante tiene un dominio extremadamente vasto: engloba no solamente la tendencia a satisfacer lo que Maslow llama las **necesidades de carencia**, necesidad de aire, de alimento, de agua y otras similares, sino también actividades más generalizadas. Engloba el desarrollo de órganos y de funciones diferenciadas, el desarrollo en términos de crecimiento, de eficacia acrecentada por el uso de utensilios, el desarrollo y la capacitación para la reproducción. "Es el desarrollo hacia la autonomía y lejos de la heteronomía o del control por fuerzas exteriores" (Rogers, 1958, p. 196).

En cuanto a la regulación es un sistema de evaluación de la experiencia. Las experiencias percibidas como actualizadoras del organismo son valoradas positivamente, y de manera negativa, en el caso inverso.

En síntesis, la noción rogeriana de desarrollo (*growth*), designa entonces un conjunto de dos sistemas acoplados: un sistema motivacional unificado (tendencia actualizante) y un segundo sistema de evaluación de la experiencia, que funciona como regulador del primero.

Estos dos caracteres explican por qué el individuo tiene el poder de "dirigirse a sí mismo" (es decir, el poder de perseguir fines que le son propios y de adaptar su acción a los fines que persigue) y también el poder de reorganizar su concepto del ego, si está alejado de la experiencia total del organismo. El desarrollo, en Rogers, tal como se ha definido, es una tendencia universal e innata. Está presente, al menos en el estado de tendencia, tanto en el individuo perturbado como en el normal. Es el fundamento de la terapia que consistirá en liberar su ejercicio y que, por tanto, no podrá ser concebida como un cambio introducido del exterior por el terapeuta. La terapia no es más que facilitar un proceso de cambio espontáneo del cliente. La psicoterapia consiste en liberar una capacidad ya existente en el individuo, considerado competente en potencia, y no en la manipulación experta de una personalidad más o menos pasiva. Pero, ¿cómo concebir las perturbaciones del desarrollo, del *growth*? ¿Cuáles son sus mecanismos, su génesis? Estas interrogantes nos obligan a revisar la teoría rogeriana de la personalidad y su formación.

TEORÍA DE LA PERSONALIDAD

La hipótesis del desarrollo es el fundamento de la teoría rogeriana de la personalidad. Ésta tiende a mostrar cómo el desarrollo, el *growth*, puede ser modificado, perturbado o restaurado, a lo largo de la historia del individuo, particularmente en el decurso de su historia infantil. En un determinado momento de esa historia, momento no precisado por Rogers, aparece el concepto del ego parte del *self* del individuo. Éste no es para Rogers más que la percepción que el individuo tiene de sí mismo, resultado parcial de la diferenciación de la experiencia total, "orgánsmica". Diferenciación que es, en sí misma, un aspecto del desarrollo. Así, la experiencia total tiende a volverse más discernible, a organizarse en regiones, a ser accesible a una simbolización consciente.

La concepción del ego es uno de los productos de esta diferenciación. Pero resulta también de interacciones con otros (los otros significativos), que dan un sentido particular a la experiencia de sí.

En efecto, la aparición del ego consciente es paralela al surgimiento de la necesidad de atención positiva por parte del otro. Ésta, a su vez, origina la necesidad de atención positiva de parte del propio ego.

El individuo que busca atención positiva del otro, la obtenga o no a propósito de las experiencias que realiza, llega a ser para sí mismo, su otro significativo, dispensándose o privándose de atención positiva. Es aquí donde reside el punto esencial, dentro de la teoría rogeriana, para la comprensión de los procesos de desadaptación y de readaptación psicológica. Consiste en el hecho de que los otros (el otro significativo) pueden influir en el proceso de evaluación propio del

individuo. En el caso, actualmente generalizado, en que otros no valoren de modo incondicional la experiencia del individuo sino de una manera selectiva, valorando positivamente ciertos aspectos y negativamente otros, se produce lo que Rogers (1958) llamó "condiciones del valor" (pp. 224-225). En razón del mecanismo de introyección descrito anteriormente, el individuo también se valorará de manera condicional y selectiva. Pero en razón de la tendencia general a valorar su experiencia en función de sus valores propios no importando cuáles sean, se producirán desvíos (incongruencias) entre la experiencia y la simbolización consciente. Por ejemplo, valorará positivamente un deseo de golpear, de destruir o de ensuciar; pero al mismo tiempo se verá obligado, por la actitud del otro, a percibirse como sucio o malo, si lo hace y percibe que lo hace. Surgen entonces procesos de defensa que consisten, para el individuo, en negarse de diferentes maneras a percibir las partes de la experiencia que ponen en peligro su concepto del ego, tal y como se construye en sus relaciones con el otro. La experiencia del individuo que no es simbolizada de manera consciente, no deja de existir y se traduce cada cierto tiempo en su comportamiento, creando así una amenaza permanente para la estructura de su ego y una situación de ansiedad. Si el desvío es muy fuerte, la contradicción entre el ego y la experiencia, entre el ego y el comportamiento, será percibida y el ego se disgregará. Esto dice Rogers es la alienación fundamental del hombre. No ha sido fiel a sí mismo, a su proceso natural y orgánico de valoración de la experiencia. Al contrario, para preservar la atención positiva del otro, ha llegado a falsear algunos valores de su experiencia y a percibirla solamente a través del mérito que otros le atribuyen. Sin embargo, esto no ha sido algo consciente, sino que ha respondido a un desarrollo natural y trágico durante la infancia.

El camino del desarrollo hacia la maduración psicológica y el camino de la terapia consisten en deshacer esta alienación del funcionamiento humano y en disolver las condiciones de valor, permitiendo la construcción de un ego congruente con la experiencia y la restauración de un proceso orgánico unificado de valoración que sirva como regulador de la experiencia.

El proceso de restauración y de psicoterapia es simétrico al proceso de desintegración de la personalidad: reducción de los procesos de defensa con un aumento de la atención positiva incondicional que el sujeto experimenta para consigo mismo. Solamente reaprendiendo a valorarse consciente e incondicionalmente, y de manera no selectiva, sino positiva, el individuo puede aceptar su experiencia total tal y como es, sus valores propios tal como son, y de este modo reducir la distancia entre su ego y su experiencia, la distancia entre su comportamiento y su percepción. La acción del terapeuta consiste en crear condiciones favorables que permitan al cliente un aumento de la valoración positiva de sí. El terapeuta lo logra, si él mismo otorga un valor incondicional y no selectivo a todas las manifestaciones de la personalidad del cliente.

Rogers denomina "no-directividad" o "centrarse en el cliente" a esta nueva actitud que debe asumir el terapeuta.

Actitud no-directiva

La no-directividad es una actitud hacia el cliente. Es una actitud por la que el terapeuta se rehúsa a orientar al cliente en una dirección determinada, y a considerar que el cliente debe pensar, sentir o actuar de una manera determinada.

Definida positivamente, es una actitud por la cual el terapeuta testimonia que tiene confianza en las capacidades de autodirección de su cliente.

Es interesante observar, que para recalcar el carácter positivo de esta actitud, Rogers deja de emplear la expresión "no-directividad", que introdujo en 1942 en su *Counseling and Psychotherapy*, para utilizar la expresión "centrarse en el cliente" a partir de 1951, con su obra *Client Centered Therapy*. La razón básica de este cambio, es el carácter negativo del término no-directividad, que refleja inadecuadamente los aspectos positivos de las hipótesis y métodos rogerianos.

Cinco imperativos de la actitud

Estar centrado en el cliente significa adoptar sistemáticamente la actitud definida por los cinco imperativos siguientes:

- a) **Acogida y no iniciativa:** Se trata de una actitud de receptividad, de la acogida con la que se recibe a alguien en la casa, se le invita a entrar, a ponerse cómodo. Esto se opone a la actitud de iniciativa que coloca al cliente en la obligación de responder a preguntas y reaccionar.
- b) **Centrarse en la vivencia del sujeto y no en los hechos que evoca:** Esto significa centrarse en cómo el cliente siente y percibe a las personas y a los acontecimientos, sin tomar en consideración los acontecimientos en sí mismos; no interesarse por lo que podríamos llamar hechos objetivos.
- c) **Interesarse por la persona del cliente y no por el problema:** Renunciar a tratar el problema desde un punto de vista objetivo ya que el problema es existencial, es vivido por alguien y tiene, antes que nada, sentido para esa persona.

El terapeuta debe tratar de ver no el problema en sí, sino el problema desde un punto de vista del sujeto implicado.
- d) **Respetar al cliente y manifestarle una consideración real:** En lugar de mostrarle la perspicacia del terapeuta o de su comunicación. Se trata de intervenir de tal modo que realmente se dé al sujeto la certeza de que el terapeuta respeta su manera de ser, vivir o comprender, que no pretende mostrar su perspicacia psicológica para ponerlo en dificultades. No se trata de hacer psicología, sino de escuchar y comprender.

- e) **Facilitar la comunicación y no hacer revelaciones:** No se trata (y aquí la oposición al psicoanálisis es flagrante) de escuchar al sujeto con el objetivo de clasificar lo que dice dentro de esquemas preparados por un sistema de interpretación, ni de esperar el momento oportuno para revelar una explicación que sea la verdad de su inconsciente. Se trata de hacer un esfuerzo para mantener y mejorar su capacidad de comunicación y de formular su problema.

Los cinco imperativos no deben traducirse solamente en la intención del entrevistador, ni manifestarse sólo en la actitud ni en la calidad de la atención centrada en el cliente. Deben responder a una formulación, es decir, a arreglos de sintaxis. Así, por ejemplo, una intervención que comienza por: "Si le parece, vamos a abordar el aspecto más urgente de su problema", traicionaría todos los imperativos enunciados, en particular las reglas a, c y d. Otra intervención como: "Desde mi punto de vista, los hechos conducen a otra hipótesis en lo que respecta a su situación real..." traicionaría en particular las reglas o y e.

Técnica de la reexpresión

La técnica de la reexpresión o reformulación fue propuesta por Rogers para concretar en la entrevista, y también en la animación de grupos, la actitud no-directiva. El contexto de la entrevista se conforma de tres procedimientos principales de efecto progresivo:

La *reformulación reflejo*; consiste en parafrasear, o "reflejar" la comunicación del otro. Se aprovecha el momento en que el sujeto finaliza un periodo largo en el cual ha expresado algo, para reformular lo que acaba de manifestar de tal modo que pueda reconocer su propio discurso. No basta aprobar al sujeto diciendo "sí" o "aja" cada cierto tiempo, sino que se debe actuar del tal manera que éste comprenda que el entrevistador ha entendido.

La manera más simple de reformulación es la respuesta eco. No se puede hacer a menudo ya que el cliente, al estar constantemente frente a una repetición, no descubrirá las señales de un esfuerzo por comprenderle. Por eso, la reformulación reflejo que utiliza otros términos, considerados equivalentes por el sujeto, es superior en la medida en que se le hace patente un mayor esfuerzo de comprensión. Las respuestas de este tipo comienzan con frases como las siguientes:

- "Así que usted considera..."
- "Usted quiere decir que..."
- "En otros términos..."
- "En su opinión, por consiguiente..."

Una manera más compleja de reformulación reflejo es la *reformulación resumen*, que intenta traducir lo esencial del discurso. Supone que se haya captado lo funda-

mental de lo que el sujeto quería decir, ya que es imprescindible que esta reformulación se opere a partir de lo esencial para el propio sujeto. En esto radica la diferencia entre la actitud comprensiva y la interpretación como se vera posteriormente, ya que se parte del punto de vista del cliente; se hace el resumen desde su propio marco de referencia.

Ejemplo de reformulación resumen:

C: Cliente.

R1: R2: R3: Reformulación-reflejo.

C: "Estoy completamente desanimado"

R1: "Siente que ha llegado al límite..."

C: "Sí y no puedo más".

R2: "Usted no puede más y es eso lo que siente en este momento".

C: "No es una cuestión del momento presente, no se trata de un sentimiento pasajero".

R3: "Así, usted considera que no se trata de un mal momento sino de algo más profundo".

¿Cuáles son las reacciones del sujeto ante la reformulación? Como es raro que alguien tome en una entrevista una actitud de este tipo, la primera reacción será de sorpresa asociada generalmente a un sentimiento de alivio. Este alivio es estimulante para la consciencia de sí del sujeto.

Le deja centrado en su problema y en lo que siente en lugar de centrarle en la persona del entrevistador o en un esfuerzo para seguir una discusión dirigida por sus preguntas. En respuesta a la reformulación, y antes de lanzarse a continuar expresándose, el cliente siente la necesidad de ratificar el reflejo de su pensamiento que le ha presentado el entrevistador, con expresiones como: "Eso es...".

Estas respuestas son para el entrevistador signos de la calidad de su reformulación.

a) La reformulación como inversión de la relación figura-fondo

En esta idea se sitúa típicamente la teoría rogeriana de la reestructuración del campo. Era una de las maneras preferidas por Rogers para explicar cómo operaba la reformulación, es la famosa imagen doble de la anciana y la joven de la psicología Gestalt en la que la figura se destaca sobre el fondo, pero el fondo puede llegar a ser la figura. No se quita ni se pone nada de lo que es presentado o dado invirtiendo la relación figura-fondo. Con todo, se hace aparecer de pronto algo que hasta entonces era latente. Esta metamorfosis permite aportar algo nuevo en la medida en que da al cliente la posibilidad de ver de otro modo su propia percepción. Generalmente, el sujeto está prisionero de un aspecto dominante y la aparición de otra relación tiene un efecto de choque que favorece una toma de consciencia más objetiva de la situación. Rogers da el siguiente ejemplo:

C: Cliente.

R: Rogers.

C: "La ciudad en que vivo es un verdadero hueco. Entre los 100 mil habitantes no hay un puñado con el que se pueda sostener una conversación inteligente. Mire que no digo una conversación interesante, sino simplemente inteligente".

R: "Desde determinado puntos de vista, como el de la inteligencia, usted se encuentra prácticamente solo en su ciudad".

Es necesario evitar el efecto de choque si éste no es rigurosamente exacto con respecto al material de que se dispone, ya que se corre el riesgo de traumatizar. Por ello el tono de la respuesta debe ser más que nunca "empático".

b) La reformulación-clarificación propiamente dicha

El discurso del cliente es la expresión de lo que siente con todo lo que esto comporta de tanteo, desorganización y confusión. La clarificación es el aspecto más difícil y el más eficaz de la reformulación: consiste en descubrir y enviar al cliente el sentido de lo que acaba de decir, por ejemplo:

C: "Mi cuñado es un tipo literalmente plagado de pretensiones. Según él, sólo él cuenta. Sólo él tiene algo que decir. Desde el momento que entra en escena, monopoliza una conversación y yo ya puedo decirle adiós a todo el mundo".

R: "El problema no es tanto su forma de ser... cuanto al hecho de que ésta, de una manera u otra, le afecta a usted desfavorablemente, acaba por eliminarlo".

La dificultad radica en poder distinguir lo que es esencial para un sujeto. El riesgo de esta reformulación es caer en la interpretación. La clarificación debe permanecer estrictamente a nivel de lo esencial, supone una capacidad para poner en claro lo que el sujeto dice, a menudo de una manera confusa y desorganizada.

c) Comportamientos-tipo en la entrevista

Las investigaciones acerca de la comunicación en la entrevista de ayuda psicosocial han desglosado una serie de categorías que caracterizan las respuestas del consejero o entrevistador.

Siguiendo a Porter y Rogers (1950) se pueden establecer siete actitudes distintas que se infieren de las palabras pronunciadas por el entrevistador. Es importante conocerlas y, sobre todo, descubrir cuál es la que domina en nosotros con el fin de mejorar nuestra actitud hacia la entrevista. Descubrir cuál es la actitud personal y espontánea que adoptamos, es un objetivo esencial en toda formación personal.

Orden, decisión: Es la actitud de autoridad por la que el consejero o entrevistador sustituye al interlocutor para indicarle lo que debe hacer. Decide cuál es la solución que el cliente debe adoptar. Puede incluso amenazarle con no ayudarle más si no ejecuta lo que él ordena. Este tipo de respuesta sitúa *ipso facto* al

cliente en una actitud de dependencia que niega de forma radical su autonomía y le bloquea el camino en una exploración más profunda de su problema.

Sugerencia, consejo: El consejero o entrevistador sustituye al interlocutor para sugerirle lo que debe hacer. Desea que elija lo que él elegiría. Supone una evaluación de la situación e indica al cliente cómo debería actuar.

Evaluación-juicio: El consejero o entrevistador emite un juicio del valor relativo al mérito, la utilidad, la exactitud de lo que dice el cliente. Puede ser así:

1. **Una evaluación en el plano lógico:** Indicando al interlocutor que lo que él piensa es verdadero o falso.
2. **Una evaluación en el plano moral:** Versa sobre la opinión o intención del interlocutor indicándole si lo que piensa es bueno o malo.

El cliente se siente juzgado y según Rogers, esto se convierte en uno de los principales obstáculos para la comunicación.

Porter y Rogers (1950) hablan de actitudes y no de comportamientos para subrayar que un comportamiento "externo" en una entrevista no produce todos sus efectos si no se fundamenta en actitudes "internas".

La evaluación induce a una sensación de desigualdad e inferioridad. La desaprobación suele generar una de las reacciones siguientes: inhibición, culpabilidad, rebelión, angustia. La aprobación puede llevar a una búsqueda ulterior de acuerdo a cualquier precio y a una consecuente orientación no auténtica. La evaluación prepara con frecuencia el consejo.

Sostén efectivo, ayuda-soporte: Se trata de una respuesta tranquilizadora que intenta llevar alivio, consolación, disminución de la ansiedad y la angustia. Por ejemplo: se trata de desdramatizar la situación: "No es tan grave, ya se arreglará"; o de generalizarla: "Es una situación frecuente, usted no es el único que la sufre". De una u otra manera esta actitud implica que lo que siente el cliente no está justificado, bien porque el problema no existe, bien porque no es tan grave como el cliente se lo imagina. Este tipo de respuestas encierra una actitud paternalista que puede inducir a reacciones de dependencia o contradependencia.

Interpretación: Es una respuesta que trata de instruir al cliente sobre sí mismo, de hacerle tomar consciencia de algo. De una manera más o menos clara, indica cómo el cliente debería o podría representarse la situación. Traduciendo y explicando las ideas del interlocutor o su comportamiento, se le muestran las razones de lo que acaba de expresar o de su actitud. El consejero proyecta su propia manera de comprender, sus elecciones o su teoría y a través de esto distorsiona lo que el sujeto intentaba expresar.

Encuesta, exploración: Respuesta que trata de obtener datos suplementarios, verificar o profundizar la discusión. Implica que el cliente podría o debería examinar con más detalle tal o cual aspecto del problema o, dicho de otra manera, que

el problema es más complejo de lo que piensa el cliente. Al insistir sobre algo que ha sido olvidado, el entrevistador deja aparecer su propio modo de juzgar lo que es importante.

Esta respuesta provoca una inducción, ya que orienta al cliente hacia los detalles deseados por el entrevistador. De allí al abandono, por parte del cliente, de la expresión de lo que siente para asumir el papel de quien responde a un interrogatorio, no hay más que un paso. Pueden inducirse también reacciones hostiles al percibirse una curiosidad inquisidora o un juicio implícito por parte del entrevistador.

Comprensión: La respuesta del consejero muestra que éste intenta penetrar en el marco de referencia del cliente y captar los aspectos personales y afectivos del mensaje para comprenderlo plenamente. Revela la preocupación del consejero por comprender exactamente la significación vivida, lo que el cliente dice y el sentimiento que le embarga.

Se manifiesta por la reexpresión auténtica y clara de lo que el cliente acaba de comunicar a fin de que tome consciencia de ello con más nitidez y pueda progresar.

Es probable que esta actitud lleve al interlocutor a una mayor y mejor expresión ya que recibe la prueba de una atención auténtica. Es evidente que para esto no debe haber desacuerdo entre la mímica de la cara y lo que dice el consejero. Este comportamiento debe ser la manifestación de una actitud profunda.

Es este comportamiento el que mejor satisface las exigencias de los rogerianos. Los demás comportamientos podrían ser portadores de amenazas (un juicio favorable o de apoyo afectivo puede ser siempre retirado con posterioridad) o acrecentadores de la dependencia del cliente, atentando así contra su autonomía y responsabilidad.

Por el contrario, según los principios calificados de no-directivos, la comprensión empática que se expresa básicamente por la reformulación, debería permitir al cliente aclarar sus problemas y progresar hacia soluciones personales.

Ésto, dice Rogers, es la llamada más eficaz para modificar la estructura de base de la personalidad y mejorar sus relaciones y comunicaciones con los otros.

Se observa con claridad la diferencia fundamental que separa a las concepciones de Rogers del psicoanálisis. La psicología rogeriana, que se une en este punto con algunas corrientes de la psicología existencial, presupone que es el cliente quien más sabe con respecto a sus propios problemas, quien está más al corriente de su situación. En cambio, para el psicoanálisis, el cliente es inconsciente de la verdadera naturaleza de sus problemas y necesita las interpretaciones del psicoanalista para evolucionar y curar la perturbación neurótica.

1. **Comprensión verbal:** Entender las palabras que se usan.
2. **Comprensión lógica:** Seguir el hilo de la conversación.

3. **Comprensión simpática:** Sintonía con el otro que permita comprender mejor lo que dice.
4. **Comprensión de diagnóstico:** Propia del psicólogo o terapeuta que descubre las claves de la conducta de los otros, tenga ésta consciencia o no de ellas.
5. **Comprensión empática:** Es, según Rogers, la capacidad de ponerse en el lugar del otro, y ver el mundo desde su marco de referencia pero permaneciendo uno mismo.

Cuando las personas solicitan comprensión, lo que buscan en realidad es que se les afirme que no lo han hecho tan mal. Pero si nos colocamos en su sitio y nos fundimos con ellos, nos identificamos con su solución y no aportamos nada. Si no hacemos un esfuerzo de aproximación, permanecemos lejanos, tampoco podremos ayudar. En realidad; se trata de llegar a una situación tal en que la otra persona o el grupo se sientan comprendidos, pero de tal modo que desde fuera de él, y al mismo tiempo, en su marco estructurante, le ofrezcamos una actividad de información para que desde este espejo pueda estructurarse.

Condiciones de la actitud no-directiva

Para adoptar una actitud no-directiva o centrada en el cliente, es necesario, nos dirá Rogers, que estén presentes las tres condiciones o actitudes que a su vez la definen: la aceptación incondicional, la congruencia y la comprensión empática.

Aceptación incondicional: Para referirse a la primera condición, Rogers utilizó las expresiones aceptación incondicional o consideración positiva incondicional.

Una primera condición de la terapia consiste en que el terapeuta preste atención a su cliente. Una atención que no sea posesión, que no exija ninguna gratificación personal. Le presto atención y no le presto atención con la condición de que se comporte de tal o cual manera. Standal ha dado a esta actitud el nombre de **consideración positiva incondicional** ya que no comporta ninguna evaluación. "He utilizado a menudo el término **aceptación** para describir este aspecto del clima terapéutico" (Rogers, 1972, p. 206).

Cuando el terapeuta experimenta una actitud calurosa, positiva y receptiva hacia lo que está en su cliente, está facilitando el cambio. Esto implica que el terapeuta acepta realmente el sentimiento que inunda en ese momento a su cliente: miedo, confusión, dolor, orgullo, cólera, odio, amor, valor, terror religioso. Esto significa que el terapeuta se preocupa por su cliente, pero no de manera posesiva, sino que le aprecia en su totalidad de manera no condicionada. Es decir que no se contenta con aceptar al cliente sólo cuando tiene ciertos comportamientos, desaprobándole cuando tiene otros. Se trata de un sentimiento positivo que se exterioriza sin reservas y sin juicios. La expresión que hemos tenido que

utilizar para definir ese sentimiento es: consideración positiva incondicional. Una vez más la investigación ha demostrado que cuanto más experimente el terapeuta esta actitud, más posibilidades tiene de éxito (Rogers, 1972, pp. 48-49).

Congruencia: La segunda condición es la congruencia, que Rogers describe así:

Se ha descubierto que el cambio de la persona se facilita cuando un psicoterapeuta es él mismo, cuando las relaciones con su cliente son auténticas, sin máscaras, cuando expresa abiertamente los sentimientos y actitudes que le invaden en ese momento.

Se entiende por congruencia que los sentimientos experimentados por el terapeuta están disponibles para él, para su consciencia y que es capaz de vivirlos, de ser esos sentimientos y de comunicarlos en el momento oportuno.

Nadie alcanza la plenitud de este estado; sin embargo, cuanto más logre el terapeuta escuchar y aceptar sin temores lo que pasa en él mismo, la complejidad de sus propios sentimientos, más alto será su grado de congruencia. "Cuanto más verdadero y congruente sea el terapeuta en sus relaciones, más posibilidades habrá de que el cambio de personalidad se produzca en el cliente" (Rogers, 1972, p. 48).

Congruencia es el término que se emplea para indicar una correspondencia exacta entre la experiencia y la toma de consciencia. Este término puede designar también, en un sentido más amplio, el acuerdo entre la experiencia, la consciencia y la comunicación (Rogers, 1972, p. 238).

Se puede notar que cuando no hay congruencia entre la experiencia y la consciencia, se habla generalmente de actitud defensiva o de rechazo de consciencia. "Cuando la no-congruencia está entre la consciencia y la comunicación, se habla generalmente de duplicidad o engaño" (Rogers, 1972, p. 239). Dice:

En mis relaciones con el otro, he aprendido que, a largo plazo, no sirve para nada actuar con calma y gentilmente cuando en realidad estoy inclinado a la crítica. No sirve para nada pretender que conozco las respuestas, cuando en realidad no las conozco. No sirve para nada actuar como si yo sintiera afecto, cuando en realidad me siento hostil. No sirve para nada actuar como si me sintiera seguro, si en realidad me siento temeroso e inseguro. Incluso, en un nivel más simple, estas consideraciones son valiosas: Así, no sirve de nada actuar como si estuviera sano cuando me siento enfermo.

Con todo esto quiero decir que no encuentro útil ni eficaz en mis relaciones con el otro, querer mantener una fachada, actuar de una manera en la superficie, cuando en el fondo de mí mismo experimento algo completamente diferente. Este comportamiento no es eficaz para establecer contactos constructivos con otros individuos. Debo añadir, sin embargo, que a pesar de que creo haber aprendido que las cosas son así, no he aprovechado siempre esta convicción. Efectivamente, me parece que la mayoría de los errores que he cometido en mis relaciones interpersonales, todos los fracasos que he sufrido en mis esfuer-

zos para ayudar a otras personas, se explican por el hecho de que, por una reacción de defensa, mi comportamiento se situaba, en cierto sentido, en un nivel superficial, cuando en realidad yo experimentaba sentimientos contrarios.

Mi intervención es más eficaz cuando llego a escucharme, aceptarme, cuando puedo ser yo mismo; tengo la impresión de que, con los años, he aprendido a ser capaz de escucharme, de manera que sé mejor que antes, lo que siento en un momento preciso. Podría decirse que he aprendido a querer ser lo que soy. Me ha resultado más fácil aceptarme como alguien imperfecto y que no funciona siempre como me gustaría que funcionara.

Sin duda, todo esto parece un camino extraño para seguirlo. Pero me parece valioso a causa de esa paradoja curiosa: en el momento en que me acepto como soy, llego a ser capaz de cambiar. (Rogers, 1972, pp. 13-16).

Otra consecuencia de esta aceptación de mí mismo es que las relaciones se convierten en reales, y lo más apasionante de todo, es que tienen algo de vital y de insignificante (Rogers, 1972, p. 16).

Por otra parte, se destaca que cuando un individuo es, en un momento dado enteramente congruente, es decir, que su experiencia psicológica real está representada en su consciencia y su consciencia es exactamente congruente con su comunicación, esta comunicación no puede jamás expresar un hecho anterior. Si una persona es profundamente congruente, es evidente que el conjunto de su comunicación se sitúa necesariamente en un contexto de percepciones personales.

Finalmente Rogers enuncia la siguiente ley general respecto a congruencia y comunicación:

Cuanto más siente "y" la comunicación de "x" como una congruencia de la experiencia, de la consciencia y de la comunicación, tanto más la relación llevará consigo:

Una tendencia a la comunicación recíproca con una congruencia creciente.

Una tendencia a la comprensión mutua y exacta de las comunicaciones.

Un ajuste y un funcionamiento psicológico acrecentado en los dos y una satisfacción mutua en sus relaciones (Rogers, 1972, p. 243).

Comprensión empática: La comprensión empática constituye el tercer componente de la actitud no-directiva.

Se puede calificar la tercera condición de comprensión empática. Cuando el terapeuta adivina los sentimientos y las reacciones personales experimentadas por el cliente en cada momento. Cuando sabe percibir las "desde adentro" tal y como aparecen en él, y cuando logra comunicar algo de esta comprensión al cliente, entonces se cumple la tercera condición.

Cuando alguien llega a comprender lo que significa ser él mismo sin pretender analizarse ni juzgarse, entonces puede autorrealizarse y desarrollarse en esta atmósfera. La investigación confirma esta observación.

Cuando el terapeuta llega a captar instante por instante lo que el cliente experimenta en su mundo interior como lo ve y lo siente, sin que su propia identidad se disuelva en ese proceso empático, es cuando puede producirse el cambio (Rogers, 1972, p. 49).

La tercera condición necesaria para la terapia es que el terapeuta experimente una comprensión exacta, **empática**, del mundo de su cliente como si lo percibiera desde adentro.

Sentir el mundo privado del cliente como si fuera el propio, pero sin olvidar nunca esta cualidad de 'como si'. Esto es la empatía y es esencial en terapia. Sentir las cóleras, los miedos, las confusiones del cliente como si fueran propias y sin embargo, sin que la propia cólera, miedo o confusión repercuta sobre ellas. Esta es la condición que tratamos de describir (Rogers, 1972, p. 209).

El estado de empatía, o el hecho de ser empático, consiste en percibir el cuadro de referencia interno de otra persona con exactitud y con los componentes y las significaciones que con él se relacionan, como si fuera la otra persona, pero sin perder jamás la condición 'como si'. Si la cualidad 'como si' se pierde, entonces se trata de identificación:

De modo más fenomenológico dice Rogers: llego ahora a una experiencia fundamental que tiene para mí gran significado. Podría expresarla así: Concedo un valor enorme al hecho de poder permitirme comprender a otra persona.

Esta formulación puede parecer extraña. ¿Es que hay que permitirse comprender a otra persona? Yo creo que sí, nuestra primera reacción cuando escuchamos a alguien es una evaluación inmediata, un juicio, más que un esfuerzo de comprensión. Si una persona expresa un sentimiento, una actitud o una opinión, tendemos a pensar en seguida: "Es verdad", o "Es normal". "Es estúpido". "Es razonable". "Es falso". "No está bien".

Es poco frecuente que nos permitamos comprender exactamente el sentido que tienen sus propias palabras para el que las expresa. Me parece que esto proviene de la comprensión que lleva consigo un riesgo. Si me permito comprender verdaderamente a otra persona, es posible que esta comprensión me haga cambiar.

Es decir, tenemos miedo del cambio. Por eso digo que no es fácil permitirse comprender a una persona, entrar completamente y con simpatía en su marco de referencia. Por eso digo que es muy poco frecuente (Rogers, 1972, p. 211). Para mí es un enriquecimiento abrir las vías de comunicación que permiten a los otros hacerme parte de sus sentimientos, de su universo, tal como ellos lo perciben.

Precisamente, porque sé todo lo que me aporta la comprensión, intento hacer desaparecer las barreras que existen entre los otros y yo, a fin de que, si lo desean, puedan revelarse más completamente a mí.

He encontrado el mismo enriquecimiento cada vez que he abierto una vía por la que otros pueden compartir su persona conmigo.

Por eso intento, sin conseguirlo siempre, crear en la clase un clima tal que los sentimientos puedan expresarse y que las personas puedan no estar de acuerdo, o entre ellas mismas, o con el profesor (Rogers, 1972, p. 18).

Consecuencias de la actividad no-directiva

Rogers manifiesta con asombro el aspecto paradójico de su experiencia. La aceptación plena de sí mismo (congruencia), y la aceptación comprensiva del otro (empatía), son las que posibilitan el cambio.

El siguiente descubrimiento es difícil de comunicar; consiste en esto: Cuanto más dispuesto estoy a reconocer lo que hay de real en mí y en los otros, menos deseos me entran de intentar arreglar las cosas a como haya lugar. Cuanto más intento escucharme y estar atento a mi experiencia interna, y cuanto más intento entender esta actitud de escuchar a otra persona, más respeto experimento por las complejidades del proceso vital (Rogers, 1972, p. 19).

"He aquí un aspecto paradójico de la experiencia: Cuanto más intento comprender y aceptar lo real que hay en mí y en la otra persona, más cambios se producen" (Rogers, 1972, p. 20).

En el fondo, la terapia no es más que un proceso de mejora de la comunicación y de enfrentamiento a las barreras que la obstaculizan: "La neurosis o la perturbación psíquica consisten: primero, en una ruptura de la comunicación consigo mismo y después, como consecuencia, en el deterioro de la facultad para comunicarse con otros" (Rogers, 1972, p. 229).

Podemos decir que la psicoterapia es una buena comunicación en el interior del hombre y entre hombres. Podemos también darle la vuelta a esta afirmación y seguirá siendo cierta: Una buena comunicación en el interior del hombre y entre los hombres, es siempre terapéutica (Rogers, 1972, p. 230).

"Me gustaría proponer como hipótesis que la barrera más grande que se opone a la comunicación mutua interpersonal, es nuestra tendencia a aprobar o desaprobamos los dichos de otra persona o de otro grupo" (Rogers, 1972, p. 230).

Cuando se establece una comunicación real, al escuchar con comprensión, esta tendencia a juzgar se evita. ¿Qué significa esto? Esto quiere decir percibir la idea y la actitud expresadas desde el punto de vista de la otra persona, sentir como actúan en su sensibilidad, asimilar su marco de referencia respecto al asunto del que está hablando (Rogers, 1972, p. 231).

En una discusión, durante un instante y con una finalidad experimental, se puede instituir esta regla: Cada persona sólo puede hablar francamente para defender sus ideas después de haber expuesto las ideas y los sentimientos de la persona que ha hablado antes que ella exactamente. Si usted comprende realmente a otra persona de esta manera (...) corre el riesgo de cambiar usted mismo (...) (Rogers, 1972, p. 232).

Pero hay un segundo obstáculo. Justamente cuando las emociones son muy fuertes es cuando resulta más difícil asimilar el marco de referencia de la otra persona o del otro grupo (Rogers, 1972, p. 232).

El terapeuta ante el inicio de una terapia

Aquí está otra persona, mi cliente. Le tengo un poco de miedo; temo penetrar en sus pensamientos, como temo a las profundidades que están en mí. Sin embargo, al escucharle, empiezo a sentir cierto respeto por él, cierta familiaridad. Adivino lo terrorífico que le parece su universo y la tensión que desarrolla para intentar controlarlo. ¡Me gustaría sentir sus impresiones y que sepa que le comprendo! Me gustaría que me sintiera cerca, en su pequeño universo compacto y cerrado, capaz de mirarlo sin miedo.

Puedo tal vez, ayudarle a que lo sienta menos amenazante. Me gustaría que mis sentimientos en esta relación, fueran los más claros y evidentes posibles, a fin de que la perciba como una realidad discernible, a la cual podrá retornar sin cesar. Me gustaría emprender con él ese pavoroso viaje hacia sí mismo, en el seno del miedo anclado por él, del odio y del amor del que nunca ha logrado dejarse invadir.

Reconozco que es un viaje imprevisible, tanto para él como para mí, y que corro el riesgo de encerrarme en mí mismo ante ciertos sentimientos que él descubra. Esto limitará mi capacidad de ayudarle.

Me doy cuenta de que sus propios temores pueden hacerle ver en mí a un intruso indiferente, que no comprende. Quiero aceptar plenamente esos sentimientos en él, esperando que mis propios sentimientos aclaren su realidad. Quiero, sobre todo, que encuentre en mí una persona real. No tengo necesidad de preguntarme con angustia, si mis propios sentimientos son terapéuticos. Lo que soy y lo que siento puede servir de base perfectamente a una terapia si yo sé ser lo que soy y lo que siento en mis relaciones con él de una manera limpia. Entonces él llegará a ser el que es, abiertamente y sin miedo (Rogers, 1972, p. 53).

Reacción del cliente

Ante esta actitud ¿cuál es la reacción del cliente? Rogers la expresa de modo admirable y en una síntesis completa, en el siguiente texto:

Las reacciones del cliente que tiene la experiencia de unas relaciones terapéuticas, tal como las he descrito, son recíprocas a las que tiene el terapeuta.

En primer lugar, como encuentra alguien que le escucha y acepta sus sentimientos, se va haciendo poco a poco capaz de escucharse a sí mismo. Empieza a recibir lo que se le comunica desde el interior, empieza a darse cuenta de que está furioso; a reconocer cuando tiene miedo e incluso a tomar consciencia de sus momentos de valentía.

A medida que se abre más a lo que pasa dentro de él, se vuelve más capaz de prestar atención a sentimientos que siempre había negado y rechazado.

Puede escuchar sentimientos que le habían parecido tan terribles, anormales y vergonzosos que nunca había sido capaz de conocerlos en él (Rogers, 1972, pp. 49-50).

A medida que aprende a escucharse, logra aceptarse mejor. Cuando expresa aspectos ocultos y terribles de sí mismo, se da cuenta de que el terapeuta le testimonia, a él y a sus sentimientos, un respeto incondicional.

Llega, lentamente, a tomar la misma actitud hacia sí mismo, a aceptarse tal como es. Se encuentra entonces listo para avanzar en el proceso del devenir (Rogers, 1972, p. 50).

Resultados de la terapia

Se desglosara los principales cambios que se producen en el cliente como parte del proceso terapéutico. Aunque se presentarán estos cambios mencionando textos de tenor fenomenológico en la obra de Rogers, no se puede dejar de señalar que existen investigaciones de tipo experimental, que comprueban la realidad de estos cambios.

Primero: el cliente modifica y reorganiza la concepción que tiene de sí mismo

El cliente modifica y reorganiza la concepción que tiene de sí mismo. Llega a concebirse como un hombre de valor, autónomo, capaz de fundar sus normas y sus valores sobre la propia experiencia. Se desarrolla en él una actitud más positiva hacia sí mismo. El cliente está menos a la defensiva y más abierto a la experiencia de sí mismo y de los otros.

Sus percepciones llegan a ser más realistas y más diferenciadas. Su adaptación psicológica mejora: esto se comprueba tanto por la prueba de Rorschach, el Test de Apercepción Temática (TAT), la evaluación del consejero, como por cualquier otro índice.

El fin y el ideal que persigue se hacen más accesibles. La separación entre el yo que soy y el yo que quisiera ser, disminuye considerablemente (Rogers, 1972, pp. 51-52).

Los testimonios suministrados por la práctica y por la investigación, manifiestan la aparición de ciertas constantes en el proceso: Se acrecientan los análisis penetrantes, aumenta la madurez de los comportamientos, las actitudes son más positivas, se producen cambios en la percepción y la aceptación del ego; cambia

el lugar de la evaluación, pasando del exterior al interior del ego; se incorporan experiencias, que habían sido rechazadas anteriormente, en la estructura del ego; se producen cambios en la relación terapéutica, en la estructura de la persona, en el comportamiento y en las reacciones fisiológicas (Rogers, 1972, p. 61).

Segundo: el cliente se acerca a la experiencia. Experiencia inmediata del ego

Una de las direcciones fundamentales que ha tomado el proceso de la terapia, es la experiencia libre de las reacciones sensoriales y viscerales reales del organismo que se relacionan con el ego sin demasiado esfuerzo. Generalmente ésta va acompañada de la convicción de que estos datos no pertenecen al ego y no pueden ser integrados a él. El punto final del proceso es el momento en el cual el cliente descubre que puede ser su experiencia, con toda la variedad y contradicción superficial que ésta comporta. Que puede definirse a sí mismo partiendo de su experiencia, en lugar de querer imponer a su experiencia una definición de su ego que rehúse tomar consciencia de los elementos que no cuadran con ella (Rogers, 1972, p. 65).

Así el principio se expresa: "Soy un ego que difiere de una parte de mi experiencia". Más tarde esta expresión se transformó en un esquema temporal: 'Tal vez soy varios egos muy diferentes, o tal vez mi ego contiene más contradicciones de las que yo me había imaginado'. Más tarde el esquema se convierte en: 'Estaba seguro de que no podía ser mi experiencia, era demasiado contradictoria, pero ahora empiezo a creer que puede ser toda mi experiencia' (Rogers, 1972, p. 62).

La persona llega a ser lo que es, como dicen frecuentemente los clientes en el curso de la terapia. Esto parece querer decir que el individuo se pone a ser -en su consciencia- lo que es en su experiencia. En otros términos, un organismo humano, completo y en perfecto estado de uso (Rogers, 1972, p. 85).

Tercero: surge el afecto hacia sí mismo

El cliente no solamente se acepta (fórmula que da la impresión de una aceptación resignada de lo inevitable) sino que llega verdaderamente a quererse. No es un vanagloriarse, ni una manera de afirmarse: es, más bien, una satisfacción pacífica que se siente por ser uno mismo (Rogers, 1972, p. 71).

Se siente la impresión de un placer espontáneo, no tenso, de una 'alegría de vivir' primitiva, algo así como las carreras de los ciervos en las praderas o los saltos graciosos del pez en las olas (Rogers, 1972, p. 72).

Cuarto: brota la creatividad constructiva

La primera causa de la creatividad parece que es esta misma tendencia que descubrimos como fuerza curativa en psicoterapia, la tendencia del hombre a actualizarse, a llegar a ser de hecho lo que es potencialmente (Rogers, 1972, p. 248).

Se ha demostrado que cuando el individuo está enteramente 'abierto' a su experiencia, su conducta se hace creativa, y su creatividad es esencialmente constructiva (...). En la medida en que el individuo está abierto a todos los aspectos

de su experiencia, a todas sus sensaciones y percepciones, los resultados de su interacción con el entorno tienden a ser constructivos para sí mismo y para los otros (Rogers, 1972, p. 49).

Quinto: se produce la aceptación de la experiencia completa de una relación afectuosa

Uno de los elementos de la terapia del que hemos tomado consciencia recientemente, es el hecho importante de que la terapia es para el cliente, el aprendizaje de una aceptación plena, entera, libre y desprovista de temor, de los sentimientos positivos de otra persona (Rogers, 1972, p. 65).

En el curso de la terapia, el sentimiento de aceptación y el respeto al cliente tienden a transformarse en algo así como admiración, a medida que ve la lucha profunda y tenaz de la persona por ser ella misma. Pienso que hay en el terapeuta una profunda experiencia de la comunidad subyacente, podemos decir, de la fraternidad de los hombres. En consecuencia siente por el cliente una reacción afectiva, cálida y positiva.

Esto plantea un problema para el cliente que tiene dificultades para aceptar el sentimiento positivo de la otra persona. Pero una vez que lo acepta, la reacción inevitable del cliente es relajarse, dejar que el calor y el afecto del otro disminuyan la tensión y el miedo que experimenta al mirar la realidad cara a cara (Rogers, 1972, pp. 66-67).

Descubrir que no se es destruido por aceptar los sentimientos positivos que vienen de otros, que eso no hace necesariamente daño, que en realidad se siente uno bien cuando alguien comparte los propios esfuerzos para hacer frente a la vida, esta es, tal vez, una de las lecciones más profundas que un individuo puede aprender, con o sin terapia (Rogers, 1972, p. 65).

Sexto: se descubre que el centro de la personalidad es de naturaleza positiva

Uno de los conceptos más revolucionarios que ha surgido de nuestra experiencia clínica es el reconocimiento de que el centro, la base más profunda de la naturaleza humana, las capas más interiores de su personalidad, el fondo de su naturaleza 'animal', todo eso es naturalmente positivo, está fundamentalmente socializado, dirigido hacia adelante, racional y realista (Rogers, 1972, p. 74).

Sólo poco a poco se hace evidente para el cliente que estos sentimientos salvajes y asociales no son los más profundos, ni los más fuertes; que el núcleo de la personalidad del hombre es el organismo cuya esencia es conservarse y tener una vida social (Rogers, 1972, p. 75).

Aclaraciones finales sobre el concepto de no-directividad

Es importante aclarar algunos aspectos, antes de enjuiciar o apoyar la psicoterapia de Carl Rogers.

El primero es "no-directividad". Este concepto no es totalmente representativo del sistema de Rogers ya que no es la idea fundamental de esta psicoterapia.

La abstención por parte del terapeuta de usar directivas, es sin duda, pero no más que eso, una de las manifestaciones de ella. La abstención de usar directivas, por sí misma, no logra nada importante en ningún terreno humano.

La "no-directividad" es sólo una técnica que forma parte de un enfoque de la vida humana y de la actividad clínica. Este enfoque nació con Carl Rogers, de su experiencia clínica particular y de los avances que logró a través de la no-directividad.

Otro concepto es el de "cliente" y también se le ha identificado con este sistema psicoterapéutico. Lo que ha sucedido es que la terminología tradicional, no ha permitido expresar el verdadero pensamiento de Rogers en cuanto a la vida humana y, por tanto, para identificar el sistema fue necesario cambiar el lenguaje, sin que éste por sí mismo logrará los cambios terapéuticos, es la persona y lo que hace, lo que logra, no los conceptos que se utilizan para descubrir el sistema.

Esto nos traslada a otro concepto importante que se maneja en la psicología rogeriana: *client-centered*. Muchos de los terapeutas que utilizan la no-directividad en sus entrevistas fracasan en su esfuerzo y es precisamente porque aplican el nuevo método pero sin adquirir un compromiso personal. Se comportan como una "pantalla neutra" y su "no-directividad" es puramente circunstancial. Se concluye así que lo importante en esta psicoterapia no es la ausencia de directivas, del vocabulario médico o de condiciones externas "mágicas", sino la presencia, en el terapeuta, de ciertas actitudes respecto al cliente y de una cierta concepción de las relaciones humanas.

Por las contradicciones expuestas, se sustituyó el término "no-directivo", por el término *client-centered*, para distinguir e identificar esta psicoterapia en particular. Para que el proceso terapéutico sea fecundo, es preciso que se efectúe en función de la experiencia del cliente, no en función de teorías y principios extraños a esta experiencia.

Sin embargo, se sigue utilizando el término "no-directivo" para distinguir esta terapia, porque no hay un término que logre traducir adecuadamente el de *client-centered* y porque así se ha dado a conocer en todo el mundo.

Realizadas las anteriores aclaraciones, se van a delimitar algunos fenómenos importantes. Resulta que hay un desnivel entre la "comprensión" y el "conocimiento" de esta terapia. Mucha gente parece comprender el sentido de la no-directividad, pero los fracasos terapéuticos nos remiten a pensar que sólo la conocen.

Este desnivel es posible que se deba a:

- a) Falta de compromiso entre los profesionales por ahondar en el tema. Si el término les sugiere "algo", a nivel imaginativo, no dudan en declararse partidarios de la teoría no-directiva; y si es lo contrario, dudan en declarar que la psicoterapia no-directiva, no es una verdadera psicoterapia y que no sirve más que para casos benignos, etc.

- b) La idea de no-dirección ha producido en el campo psicoterapéutico una "sacudida", no "amenaza" porque no trae consecuencias directas para los que laboran en este campo; más bien produce un "choque" ideológico. Toca los planos de las costumbres mentales y sociales, de los deseos de la mayor parte de los seres humanos.

El pensamiento de Carl Rogers era probablemente demasiado "revolucionario" para esa época, en la que las relaciones humanas son siempre vividas y concebidas, desde el plano social hasta la pareja, con una perspectiva de "dominación-sometimiento". El deseo de dominar (*top-dog*) y el deseo de ser dominado (*under-dog*) era tal, que aceptar este pensamiento-acción es imposible sin que surjan resistencias etiquetadas con el nombre de "responsabilidad" profesional.

Con la intención de precisar más la idea de no-directividad, será necesario hacer algunas otras distinciones:

- a) Se ha confundido con facilidad el término "permisivo" con el de "no-directivo" y en verdad son diferentes. La "no-dirección", tal como el rogeriano la entiende, se inspira en una actitud incondicionalmente positiva, mientras que la permisión total se reduce a la indiferencia, e incluso a una tolerancia parecida al desprecio.
- b) También se ha confundido la función del terapeuta no-directivo con la función de un individuo pasivo. Conviene entender su papel no como una ausencia de actividad, sino más bien como ausencia de actividad intervencionista, se esfuerza por facilitar el autodesarrollo del cliente. Así esta terapia puede caracterizarse por ser una catálisis y no un análisis.
- c) La siguiente distinción es que "todo buen terapeuta es no-directivo", tal vez no como lo señala Rogers en el sentido estricto de su pensamiento, pero sí en la medida en que un buen terapeuta sabe que entre más desprovisto de competencia y de valor personal esté una persona, más tendencia tendrá a descargar sus responsabilidades sobre todos y así tendrá menos probabilidades de mejorar. Un buen terapeuta buscará romper los lazos de dependencia.

DESARROLLO ACTUAL DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Existe un gran compromiso de actualizar los últimos 20 años de la Terapia Rogeriana, por la trascendencia que ha tenido esta visión del mundo en la práctica de la psicoterapia y de la educación y otros campos del quehacer humano. Un punto de partida puede ser el consensuar la manera de llamar al enfoque rogeriano, a partir de la evolución que el mismo Rogers le ha dado. El primer concepto que

utilizó Rogers fue el de *counseling* (en EUA y *couselling* en Reino Unido), que no podría traducirse como consejería ya que se refería al consejo que la persona se da a sí misma, cuando es escuchada atentamente por el terapeuta: terapia no directiva, expresión que el maestro utilizaba para diferenciar su trabajo respecto de las intervenciones directivas de otros enfoques, tales como el psicoanálisis y la terapia conductual o behaviorismo. La terapia centrada en el cliente, que le devolvía el poder a la persona que es sana, y que no es un paciente porque no está enfermo sino un cliente usuario de los servicios de orientación y, sin embargo, se seguía utilizando el concepto de *terapia*, que aún le daba la connotación de "curación" y enfoque centrado en el alumno, para extender su pensamiento al campo educativo y finalmente, se refirió al Enfoque Centrado en la Persona, por sus siglas ECP (Lafarga, 1989, p. 59; Castanedo, 2005, p. 75).

Para los propósitos de esta actualización, se habrán de considerar cuatro temas como: 1) Aportaciones para la educación centrada en el alumno; 2) Educación y salud; 3) El enfoque comunitario; y 4) El desarrollo espiritual. Todos respaldados con referencias de autores contemporáneos.

En esta versión neorogeriana, también se propone abarcar la teoría, la investigación y la práctica de campo, que se ha acumulado en temas específicos de la influencia del ECP, tanto de autores de cultura anglosajona como de hispanoamericanos, de esta forma, los lectores tendrán una visión amplia, aunque no exhaustiva de la influencia de este enfoque humanístico de la psicología, que ahora ya no es exclusiva sólo de esta ciencia, sino que forma parte integral del desarrollo humano.

Los temas de mayor interés que se recomienda consultar, a fin de complementar este ensayo, son: 1) El estudio de género; 2) La pareja; 3) La familia; 4) El trabajo con las minorías; 5) El trabajo con indígenas; 6) Intervención en crisis; 7) Salud pública; 8) Los conflictos raciales; 9) La sexualidad; 10) La preservación de la ecología; 11) La protección de la infancia; 12) La reivindicación de la mujer; y 13) La trascendencia y espiritualidad. Todos los temas fueron concebidos por Rogers en su obra clásica *El poder de la Persona*, obra que habría que difundir a mucha gente comprometida con la promoción humana, personas que han sido y son creativas, inconformes, rebeldes y audaces al creer que nuestro planeta es digno de vivirse en mejores condiciones.

Educación centrada en el alumno

*La espiga lleva granos y la vid trae vino,
Ahora duerme consolado, Dios te arrulla
Bergengruen*

Los valores humanistas que habrán de permanecer vigentes en el siglo XXI, estarán regidos por el contenido del informe de la UNESCO, escrito por Jacques Delors

(1996), en el sentido de que en la práctica educativa cotidiana serían tres los retos a perseguir: 1) Aprender a hacer; 2) Aprender a aprender; y lo más importante, 3) Aprender a SER y a convivir. Si el siglo XX se había caracterizado por el hacer y el tener, el siglo XXI se consagraría al ser.

Para hacer frente al reto de este nuevo milenio, se acepta agregar el ser al tener y al hacer -tema al que también se refiere Erick Fromm, en su obra *Tener o Ser* (1970)- los humanísticos habrán de darse cuenta que tienen que definir el ser, en términos teóricos y fenomenológicos, que permita alumbrar el camino de terapeutas y facilitadores de procesos humanos en el sentido más amplio del término.

Para incursionar en una definición que dé cuenta del concepto ser, se remitirá a los existencialistas Martín Buber y Sören Kierkegaard, en quienes Rogers se apoyó, cuando a solicitud de sus estudiantes, presentó una fundamentación filosófica de su teoría para que sirviera de columna vertebral y guiará en este ensayo para aportar a los lectores herramientas teóricas y técnicas en su trabajo de educadores y terapeutas, expresiones que se pueden unificar en el concepto más congruente con la teoría de *facilitación* de procesos humanos.

El tema de la educación centrada en el alumno, invita a explorar en un campo lleno de retos y posibilidades lo que constituye el espacio ideal para reflexionar acerca de los valores que darán al estudiante elementos sustanciales para afrontar la vida. Rogers consideraba la posibilidad de que la educación fuera un medio para llegar a más personas, incluso más de lo que era la misma psicoterapia.

La educación es el medio ideal para llegar a los grupos sociales, quienes ejercerán un liderazgo comprometido en propagar los valores humanistas a una sociedad más amplia y creciente. El concepto de **desafío**, que en su raíz latina significa **más allá de mi fe** habla por sí mismo de la trascendencia que tiene el superar las creencias arraigadas, en ocasiones autolimitantes y en su caso, transformarlas en impulsoras del potencial que cada persona trae consigo.

Cuando las creencias son autolimitantes, la posibilidad transformadora de la educación humanística se dirige a que el estudiante ponga frente a sí mismo, aquellos mandatos o creencias procedentes de adultos significativos, generalmente sus padres y así al honrar la intención original de los mismos, elija un nuevo mandato proveniente ya de sí mismo, es decir, que la persona, tendrá la última palabra acerca de sus decisiones, agradeciendo la vida y tomándola en sus manos.

En la educación centrada en el alumno, se busca generar la responsabilidad personal que posibilite al estudiante hacerse cargo de su propia educación, y reconocer sus necesidades primordiales a partir de ser él mismo quién mejor se conoce.

En este camino de la educación humanística se busca que los estudiantes, valoren su potencial, que, aún antes de emerger, reconozcan que existe y así poder realizar sus sueños. La formación humanística aporta al alumno la certeza

de que tiene un proyecto de vida por realizar y al reconocerlo, no será más un depositario de la educación bancaria, expresión de Paulo Freyre en *Pedagogía del oprimido* (1974, p. 76), sino un agente activo de la transformación individual y social.

Como complemento al pensamiento de Freyre, Rogers creía profundamente en la evolución, en ese movimiento interno propio de todos los seres vivos hacia la plena realización de sus potencialidades y posibilidades. Confiaba plenamente en el poder de la tendencia actualizante que, de manera natural, impulsa no sólo la lucha por la sobrevivencia sino la autorrealización y la trascendencia. Reconocía que las condiciones externas son capaces de distorsionar, deformar, dañar y aniquilar la tendencia natural hacia el desarrollo, rechazaba que el ser humano se encuentra determinado por su ambiente: la cultura, las instituciones, la propaganda, los convencionalismos sociales o los valores de la clase a la que pertenece, ya que si lo aceptase así, perdería su propio poder. No desconocía el peso de la injusticia, la miseria, la violencia y la deshumanización de una sociedad fundada en la cultura del tener y tampoco consideraba conocer la solución a todos los problemas sociales, como él mismo lo expresó en una reunión celebrada en Oakland, en 1975: "No sé cómo resolver los problemas de la explotación de los pobres por los ricos, o el horror de la sombra nuclear, o las increíbles injusticias sociales del mundo. Desearía ardientemente saberlo". Sin embargo, sostenía, al igual que Viktor Frankl, que el hombre puede conservar un vestigio de libertad espiritual, de independencia mental, incluso en las terribles circunstancias de tensión psíquica y física. Rogers se pronunciaba por "una libertad en la que el individuo procura realizarse al desempeñar un papel responsable y voluntario, al provocar los acontecimientos del destino de su mundo" (Rogers, Stevens, *et al.*, 1976, p. 60, citado en González Garza, en prensa).

Las personas hoy más que nunca buscan ser los protagonistas de su existencia, asumir su responsabilidad por encima de todo. La educación humanística toma en sus manos las riendas, y las pone en las manos de quienes están dispuestos a ser los dueños de su destino, de su proyecto de vida. Hoy día escuchamos mucho la expresión política muy desgastada de "Vamos a crear empleos", cuando este no es ya el paradigma actual, sino que está siendo superado, por la educación centrada en el alumno, buscando que los educandos creen su propia fuente de trabajo, la ofrezcan al mercado, sean agentes activos de la transformación de la sociedad y dejen atrás el paternalismo heredado de 300 años de colonialismo.

Esta educación le da un sentido a su existencia creando un proyecto de vida, como nos lo comparte Viktor Frankl (2004), citando a Frederick Nietzsche, "El que tiene un para qué, encuentra casi siempre un cómo". "No soy libre de, pero sí libre para". Frankl sobrevivió a los campos de concentración nazis encontrando respuestas a un **para qué** a cada circunstancia que se le presentaba. El estudiante, ya no será un objeto pasivo de su educación sino un agente activo del cambio

y transformación. Estos son algunos paralelismos a la educación centrada en el estudiante que nos aporta Rogers.

Con respecto hacia esas posturas equivalentes, Rogers describe que la enseñanza efectiva es autodirigida y automotivada, no se puede "enseñar" al otro, lo que si se puede es facilitar su aprendizaje. "Mi técnica principal que les aportó como su 'instructor' es mi persona, mi auténtico ser. Algunas veces seré confrontador, a veces humorista, a veces aburrido, a veces reflexivo, pero como quiera que sea, ese soy yo...". Rogers busca la congruencia como la forma más auténtica de ser con las personas y así modelarles en esa dirección, más que enseñarles. Una manera de entender la congruencia desde una perspectiva más amplia, es la unión del pensamiento, el sentimiento y la acción y no solamente como lo hemos entendido hasta ahora, como una unión sólo entre el pensamiento y la acción. Agregar el sentimiento será un ingrediente indispensable para que la persona reconozca las necesidades más complejas que ahora tiene y las aclare para satisfacerlas y conservar su estado armónico de salud (figura 5-1).

Educación y salud

*El amor obra como un
silencioso construir en el mundo...*

Kart Jaspers

Juan Lafarga, inspirado en Rogers, se erige como el proponente del Desarrollo Humano en México y lo integra como un cuerpo de conocimientos, abarcativo y no limitante, que si bien se apoya en un inicio en el enfoque centrado en la persona de Rogers, no se limita sólo a la Psicología humanística, sino que la transforma en una disciplina del conocimiento, que agrega tanto aportaciones de las ciencias sociales como de las ciencias naturales.

Los antecedentes históricos del Desarrollo Humano en México se remontan al año de 1966, cuando Juan Lafarga regresa de Chicago, lugar donde se puso en contacto con la obra de Carl Rogers a quien más tarde conoció y con quien llegó a tener una gran amistad. El propio Juan lo comenta en su libro del *Instituto*

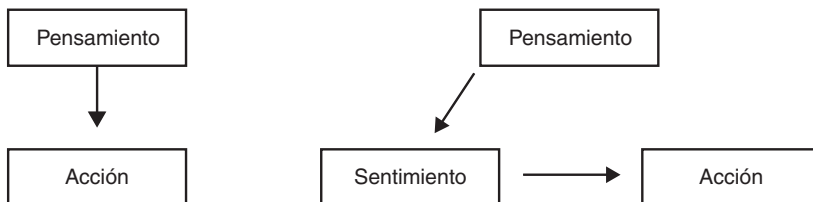


Figura 5-1. Unión entre el pensamiento, el sentimiento y la acción.

Desafío como homenaje, contacta a Carl Rogers, conoce sus métodos de hacer terapia y educación, con un enfoque revolucionario, el actualmente conocido Enfoque Centrado en la Persona (ECP).

Lafarga, en la Universidad Iberoamericana de la ciudad de México, incursionaría en los departamentos de Orientación Psicológica, primero y el de Psicología después, en donde pudo ofrecer entrenamientos en *counseling*, y psicoterapia autodirectiva para psicólogos, abriendo camino, puesto que para esas fechas, la práctica de la psicoterapia era exclusiva de los psiquiatras. Posteriormente imparte entrenamiento a otros profesionales quienes podrían utilizar las herramientas de trabajo que la psicología humanística ofrecía en la práctica diaria con las personas y que en forma sintética habría de llamarle **Desarrollo Humano**, es así como funda el Departamento de Orientación y Desarrollo Humano, con un programa de maestría, y posteriormente doctorado y maestría en Educación.

Lafarga continuaría en la Universidad Jesuita de Guadalajara (ITESO), contando también con la creatividad, iniciativa y apoyo de José Gómez del Campo. El programa se ofreció con grado de maestría, para formar profesores universitarios e investigadores, quienes posteriormente se convertirían en facilitadores de procesos humanos. A partir de entonces se extendieron los programas a otros estados de la República mexicana.

Una aportación decisiva al tema, son los cuatro volúmenes del *Desarrollo del Potencial Humano* (1978; 1982; 1986; 1992), editados por Lafarga y Gómez del Campo. Un esfuerzo editorial que compila material de artículos inéditos, la mayoría de diferentes psicólogos humanísticos y de otros profesionales, quienes acogidos a la propuesta, escribieron trabajos que darían fuerza al movimiento del desarrollo del potencial humano, expresión que sería una universalización del enfoque centrado en la persona de Rogers, no solamente lo contendría, sino que lo ampliaría.

La aportación del ECP en el surgimiento de la formación de psicólogos en psicoterapia humanística y de otros profesionales hacia el desarrollo humano en México fue decisiva, aunque muy tortuosa en sus inicios, se prolongaría por unos 10 años hasta consolidarse en la Universidad Iberoamericana y en el ITESO en Guadalajara. En esos tiempos Juan Lafarga sostenía:

Durante el programa experimentamos que, en la teoría y en la práctica, la psicología podía ser humanizada como ciencia, como técnica y como profesión, que podía salir de los hospitales y de los consultorios para convertirse en patrimonio de quienes tuvieran un interés genuino por estimular y facilitar en sí mismos y en los demás los procesos de cambio, a fin de obtener el crecimiento.

Un paradigma del conocimiento original de Lafarga, lo es el modelo de desarrollo, en el cual la persona puede identificar que está satisfaciendo sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales trascendentes y que la satisfacción de las mismas llevará a la persona al desarrollo y a la salud. Este estado de bienestar se pre-

senta siempre y cuando se den las condiciones sociales e internas favorables que facilitan la tendencia natural a ese desarrollo, es decir, la seguridad psicológica, que incluye respeto, escucha y empatía primaria. De lo contrario, la consecuencia será la frustración. Esta se convertirá automáticamente en agresión y de persistir esas condiciones desfavorables engendrará violencia: hacia adentro, que se manifiesta en cuadro depresivo, vergüenza y culpa (autodestrucción), o hacia afuera, en delincuencia (destrucción de otros). La posición intermedia es distorsión, negación y represión como mecanismos autointerruptores.

Para los facilitadores, consultores y terapeutas del enfoque rogeriano, el encargo social ha de ser el de promover en los grupos de influencia: escuelas, empresas, familias y comunidades, las condiciones favorables para el desarrollo y también para el crecimiento y la salud emocional y espiritual.

Los sentimientos, son el medio idóneo para reconocer las necesidades (figura 5-2).

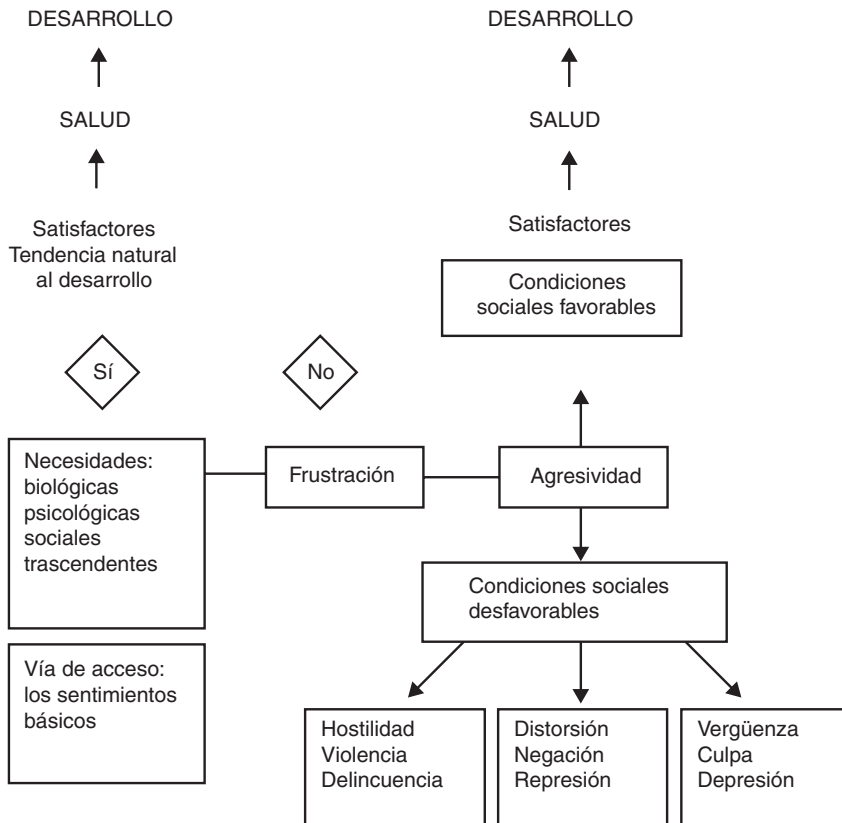


Figura 5-2. Modelo de desarrollo propuesto por Juan Lafarga. Comunicación personal, Noviembre 1995.

Es por ello que las emociones y los sentimientos, han sido uno de los temas centrales del ECP. Aquí vale la pena aclarar que la emoción es la energía vital, similar al *Eros* en el psicoanálisis, que impulsa al organismo hacia la vida y el sentimiento se da cuando se hace consciente, a través de un proceso cognoscitivo, es decir, se le pone nombre a la sensación energetizada. Los sentimientos son la materia prima de este modelo de salud, que más que un modelo teórico se conforma en un estilo de vida. Por tanto, los ingredientes son: las sensaciones, las percepciones, los sentimientos, la decisión y la acción, todos ellos movidos por la energía emocional que gravita en círculo de la conciencia propuesto por Rosa Larios, también discípula de Carl R. Rogers y que es una versión similar y simplificada del ciclo de la experiencia de Joseph Zinker dentro de la terapia Gestalt, constituye un recurso didáctico que facilita el trabajo con los sentimientos.

Las sensaciones son a los síntomas, como los sentimientos a las enfermedades, en efecto, si la persona se percata de sus sensaciones, puede satisfacer sus necesidades vitales y así evitar los síntomas; de esta forma, si se permite expresar sus sentimientos, no sólo evitará las enfermedades, al escuchar el mensaje fenomenológico de ambos, como parte de su sabiduría orgánica sino que además actuará en consecuencia en la satisfacción creativa y constructiva de sus necesidades, en dirección al crecimiento, al desarrollo y a la salud integral (figura 5-3).

Los sentimientos son amorales, es por ello que no existen ni buenos ni malos, simplemente son. Les vamos a llamar sentimientos básicos y sentimientos derivados. Los básicos, son aquellos que se expresan de manera natural, es decir, que no median mecanismos que los alteren, y de ser así expresados, se caracterizan por ciclos cortos de duración. Los sentimientos derivados, son aquellos que al no expresarse fluidamente se quedan en la persona y se prolonga su permanencia en el tiempo, generando síntomas o francas enfermedades (figura 5-4).

Esta hipótesis nos dice que los sentimientos expresados, en el momento preciso, ante la persona correcta, en las circunstancias adecuadas, son indicadores puntuales de las necesidades a satisfacer, lo que lleva a estándares de salud y bienestar de un orden superior en las relaciones interpersonales.

Sentimientos básicos: Si no hay expresión libre de estos sentimientos, se dan los sentimientos derivados.

Este esquema se presenta como un acróstico AMATE, que alude a la responsabilidad primordial que tiene la persona de darse un lugar en el universo. La ver-

Reacción sana	De no expresarse	Reacción enferma
Sensación	VS	Síntoma
Sentimiento	VS	Enfermedad

Figura 5-3. Proceso salud-enfermedad.

Comunicación personal, enero 2004

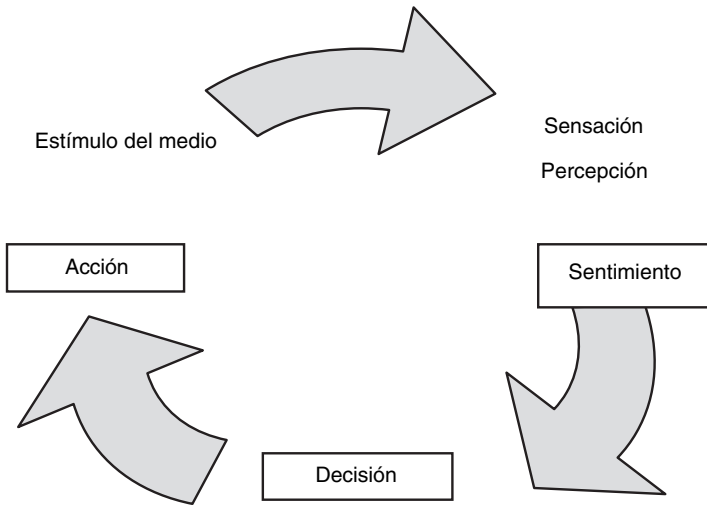


Figura 5-4. Rueda de la conciencia de Rosa Larios. Comunicación personal, enero 2004.

sión original de Myriam Muñoz es MATEA, para fines nemotécnicos y de mayor sentido al hacer una Gestalt, se ha invertido el orden, sin perder la naturaleza de los sentimientos. El orden de los factores en AMATE, le confiere contenido y significado. Muñoz se refiere a los sentimientos como resultado de necesidades orgánicas o auténticas y necesidades introyectadas u obsoletas.

Si hay expresión de los sentimientos básicos, el amor, el miedo, la alegría, la tristeza y el enojo, la carga energética dura un ciclo corto y la persona vuelve al equilibrio dinámico, o bien la expresión equivalente del enfoque sistémico **homeostasis**. En caso contrario, el ciclo queda abierto con una carga manifiesta de sentimientos derivados, esto es, sentimientos que enferman, como la codependencia que **cosifica** a las personas, a quienes se pretende poseer, mientras el amor es la expresión abierta y espontánea del afecto; el terror **paraliza**, al tiempo que

Cuadro 5-1. Sentimientos básicos AMATE

Sentimientos básicos	Sentimientos derivados
Amor	Codependencia
Miedo	Terror, parálisis
Alegría	Euforia
Tristeza	Melancolía
Enojo	Violencia, depresión

el miedo pone en alerta, protege y es también indicador del deseo. La euforia es un estado alterado de consciencia que enceguece a la persona, cuando la alegría permite la celebración; la melancolía es un síntoma de vivir ligado al pasado, a la vez que la tristeza ayuda al proceso de duelo; la violencia y la depresión dañan al otro o a sí mismo, mientras que el enojo ayuda en la defensa personal y a poner límites sanos. La no expresión fluida de los sentimientos básicos trae, como consecuencia, no solamente los sentimientos derivados, sino que se caracteriza por la culpa, la vergüenza y el resentimiento. La culpa es por lo que hice, la vergüenza es por lo que me hicieron y el resentimiento es la omisión, la represión, el sentimiento no expresado, que se queda guardado y al no fluir, enferma.

Había una vez en un reino muy lejano, un monarca quien sufría por las plagas y tribulaciones que padecía aquella comarca. Un día decidió consultar al sabio del reino, quien acudió sin demora al llamado. El rey le expuso sus aflicciones, y el sabio le contestó: "Tenga esta sortija, llévela puesta en su mano y cada vez que tenga una aflicción, lea la inscripción grabada en su interior y encontrará la respuesta". Así lo hizo el rey y pasaron los años. Aquel reino, vivió largos años de prosperidad. Cuando llegó a viejo el rey y murió, sus hijos se preguntaban, cuál sería aquel secreto que iluminaba a su padre a conducir sabía y exitosamente aquel reino, los hijos entonces vieron aquel anillo, lo tomaron de su mano y vieron la inscripción que tenía grabada en su interior y decía: "Ya pasará". Pasarán las tristezas y las alegrías, pasará la escasez y la abundancia, si dejamos pasar el ciclo natural de las cosas, todo volverá a su lugar.

En todos estos casos, de no completar el ciclo, hay un común denominador, el no asumir la responsabilidad por los actos y las omisiones. La responsabilidad, es entonces la habilidad a responder que "vacunará" a la persona de la culpa y le dará la solución, al satisfacer apropiadamente sus necesidades.

La angustia y la ansiedad, son otros dos sentimientos derivados, en donde la angustia significa quedarse fijado en el pasado, consiste en la sensación de ahogo, mientras que la ansiedad, es una enfermedad de futuro, tengo un pie adelante, pero no piso con firmeza y estoy pensando en ese futuro, sin ponerme a disfrutar abiertamente el presente existencial (González Garza, en prensa).

La consecuencia directa de este trabajo educativo y terapéutico es el incremento de la propia estima, que para algunos es equivalente al autoconcepto o autoimagen, que acompaña a la persona a lo largo de su vida y se convierte en el patrimonio emocional más valioso, en tanto fortalece al aparato inmunológico en forma total (Velasco Lafarga, 2003).

En la segunda mitad del siglo XX se añadió al pensamiento rogeriano, lo que se ha denominado **educación holística**. Su nombre proviene del término holístico derivado de la voz griega "holos", que se expresa como un prefijo *hol* u *holo* y significa "todo o totalidad" y que a su vez utiliza para expresar lo "íntegro y organizado".

En este contexto, se refiere a la manera de ver las cosas enteras, a la integridad del todo en su relación armónica con todas sus partes (González Garza, en prensa).

Como el ECP es holístico, de totalidades, el efecto inmunológico permea a todo el individuo como ser integral, biopsicosocial y trascendente.

La visión holística, de totalidades, maximiza la percepción que puede tener la persona de sí misma, para desarrollar su potencial en la mayor expresión de sus posibilidades. Con esto cambia sus creencias, descubre el significado tanto de sus enfermedades, como de otros eventos cotidianos y así está preparada para afrontar y transformar las dificultades en auténticos proyectos de vida.

Enfoque comunitario

La comunidad es

una persona de personas

Emanuel Mounier

José Gómez del Campo, quien participó en las experiencias intensivas de Grupos de Encuentro, en el *Center for studies of the person* que fundó Rogers en la Jolla, California, ha tenido aportaciones significativas a través el enfoque rogeriano. Inició con centros de asistencia psicológica y de servicio a la comunidad en colonias marginadas, en las ciudades de Guadalajara y en México, D.F. También participó en la formación de paraprofesionales en los casos de desastres naturales, específicamente en el terremoto de la ciudad de México, en septiembre de 1985, con intervención en crisis y formación de líderes comunitarios.

Una característica del enfoque comunitario es que en su visión holística, ha tenido la posibilidad de potencializar, es decir, facilitar la emergencia de los recursos personales y en la época neorogeriana, ha llegado a diferentes poblaciones, anteriormente poco atendidas como, colonias marginadas, comunidades rurales y poblaciones indígenas.

Una aportación importante del ECP comunitario es la interdisciplinariedad, es decir, la promoción de diferentes profesiones, que optimizan su quehacer en el contacto directo al servicio de la persona, como un valor agregado en sus vidas. Se aplica el efecto sinérgico en donde la totalidad es superior a la suma de las partes, sin perder a la persona. El cambio social se convierte entonces en una meta dentro de este proceso de transformación, de la persona y sus grupos de referencia. Esta aproximación, ve de nuevo al hombre como protagonista de su existencia, agente activo de su medio y profundamente responsable por ser él y sus circunstancias (Ortega y Gasset).

En la población urbana, la empresa, vista desde el ECP, busca que la organización se convierta en una persona de personas, en un organismo vivo, con un intercambio de materia, energía e información, desde dentro y hacia afuera. Es un sistema abierto con sus cualidades y límites. Esta traspolación es admisible ya

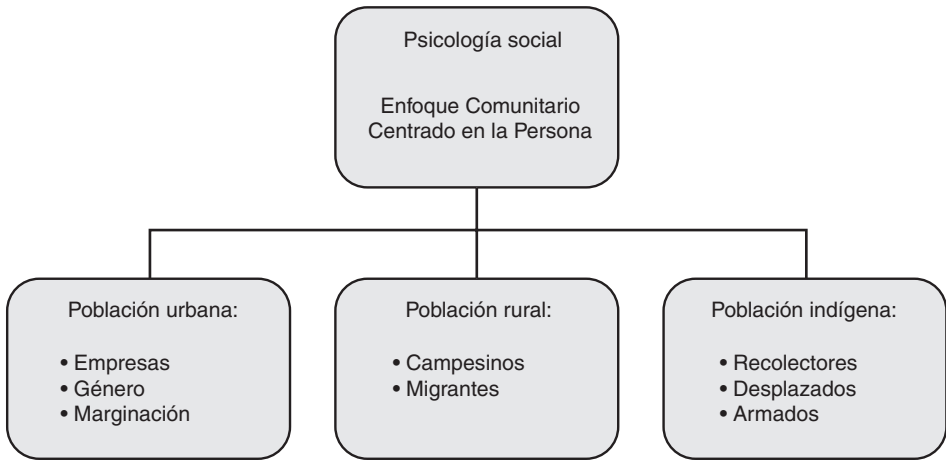


Figura 5-5. Psicología social comunitaria desde el ECP.

que tiene identidad propia, fuerzas y debilidades, es una unidad total, única e irrepetible. La organización es diversa y dinámica, crea su ambiente derivado de sus valores, misión, visión, cultura y normas. Cuando una organización de cualquier tipo: industrial, de servicios, educativa o de gobierno está viva, el poder personal emerge y se orienta a la satisfacción de las necesidades de la colectividad.

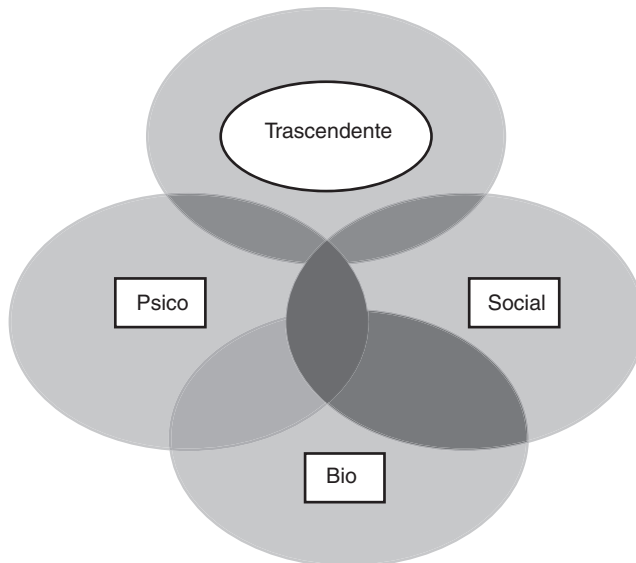


Figura 5-6. Enfoque holístico.

El estudio de género

El tema del género cobra aún más actualidad, y el ECP nos aporta un ensayo escrito por Anne Lovering, publicado en la *VICCCEP Conference, Chicago 2000*, quien trabajó con grupos de mujeres mexicanas, y cita una frase en español que se ha vuelto famosa en los estudios de género:

La mujer es un ser-para-el-otro. Los roles que ellas aprenden desde su niñez son de estar al servicio de los hombres y los niños". Y abunda con frases similares como: "Aun desde jóvenes, es requerida para servir a sus hermanos y en un hogar típico, donde no hay empleada, permanecen en la estufa calentando las tortillas mientras los demás comen.

Resulta aberrante que tales expresiones, acerca del rol de la mujer, se escuchen en ambientes latinoamericanos y reflejen, al menos en parte, el grado de retraso que en la integración de género estamos viviendo en este subcontinente. Durante los años setenta Rogers ya cuestionaba la posibilidad del cambio en una sociedad opresora. Él se cuestionaba sobre la posibilidad de que las "nuevas personas" pudiesen cambiar la cultura. La nueva cultura se planteaba con una tendencia hacia la apertura, la exploración del *self*, y la promoción de los individuos, sin distinción de raza ni sexo.

Lovering (2000) en su ensayo propone el cambio de cultura a través de los grupos pequeños, como un espacio propicio. La mujer podrá ser 'más real' descubrir su voz y su autenticidad y encontrar mejores alternativas para vivir de forma más satisfactoria. Un agregado a este ensayo sería el que en este cambio de cultura, habremos de estar inmersos tanto mujeres como hombres, considerando que estamos vinculados y somos cómplices en este proceso de integración del género, no visto en forma parcial, sólo desde el posicionamiento de la mujer, sino desde la complementariedad hombre-mujer.

Comunidades marginadas, rurales e indígenas

Para ilustrar el trabajo realizado en comunidades marginadas, se citará la experiencia compartida por María Elena Munguía en una colonia al oriente del estado de Guadalajara, México, en la que coparticipa con mujeres y hombres que dedican parte de su vida a luchar por una sociedad más justa, creando un mejor mundo para sus hijos, por medio de proyectos de educación y acción popular. El trabajo, en este sector, se caracteriza por la autogestión, organizándose para la dignificación de la vida, por los derechos humanos, la democracia y la comunidad solidaria. La educación autogestiva, se resume en esta frase: Nadie educa a nadie, nadie se educa sólo, los hombres se educan entre sí mediatizados por el mundo.

Munguia relata también el trabajo con las poblaciones rural e indígena, en su experiencia en la selva lacandona, en la Convención Nacional Democrática (agosto, 1994). Esta experiencia de compartir espacio e ilusiones con indígenas chiapanecos armados, con guerrilleros que luego de 12 días no volvieron a disparar una sola bala, que luchaban por las reivindicaciones de la cultura indígena, la autoctonía, la ecología y los derechos humanos, fue una experiencia de: "Abrir el corazón hasta que surja el nosotros".

En el tema de Grupos de Encuentro, una aportación importante ha sido la de Celedonio Castanedo y Gabriela Munguía con su manual *Desarrollo del Potencial en Grupo*, documento en el que integran como marco teórico el Enfoque Centrado en la Persona y la Terapia Gestalt, utilizando como medio de evaluación el FIRO-B, instrumento elaborado por William Schutz, autor que propone la Teoría Tridimensional de la Conducta Interpersonal, traducido y adaptado a la población hispana por los autores, con el cual se miden tres variables del desempeño del sujeto en el grupo: inclusión, control y afecto. La obra hace además una revisión de la teoría del campo, y de la dinámica de grupo (Castanedo & Munguía, 2000). Otro instrumento utilizado en la investigación, y tratado en esta misma obra y por estos mismos autores es el *Personal Orientation Inventory* (POI) de Everett Shostrom, reflejo de la teoría de autorrealización elaborada por Abraham Maslow (Castanedo y Munguía, *Diagnóstico, intervención e investigación en psicología humanística*, en prensa).

La espiritualidad

*Es más importante reconocer la altura
espiritual de nuestra naturaleza,
tan poderosa, como su profundidad instintiva*
Oskar Pfister

En el tema de la espiritualidad, el que en algún momento se le conociera como psicología transpersonal -por Maslow- aunque considerándolo más adecuado se propone el término desarrollo espiritual, una exponente de gran relieve lo ha sido Ana María González Garza, otra discípula de Rogers, participante en los Seminarios intensivos del Centro de Estudios de la Persona en la Jolla, California. González Garza ha trabajado intensamente en el estudio del desarrollo de la consciencia y su expansión. Se ha apoyado en autores como Maslow, creador del concepto, Jung, Fromm, Frankl, Rogers y Theilard De Chardin, proponiéndose recoger el pensamiento que en este campo tiene Rogers, en su apoyo a la educación Centrada en el estudiante.

González Garza, cita una entrevista periodística, publicada en la revista *Laughing Man Magazine*, que le hicieron a Rogers en el invierno de 1984, tres años antes de su muerte, en donde el entrevistador insiste en que él es un hombre religioso,

Rogers replica diciendo que la experiencia religiosa, es una expresión que se queda corta y es por ello que no se considera a sí mismo como religioso, de hecho, la expresión que sería más aproximada sería un ser espiritual. El reportero le preguntó si viviera otros 82 años, acaso le interesaría investigar más sobre ese tema, a lo que Rogers le respondió afirmativamente, sí seguiría explorando el tema.

Vale la pena mencionar que el desarrollo espiritual, sólo tiene una de sus expresiones en la práctica religiosa y que no es privativo de la misma, sino del cultivo de la espiritualidad a través de diferentes medios, que el hombre a lo largo de su historia, ha tenido para su desarrollo. La meditación y los rituales, la fantasía dirigida, también conocida como imaginación, el trabajo con los sueños y la hipnosis, son recursos ancestrales que se han incorporado a la psicoterapia y la educación humanísticas.

Retos del enfoque centrado en la persona

En este último punto del capítulo, es necesario explorar una propuesta que habría sido satisfactoria compartir con el propio Carl Rogers, a quien conocí en Guadalajara en el evento "Conversaciones con Carl R. Rogers y Ruth Sandford" en el ITESO en octubre de 1982, sin embargo, no es hasta ahora en que Celedonio Castanedo me distingue con su invitación a escribir este trabajo, cuando surge la hipótesis que se expondrá y que ya será con los colegas identificados con el enfoque con quienes se confrontará.

Me refiero a que no considero al enfoque centrado en la persona, como un enfoque terapéutico, sino como un estilo de vida que permea no sólo en el trabajo terapéutico, sino también en la educación, a la consultoría de empresas, al trabajo comunitario, al de género, al desarrollo ecológico y a los derechos humanos, entre otros, lo cual lo hace aún más grande que si se tratara de un enfoque terapéutico. De hecho, es la base para la formación del Desarrollo Humano, propuesta hecha por Juan Lafarga, como una disciplina del conocimiento y un horizonte ético y no sólo como un índice de la pobreza y un combate a la misma, como lo tiene considerado la FAO de la ONU. Se ha convertido en una auténtica disciplina autónoma con sus principios y fundamentos, que permite a profesionales y no profesionales de todas las ramas, convertirse en facilitadores de procesos humanos y en agentes de cambio.

Con este pensamiento que ya se ha compartido, y que no se pretende exponerlo como idea nueva, pero que es inevitable unirse a ella para no poner al enfoque como una panacea y sí como un medio para la promoción humana en todas sus manifestaciones, el autor se compromete a continuar investigando y confrontando empáticamente estas ideas, de una forma seria y responsable, que contribuya a dimensionar, el alcance, que, de tener una autocrítica sana, el enfoque centrado en la persona, pueda ofrecer caminos certeros a grandes dilemas de la humanidad.

6

TERAPIA GESTALT: EL AHORA Y EL CÓMO

Celedonio Castanedo

*No camines delante de mí, puedo no seguirte.
No camines detrás de mí, puedo no guiarte.
Camina al lado mío y simplemente sé mi amigo.*
Mariangel

DEFINICIÓN

La psicoterapia gestáltica se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, "en el aquí y el ahora", su presente¹. Uno de los requisitos en su aplicación terapéutica consiste en que el individuo tome conciencia o se dé cuenta de lo que está pasando momento a momento dentro de sí mismo y a su alrededor, es por esta razón que en sus comienzos Fritz Perls, su fundador, la llamó *Terapia del Darse Cuenta* y posteriormente *Terapia de la Concentración*.

El término alemán Gestalt significa figura, configuración o totalidad, lo que quiere decir que ningún fenómeno puede ser analizado si no es tomado en su totalidad. En la práctica este principio implica que la persona está compuesta de factores físicos, emocionales, intelectuales y sociales, sin olvidar los espirituales; si

¹ Haley (1973) considera que uno de los 12 pasos que se dan en el arte de fracasar como terapeuta reside en situarse en el pasado. La experiencia ocurre únicamente en el presente, lo que de ninguna manera significa que el pasado y el futuro no existan.

uno de ellos es afectado los otros sufrirán también las consecuencias (p. ej. los trastornos psicosomáticos). El concepto de totalidad considera que el fin de la psicoterapia es que la persona pueda pensar con la mente y sentir con las emociones, la integración de esta polaridad mente-cuerpo permite que el individuo desarrolle su potencial humano. Warren (1934) define la Gestalt como la integración de miembros en contraste con la sumatoria de las partes, expresado de otra manera significa que el todo es más que la suma de las partes. Para mi maestra Laura Perls, entrevistada por Rosenfeld en *An Oral History of Gestalt Therapy* (1981), la terapia Gestalt: "... es una psicoterapia holística, lo que significa que toma en consideración al organismo en su totalidad, no únicamente la voz, lo verbal, el *acting out*..." (p. 4).

Krishnamurti (1984) al referirse al significado de la educación, dice que su más alta función es lograr un individuo integrado, que sea capaz de enfrentar la vida como una totalidad.

Todo lo anterior explica la importancia que concede la terapia Gestalt al proceso terapéutico considerado en su totalidad, compuesto tanto del contenido o el mensaje verbal que emite el cliente en la relación terapéutica, frente al terapeuta, como de la fenomenología que expresa el mismo cliente en el momento que interactúa verbalmente con el terapeuta o facilitador del proceso. En muchas ocasiones el cuerpo expresa las necesidades, emociones y pensamientos del individuo con más claridad que la frase hablada² y en muchas otras el terapeuta descubre la incongruencia entre el lenguaje verbal y el no verbal (corporal) de su cliente.

En esta definición de la terapia Gestalt no puede faltar el objetivo final que se persigue; que el cliente realice, con la ayuda del terapeuta, la transición de depender del medio, incluyendo al terapeuta, para recibir apoyo, darse él mismo el apoyo que necesita. Para lograr este objetivo, el terapeuta Gestalt tiene que centrarse, durante todo el tiempo que duren las sesiones de psicoterapia, en la polaridad dependencia-independencia, para finalmente indicar al cliente que existen diferentes caminos que puede tomar y ayudarlo a descubrir cuál de ellos es el más adecuado en ese momento de su vida. Con todo, el cliente tiene que decidir por sí mismo; está es su responsabilidad, tomar decisiones. En este sentido la terapia Gestalt es un enfoque de psicoterapia que considera los trastornos de la persona

² Para Martín Buber (1965) la comunicación no está en una de las dos personas, ni tampoco en las dos juntas, sino que se da en el diálogo en sí mismo, en ese "entre" tú y yo que vivimos juntos ("Nosotros mismos somos el diálogo", Buber, 1967, p. 85). Siendo el diálogo una comunicación que no se limita a la emisión y recepción de signos lingüísticos entre dos personas, éste puede hacerse en silencio (la inteligencia consiste en saber leer los silencios); sin embargo, muchas conversaciones pueden ser monólogos y no diálogos (Friedman, 1965). La interrelación terapéutica Yo-Tú, del principio dialógico, es la más alta forma de contacto. Una obra sumamente interesante y completa sobre la filosofía de Martín Buber ha sido escrita por Sánchez Meca (1984).

o su conducta inadecuada como señales dolorosas para el individuo. La resolución de los mismos consiste en resolver o integrar las fuerzas que representan dos elementos opuestos de un proceso psicológico. El conflicto puede situarse en el interior de la persona (intrapsíquico) o puede darse en la interrelación de la persona con los demás (relaciones interpersonales). Independientemente de dónde se sitúe el conflicto, la intervención terapéutica es la misma: confrontar los elementos incongruentes o polaridades haciendo que el cliente viva situaciones pasadas (memoria) o futuras (fantasía) en el aquí y el ahora, donde la terapia Gestalt es una psicoterapia de autoactualización y no precisamente una psicoterapia de adaptación a la sociedad. Este concepto de autoactualización se debe a Goldstein, con quien Fritz Perls trabajó en el tratamiento de pacientes con lesiones cerebrales (Castanedo, 1982a).

ANTECEDENTES

Científicamente, la psicoterapia Gestalt nace en 1912 con la Psicología de la Gestalt o Psicología de la Forma desarrollada por Max Wertheimer y sus discípulos Wolfgang Köhler y Kurt Koffka. A Wertheimer se debe la explicación del fenómeno *phi* o ilusión perceptual del movimiento que se obtiene al iluminar en una pantalla la imagen en secuencia que en el cine da la sensación de movimiento. Este fenómeno es conocido como ley de la proximidad y se aplica también a los sonidos (acústica) que se dan en sucesión rítmica (p. ej., el sistema Morse del telégrafo). Estas experiencias demuestran que las percepciones son más que sensaciones aisladas.

Las investigaciones de Köhler, con monos antropoides en la isla española de Tenerife, dieron como resultado la elaboración de la teoría del aprendizaje por discernimiento o *insight* que tiene el animal al encontrar una solución; al darse cuenta de la respuesta correcta puede reproducirla y aplicarla a otras situaciones similares. Sin caer en una discusión de la teoría de la evolución de Darwin, según la cual el hombre desciende del mono, sí se puede afirmar que muchos de los descubrimientos, realizados en laboratorios de psicología con infrahumanos, han sido extrapolados a la conducta del hombre. Esta experiencia de Köhler es uno de ellos; de la misma manera que el mono Sultán, encerrado en la jaula, se dice a sí mismo "ah, ya sé cómo alcanzar el banano", la persona aprende a encontrar solución a sus conflictos existenciales con la ayuda del terapeuta. Cuando la persona adquiere este aprendizaje lo puede seguir utilizando en situaciones que requieren semejante respuesta (generalización). En 1956 Köhler recibió de la *American Psychological Association* (APA) un premio de distinción por sus contribuciones científicas acerca del funcionamiento del cerebro y sus trabajos sobre la percepción. En psicoterapia una condición esencial de este aprendizaje es que la persona aprenda reviviendo, volviendo a sentir lo vivido. Como decía Sófocles: "Se

aprende haciendo las cosas, no se puede pensar que no se hace algo hasta que no se ha intentado". Incluso en la formación del terapeuta Gestalt, para que adquiera habilidades, se toma en cuenta este principio de que el profesional sea en ciertos momentos cliente y en otros facilitador, con lo que llega a darse cuenta de que como persona tiene asuntos inconclusos.

Continuando con los aportes de la Psicología de la Gestalt a esta terapia tenemos que a Koffka se debe la ley gestáltica de la pregnancia según la cual: "La organización psicológica será siempre tan excelente como las condiciones dominantes lo permitan" (citado por Katz, 1945, p. 45). Ley que fue reformulada por Katz como sigue: "El organismo tiene la tendencia a determinados modos de conducta totalmente característicos, bien se trate de percepciones, movimientos o actitudes" (Katz, 1945, p. 45).

Esta ley de la pregnancia mantiene el principio del cierre gestáltico según el cual, toda forma, aunque esté incompleta, tiende a cerrarse para ser percibida finalmente como un conjunto. En psicoterapia la tendencia al cierre, en situaciones inconclusas del cliente, es difícil que se logre por sí sola (las heridas de la vida no cicatrizan por sí solas), esto no ocurre hasta que el cliente revive "en el aquí y el ahora" el asunto desde el momento en que quedó inconcluso.

Los académicos de la psicología utilizaron estas leyes (proximidad, continuidad de la buena forma, pregnancia, semejanza, cierre) en el nivel de la percepción visual y auditiva. Fritz Perls las retomó en terapia Gestalt y las adaptó a la percepción de las emociones y a las sensaciones corporales.

También de Europa, Perls recibió la influencia y los conocimientos de Sigmund Freud, Wilhelm Reich, Kurt Goldstein, Sigmund Friedlander, Karen Horney, Kurt Levin y, naturalmente, también de su esposa Laura Perls (nombre de soltera Lore Possner), cofundadora de la terapia Gestalt. Estas influencias están claramente ilustradas en el siguiente esquema elaborado por Kogan (1976). Véase figura 6-1.

De las influencias europeas que se indican en el cuadro anterior, Fritz tuvo dos analistas que velaron por la estructura de su "ego", ambos le sometieron al análisis posfreudiano, Karen Horney y Wilhelm Reich (1932), al mismo tiempo que estudiaba en diferentes centros psicoanalíticos de Berlín y Viena. Más adelante (1934), con su esposa funda en el sur de África el Instituto Psicoanalítico, en esa época escribe su primer libro titulado, *Ego, Hunger and Aggression* (1947), obra que muestra su insatisfacción con la teoría freudiana; sin embargo, y a pesar de que más tarde se separó del psicoanálisis, siguió considerando a Freud como un "genio-santo-demonio".

Las aportaciones de Laura Perls a la terapia Gestalt de Fritz Perls fueron extensas desde que ambos se conocieron, en unas conferencias sobre Psicología de la Gestalt que ofrecieron Gelb y Goldstein en 1926. Fritz trabajó con Goldstein en el Instituto para Veteranos de la Guerra con Lesiones cerebrales producidas en la Primera Guerra Mundial (Alemania). Goldstein era pionero en

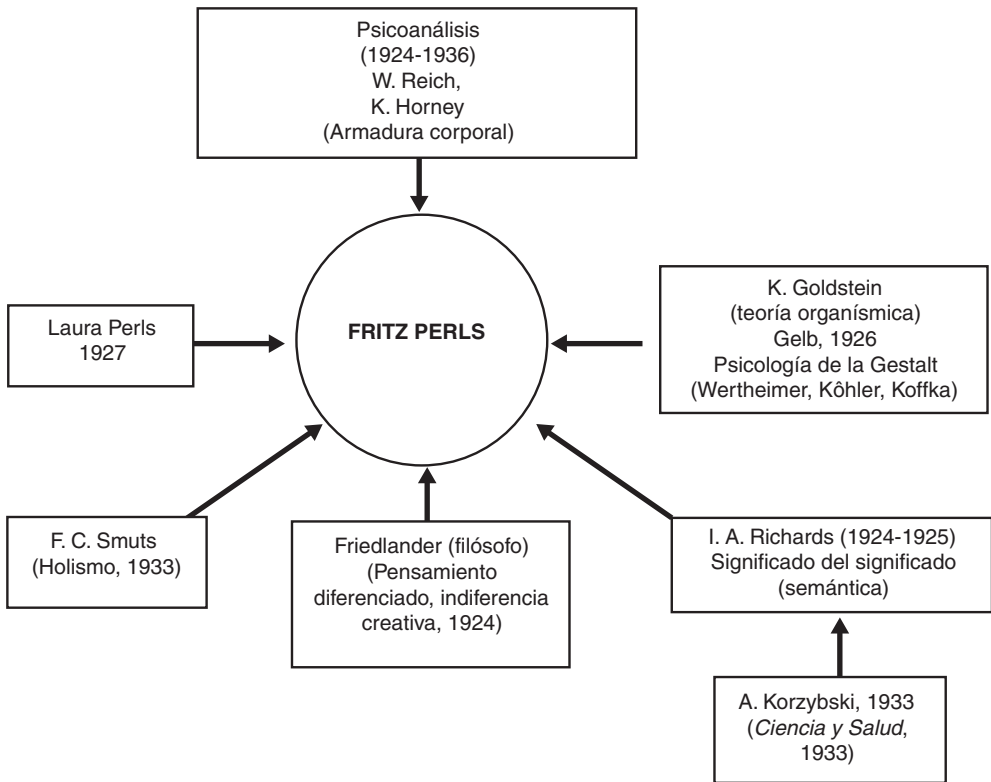


Figura 6-1. Contribuciones a la terapia Gestalt. Tomado y modificado de Kogan, J. (1976). *The Genesis of Gestalt Therapy*. en Chris Hatcher, & Phillip Himmelstein (eds.). *The Handbook of Gestalt Therapy*. New York: Jason Aronson, Inc. p. 23. Con autorización de Rowman & Littlefield Publisher, Inc Langham.

trabajar con el organismo como totalidad, yendo más lejos que la Psicología de la Gestalt de aquella época que se centraba únicamente en la percepción sensorial.

La experiencia de Goldstein con personas que padecían lesiones cerebrales dio origen a su principio de que cuando un órgano del ser humano falta o está dañado, la persona en su totalidad cambia, se modifica y se reorganiza en consecuencia de la pérdida. Para Goldstein, la ansiedad es el resultado de las expectativas catastróficas, las cosas que la persona cree que ocurrirán en el futuro, cuando lo importante es resolver los problemas de hoy, los del futuro se resuelven por sí solos.

El existencialismo, que nació como una necesidad del ser humano para sentir su existencia presente, dio la base filosófica a la terapia Gestalt siendo uno de sus principios el determinar cómo el hombre experimenta su existencia inmediata "hoy es el primer día del resto de tu vida", lo que significó un paso adelante al principio de la Psicología de la Gestalt, que consiste en establecer cómo el hom-

bre percibe su existencia inmediata, el cambio reside en colocar, el experimentar, el vivir, el sentir, en el lugar de percibir. Asimismo, la terapia Gestalt toma el concepto de que el individuo tiene que hacerse responsable de su propia existencia, como diría José Ortega y Gasset: "Yo soy yo y mis circunstancias".

Otras de las raíces de la terapia Gestalt provienen de la filosofía oriental Zen (para los orientales el hombre sabio se guía por lo que siente y no por lo que ve) y de la fenomenología.

Han pasado más de 60 años desde que Fritz Perls escribiera su primera obra sobre terapia Gestalt (*Ego, Hunger and Aggression. The Beginning of Gestalt Therapy*, 1947), dedicada a Max Wertheimer; desde entonces este movimiento psicoterapéutico no ha dejado de crecer y desarrollarse. Al comienzo Fritz Perls junto con Laura Perls, Isadore From, Ralph Hefferline, Paul Weisz y Paul Goodman, fueron los maestros de este revolucionario punto de vista psicoterapéutico, tendiente al desarrollo de la personalidad y del potencial humano. Con la fundación del Instituto Gestalt de Nueva York, estos pioneros dieron entrenamiento en psicoterapia a un gran número de futuros gestálistas, que más tarde tuvieron como meta formar a otros terapeutas en centros como el de Cleveland, San Diego, Los Angeles y San Francisco. En esta segunda generación figuran Erwin y Miriam Polster, Simkim, Fagan, Levitsky, Edwin y Sonia Nevis, Fantz, Zinker, Enright y algunos más que fueron iniciados en la terapia Gestalt por la primera generación, los fundadores del movimiento. En la actualidad (1990) existen Centros de Formación en Terapia Gestalt en EUA (alrededor de veinte), en Europa (seis), en Canadá, México y España (cuatro), en Australia y en Japón (dos). Asimismo, la bibliografía sobre este enfoque psicoterapéutico ha ido creciendo, existiendo en la actualidad cerca de 800 publicaciones entre libros, artículos, películas y videocasetes, además se han elaborado cerca de 80 tesis de doctorado que tratan esta temática.

Sobre Fritz Perls se ha escrito mucho, posiblemente lo que más lo describe como académico y profesional es parte de la reseña que hace Bruce Chenoweth, en el *Newsletter* de la *Association for Humanistic Psychology* (1982), del libro de James Oldham, Tony Key y Yaro Starak, *Risking Being Alive*, 1981 (*El Riesgo de Vivir*, 1991). "Fritz Perls, el fundador de la Terapia Gestalt, escribía de manera brillante y a veces oscura. Sus métodos llegaron a conocerse más por sus demostraciones que por sus escritos, aunque sus ideas cambiaron la naturaleza de la psicoterapia actual...".

Es curioso que la vida de Perls haya estado llena de polaridades, incluso cuando escribía seguía ese principio fundamental de la terapia Gestalt.

TEORÍA

Antes de iniciar este apartado conviene aclarar, retomando lo expuesto por Alfred Korzybski (1933), que todas las teorías son como mapas de un territorio; en el

caso de la psicología, el territorio es el ser humano, su experiencia y su conducta. Como dicen Van De Riet, Korb y Gorrell (1980): "Una teoría de la experiencia y la conducta difiere de la experiencia y la conducta en sí mismas". Todo esto explica los diferentes puntos de vista de las diversas teorías que existen en psicología (conductista, freudiana, psicodrama, rogeriana, gestáltica, transaccional y otras muchas).

Como se ha visto, la terapia Gestalt retoma conceptos del existencialismo, de la fenomenología y de la filosofía Zen, en lo que se refiere a cómo experimenta el ser humano su existencia. Por otra parte, los principios de la Psicología de la Gestalt, en cuanto a la percepción, son aplicados para explicar cómo el hombre se "siente" a sí mismo, siente a los demás y a su medio. Finalmente, Reich contribuyó con su teoría de la "armadura" que lleva la persona.

La conducta simbólica pertenece al campo mental (pensar, imaginar sueños, pesadillas, fantasías). Este tipo de conducta puede formar parte del darse cuenta de la persona por medio de la visualización, la que se hace al revivir un sueño o pesadilla o al dialogar con alguien no presente por medio de la técnica de la silla vacía.

La conducta interpersonal es la que se establece con los otros, el contacto puede ser interrumpido por resistencias como la deflexión, esto es evitando el contacto físico o la comunicación con los otros. La deflexión en su máxima expresión se da en el aislamiento, incluso sensorial del medio, lo que hace que la persona se encierre en sí misma y adopte conductas catatónicas.

De acuerdo con los principios de la terapia Gestalt, retomados de la Psicología de la Gestalt, el ser humano vive o siente sus percepciones, necesidades, pensamientos y emociones como procesos en formación y destrucción de *Gestalten* (plural de Gestalt, configuraciones, formas) en las que se da la polaridad de lo que sobresale en ese momento (figura), y lo que se esconde (fondo). En algunos momentos la figura puede ser el individuo en contacto consigo mismo y el fondo la interrelación entre el individuo y el medio que le rodea; en otras ocasiones la figura se puede convertir en fondo y el fondo en figura. Van De Riet, Korb y Gorrell (1980) relacionan la teoría de la personalidad de la Terapia Gestalt con la teoría organísmica de Goldstein, la fenomenología de Lewin, el estructuralismo psicoanalítico francés de Lacan, en el que el sistema individual simbólico es un factor principal para estructurar la experiencia de la persona. El enfoque neurolingüístico, de Bandler y Grinder (1976, 1982), que considera la comunicación como eje, está también asociado con la Terapia Gestalt (Castanedo, 1985b).

El organismo humano como totalidad, está compuesto de partes que funcionan como una unidad: la persona.

En términos gestálticos la personalidad no es sólo la suma total de las acciones e interacciones entre lo psíquico y lo somático (medicina psicosomática), sino que también es la manera en que lo psíquico y lo somático interactúan juntos con el medio.

La personalidad se manifiesta por los patrones de conducta habituales del individuo, sus actividades mentales y físicas, sus acciones y actitudes, todo ello en respuesta a los estímulos que le llegan y proceden del medio. También la personalidad expresa las necesidades y deseos individuales y su capacidad para satisfacerlos al interior de su medio.

Arthur Noyes (1953) define la personalidad como la reacción total de un individuo en relación con su medio. Definición que es congruente con los postulados gestálticos.

En un interesante capítulo sobre terapia Gestalt, conductismo y fenomenología, Kepner y Brien (1970) establecen la relación existente entre estas tres corrientes: partiendo de la base de que la conducta del ser humano es aprendida, la psicoterapia entonces representa un método reeducativo o un proceso de aprendizaje. Todo lo anterior indica que la única manera de determinar los efectos de la experiencia es por medio de la conducta, sea verbal o no verbal. Es así como... "El terapeuta Gestalt considera todo lo que está pasando en una persona -lo que está pensando, sintiendo, haciendo, recordando y viendo- como datos de la conducta" (Kepner y Brian, 1970, p. 39).

La fenomenología y el conductismo son dos enfoques que tienen como objetivo el aprendizaje, la fenomenología está representada por el funcionalismo, la Psicología de la Gestalt y la introspección, siendo además el método utilizado por las psicoterapias existenciales. El conductismo pertenece al método conocido como asociacionismo.

Kepner y Brien (1970) consideran que la fenomenología del ser humano se observa en sus sensaciones, percepciones y pensamientos:

El terapeuta existencial considera que los determinantes más importantes de la conducta se encuentran en el interior de la persona, por consecuencia enfoca la fenomenología del cliente... o su mundo interno de la experiencia... "En terapia Gestalt, el individuo es guiado para que preste atención a lo que siente, lo que quiere y lo que está haciendo" (Kepner y Brien, 1970, p. 43).

De lo anterior se explica la gran importancia que tiene en terapia Gestalt el darse cuenta. El que la persona tome conciencia de cómo interrumpe su darse cuenta facilitará descubrir sus resistencias o bloqueos, lo que consigue cuando se encuentra "dirigiendo la atención a lo que su cuerpo y su mente hacen y lo que está o no está pasando entre la gente (conductas motoras, simbólicas e interpersonales)" (Kepner y Brien 1970, p. 43). Las conductas motoras son aquellas que emite el cuerpo por medio de la postura, el tono de voz, la posición que tiene sentado y al caminar. En general estas conductas se observan en las partes del cuerpo que el cliente mueve cuando está relatando algo en psicoterapia. Para que el terapeuta ayude a que el cliente tome conciencia de estos elementos, puede elaborar pequeños ejercicios como "cierre los ojos y relátame qué está sintiendo", o cuando el cliente emite un movimiento repetitivo del que no tiene conciencia, puede

pedirle que lo repita exagerándolo, lo que puede conducirlo a descubrir su significado.

El concepto gestáltico de experiencia entendido como una organización de procesos activos, es la base de la "doctrina holística". Perls (1973) basa su razonamiento en lo que puede llamarse un modelo de "sistema abierto", en el que su funcionamiento no existe aislado. Afirma que: "La psicología tradicional, al separar la experiencia interna de la externa, se tenía que enfrentar con la pregunta, sin respuesta, de si el hombre se encuentra gobernado por fuerzas internas o externas" (Perls, 1973, p. 17). También, Perls contrasta las "viejas" perspectivas del funcionamiento humano basadas en las "estructuras", "entidades", o "sustancias", con una perspectiva moderna del funcionamiento, como son los procesos de interrelación activa entre ellas. Cuando un terapeuta gestáltico se centra en observar un aspecto específico de la experiencia, como un gesto, tono de voz o tensión muscular, no piensa en ese momento en un significado específico, sino que asume que la conducta esconde un proceso activo de interacción presente. La experiencia es holística, y el holismo es un factor esencial en la filosofía de la ciencia.

La terapia Gestalt genera un proceso holístico orientado hacia el funcionamiento mutuo (mutualidad) entre los individuos en un contexto inmediato. Este punto de vista es una elaboración de las ideas descritas por Perls como "doctrina holística", con un énfasis especial en el concepto de campo, como el contexto en el que las personas y el ambiente interactúan mutuamente. Perls (1973) introduce el concepto de campo y su relación con la conducta humana en los siguientes términos:

El individuo es, en cada momento, una parte de algún campo. Su conducta es función del campo total que incluye ambos; él y su ambiente. La naturaleza de la interrelación entre él y su ambiente determina su conducta... El ambiente no crea al individuo, tampoco el individuo crea el ambiente... El ambiente y el organismo mantienen una relación de mutualidad uno con otro (pp. 16-17).

Rogers (1980) lo dice con otras palabras: "No es el medio ambiente (*sic*) el que moldea la conducta del individuo, sino el individuo el que escoge moldear el medio ambiente (*sic*) para su propio crecimiento personal" (p. 12).

Principios básicos al aplicar la Terapia Gestalt

Enfocar en un tema

Una de las dificultades para enseñar terapia reside en determinar cómo un "experto" puede pasar las bases de su competencia y arte a estudiantes que están aprendiendo a hacer psicoterapia, y esto especialmente en lo que se refiere a la elección inmediata para hacer una intervención "apropiada". Esta dificultad es vista como un producto de orientaciones que enfocan a la persona como una entidad estática en lugar de percibirla como una organización de procesos inme-

diatos. Desde el punto de vista del campo gestáltico, la función de un terapeuta consiste en descubrir cuál es el proceso actual del campo. El terapeuta asume el rol de seguir al cliente para identificar los procesos inmediatos, guiándolo para que enfoque su atención en ellos.

Enfocar directamente en la experiencia inmediata

Los terapeutas responden generalmente a los procesos inmediatos en forma "intuitiva". La perspectiva del campo facilita al terapeuta una convergencia entre su experiencia intuitiva, su campo de referencia conceptual, el enfoque de su atención y su comunicación con el cliente. Este enfoque proporciona una forma de atender las fluctuaciones que se dan en cada momento del proceso, lo que corresponde al modelo gestáltico de trabajo en psicoterapia.

Relación de la persona con la totalidad

La psicoterapia ha descuidado la apreciación de la experiencia de cada individuo con su medio. Enfocando en la organización de la experiencia en el presente inmediato y en cómo la organización de cada persona encaja y soporta los procesos del campo, se logra simultáneamente el enfoque en el individuo y la totalidad (ambiente).

Rol del terapeuta

El terapeuta es inevitablemente participante del campo, es influido por los procesos del campo, así como es capaz de afectar dichos procesos. En una modalidad terapéutica que enfatiza el autodescubrimiento, el reconocimiento (darse cuenta) de la autoexperiencia del terapeuta y sus esfuerzos para funcionar en una manera en la que predomine el contacto; se facilita también el desarrollo del soporte al campo, para que los clientes asuman los riesgos del encuentro terapéutico.

Técnicas diseñadas para dar soporte al campo

Los experimentos gestálticos dirigidos son utilizados en una diversidad de formas, en todas las fases de la psicoterapia, con el propósito de proporcionar soporte que sirva para centrar la atención del cliente y lo conduzca a arriesgarse al cambio circunscrito de la experiencia. En estas situaciones se elige un experimento específico y se introduce unido al soporte que necesite el paciente. Sea que la psicoterapia se lleve a cabo con una, dos o más personas, los resultados del procedimiento dependen del soporte ofrecido en su totalidad. La puesta en práctica de estos experimentos se describe en el apartado de aplicaciones de la terapia Gestalt.

Los procesos del campo cambian en una progresión secuencial

Los campos engranan con otras organizaciones rígidas cuando existe una anticipación de que el campo actual se desestabilizará y resultará una pérdida en la organización de la experiencia de los integrantes. La modificación del campo se

da como un cambio gradual de modo tal que se integra una nueva experiencia. La modificación de una organización se produce en forma secuencial: el campo total participa en las fases terapéuticas de sensación, darse cuenta, hacerse responsable de la experiencia propia, explorarse a sí mismo, integración de la experiencia emergente y cierre (Kaplan, 1979), lo que corresponde al ciclo de la experiencia individual y grupal descrito por Zinker (1977).

Fritz Perls decía en un capítulo de la obra de H.A. Otto (1966), *Gestalt Therapy and Human Potentialities*, que después de un tratamiento terapéutico eficaz el neurótico despierta de su estado hipnótico de ilusiones, lo que en el budismo Zen se conoce como *Satori* (el gran despertar). En forma similar, en el transcurso del encuentro terapéutico el cliente experimenta una sucesión de *minisatoris*. El cliente que toma conciencia y vuelve a sus sentidos comienza a percibir el mundo en una forma más clara. Dicho con palabras de Enright (1981a): "... el aprendizaje real, el más profundo, proviene de momentos sensoriales reales" (p. 3). Basta con observar a un niño cuando se quema con el fuego de la cocina para considerar real esta cita. Para Perls, el propósito de la terapia Gestalt consiste en despertar al cliente de sus pesadillas. Enright, considerado como el maestro de maestros en la psicología humanística, uno de los terapeutas de la Gestalt de la primera generación que estuvo al lado de Perls, sostiene un planteamiento de la terapia Gestalt que va más allá del modelo de psicopatología (modificar lo que es inadecuado) y del modelo de crecimiento "estoy bien pero puedo llegar a estar mejor", llegando al modelo de iluminación "no necesito ser diferente, los problemas son únicamente ilusiones que requieren un cambio en mi percepción". Esta modificación de la percepción la aplica Enright al hacer psicoterapia en lo que él llama la reformulación del nombre de un síntoma.

Siguiendo el camino de Perls, Enright (1981a) considera que la persona no necesita cambiar, sino que tiene que ser como es, "el pez que nada contra corriente, muere" (proverbio japonés):

La persona obligada a realizar esfuerzos para cambiar rechaza la realidad y escapa de ella. El propósito de la terapia Gestalt es el de aceptar la realidad. La Gestalt no es una cura de los problemas en el mundo real, sino que es un camino a la iluminación; que conduce a descubrir que los problemas no son reales, sino que son ilusiones proyectadas sobre el mundo.

Asimismo, Enright (1981b) sostiene un punto de vista similar al de la programación neurolingüística de Bandler y Grinder (1982): "En la vida no nos enfrentamos con la realidad, sino con nuestra descripción de la realidad y esto es cada vez más cierto a medida que más aculturizados estamos" (p. 141).

Watzlawick (1977), considera que "... dado que la psicoterapia es fundamentalmente el arte de cambiar el punto de vista de una persona acerca de la realidad, la Técnica de la Confusión es una intervención especialmente eficaz" (p. 29). Este mismo autor (Watzlawick, 1984) en una obra posterior, afirma que hay gente que

se encuentra en el momento inoportuno y en el lugar inoportuno, lo que significa dicho en forma opuesta (Técnica de la Confusión) que no es fácil situarse en el lugar oportuno (en el aquí) y en el momento oportuno (el ahora). En forma metafórica Helen Keller dijo: "Mantén tus ojos hacia el sol y no verás las sombras".

Sobre el darse cuenta (*awareness*) en terapia Gestalt se ha descrito mucho, siendo la etapa que precede a la movilización de energía en el ciclo de la experiencia de Zinker. La relación darse cuenta-energía está planteada por Enright (1981c) de la siguiente manera:

Podemos tomar dos mediciones independientes de usted, una es medir todos los estados corporales, todas las manifestaciones de energía en su cuerpo... con EEG, electrocardiogramas y psicogalvanómetros... Después podemos tomar un registro del darse cuenta que usted tiene. Una alta correlación entre estas dos medidas indica un índice de salud mental. Una baja correlación indica enfermedad mental. El objetivo de la terapia Gestalt es unir el darse cuenta y la energía, hacer que sean congruentes de tal forma que cada impulso de energía esté acompañado por la cantidad apropiada de darse cuenta (p. 32).

La energía del cliente en psicoterapia es utilizada por Enright (1981d) en tres niveles que se dan en el encuentro terapéutico:

1. La energía disponible en el cliente: su excitación.
2. Focalizar la energía del cliente: calidad de energía que dispone en ese momento.
3. Hacer propia la energía o responsabilizarse de ella, sin atribuirle a los otros (pp. 38-39).

Hasta aquí, la parte teórica se ha centrado especialmente en la terapia Gestalt enfocada en el adolescente o el adulto, pero quedaría incompleta si no se dedican unas líneas a la psicoterapia Gestalt aplicada al niño.

En la literatura gestáltica, cuando se trata de intervenciones con el niño se menciona el nombre de Violet Oaklander (1978). Para Oaklander la aplicación de la terapia Gestalt al niño tiene más semejanzas que diferencias si se compara con la intervención en los adultos. Es así como todos los conceptos y principios teóricos de la Gestalt pueden adaptarse al crecimiento sano del niño y también a su patología. Comenzando por el organismo como una totalidad, el niño desde su nacimiento, utiliza sus sentidos para sobrevivir, succiona e incorpora el mundo que le rodea por medio del olfato, el oído, el gusto y la visión de colores, caras conocidas y desconocidas. Más adelante toma conciencia de su propio cuerpo llegando así a alcanzar, tocar, agarrar y explorar los objetos y las personas. En tercer lugar aparece la expresión de sus emociones; ríe o llora, siente rabia o alegría, se siente feliz o infeliz, etc. Más tarde en su desarrollo adquiere el lenguaje que le permite expresar con más claridad sus necesidades y deseos, sus pensamientos

e ideas. El niño que desarrolla adecuadamente todas estas fases, adquiere una personalidad sana que le conduce a establecer un contacto adecuado con su medio y con la gente que le rodea.

En todas las etapas de la existencia de la persona, desde la primera infancia hasta la tercera edad, el principio gestáltico de homeostasis o adaptación es fundamental para mantener el equilibrio y satisfacer las necesidades. Para lograr esta integración de la personalidad se requiere darse cuenta de qué es lo que necesita la persona. El niño necesita establecer contacto con los otros y tener un sentido adecuado de sí mismo.

Lo anteriormente expuesto puede estar alterado por las introyecciones negativas o tóxicas bombardeadas en su mente desde su primera infancia, que le inhiben y no le permiten ser él mismo, de modo que se da una deflexión en sus emociones. Si esta situación ocurre, es posible que sus áreas de funcionamiento sensorial, corporal, emocional e intelectual, le impidan llegar a la autoidentificación y obtener el autoapoyo, lo que tanto necesita para enfrentarse al mundo y a sus adversidades. El bajo nivel de autoestima es una de las características principales del niño con trastornos, siendo la autoestima un requisito necesario para establecer contacto (mirar, hablar, tocar, oír, moverse, oler, saborear) con los otros y con el medio.

Aparte de las dos resistencias ya citadas, introyección y deflexión, en el niño también puede darse retroflexión: es decir, se hace a sí mismo lo que desearía hacer a los demás, esto se da especialmente en el niño que se autocastiga o se automutila, conductas utilizadas frecuentemente por los deficientes y enfermos mentales (Castanedo, 1978; 1982b). Asimismo, el niño puede manifestar una conducta confluyente con su medio o las personas de su entorno, haciendo ver que es sumiso, adaptado y obediente, diciendo a todo que sí e imitando a los otros, lo que le impide adquirir su propia identidad. También puede utilizar la proyección como resistencia a enfrentarse al contacto con su propia identidad, atribuyendo a los otros las emociones que él mismo siente.

Todo lo anterior bloquea el desarrollo del niño, impidiendo su integración y el logro de la identidad de su personalidad. Cuando alguna de estas resistencias y otros trastornos mencionados, se detectan en el niño conviene someterlo a un proceso terapéutico, siguiendo en cada sesión y en cada asunto a trabajar, las etapas del ciclo de la experiencia señaladas por Zinker (1977). El niño necesita, en primer lugar, sentir para llegar a una toma de conciencia de sí mismo, de su cuerpo, sus emociones y su medio. Enseguida debe movilizar energía para poder pasar a la acción y llegar finalmente al contacto (Castanedo, 1983b). Para integrar todas las fases del ciclo, éstas deben tener lugar "en el aquí y el ahora" de cada experiencia; en el momento en que se siente la emoción; poco importa que esta emoción y lo que se piensa correspondan o no a lo que ocurrió en el pasado o lo que sucederá en el futuro, el cerebro y el organismo en su totalidad las sienten en el presente existencial.

En conclusión, el objetivo de la terapia Gestalt centrada en el niño enfoca en sus necesidades y deseos de manifestar su sentir en el aquí y el ahora, tanto a nivel sensorial como emocional, enseñándole a hacer frente a situaciones inconclusas y a duelos no resueltos, permitiéndole cada día enfrentar nuevas situaciones, sin gastar excesiva energía en lo que ya fue o lo que aún no ha sido. Vivir el aquí y el ahora gestáltico facilita al niño la llegada a una adolescencia menos turbulenta (Castanedo, 1985a).

El significado de vivir la existencia en el aquí y el ahora ha sido expresado por Omar Khayyan (citado por Bernal Auriol, 1982, en *El Yoga y la Psicoterapia*), cuando dice: "Sabes que no tienes ningún poder sobre tu destino. Entonces ¿Por qué la incertidumbre del mañana te causa tanta ansiedad? Si tienes sabiduría aprovecha el momento presente. ¿Qué ha de depararte el porvenir?" (p. 78).

También, el presente representa para Milton Erikson, el fundador del enfoque de hipnoterapia, el momento en el que debe centrarse la psicoterapia, cuando escribe en el prefacio de la obra *Cambio* de Watzlawick, Weakland y Fisch (1982): "Una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una *insatisfacción en el presente* y un deseo de mejorar el futuro" (cursiva nuestra) (p. 9).

Aquí concluye la parte teórica de este capítulo y comienza el apartado que contiene la descripción de algunos de los instrumentos que se utilizan en terapia Gestalt para evaluar diferentes aspectos de la personalidad.

PSICODIAGNÓSTICO

A pesar de que en terapia Gestalt no es un requisito indispensable establecer un psicodiagnóstico de la personalidad del cliente o del grupo antes de iniciar la intervención terapéutica, la evaluación psicológica gestáltica puede resultar algunas veces de gran utilidad para determinar el progreso que obtiene el cliente en el proceso terapéutico, además de que este psicodiagnóstico también es especialmente útil para efectos de investigación, lo que se lleva a cabo comparando los resultados obtenidos por el cliente o el grupo con un instrumento de medición antes y después de finalizado el encuentro terapéutico. De esta manera es posible formular y comprobar (confirmar o denegar) hipótesis acerca de los efectos de eficacia de la psicoterapia.

De igual manera, el conocimiento de algunos de los instrumentos que se utilizan en terapia Gestalt para realizar evaluaciones permitirá al lector profundizar en el conocimiento de este enfoque, dado que las pruebas psicológicas han sido elaboradas partiendo de los principios establecidos por esta corriente psicoterapéutica.

Los instrumentos psicológicos con orientación gestáltica más conocidos son:

Orientación en las Relaciones Interpersonales Fundamentales (FIRO), de William Schutz.

Cuestionario Gestáltico Homeostático, de Ansel L. Woldt.
Estilos de Personalidad (resistencias), de James I. Kepner.
Resistencia de Deflectar, de J. Caffaro.
Fases de la Experiencia Humana, de John Enright.
Contacto Interpersonal, de Jon E. Frew.

En una publicación anterior (Castanedo, 1983b) se señalaron otras dos pruebas psicológicas: **Escala de Bloqueos a la Creatividad**, de Sonia y Edwin Nevis y el **Cuestionario de Autoanálisis para Terapeutas y Establecimiento de Metas de Desarrollo**, también elaborado por Edwin Nevis, por tanto, no nos referiremos a ellas de nuevo.

Test de orientación en las relaciones interpersonales fundamentales (FIRO)

Dos escalas de este enfoque, la de Conducta en los Adultos (FIRO-B) y la de Nivel Emocional o Afectivo (FIRO-F), fueron objeto de una investigación con el propósito de adaptarlas en Costa Rica a una población estudiantil universitaria (De Mena *et al.*, 1985). Estas dos escalas también fueron utilizadas en estudiantes universitarios para medir los efectos de un grupo de encuentro con modalidad gestáltica (Carpio *et al.*, 1985).

Las escalas del FIRO son el resultado de los estudios realizados por Schutz sobre la teoría tridimensional interpersonal (Schutz, 1966; 1967; 1978a; 1979). La batería en su totalidad se compone de las siguientes escalas:

Conducta en los Adultos (FIRO-B), 54 ítems.
Conducta en los Adolescentes (FIRO-BC), 54 ítems.
Conducta Emocional o Afectiva (FIRO-F), 54 ítems.
Actitudes Conyugales (MATE), 90 ítems.
Valores Educativos (VAL-ED), 108 ítems.
Relaciones con Figuras Paternales (LIPHE), 108 ítems.
Uso Preferencial de Resistencias (COPE), 6 viñetas para el hombre y 6 para la mujer.

En todas ellas las respuestas a los ítems de las escalas no son ni correctas ni incorrectas, y el vocabulario utilizado es sencillo de comprender y no contiene reactivos "trampa" que invadan el ego de la persona examinada. El tiempo que se requiere para completar cada una de estas escalas oscila entre 20 a 35 minutos.

Según la teoría tridimensional de la conducta interpersonal de Schutz, todo organismo o grupo persigue alcanzar tres necesidades psicológicas básicas que son: inclusión, control y afecto.

La **inclusión** se define como la necesidad que tiene el individuo de asociarse con otras personas, de merecer y obtener la atención de los demás, de estar unido a alguien o a un grupo, siendo aquí de gran valor el ser una persona importante a los ojos de los demás. Su opuesto es la exclusión, quedar afuera.

El **control** es el proceso que se da en la toma de decisiones entre las personas y se relaciona con los niveles de influencia y autoridad. Schutz (1978b) considera que: "La necesidad de control varía a lo largo de un continuo, en uno de cuyos extremos está el deseo de ejercer autoridad sobre los demás, y en el otro la necesidad de estar controlado por los demás y quedar así exento de responsabilidades" (p. 11).

El **afecto** implica establecer relaciones emocionales internas con otra u otras personas, establecer lazos de simpatía, de compañerismo, de afecto, etc.³

El FIRO mide estas tres dimensiones de la personalidad (inclusión, control y afecto) en dos áreas: la conducta que expresa la persona a los otros y la conducta que desea la persona recibir de los otros.

Desde su publicación, en 1958, el FIRO se ha utilizado en investigaciones relacionadas con la orientación marital y la selección de futuras parejas como cónyuges; en estudios sobre los efectos de compatibilidad en las díadas médico-paciente, experimentador-sujeto, profesor-alumno, vendedor-cliente, etc.; en el contexto de las relaciones humanas que se establecen en los talleres vivenciales de los grupos T (*Training Groups*) y en los grupos de entrenamiento sensorial.

De igual modo, se han realizado estudios con el FIRO para explorar el trabajo y la adaptación de la inclusión, el control y el afecto, como posibles dimensiones para la clasificación psiquiátrica de psicopatologías. Dichos estudios establecen la relación entre los tres factores del FIRO y la esquizofrenia, la neurosis y la psicopatía (Ryan, 1977).

Otros estudios se han dedicado a establecer la relación de estas tres dimensiones y otras variables de la persona, como el lugar de nacimiento que ocupa la persona en la familia, la clase social a que pertenece, la creatividad científica con que cuenta y las diferencias entre diversos grupos profesionales.

Otras escalas

Cuestionario gestáltico homeostático

The Gestalt Personal Homeostasis Inventory, ha sido elaborado por Woldt (1984) partiendo de las polaridades del ciclo homeostático gestáltico (fases del ciclo *versus* resistencias): sensación y percepción contra desensibilización; darse cuenta

³ "Se utiliza también el término 'etcétera', para recordarnos frecuentemente que sin duda podemos decir algo sobre un todo, pero nunca todo sobre algo... obra de A. Korzybski" (Auriol Bernal, 1982, p. 167, Notas).

contra proyección; excitación y movilización de energía contra introyección; acción contra retroflexión; contacto contra deflexión y retirada contra confluencia.

Este cuestionario consta de 240 reactivos a los que se puede responder con una de las cinco posibilidades que van desde muy de acuerdo hasta un completo desacuerdo. Los reactivos están compuestos de frases relacionadas con la conducta y las actitudes de la gente.

Como el cuestionario anterior, tampoco contiene respuestas correctas ni incorrectas, la persona debe responder con lo que ella cree que ocurre en una situación específica. Algunos de los reactivos son: "La gente me valora por lo que piensa que valgo" (ítem 2); "He hecho muy pocas cosas en mi vida por las que sienta culpabilidad" (ítem 16); "Sé qué hacer para obtener lo que necesito" (ítem 31); "Es mejor aprender de la propia experiencia que de la experiencia de los otros" (ítem 45), etc.

Este instrumento se encuentra aún en fase experimental por lo que el autor no ha dado a conocer, hasta la fecha, más que el cuestionario con los reactivos y el gráfico que contiene las fases del ciclo homeostático gestáltico. Es de esperar su rápido desarrollo ya que éste supondría un instrumento importante para establecer la relación entre las fases del ciclo de la experiencia y las respectivas resistencias que se dan en las mismas.

Cuestionario de estilos de personalidad (resistencias)

El *Questionnaire of Personality Styles* (QPS), contiene 220 ítems de verdadero/falso y detecta las resistencias: desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión y confluencia. Este cuestionario es producto de una tesis doctoral elaborada por Kepner (1982) en *Kent State University*.

Algunos ítems son:

Desensibilización: "Espero que mi cuerpo haga lo que yo decida".

Proyección: "Puedo detectar lo que piensan los otros sin que me lo digan".

Introyección: "Algunas cosas tienen que aceptarse sin discusión".

Retroflexión: "A menudo tengo dolor de cabeza".

Deflexión: "Tiendo a centrarme en más de una cosa a la vez".

Confluencia: "Me llevo bien con casi todas las personas".

Resistencia de deflectar

Escala de 20 reactivos de si-no fue elaborada por Caffaro (1991). Algunos de sus ítems son:

2: "La gente pierde interés en lo que digo porque no voy directamente al grano".

8: "Cuando hablo divago demasiado".

18: "A menudo cuando me encuentro incómodo, en una conversación, miro a otro lado y no a la persona".

Contacto interpersonal

El *Gestalt Interpersonal Contact Survey* (GICS) es otro cuestionario que se aplica a las parejas para medir su contacto interpersonal en términos gestálticos, fue diseñado por Jon E. Frew (1983). El autor considera el contacto como el concepto teórico más valioso de la teoría de la Gestalt, comenzando por identificar elementos de contacto que pudieran medir las relaciones interpersonales en la formación de terapeutas, en el trabajo con parejas y con familias.

Frew retoma la definición de contacto como un proceso de cuatro etapas que se requieren para la formación de una figura, ofrecida por Perls, Hefferline y Goodman (1951): "precontacto, contacto, contacto final y poscontacto" (p. 416), donde el contacto final o el contacto pleno, representa el contacto interpersonal.

Este instrumento consta de una descripción que define operacionalmente el contacto interpersonal y 20 reactivos relacionados con los límites al contacto, la permeabilidad, la figura común y la interacción. Los 20 reactivos u oraciones son respondidos por el cliente según el nivel en que para él son ciertos, en una escala que va del cinco (todo el tiempo) al cero (nunca). Los reactivos de este instrumento que tienen una correlación más alta con el contacto interpersonal son los siguientes:

"Cuando estoy enojado se lo expreso a mi esposa(o)" (expresión directa).

Reactivo 2.

"Cuando tengo algo importante que decir a mi esposa(o) encuentro que 'ando con rodeos'" (compartir ideas y emociones íntimas). Reactivo 13.

"En los asuntos más importantes yo sé dónde me sitúo y donde se sitúa ella" (conocimientos de la posición del otro en asuntos importantes). Reactivo 15.

"Cuando surge un conflicto en nuestro matrimonio, mi esposa(o) y yo lo enfrentamos" (conocimiento del conflicto y resolución). Reactivo 18.

"Manifiesto mis emociones y pensamientos más profundos a mi esposa(o)" (comunicación sin barreras). Reactivo 19.

Los 20 reactivos de este examen componen la parte A del instrumento, y la definición operacional del contacto interpersonal la parte B. La respuesta a la descripción de esta última parte también se indica con valores que van del cinco al cero.

Posteriormente, Frew (1983) amplió los estilos de contacto que establece la persona durante las fases de desarrollo que se viven en los grupos gestálticos en los cuales se dan diferentes resistencias al contacto:

... aparentemente existen cinco características del contacto identificadas y utilizadas como marco de referencia por la mayoría de los terapeutas gestálticos. Éstos son introyección, retroflexión, proyección, confluencia y deflexión... la función del contacto puede ser únicamente entendida cuando se considera al individuo en relación con su medio" (p. 1).

En el desarrollo del grupo, Frew establece tres fases: orientación, conflicto y cohesión, las cuales corresponden a las descritas por Schutz (inclusión, control y afecto). En este trabajo, Frew (1983) define los cinco estilos de resistir el contacto que utiliza la persona, analizando las resistencias que se dan durante cada una de las fases mencionadas. En la fase de orientación al inicio del desarrollo del grupo, predomina la resistencia de introyectar todo lo que dice el facilitador y finaliza con la confluencia que emerge en la tercera y última fase.

Confluencia es el estilo de contacto que por lo general caracteriza las horas finales de una experiencia total de grupo. La confluencia existente nace de la apreciación que hacen los miembros de las semejanzas y diferencias que existen en el grupo, así como del sentimiento de que 'todos hemos pasado por este proceso juntos'. Se trata de la **confluencia sana** que Latner (1982) ha descrito como la experiencia que significa el ser parte de la expresión madura de la bondad, ser amado y amar, así como de un "sentimiento de compañerismo" (Frew, 1983, p. 13).

Todo lo anterior conduce a que las resistencias pueden ser tanto formas saludables de establecer contacto como estilos de vida no saludables; los criterios para determinar si éstas son de una categoría o de otra se establecen considerando si el individuo se da cuenta o no de lo que está haciendo, cómo opera el estilo que utiliza y si este estilo le permite satisfacer sus necesidades en ese momento (Frew, 1983). De lo que se deduce que las resistencias al contacto pueden ser tanto negativas como positivas. Este enfoque de Frew permite que el facilitador trabaje en los tres niveles de intervención gestáltica: intrapersonal, interpersonal y de sistema o grupo.

Fases de la estructura y textura de la experiencia humana

Enright en *Philosophical Diagnosis* (1981a), considera que este término corresponde más adecuadamente a la experiencia de la persona que al diagnóstico psicológico, ya que el mismo describe en forma más acertada los productos que son fundamentales cuando se trata de analizar la estructura de la experiencia humana.

... productos que tienen que ver con las raíces del significado, experiencia y realidad... Estos son productos más básicos que tener o no tener un síntoma, o ser introvertido o extrovertido. Cada uno tiene una posición en cada uno de estos productos... Algunos de estos productos, se refieren específicamente a la relación de una persona con otras. Otros a la relación de la persona con el universo como un todo (p. 1).

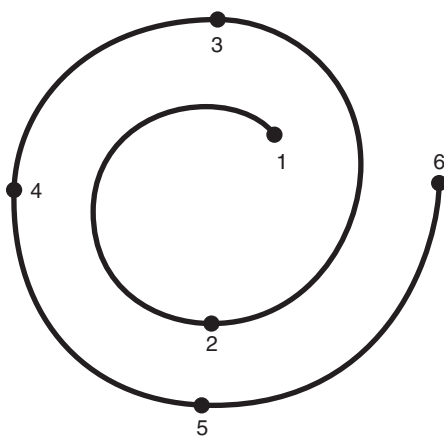
Los primeros flujos o productos son denominados por Enright como el "sí mismo en el Universo" y los segundos el "sí mismo en el Mundo Humano". A los primeros les corresponde la fuente de la experiencia, a veces la persona asume un significado como si fuera una causa, reaccionando al significado asignado (interpretación) y no a la realidad del fenómeno. La fuente de la experiencia es interna a la persona y se manifiesta por medio de la expresión espontánea de su lenguaje, sin llegar a tener

un significado o valor hasta que no son situados en un marco de referencia. Aquí vemos que existe un paralelo entre la teoría expuesta por Enright y la programación neurolingüística descrita por Bandler y Grinder (1982). Por otra parte, al "sí mismo en el Mundo Humano" corresponden los flujos de intimidad o conexión personal: "... la relación de un individuo con otro, a menudo llamado **amor**, es uno de sus muchos significados. Otro es la relación del individuo con el grupo, con los otros como una colectividad en lugar de individualmente" (Enright, 1981e, p. 17).

El diagnóstico filosófico de Enright se ocupa de esta dimensión: la relación del individuo con el grupo. Esta evolución de la relación se percibe como una espiral en la que tienen lugar fases que comienzan con un aislamiento paranoico y finalizan en la intimidad (figura 6-2).

Las características de las seis etapas de la espiral de pertenencia en el grupo, son descritas por Enright (1981a) como sigue:

1. **Aislamiento paranoico:** Sólo en un mundo en que los otros seres humanos son objetos para ser usados o temidos.
2. **Confluente con el grupo:** Esencialmente no tiene una identidad individual, separada de los otros. Los niños y la gente en culturas primitivas se pueden encontrar en este estado.



Fase de la espiral

1. Aislamiento
2. Confluencia
3. Dependencia hostil
4. Mutuamente dependiente
5. Independiente
6. Intimidad

Figura 6-2. Etapas de la espiral de pertenencia.

3. **Dependencia hostil:** Necesita a los otros, aunque es reacio a esta necesidad; detesta necesitar a los otros, y generalmente odia al grupo o a la gente que necesita. Teme la dependencia (como el 2) y el sentirse sólo (como el 1).
4. **Mutuamente dependiente:** Diferencia entre el sí mismo y el del grupo (contrario al 2). Siente necesidad de apoyo del grupo (contrario al 5), aunque tiene sentimientos positivos en lo que se refiere a esta necesidad y al grupo (contrario al 3).
5. **Independiente:** Principalmente individual (dueño de mi destino, capitán de mi alma). Puede pertenecer a un grupo y trabajar con él (contrario al 3), aunque no siente necesidad de hacerlo y prefiere quedarse "parado en sus propios pies".
6. **Intimidad:** Voluntariamente sumerge su ego en el grupo o persona con amor y deseos de servir. Al contrario del 4, no necesita del grupo, la asociación es únicamente voluntaria. Estando tan seguro de su individualidad (contrario al 5) que no necesita colgarse o hacer valer ésta.

En estas etapas se representa la evolución enfatizando el sí mismo o el individualismo (libertad) y el grupo (pertenencia). La madurez filosófica se logra desplazándose en la espiral desde la primera a la última etapa, del aislamiento paranoico a la intimidad.

Continuando con este diagnóstico, Enright (1981b) propone descripciones operacionales que toman en cuenta el desarrollo en la relación, considerando para tal fin cuatro dimensiones:

1. **Pertenencia:** ¿Estoy dentro o fuera, separado o confluyente?
2. **Extensión de inclusión con los otros:** ¿Quién además debe ser considerado como un miembro pleno de la raza humana?
3. **Jerarquía:** Cuando estoy "dentro" y sé quién más está, ¿somos una masa indiferenciada de iguales o estamos ordenados en una jerarquía? Si estamos ordenados, ¿cuáles son los principios y propósitos del ordenamiento? ¿Es importante la posición arriba o abajo? ¿Son las categorías fijas o flexibles?
4. **Poder:** ¿Quién dirige la conducta de los otros? Los subproductos son:
 - a) **La clase de poder** por medio de la coerción (fuerza) o influencia.
 - b) **El propósito del poder**, es el poder deseado como un fin en sí mismo, como un medio para algún otro fin. Si es un medio, ¿el fin del poder es obtener control o libertad?" (p. 21).

En el cuadro 6-1 se describen, de manera sintetizada, las posiciones de las seis fases de la espiral del diagnóstico filosófico, con su correspondiente pertenencia al grupo, nivel de inclusión, jerarquía, poder y preocupación de la persona.

Cuadro 6-1. Flujo en las relaciones humanas

Posición en espiral	Pertenencia	Extensión de inclusión (¿Quién además es humano?)	Jerarquía	Poder	Preocupación
1. Aislamiento paranoico	Irrelevante	Ninguno	Irrelevante	Coercivo	Sobrevivir
2. Confluencia	Dada: uno está dentro o fuera y estar fuera es equivalente a morir	Cada uno en el grupo es; los que están fuera no lo son	Incorporada. Asignada por tradición	Automáticamente seguido por posición	Propiedad
3. Dependencia hostil	El producto central para este grupo es ambivalente entre estar fuera o dentro	Familia. Pequeño grupo, los coétnicos son humanos; todos los otros son dudosos	En lo alto o en lo bajo, raramente a gusto	Generalmente coercivo; el propósito del poder es asegurar la salvación	Salvarse
4. Mutuamente dependiente	Generalmente debe ser ganada o merecida, aunque no muy difícil de obtener y mantener	Inclusión bastante amplia, la mayoría de la gente pertenece a castas o a clases similares	La posición puede ganarse sin límites herméticos siguiendo las reglas	Prefiere la influencia pero puede coaccionar si lo necesita. El fin del poder es ganar posición	Seguridad
5. Independiente	Puede tomarlo o dejarlo. Puede pertenecer fácilmente, pero tomando precauciones de entrega total	Variable	Prefiere la alta y está dispuesto a trabajar para alcanzarla. Puede abandonar el sistema antes de aceptar un puesto bajo	Producto central. El fin del poder es la libertad	Libertad
6. Intimidad	Esforzada; se asemeja a un donador	A menudo el producto central para la gente en este punto. Lucha para entender la inclusión a todos	No es importante en sí misma; la buscará únicamente si sirve a fines útiles	Influencia solamente, nunca coaccionará. Busca el poder únicamente para obtener fines útiles	Servicio

Tomado y adaptado de Enright, J. (1981a). *Philosophical Diagnosis*. In J. Enright, *The Structure of Human Experience*. Mill Valley, CA: Pro telos.

En la misma obra y en sucesivos capítulos, Enright (1981b), se refiere de manera más detallada a los pasos prácticos que se siguen en la elaboración de un diagnóstico filosófico: (capítulo 2. Creencias y experiencia); y a las aplicaciones terapéuticas (capítulo 3. Psicoterapia sin resistencias); (capítulo 4. Posiciones para oír terapéuticamente); y (capítulo 5. Un marco de referencia para la ayuda humana).

DIFERENTES APLICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS

En este apartado se describen algunos fragmentos de las sesiones en las que el facilitador realiza intervenciones en su encuentro con el cliente, o con los miembros de la pareja, o con los participantes en los grupos de encuentro. Estas dos últimas modalidades de aplicación de la terapia Gestalt, van precedidas de sus respectivas bases teóricas, aunque la totalidad teórica de este capítulo se aplica a ambos tipos de situaciones terapéuticas. En algunos de los extractos de las sesiones, tanto individuales como de pareja o grupales, se seguirá la técnica descriptiva conocida como *verbatim* (transcripción palabra a palabra), la cual es ampliamente utilizada en la terapia Gestalt, con la finalidad de que el lector pueda seguir con mayor facilidad el proceso de interrelación, el diálogo que se da entre el terapeuta y el cliente, el *Yo-Tú* de Martin Buber (1984).

Intervenciones individuales

En una sesión-demostración de la terapia Gestalt que realizó el autor de este capítulo, se le comunicó a una muchacha al inicio de la sesión, que se podía trabajar en lo que ella considerase una necesidad en ese preciso momento. Su respuesta fue que se sentía mal porque uno de los dedos de sus pies, el que seguía al dedo "gordo", lo tenía exageradamente más largo que éste.

La longitud de esos dedos hacía que los rechazara y los sintiera feos, lo que le impedía ponerse zapatos que dejaran sus dedos al descubierto; con sus propias palabras dijo:

Cliente (C): Tengo algo en mi cuerpo que no me gusta y son mis pies... es algo que rechazo, no puedo aceptar y es feo... y me gustaría aceptarlos como son.

Aquí comienza con la sensación (sentirse mal) del ciclo de la experiencia, requisito necesario para iniciar una sesión de psicoterapia; de aquí, siguiendo el ciclo, se pasará al darse cuenta, llegando a la movilización de energía que conducirá a la acción, con la que se establecerá el contacto y finalmente se desembocará en el reposo o cierre de esta Gestalt (Castanedo, 1983b, pp. 79-96). Todas estas fases del ciclo podrán ser detectadas por el lector en el transcurso del relato de la sesión.

A pesar de que ella afirmaba que en ese momento lo anterior era importante en su existencia, intuía que en el fondo había cosas más importantes que

emergerían en el transcurso de la sesión, así que decidí seguir la corriente y trabajar con los dedos de sus pies. Iniciando le pedí que cerrara los ojos y que se concentrara en su pie derecho, relatándome cómo se sentía:

Cliente (C): Siento frío en el dedo índice y los otros los siento calientes.

Terapeuta (T): Y cómo es la sensación de frío, ¿agradable o desagradable?

C: Desagradable.

T: Por favor, se quiere quitar el zapato (el terapeuta toma el segundo dedo del pie derecho con su mano), ¿y ahora cómo lo siente?

C: Ahora lo siento caliente como los otros, pero separado del resto.

T: (Toma entre su mano todos los dedos del pie derecho de la cliente). ¿Cómo los siente ahora?

C: Ahora los siento todos unidos y calientes.

T: ¿La sensación es agradable o desagradable?

C: Muy agradable.

Seguidamente ejecuté los mismos pasos con los dedos del pie izquierdo y al finalizar le pedí que me dijera si quería que termináramos o si prefería continuar, a lo que me respondió que prefería continuar.

Durante el tiempo que estaba realizando esta experiencia con la cliente observé en ella que, cuando tenía los ojos cerrados, parpadeaba exageradamente (MOR) al mismo tiempo que abría y cerraba los huecos de la nariz y mantenía los labios apretados, hasta que finalmente me dijo que le molestaba tener los ojos cerrados y que si los podía abrir; le dije que naturalmente sí lo podía hacer y le sugerí un experimento centrado en este tema, el cual aceptó hacer.

T: Por favor, ¿quiere cerrar los ojos e imaginar, pensar y sentir algo que sea agradable para usted? Cuando tenga la imagen me avisa.

Cuando me comunicó que ya estaba percibiendo la imagen observé que el movimiento de los párpados de sus ojos disminuía gradualmente, unos minutos después le dije que ya los podía abrir. Inmediatamente le pedí que los volviera a cerrar y que pensara esta vez en una imagen negativa para ella, esta vez al cerrar los ojos comenzó a parpadear vertiginosamente de nuevo. En ese momento le pedí que tomara una posición cómoda en la silla, dando apoyo a su cuerpo y respirando con fuerza varias veces. Antes de hacer todo esto tenía las manos fuertemente apretadas, al comenzar todos estos cambios en la posición corporal, soltó las manos y las apoyó en la silla. Después le dije que cerrara varias veces los ojos con fuerza y los aflojara lentamente. Al finalizar este ejercicio cerró los ojos y me dijo que se sentía bien, aunque le gustaría seguir trabajando.

C: Me gustaría seguir y trabajar con el temor que me produce ser observada por el grupo de compañeros.

- T: De acuerdo, prosigamos. Vuelva a cerrar los ojos y concéntrese en la imagen positiva que antes había visualizado. ¿Cómo se siente ahora?
- C: Bien. (Sus ojos no parpadeaban, la posición de su cuerpo indicaba relajación).
- T: Ahora, ¿quiere abrir los ojos y mirar a las personas del grupo? ¿Qué le produce verlos?
- C: Me agrada mirarlas, me siento acompañada.
- T: Bueno, para finalizar, ¿quiere darme el pie de despedida? (me quitó el zapato y el calcetín y ambos nos dimos el pie, con lo que ella descubrió que también yo tenía el segundo dedo más largo que el dedo gordo).

En el momento de hacer los comentarios acerca de esta sesión (retroalimentación), la cliente comunicó al grupo, aunque no era necesario y nadie se lo había pedido, que en la imagen negativa que construyó en su mente estaban las personas del grupo de compañeros observándola y la imagen positiva correspondía a un ramo de rosas. Después de hacer el experimento y volver a mirar a las personas del grupo, vio a éstas con una rosa cada una. Este procedimiento resultó ser eficaz para transferir una imagen negativa a una positiva. La moraleja de esta sesión desacredita la famosa frase de la obra de Jean Paul Sartre respecto a que "El infierno son los otros" (*L'enfer c'est les autres*), ya que no siempre es así, a menudo el infierno está dentro de uno mismo.

Gran cantidad de psicoterapeutas han utilizado y utilizan concepciones explícitas que implican que la conducta "inadecuada" tiene únicamente sentido si se le considera en el contexto en que ésta ocurre. Entre estos terapeutas Bandler y Grinder (1975) mencionan, por una parte, a Paul Watzlawick y el Grupo del *Mental Research Institute*, en Palo Alto, California; a Jay Haley y el Grupo del *Philadelphia Child Guidance Clinic*, y, por otra parte, a Fritz Perls y a Virginia Satir. Todos ellos se han servido de lo que los autores de la obra *Reframing* (1981), denominan "reencuadre del contenido", lo que implica hacer intervenciones terapéuticas específicas en esa dirección.

En otra sesión se trató a una joven que solicitaba ayuda para resolver un asunto inconcluso: el duelo no resuelto, por la pérdida de su hermana muerta recientemente. La cliente presentaba una gran angustia por las noches, en sus sueños se le aparecía su hermana muerta en el ataúd (pesadilla), ella quería evitar ver estas imágenes y no lo lograba, ocurriendo lo contrario (teoría paradójica). El recuerdo de la muerte de su hermana la obsesionaba, se sentía mal por no haberse despedido de ella en vida.

Al iniciar la sesión, el terapeuta le pide que construya una imagen en la que perciba a su hermana en alguna situación determinada. Ella mira hacia arriba y a la derecha, se queda en esa posición unos segundos y comunica no poder ver nada. Después se le pide que recuerde una imagen de su hermana viva, mira hacia

arriba y a la izquierda y no puede lograr ninguna imagen de su hermana viva en el pasado. Todo lo anterior indica la resistencia o evitación de "ver" a su hermana.

Apagando la luz de la sala, el facilitador relata una fantasía en la que va reviviendo la muerte de su hermana, iniciando con una despedida en vida en la que la cliente dice a su hermana todo lo que la quiere y después se despide de ella diciéndole adiós. A continuación la "ve" en el ataúd "muerta y fría" como dice la cliente. Acto seguido, el facilitador la confronta con el día del entierro, de nuevo la cliente se despide de su hermana muerta cuando ésta ya se encuentra dentro del féretro, en la capilla velatoria, y una vez más cuando es enterrada en el cementerio.

Al terminar esta fantasía dirigida, se repite el ejercicio visual del comienzo de la sesión y la cliente, mirando hacia arriba y a la derecha, "ve" a su hermana en forma de nube en algún lugar que cree puede ser el cielo. Alternando la mirada hacia la izquierda y a la derecha recuerda a su hermana cuando ambas eran pequeñas y estaban en la escuela. Inmediatamente se pasa al área auditiva con ambas experiencias y "oye" el ruido que hacen las nubes (mirando al centro y a la derecha), y las palabras que su hermana le decía el día que estuvieron juntas en la escuela (mirada a la izquierda y al centro). Aquí se puede deducir que el hecho de poder construir y recordar imágenes en que aparecía su hermana, se debió a los efectos de la fantasía dirigida en la que se enfrentó a la cliente con lo que quería evitar. Esta sesión, que duró unos veinte minutos, se desarrolló en un clima de alta emotividad para la cliente, siendo el momento más intenso cuando por última vez se despide de su hermana al enterrarla en la tumba. Unos meses después la cliente informó que las pesadillas que tenía con la muerte de su hermana habían desaparecido y que ya podía dormir con la luz del cuarto apagada, con lo que se puede afirmar que esta Gestalt se cerró en su mundo existencial, aunque otras permanezcan abiertas, persistiendo la necesidad de someterse a un proceso de psicoterapia en forma continua durante un cierto tiempo.

Analizando esta corta sesión en la que el objetivo principal se centró en lograr la despedida o cerrar un duelo no resuelto, el facilitador proporcionó a su cliente situaciones o vivencias en las que esta última experimentaba lo que quería evitar (ver a su hermana muerta en el ataúd) ayudándole a darse cuenta de su evitación y frustrando sus constantes intentos de resistirse a lo desagradable de la situación. Todo ello lo "vivió" la cliente en dos planos: interno y externo. Internamente, la cliente imaginó, en la fantasía dirigida por el facilitador, que estaba haciendo cosas opuestas a las que hacía desde que murió su hermana (dejar las luces encendidas del cuarto en la noche para dormir), cambiando esta situación, viéndola desde un punto de vista diferente. La cliente fue situada en una condición en la que podía expresar libremente su resentimiento, tristeza, angustia, temor, dolor, etc., ante la muerte de su hermana. En el plano externo focalizó su dolor, tensión corporal y otros síntomas de su tensión interna. El revivir esta situación permitió

que la experiencia pasada (ver a su hermana "fría" en el ataúd), se transformara en materia presente para la exploración. Asimismo, a nivel interno, situando a la cliente en el aquí y el ahora, se exploró la experiencia actual de su estado de confusión, emoción, ansiedad, procesos del pensamiento, formas subverbales de hablarse a sí misma, temores y resistencias. Externamente se exploró su lenguaje, actividad muscular, sentidos, respiración, tensión corporal, dolor, síntomas, expresiones verbales y calidad de voz, hábitos personales y proyecciones de la realidad interna a la externa. En el transcurso de toda la sesión, el facilitador frustró cualquier intento de evasión del aquí y el ahora que iniciase la cliente. Únicamente viviendo la experiencia actual o reexperimentando una situación pasada (revivir), se consigue su asimilación o integración.

Aquí puede decirse que el darse cuenta de las partes rechazadas de la personalidad conduce a la "cura" de la ansiedad y facilita hacer frente a la existencia. El contacto creativo con el ambiente se da por medio de la toma de conciencia, un objetivo específico de la terapia Gestalt consiste en atraer la experiencia al darse cuenta. Esta forma de conciencia necesita ser actual, centrada en la experiencia del organismo en el aquí y ahora. En psicoterapia el darse cuenta interno está dirigido a las resistencias, bloqueos, conflictos, temores o sufrimientos. El darse cuenta externo se enfoca en lo que siente el cuerpo, su movimiento y el medio en sí mismo, las acciones externas y los conflictos. El darse cuenta por sí solo es "curativo", especialmente el darse cuenta de las resistencias y de los conflictos ayuda a diferenciar las funciones del organismo (cuerpo, emociones y pensamiento) y a asumir la responsabilidad de su funcionamiento. El organismo "saludable" se encuentra en contacto creativo con su ambiente.

En resumen, este caso ilustra cómo se trabaja en terapia Gestalt, reforzada con algunas técnicas de la programación neurolingüística, con un asunto inconcluso o duelo no resuelto. Este proceso de trabajo ha sido magistralmente descrito por Raming y Frey (1974): "La terapia Gestalt de Perls puede definirse como un proceso en el que el terapeuta busca la forma de frustrar con habilidad al cliente en el aquí y el ahora, de tal forma que le facilite el contacto orgánico con el ambiente, la autoconciencia (*self-awareness*), la maduración y la autonomía" (p. 183).

Entre los innumerables sueños y pesadillas que he oído de los clientes hay uno que me llamó poderosamente la atención por el mensaje que transmitía y la emoción que la cliente, estudiante de psicología, manifestaba al relatarlo en un módulo de terapia Gestalt:

C: Estoy en un jardín; al fondo hay un hombre cavando una fosa, conmigo están mi esposo y mi madre, los tres caminamos hacia el hombre y cuando llegamos a la fosa nos invita a pasar; bajamos unas escaleras, pasamos por un puente y cuando llego abajo me encuentro sola frente a un salón

blanco con pisos y columnas de mármol blanco; al fondo del salón hay una terraza con mucha gente, y en ella está Jesucristo vestido de blanco y rojo, Él me llama con los brazos extendidos. Yo temo caminar hacia Él, finalmente me decido a hacerlo, Él también camina hacia mí, al acercarme lo que más me impresiona es la serenidad de sus ojos, al fin nos encontramos frente a frente, mi temor y mi angustia permanecen en mí, Él me conduce a la terraza y me enseña el mar, éste está muy hermoso y tranquilo, nunca antes lo había visto así. En este momento me despierto y termina mi sueño-pesadilla.

T: En todo lo que acaba de narrar y vivir, ¿qué es lo que le hace sentir más miedo? Retómelo reviviéndolo en el presente.

C: Cuando estoy en el salón, veo a Jesucristo y la serenidad de su mirada.

T: ¿Cómo siente ese momento?

C: Siento ganas de llorar.

T: ¿Quiere hacerlo?

C: Sí (comienza a llorar). Además me llama la atención lo blanco y limpio del salón.

T: ¿Qué le agradó más del sueño?

C: Ver el mar tan calmado, nunca antes lo había visto así.

El común denominador, en estas tres sesiones de psicoterapia, es que "vemos" que los tres clientes acuden a psicoterapia para resolver asuntos inconclusos, estas personas se sienten "paralizadas" para hacer frente por sí solas a estas situaciones. Para ellas no es que el mundo sea limitado o que en éste no existan alternativas de decisión, sino que ellas se bloquean y no pueden "ver" las opciones y posibilidades que tienen a su alcance debido a que no están disponibles en sus modelos (mapas) del mundo (territorio). En estas situaciones la función del terapeuta consiste en facilitarles el descubrimiento, proceso que requiere que el cliente se dé cuenta por sí mismo, para que éste sea eficaz.

Intervenciones con parejas y familias

En una publicación anterior (Castanedo, 1983b), se hacía referencia a la orientación gestáltica en las intervenciones con la pareja y la familia. Ahora, por dos razones, al autor le interesa desarrollar más este tema; la primera es de tipo emocional y concierne al crecimiento de la propia familia con el nacimiento reciente de una hija -en el año de 1984- a quien, por supuesto, no mencionó en la dedicatoria del libro antes citado. El segundo es de carácter cognoscitivo, el constante proceso del desarrollo de la terapia de pareja y familia hacen que sienta la necesidad de referirme a los últimos avances en este campo, considerando especialmente la orientación gestáltica que se da a la pareja y a la familia en la psicoterapia. Al res-

pecto, Alexander Gralnick (1962) dice: "La terapia Familiar es cualquier enfoque psicoterapéutico que se ofrece al paciente identificado, incluyendo otros miembros de su familia vistos por separado o en conjunto con el paciente identificado" (p. 519).

Este autor expone los fundamentos que explican la necesidad de la intervención con la familia considerada como totalidad:

Si los orígenes de la enfermedad mental residen en la familia, esto indica que la resolución de la psicopatología reside ahí también. Después de todo, el individuo no es portador de su enfermedad en una cápsula, sino que demuestra su trastorno en sus interrelaciones con la gente, y probablemente en forma más aguda con los miembros de la familia (p. 518).

La psicoterapia centrada en los trastornos emocionales del niño, percibido como un individuo aparte del medio familiar, es imposible. La unidad de estudio y tratamiento es el niño visto como parte de la familia (totalidad), y la familia como parte del niño.

La conducta de cada miembro de la familia es afectada por cada uno de los otros miembros del grupo primario y viceversa. Siguiendo este principio gestáltico de totalidad, el todo (la familia) es más que la suma de sus elementos (los miembros de la familia); en esta totalidad retoma una gran importancia la interrelación entre lo que es la figura problemática en la familia (a veces el paciente identificado: PI) y el fondo o el resto de los miembros que la componen. El PI se convierte en la parte disociada, es él quien la familia dice que necesita psicoterapia, el "enfermo", el "chivo expiatorio". En esas condiciones el objetivo de la psicoterapia reside en establecer o restablecer el "contacto" entre la parte disociada y la totalidad. De esta manera la función esencial del terapeuta con cada familia consiste en confrontarlos con la tensión que se da entre las partes de la misma (miembros) y la totalidad (familia).

En un análisis que hacen Kaplan y Kaplan (1981) de los procesos del campo en la terapia familiar, se mencionan diferentes enfoques al respecto⁴. Según estos autores, si consideramos la terapia familiar en términos generales encontramos en ésta mucha afinidad con la terapia Gestalt: ambos tipos de psicoterapia se han desarrollado en oposición a otras orientaciones de psicoterapia más tradicionales en el campo terapéutico; ambos se alejan de explicaciones históricamente orientadas, alejándose también de la causalidad (causa-efecto) como explicación del funcionamiento humano, enfatizando en su lugar los procesos y la mutualidad entre las personas.

Asimismo, los conceptos "aquí y ahora", "experiencia", "holismo" y "sistema", entre otros, son utilizados por autores y terapeutas de una y otra orientación.

⁴ Richie Herink en su obra *The Psychotherapy Handbook* (1980), menciona siete enfoques diferentes de terapia familiar, éstos son: terapia familiar conductual; terapia familiar comprensiva; terapia familiar contextual; terapia familiar en crisis; terapia familiar múltiple; terapia marital y terapia familiar conjunta de Virginia Satir.

Además del paralelo conceptual-teórico entre la terapia familiar y la terapia Gestalt, se da también una identificación en la práctica. En el trabajo con una familia, se observa que la familia completa, que llega junta a una sesión de psicoterapia, proporciona un contexto que se experimenta en el aquí y ahora, en el que surgen las necesidades emergentes entre sus miembros. El uso de técnicas gestálticas (ejercicios y experimentos) está extendido entre terapeutas de la familia como Satir *et al.* (1975) y Luthman (1974). De igual manera, los propios terapeutas gestálticos han escrito acerca del trabajo con familias y las ventajas que proporciona utilizar los métodos gestálticos para lograr los siguientes objetivos:

1. Generar un clima que facilite el autodescubrimiento en cada miembro de la familia (Campbell, 1979).
2. Sensibilizar a los miembros a la "toma de conciencia" de la experiencia inmediata (Harmon, 1978).
3. Provocar acontecimientos críticos familiares (Harmon, 1978).
4. Permitir que los miembros se "abran" a la relación interpersonal en el contexto familiar (Hatcher, 1978).
5. Proporcionar una estructura que enfoque el trabajo terapéutico alrededor de situaciones o acontecimientos que se encuentran aún activos en la familia (Campbell, 1979; Bauer, 1979).

Los informes de los terapeutas de familia con orientación gestáltica sugieren que lo desarrollado en este campo es básicamente una mezcla de los métodos gestálticos con los principios de la terapia Gestalt (Calderón *et al.*, 1983), lo que representa una integración de los aportes de cada una de estas orientaciones. Sin embargo, en esta simbiosis se han ignorado algunas contribuciones básicas del enfoque gestáltico.

Lo que ha sido valioso se detecta comparando cómo las dos orientaciones enfocan algunas situaciones críticas con diferentes principios. Estas diferencias se muestran en:

1. Cómo se ha concebido la totalidad de la familia.
2. Qué se entiende por la experiencia en el "aquí y ahora" y cómo puede utilizarse ésta en psicoterapia.
3. Cómo se concibe el proceso de estabilidad que mantiene a la familia unida y cómo los miembros se resisten al cambio.

El enfoque gestáltico considera al sistema familiar como una organización de procesos vivenciales en el presente inmediato, mientras que la orientación familiar lo hace en términos de un modelo que es patrón del funcionamiento. La totalidad de la perspectiva gestáltica aparece como un campo inmediato de esta interac-

ción entre los participantes, mientras que la totalidad en un sistema de familia consiste en considerar a la familia como una entidad con el paso del tiempo. Cuando un terapeuta familiar con orientación sistémica, observa el "aquí y ahora", percibe los acontecimientos inmediatos como expresiones contemporáneas de la familia con patrones preexistentes. Mientras que un terapeuta gestáltico, en la misma situación, percibe las manifestaciones de cómo los miembros se encuentran mutuamente implicados en los procesos de la experiencia inmediata. En la terapia familiar sistémica se establece que la familia mantiene su estabilidad por su funcionamiento manifiesto, es decir, por el uso que se haga de conductas sintomáticas e interacciones conductuales crónicas entre los miembros. En contraste, el punto de vista gestáltico reconoce los procesos reguladores inmediatos que restringen la toma de conciencia y evitan la integración de los aspectos discordantes de la experiencia inmediata, por ejemplo, las resistencias.

Los principios de la terapia Gestalt aplicada a la familia han sido elaborados por Walter Kempler, quien es descrito, como un terapeuta con dinamita-potencia-impacto, al emitir mensajes al cliente en los que se siente su fuerza como terapeuta.

Kempler en *Principies of Gestalt Family Therapy* (1974) describe algunas reglas básicas elaboradas como fases de la intervención terapéutica. Estos pasos sirven para obtener información de cómo funciona una familia, ofreciendo al mismo tiempo una guía al terapeuta:

1. Comenzar con una conversación familiar: que produce la sensación.
2. Descubrir las necesidades personales: que permite la toma de conciencia.
3. Afinar el mensaje, ser específico: lo que conduce a la movilización de energía.
4. La respuesta que emerge de todo lo anterior: dándose una excitación.
5. Controlar la comunicación de la familia: llegar a la acción.
6. Que cada miembro dirija las quejas a la persona directamente, es decir, que el mensaje sea directo: lo que corresponde al contacto.

Como se ve, estas etapas corresponden al desarrollo del ciclo de la experiencia y están también relacionadas con las etapas de evolución del grupo y de la familia, tanto en el momento del encuentro terapéutico como en su existencia temporal como familia. Por consecuencia, podemos elaborar el siguiente cuadro de las etapas de evolución que se dan en la familia y el grupo (cuadro 6-2).

Al mismo tiempo Kempler, en la obra citada, recomienda tomar en cuenta tres principios que deben respetar los clientes cuando se les somete al encuentro terapéutico:

1. No interrumpir al otro, aprender a escuchar.
2. No preguntar, en su lugar hacer una frase que contenga la pregunta.
3. No hablar a espaldas de los demás, hablar directamente a la persona y no acerca de la persona.

Cuadro 6-2. Etapas de evolución de la psicoterapia en la familia y el grupo

Autores		
Elaine Kepner	W. Schutz	J. Zinker
1. Identidad 2. Influencia 3. Intimidad	1. Inclusión 2. Control 3. Afecto	1. Sensación 2. Conciencia 3. Movilización de energía 4. Excitación 5. Acción 6. Contacto

La descripción que sigue corresponde a una sesión de terapia de pareja en la que se aplican algunos miniexperimentos. Al inicio de la sesión el facilitador (F) coloca a la pareja en dos sillas frente a frente y él se sienta en otra silla, en medio de los dos:

F: ¿Qué tal, cómo están?

Hombre (H) y Mujer (M): Bien (los dos al unísono).

F: Oigo que ustedes siempre coinciden. ¿Es así?

M: A veces sí y a veces no.

H: Es cierto, a veces sí y otras no, cuando no coincidimos llegamos al pleito.

F: ¿Les parece que hagamos un pequeño ejercicio en que ustedes coincidan y otro después en que no coincidan? (Los dos afirman con la cabeza). Mírense sin hablar durante unos segundos, fijen la mirada. ¿Cómo se siente usted? (preguntando al esposo).

H: Incómodo.

F: Y usted, ¿cómo se siente?

M: Bien.

F: Ahora hagan lo que quieran en silencio, sin que sus miradas se encuentren (H mira a M y M a todos los lados). ¿Cómo se siente usted? (preguntando a M).

M: No me siento tan bien ahora como antes cuando nos mirábamos.

H: Yo me siento bien, me gusta mirarla a ella cuando no coincide conmigo.

F: Bueno y ahora, ¿con qué quieren que trabajemos, en el aquí y el ahora?

H: Con esto cuando coincidimos, yo me siento mal y ella bien.

M: No sabemos coincidir.

Aquí el F pregunta a M cómo cree que se puede resolver ese asunto, a lo que responde que cree que se trata de algo que tiene que ver con los límites de cada uno. El F les propone otro ejercicio que aceptan hacer, éste consiste en pararse a unos cinco metros uno de otro, fijándose la vista y caminando despacio, llegando a parar

cuando consideren que no quieren continuar acercándose más el uno al otro. La pareja realiza el ejercicio y se paran sin mirarse, colocándose finalmente ella detrás de él.

F: Vamos a comentar ¿Qué dice usted? (dirigiéndose a H).

H: Paré cuando vi que tenía que parar.

M: Yo paré cuando me di cuenta de dónde estaba él.

F: ¿Qué han aprendido del ejercicio?

H: Ella no paró cuando debía, no tiene límites, nunca los ha tenido, así es cuando toma alcohol, no puede parar.

F: (Dirigiéndose a M) ¿Cómo se siente con lo que él dice?

M: Mal, un poco dolida, no me había dado cuenta de que yo era así.

H: (Interviene queriendo quitar la palabra a M).

F: ¿Se da cuenta de que ella estaba hablando y al intervenir usted, se calló?

H: Sí, me di cuenta.

F: ¿Entonces usted acepta que ella a veces se para?

H: (Afirma con la cabeza).

M: ¿Qué cree usted que se puede hacer para solucionar el problema?

F: ¿Están seguros de que quieren solucionarlo? (Los dos responden afirmativamente). Les propongo repetir el mismo ejercicio.

Esta vez se paran frente a frente, muy cerca uno del otro, mirándose a los ojos. A continuación el F les sugiere otro ejercicio que consiste en mirarse a los ojos sin hablar, darse las manos apretándose con fuerza primero y después estrechándolas con suavidad.

H: Ahora me siento más tranquilo que al principio, aunque un poco confundido en lo que realmente siento por ella.

F: Permanezcan mirándose unos instantes... ¿Qué quieren hacer ahora?

Aquí la mujer abraza la cabeza del hombre, el facilitador les permite estar así unos segundos y después cierra la sesión diciendo a la mujer que le agradaría tener algo escrito de cómo vivió esta experiencia terapéutica.

Considero importante reproducir aquí parte del testimonio que ella escribió:

Al comienzo vi la cara de mi pareja con pequeños temblores y una débil contracción en sus párpados, me sentía ansiosa, no sabía qué iba a pasar, ni qué sería mejor que yo dijera, después pensé en hablar de una problemática sencilla, común a algunas esposas, así hablamos de nuestros resentimientos; las quejas de mi pareja me dolieron mucho, el facilitador se mostraba imperturbable a las quejas, aunque muy atento a lo que estaba ocurriendo entre nosotros dos. Al hacer el primer ejercicio evité encontrarme con él. Después, al

repetir el ejercicio, caminamos mirándonos y nos detuvimos muy cerca, frente a frente. Yo estaba en ese momento ya tranquila, me di cuenta de que mi pareja es más alta de lo que yo creía, su expresión era plácida. Después nos sentamos y nos estrechamos las manos mirándonos a los ojos. Sentí las manos de él frías, húmedas y huesudas, me agradó mucho cuando el apretó mis manos con suavidad. Después de mirarnos en silencio a los ojos por largo tiempo y a la pregunta del facilitador de qué queríamos hacer, yo respondí en forma no verbal estrechando su cabeza en mis brazos; al hacerlo sentí mucha ternura, lo sentí apacible, me sentí muy cerca de él, tan cerca como distante había estado al comienzo de la sesión. En ese momento recordé que momentos antes, en el ejercicio mirándonos de frente, lo había visto tan alto, ahora lo veía pequeño entre mis brazos. Aquí me pareció que podía hacer frente a las situaciones si yo aprendía a manejarlas, pensé en muchas cosas... pensé muchas cosas sobre la pareja, el alcohol, los bailes, los "chiquitos"... en toda la sesión percibí al facilitador no como un Mesías que iba a solucionarnos a nosotros nuestro problema, sino como alguien en quien confiaba plenamente, en que éramos nosotros los que podíamos y teníamos que hacerlo por nosotros y para nosotros mismos.

Las aplicaciones de la terapia de pareja y familia en padres con hijos deficientes mentales (DM) son escasas en la literatura psicoterapéutica. Mi experiencia de más de 20 años con esta población me permitió realizar aplicaciones terapéuticas; lo que sigue es un resumen de las mismas.

Las personas con DM y con trastornos emocionales constituyen una de las poblaciones más ignoradas de la psicología clínica. Los DM moderados son vulnerables a una gama extensa de trastornos emocionales y de la personalidad, los cuales a menudo no son identificados o no reciben la ayuda clínica apropiada. La poca inteligencia en el individuo puede aumentar el riesgo del trastorno emocional y disminuir las posibilidades que tiene de recibir un tratamiento adecuado.

Muchos DM moderados y ligeros se dan cuenta de sus limitaciones, lo que les puede conducir a una baja autoestima y a reacciones depresivas al no aceptarse como son y pretender ser diferentes, cuando como decía Perls, "una rosa, es una rosa y no pretende ser otra cosa". Por otra parte, los padres pueden manifestar reacciones negativas (Castanedo, 1982b, capítulo 11, pp. 219-231) hacia el hijo DM en forma de culpabilidad, sobreprotección y rechazo. Estas reacciones pueden crear en el DM una gran tensión, y posiblemente incrementen las posibilidades de desintegración. Además, los DM tienen que hacer frente al rechazo de sus compañeros de la misma edad cronológica y diferente edad mental, tanto en el juego cuando son pequeños, como más tarde en la adolescencia al pretender "conquistar" o "seducir" muchachos o muchachas. Resumiendo, el DM tiene que aprender a vivir con un sinnúmero de dificultades que se le presentan en situaciones sociales, estas situaciones si no se pueden confrontar originan trastornos emocionales.

El desarrollo emocional del DM se relaciona más directamente con su edad mental que con su edad cronológica, lo cual implica que la deficiencia se manifiesta tanto a nivel intelectual como a nivel emocional.

Se ha encontrado que la frecuencia de psicopatología en el DM es como cuatro o cinco veces mayor que la que se da en la población con inteligencia normal (Primrose, 1971). El tratamiento psicoterapéutico del DM debe implicar tanto su conducta verbal como la no verbal, dadas las características especiales de los DM en los que predominan grandes dificultades en el lenguaje hablado o expresivo.

La gran variedad de psicoterapias aplicadas a otros tipos de problemáticas existenciales no ha sido aplicada a los DM. En este campo, la literatura incluye la utilización de psicoterapias orientadas dinámicamente, psicoterapias de modificación de conducta y psicoterapia de juego (Moustakas, 1966). En uno de sus trabajos anteriores el autor presentó la aplicación del análisis transaccional a un grupo de DM (Castanedo, 1978; 1982b).

La terapia Gestalt puede aplicarse en cualquiera de sus modalidades (individual, pareja, grupal) a los DM y a sus padres. La decisión del terapeuta para utilizar una, dos o las tres modalidades de intervención referidas depende de varios factores, entre ellos el tiempo de que disponga y las necesidades del DM y sus padres. En lo que se refiere al tiempo profesional, puede darse que la institución o el terapeuta dispongan únicamente de una hora por semana para hacer psicoterapia, en este caso puede que sea más rentable dedicar este tiempo a grupos de encuentro (con DM con sus padres o con ambos) que a la psicoterapia individual con DM o terapia de pareja con los padres.

En la psicoterapia individual gestáltica el terapeuta puede trabajar tanto con el DM, como con uno de sus padres en forma individual. Esta forma de psicoterapia es especialmente indicada para cerrar los asuntos inconclusos y los duelos no resueltos. En los padres, los temas más urgentes son: vivir en el aquí y el ahora dejando a un lado lo que ya fue, lo que a menudo constituye una manera de encontrar un culpable en el médico que, por ejemplo, utilizó fórceps en el nacimiento o en culpabilizar a la otra parte de la pareja. Centrarse en el aquí y el ahora permite también afrontar hoy los problemas de hoy y no vivir únicamente en función del futuro que aún no ha sido; muchos padres no toman contacto con la vida presente al estar únicamente centrados y preocupados en lo que ocurrirá con el hijo DM cuando ellos dejen de existir, cuando nadie puede asegurar que el hijo les sobrevivirá.

Una técnica de gran apoyo en la terapia Gestalt individual es la de la silla vacía. Un manejo adecuado de esta técnica permite al DM darse cuenta de qué significado tiene su condición de DM, cuando se ubica en el opuesto, en la polaridad, en la silla de enfrente, siendo diferente de como es, o sea con inteligencia normal. Muchos de estos experimentos pueden ser puestos en práctica por el terapeuta, elaborándolos a medida que van surgiendo situaciones terapéuticas emergentes. Las intervenciones del terapeuta conducen al momento existencial

en que el DM descubre por sí mismo, con la ayuda del terapeuta, qué es y cómo es, aprende a vivir con lo que es y no con lo que quisiera ser, aprende a mirarse al espejo y verse tal como es, aceptándose con sus limitaciones. Dejando de luchar para ser diferente, logra cambiar (teoría paradójica del cambio), su energía se canaliza en tomar conciencia de las cosas que le rodean, aprendiendo a vivir dándose apoyo a sí mismo, y no esperando únicamente el apoyo de los demás que a veces le será denegado (aunque este principio de la terapia Gestalt no es exclusivo del DM, se aplica a cualquier persona). El DM necesita estar preparado para enfrentar las tensiones provocadas por situaciones sociales. Recientemente en un programa de TV de la CBS inglesa, se transmitió un reportaje sobre una casa que iba a ser destinada a habitación para un grupo de DM; ésta fue quemada por la comunidad antes de que fuera ocupada por ellos. La casa estaba situada en una zona suburbana de clase social media-alta. Es desafortunado que esto ocurra en un mundo que alardea de humanismo y sin embargo, son hechos reales. Lo anterior refleja que no solamente son necesarias medidas para crear conciencia en las comunidades de que la DM no es un problema de la sociedad, es un problema de todos. Sin embargo, esta toma de conciencia parece estar aún lejos de lograrse, mientras tanto el DM y su familia tienen que enfrentarse a un mundo que no comprende sus necesidades existenciales.

El impacto de la psicoterapia Gestalt aplicada en grupo a padres con hijos identificados como problemáticos, y sus efectos en la modificación de la percepción de sus hijos, ha sido investigado por Little (1981; 1984). En esta investigación, Little sometió a terapia grupal a un grupo de padres durante 10 semanas. Los resultados indicaron un cambio positivo en las puntuaciones que se relacionaron con: rechazo, falta de atención, sobreprotección, sobreindulgencia y los valores extrínsecos, con lo que el autor concluye que la terapia Gestalt es eficaz para alterar los estilos de crianza de los padres descritos como disfuncionales.

El tratamiento terapéutico de la pareja que tiene hijos con DM, toma también en consideración sus necesidades como padres. El terapeuta tiene que considerar si el DM es hijo único o no, varón o mujer, la edad y el lugar que ocupa en la familia. El impacto que produce en los padres un hijo único con DM no es el mismo que el que se da cuando la familia tiene más hijos. Asimismo, el padre puede estar más afectado que la madre si el hijo DM es varón que si es mujer, etc. En algunas familias el hijo DM puede ser fondo de la configuración total, en otras puede ser figura. La terapia Gestalt con los padres resulta beneficiosa dado que éstos, como he mencionado antes, viven centrados en el pasado, en lo que fue, en lo que ocurrió, en lo que se hubiera podido hacer para evitar el nacimiento del hijo DM. Sin embargo, esto ya fue, aquí y ahora está presente, es real⁵. En

⁵ Metafóricamente la relación presente-pasado-futuro, es como comerse una galleta; lo que se comió está en el pasado (por eso fue pasado por la garganta); lo que se mastica está en el presente y lo que se masticará es futuro.

estas situaciones de desdicha, los padres necesitan rehacer su relación conyugal, el hijo es una parte y un aparte de esta relación, es parte y está aparte de la armonía-inarmonía conyugal, es un elemento de la familia en la que la totalidad es más que la suma de sus partes (Castanedo, 1983b).

La personalidad del DM puede ser diagnosticada partiendo de las dificultades que éste tiene para establecer contacto con otras personas, esto se conoce como resistencias gestálticas (véase en este capítulo el cuestionario de estilos de personalidad). Son cinco los estilos o resistencias gestálticas que utiliza la persona para evitar el contacto, y aunque algunas personas utilizan más de una de estas resistencias todos nos caracterizamos especialmente por el uso predominante de una de ellas. Las resistencias son, por tanto, formas o estilos de relacionarse con los otros, nos servimos de estas resistencias en la relación con los demás, a menudo sin darnos cuenta de que las utilizamos.

Dada la importancia que tienen estos bloqueos al contacto consigo mismo y con los otros en las personas con DM, lo que sigue es una breve descripción de las cinco resistencias gestálticas: introyección, proyección, retroflexión, deflexión y confluencia.

Introyección: El DM con esta característica predominante en su personalidad ha integrado, sin cuestionarse, los valores y creencias "depositados" en él por sus padres, maestros y otras figuras significativas con las que ha tenido contacto. La escasa autonomía del DM hace que éste se aferré al material introyectado que le permite contar con una identidad, aunque ésta no sea la que le corresponde. Evita por consecuencia el contacto consigo mismo.

Proyección: Esta es otra forma de funcionamiento del DM que se observa cuando éste atribuye a otro lo que le está ocurriendo a él. Al igual que la introyección, esta resistencia no permite hacer contacto consigo mismo ni con los demás. Muchos DM consideran que los otros compañeros tienen retraso pero que ellos no.

Retroflexión: Contrariamente al que proyecta, el DM que retroflexa se hace a sí mismo lo que desearía hacer a los demás. Los trastornos psicossomáticos en el DM pueden ser debidos al uso excesivo de esta resistencia. Asimismo, la automutilación parece ser un mecanismo que permite, al que lo ejecuta, castigar de esa manera a una persona querida contra la que existe resentimiento.

Deflexión: Aquí predomina la evitación del contacto con los otros. Si alguien pretende establecer empatía con un DM que deflexa, éste romperá el contacto, evitará la comunicación especialmente afectiva, por temor a perder un día ese afecto que le dejará entonces sin apoyo.

Confluencia: Este estilo es muy común en los DM que tienden a depender excesivamente de otros. La confluencia es una sumisión exagerada a los otros, y se observa en el DM cuando éste interrelaciona con sus padres, educadores, etc.

La observación rigurosa de la conducta del DM permite determinar el funcionamiento de su personalidad, por el estilo de resistencia que más a menudo

utiliza en sus relaciones interpersonales. Este diagnóstico preliminar servirá para estructurar la psicoterapia centrada en las resistencias.

Lo que sigue ilustra la intervención terapéutica con aproximación gestáltica en una familia compuesta por los padres y tres hijos, uno de ellos (Luisa) con Síndrome de Down asiste a una escuela de educación especial⁶.

En la primera sesión el facilitador (F) sugiere a los cónyuges hacer un miniexperimento que consiste en mirarse a los ojos en silencio, después de unos cinco minutos de "confrontación visual", el F les pide que relaten lo que sintieron:

Madre (M): Sentí como más tranquilidad. Me siento más tranquila.

Facilitador (F): ¿Dónde siente usted mayor tranquilidad?

M: En los músculos.

F: ¿Y usted Alberto?

Padre (P): Me siento más relajado.

F: Ajá, ¿y dónde siente más relajación?

P: Aquí (señala las piernas).

Con esta intervención el F persigue el objetivo de detectar cómo se sienten (nivel sensorial), estableciendo la toma de contacto con las propias emociones, localizándolas en el cuerpo.

La sesión continúa:

F: (Dirigiéndose al P) Alberto, ¿cómo se ha sentido usted con la mirada de Cecilia, le pudo transmitir algo a ella o ella le transmitió a usted algo con la mirada?

P: Me parece que fue como cuando se está de novio y se queda uno viendo al otro (ríe).

F: ¿Y usted Cecilia?

M: Bueno, yo también (riendo). No sé, quise pensar que estábamos los dos solos, nada más, como cuando uno está de novio, que uno se ve.

La confluencia en la comunicación de la pareja es evidente en la situación que se acaba de describir.

A continuación interviene el F dirigiéndose a P.

F: En este momento, ¿cómo se siente usted aquí con nosotros, con el grupo, cómo describiría usted lo que siente?

⁶ En esta sesión están presentes la pareja, el facilitador y cuatro estudiantes en proceso de formación terapéutica que realizan el trabajo final de graduación para obtener la licenciatura en psicología (Calderón *et al.*, 1983).

P: Con un poco de nervios diría yo.

F: ¿Y usted Cecilia?

M: Está una a la expectativa, por ser una experiencia nueva y una en realidad no deja de estar un poco temerosa.

F: Si le parece vamos a diferenciar entre hablar de "uno" y decir "yo". Si usted dice "yo" se refiere a usted misma, cuando dice "una" no está claro a quién se refiere, "uno" es "ninguno", es un pronombre indefinido que no identifica a nadie.

F: En este momento, ¿siente usted Cecilia alguna inquietud o preocupación?

M: No, yo no siento nada.

F: No hay nada. ¿Y usted Alberto?

P: Bueno, tampoco yo siento nada.

En vista de la resistencia que ofrece la pareja, el facilitador introduce un experimento que consiste en trasladarse, en fantasía dirigida, a su casa y sentirse allí en el momento de la comida. Después de realizada esta vivencia les pide que regresen "al aquí y al ahora" y que expresen cómo se sintieron y cómo se sienten:

F: Usted Alberto, ¿qué sintió, qué vio, cómo estaba cada plato en la mesa?

P: Cada vez que nos sentamos a comer se presenta el mismo problema: ninguno de los chiquillos quiere comer, la lucha es que coman, yo le doy a Gabriela, Cecilia al otro chiquillo (mientras Alberto está hablando, Cecilia se está riendo).

F: Cecilia supongo que las cosas que hacen reír son agradables, pero la situación que describe su esposo no parece que lo sea.

M: Será que una ya está acostumbrada.

P: ¡Yo estoy acostumbrada!

M: Con Luisa es uno de los problemas más grandes. No sé si yo le he transmitido la ansiedad porque me ha costado tremendamente que coma, no come nada, ¡nada, nada!

F: Le voy a interrumpir un momentito. Como le digo aquí tenemos que cuidarnos mucho del lenguaje... cuando usted me dice que su hija no come nada, nada significa que ella no está comiendo absolutamente nada, ¿cómo puede vivir sin comer nada?

M: Sí, creo que es un error decir que no come nada, cuando en realidad come algunas cosas.

Entrando en el tema conyugal, el facilitador interviene:

F: Me gustaría saber, ¿cuál es la situación de ustedes como pareja?

P: Con ciertos problemas, pero yo siento que está bien.

M: Bien (riéndose) pero el problema es que el señor (enfaticando señor) es muy violento; cuando se enoja no escucha y luego "pide cajeta" (todo esto lo dice señalando a Alberto con el dedo, aunque sin mirarlo a él, sino dirigiendo su mirada hacia arriba).

F: (Imita exageradamente a la madre mirando hacia arriba). ¿Está usted buscando algo en el techo?

Esta es una manera común de deflectar que se observa en las parejas con comunicación inadecuada: hablar del resentimiento que sienten hacia alguien (en este caso, agresión), cuando lo que se requiere, en estas situaciones, es hablar directamente con la persona y para ello es necesario, además de emitir el mensaje verbal, fijar la vista en la fuente a la que se atribuye la agresión.

Finalmente, en lo que se refiere a terapia de pareja enfocada gestálticamente, se presenta una sesión que se llevó a cabo hace poco con una pareja que tenía grandes dificultades a nivel de comunicación. En esta sesión se presentó una relación de pareja basada en la necesidad de ofrecerse entre ellos el apoyo interpersonal. El hombre (H) inició el diálogo explicando con entusiasmo su relación matrimonial como "muy linda", pero a la vez le preocupaba que veía poco a sus hijos por dedicarse a muchas actividades. La mujer (M) mostró interés en fortalecer su relación de pareja a través del apoyo interpersonal que permitiese el crecimiento de ambos, como pareja e individuos.

El facilitador, después de cambiar algunas impresiones con la pareja, comienza:

F: ¿Cómo es en ustedes la relación de pareja?

H: Me parece bien, llevo 12 años de relación matrimonial y quisiera evitar el aburrimiento y cada vez que tengo una reunión me pongo a pensar si vale la pena este sacrificio, también los niños me dicen que no me ven.

M: Las cosas entre nosotros a veces se ponen mal, yo también tengo mis compromisos y descuido la casa en general. A mí me gustaría que compartieses más cosas conmigo (dirigiéndose a H).

F: ¿Podrías compartir algo con ella?

H: Sí.

F: Entonces elige el nivel de lo que crees que ella carece y que no compartes.

H: Un viaje, llevarte a disfrutar solos los fines de semana.

F: Eso es del futuro, comparte algo con ella ahora, no lo que piensas hacer.

H: Cosas del trabajo que me preocupan.

M: Eso es un problema ajeno a los dos, ¿por qué no compartimos sobre los niños, que son de ambos?

F: (Dirigiéndose a H). ¿Cómo te sientes después de desear relatar un problema laboral tuyo y ella te dijo que eso no le importa dado que no es algo de ambos?

H: Me sentí algo dolido, aunque tiene razón.

F: (a M) Y tú, ¿cómo te sentiste?

M: Me sentí grosera, me dolió herirlo, aunque me sentí satisfecha de decir lo que sentía y pensaba.

F: (a H). Le sugiero un corto ejercicio. ¿Está de acuerdo?

H: Sí.

F: Bien, cierre los ojos e imagine que se encuentra en su casa en este momento con su esposa e hijos, todos están juntos. ¿Cómo "ve" lo que está pasando?

H: Estoy acostado en el regazo de mi esposa, ella me toca la cabeza, los niños hacen ruido, suena el teléfono y me convocan a una reunión... no me dio tiempo de decir que no estaba... me tengo que ir.

En las intervenciones que realiza el terapeuta en esta sesión se aprecia cómo éste tiene el mismo papel que un director de cine o teatro, entra y sale de la escena de la pareja. En general el tiempo de permanencia fuera del sistema de la pareja es mayor que cuando se trabaja con una sola persona (Zinker, 1998).

Finalmente la pareja de esta sesión toma conciencia de las necesidades individuales y que como pareja tienen.

Intervenciones con grupos de encuentro

El autor opina que los grupos de encuentro que dirige se centran en las necesidades específicas de los miembros que los componen, considerando también el tiempo en que son sometidos a la experiencia o vivencia. No es lo mismo un grupo de demostración, de tres horas, que un seminario-taller de un fin de semana. Algunos grupos tienen participantes que son terapeutas en formación (p. ej., cursos a psicólogos en una universidad), en tanto que otros están dirigidos a personas de diferentes profesiones que desean encontrar mejores formas de relacionarse con ellos mismos (intrapersonal) y con los otros (interpersonal). Otras personas buscan aprender algo de ellas mismas. A todos ellos se les ofrece en terapia Gestalt un modelo de crecimiento que sitúa el acento en el darse cuenta. En el transcurso de la intervención con grupos ofrezco, simultáneamente con la vivencia, miniconferencias de la filosofía de la terapia Gestalt y el proceso de cambio; utilizo también diferentes experimentos de apoyo con el propósito de que la totalidad de los miembros del grupo comparta sus experiencias, situaciones comunes de las que todo el grupo aprendemos cuando se comparte lo vivido, cuando se expresa lo que se ha sentido.

Al abrir un taller o iniciar un curso de terapia Gestalt lo más difícil es lograr que los participantes lleguen al proceso de "desaprender" lo que han aprendido con otros enfoques de psicoterapia.

Para iniciar, acostumbro relatar esta historia:

Un profesor va a visitar a un maestro del Zen y después de saludarlo le dice que es un doctor, catedrático de una universidad prestigiosa, que conoce esto y lo otro y que desea aprender del maestro qué es el Zen budismo. El maestro le invita a sentarse y le ofrece una taza de té, mientras va llenando la taza el líquido se desparrama, a lo que el doctor responde que el té se está vertiendo y el maestro dice: "correcto, usted llega como una taza llena, ¿cómo puedo enseñarle nada? Hasta que usted no se vacíe no puedo ofrecerle nada" (Castanedo, 1990).

Y sigo con esta frase:

Algunos de ustedes conocen mi trabajo en terapia Gestalt, algunos pueden pensar que será interesante lo que vamos a hacer, para otros será únicamente un ensayo, todos ustedes tienen diferentes expectativas de lo que desean y únicamente al finalizar o cerrar este taller sabrán si las expectativas corresponden o no a lo vivenciado (Castanedo, 1990).

Este modelo de trabajo de grupo orientado en el proceso fue utilizado también por Bion (1961) en su trabajo realizado en la clínica inglesa de Tavistok, aunque su orientación no fue gestáltica, sino que era y sigue siendo de corte psicoanalítico.

Bach (1967) considera a los grupos de encuentro tipo maratón como "lo más directo, lo más eficiente y el antídoto más económico a la alienación mental, al vacío existencial, a la fragmentación y a otros riesgos de la salud mental en nuestros tiempos" (p. 995).

En los grupos de encuentro gestálticos se utilizan dos modelos de intervención; uno es el practicado por la Escuela Gestalt de Cleveland (GIC) y que se conoce como el Proceso Orientado en el Modelo de Grupo en el que el acento se sitúa, especialmente, en el nivel de la relación interpersonal entre los miembros, quedando relegado lo intrapersonal al fondo de la figura. El otro es el Proceso Orientado en el Modelo Individual, opuesto al anterior, sitúa como figura la intervención intrapersonal que se da entre el facilitador y el participante en el grupo. Este último modelo fue ampliamente utilizado por Fritz Perls. Kepner (1980) consigue una mutación de estos dos modelos al describir el proceso grupal como un modelo en el que el facilitador, como si tuviera lentes bifocales, presta atención, de una parte, al desarrollo de los individuos en el grupo y, de otra parte, al desarrollo del grupo como un sistema social. Los grupos de encuentro ofrecen a los participantes una oportunidad de escapar de los hábitos de la rutina diaria, ya que cada participante toma su tiempo para mirar al interior de sí mismo, y quizá más allá. Además, los grupos de encuentro permiten mezclarse con otra gente que también está interesada en la exploración de sí mismo y en la toma de conciencia sensorial y emocional.

Comparando los grupos de encuentro con el uso de una droga, la segunda, como dice Luís María Anson, director del diario *ABC*, Decano de la Prensa de

Madrid, proporciona la evasión, el escape. Los grupos de encuentro, con sus fantasías dirigidas, también permiten que la persona "se aleje" del aquí y ahora y se traslade a otros lugares que su mente va elaborando en la vivencia dirigida por el facilitador. Esta evasión bipolar hace que la persona esté allá, en otro lugar, y al mismo tiempo esté acá, con su conciencia, vive el momento presente pudiendo hacer volar su imaginación a otro sitio. Todo ello hace que la experiencia de la vivencia en los grupos de encuentro sea similar al efecto de la droga, con la gran diferencia de que los grupos de encuentro no dañan la salud (psíquica-física) del individuo, sino que más bien le ayuda a darse cuenta de sus necesidades, a cerrar sus asuntos inconclusos, a poder comparar la fantasía con la realidad.

En el conjunto de grupos de encuentro que han sido desarrollados por el *Gestalt Institute of Cleveland* (catálogo 1992-1993) encontramos *Introducción al grupo de encuentro para parejas*, que tiene como objetivo enfatizar los métodos que conduzcan a incrementar el encuentro en la pareja, lo que se logra experimentando con nuevos métodos de comunicación entre las mismas. Las parejas examinan sus propios sistemas y los comparten con los sistemas de las otras parejas. Identifican y exploran áreas de contacto y conflicto, así como las exigencias y las necesidades individuales en la interrelación.

Otro de los talleres es el de *Enriquecimiento familiar*, aquí se pretende ofrecer apoyo para el incremento de la comunicación y el desarrollo de las destrezas familiares, utilizando para ello el papel de coparentalizar en relación con el padre único, promoviendo el darse cuenta y la apreciación de diferencias y necesidades individuales de cada miembro de la familia, así como clasificando los valores familiares. En este taller participan también niños y adolescentes de 8 a 15 años de edad. En estos grupos de encuentro también se ha tenido en cuenta las necesidades que tienen los hijos de edad más avanzada y que tienen padres en la tercera edad, lo que proporciona a los hijos una excelente oportunidad para aprender acerca de los otros miembros y discutir con ellos, en un ambiente protegido, los cambios en las interrelaciones familiares y la dinámica familiar que van emergiendo de modo natural a medida que los padres y sus hijos van envejeciendo. Este tipo de taller se recomienda a parejas y a sus hijos para que reconozcan la importancia de anticiparse a los estilos de vida y a los cambios de situación, así como las ventajas que ofrece la comunicación abierta en temas que traten sobre estos desarrollos futuros en las familias.

Situaciones a enfrentar antes de vivir en pareja, está diseñado para personas solteras, parejas que se encuentran en "situación primaria" y parejas que planean unirse. "Entre las personas inteligentes la base más segura para la pareja es la amistad: compartir los intereses, la habilidad para discutir las ideas de cada uno y comprenderse en lo que se piensa y se sueña" (Kahlil Gibran, *Beloved Prophet*). Este taller ofrece a los participantes la oportunidad de establecer una base firme para la pareja, por medio de la integración de un enfoque inteligente a la pareja unido a sentimientos de amor.

Complementariedad en la pareja, se centra en el aprendizaje para apreciar diferencias entre los miembros de la pareja. Se trabaja con conflictos y la resolución de los mismos, se enfatiza en la apreciación de la historia y desarrollo como pareja.

Padres sustitutos, algunas nuevas alianzas entre dos personas implican a menudo la convivencia con los hijos de uno de ellos o de ambos. Con frecuencia estos hijos son vistos como parte del "paquete del convenio", no libremente elegidos, como son los miembros de la pareja misma. Existen muchos mitos desafortunados y con expectativas no realistas en lo que se refiere a estos nuevos papeles, como: "Si me amas tienes que querer a mis hijos", o "Los hijos de mi compañero(a) me amarán y me apreciarán". Este taller enfoca cómo estos mitos y expectativas interfieren con el lento y a menudo doloroso desarrollo en la interrelación entre los niños y sus padres sustitutos y lo que se puede hacer para facilitar este proceso. El taller está abierto tanto a parejas como a personas solas.

Cuando la pareja no encuentra otro camino que la separación, pueden participar en un grupo de encuentro que va *Más allá del divorcio*, este taller está diseñado tanto para aquellas personas que ya están separadas o divorciadas como para quienes están en proceso de hacerlo, aquí se confrontan los asuntos inconclusos, los sentimientos o emociones que estas situaciones evocan y provocan, siguiendo en la ruta que conduzca a oportunidades de crecimiento del potencial humano de cada participante, que permita el comienzo de una nueva Gestalt que se abre resolviendo y cerrando antes la situación inconclusa. El objetivo de este taller reside en enfrentar periodos de transiciones en la vida, hacer frente a las alteraciones en el estilo de vida utilizando recursos tanto emocionales como cognoscitivos.

De más duración que los talleres citados, que suelen llevarse a cabo en un fin de semana, de aproximadamente 14 horas, el *Programa Gestalt para Parejas*, que ofrece el Centro para el Avance de la Práctica Gestalt del GIC, enseña un enfoque Gestalt como una forma de vida de las parejas y les proporciona la oportunidad para trabajar sus situaciones actuales. Consta de un taller de fin de semana y de una sesión semanal de cuatro horas, durante ocho meses. Una parte de cada sesión se destina a presentar conceptos gestálticos y su aplicación a la vida cotidiana de la pareja, siguiendo experimentos vivenciales diseñados para que los conceptos "tomen vida". Una segunda parte de cada sesión enfoca el trabajo con los asuntos de la pareja que son estimulados a emerger por el material que se ha visto antes; también se analiza la experiencia cotidiana de cada pareja. Las parejas en este programa aprenden y experimentan los conceptos de la Gestalt tal como éstos se relacionan con el funcionamiento de cada miembro, desarrollando destrezas específicas de pareja, explorando temas de pareja, trabajando asuntos personales y contribuyendo al desarrollo del conocimiento en la aplicación de la Gestalt a la vida de pareja. El grupo de participantes se limita a seis parejas que

hayan vivido juntas un mínimo de un año y que no se encuentren en proceso de separación o divorcio.

Los Grupos de Encuentro Gestálticos con DM, con sus padres o con ambos pueden ser de diferentes tipos: talleres, seminarios o maratones. Las diferencias de estos tres tipos de intervención grupal son únicamente relativas al tiempo de convivencia de los participantes, el cual puede ser de varias horas de encuentro a varios fines de semana. En estos grupos de encuentro se consideran las diferencias individuales de los participantes, sean las de los DM o las de sus padres, sin embargo, es esencial trabajar con estas diferencias como parte del grupo en su totalidad. En un grupo de encuentro las necesidades e intereses de un padre determinado no deben controlar al grupo, más bien la totalidad del grupo de padres existe y está controlada por las interrelaciones de todos sus miembros.

Un extracto del material de un taller que se dirigió (Calderón *et al.*, 1983) a padres con hijos con deficiencia mental servirá para ilustrar las metas de este tipo de grupo de encuentro con participantes homogéneos, en lo que se refiere a vivir una misma situación, en este caso tener hijos con deficiencia mental. El taller tuvo una duración de dos horas y focalizaba en el cierre a realizar con seis parejas, que antes habían participado en 12 sesiones, de aproximadamente dos horas cada una, de terapia de familia Gestalt.

Este encuentro final con las parejas comienza con un ejercicio de respiración; a continuación se hace un experimento de fantasía mental dirigida que consiste en cerrar los ojos e imaginarse cada uno a sí mismo caminando por un campo verde, visualizando flores de diferentes colores; más adelante se ve un puente, se pasa éste y se llega a una casa en donde habita y se encuentra una familia; la persona sigue caminando, sube una colina y llega a una cueva. Después de todo este recorrido la persona regresa al lugar de partida pasando otra vez por los mismos lugares ya mencionados.

Al finalizar esta vivencia y pedir a los participantes que comunicaran lo que "vieron", una madre lo asoció con su vida real diciendo: "Al pasar por la casa, miré a la ventana y vi una niña con retraso, entré y saludé a la madre y jugué con la niña", a lo que F, recreando la situación, dice:

F: ¿Qué siente al ver a la niña?

M: Me hace pensar en mi chiquita.

No cabe aquí ninguna duda de la influencia que tiene la realidad cotidiana en la fantasía dirigida y de la necesidad que tenía y tiene la madre en cuestión de que la gente jugase con su hija con retraso mental, necesidad manifestada en sesiones de psicoterapia anteriores que se hicieron con ella y su esposo.

A la invitación del facilitador para que alguien trabajase algún asunto inconcluso, una participante dijo:

M: Tengo un problema con Antonio, mi hijo mayor. Él rechaza a Luisa que tiene retraso. Cuando ella nació yo lo descuidé totalmente, sentía rechazo, sería por ser mujer que yo me incliné más por ella. Un día Antonio me dijo que si yo ponía a Luisa en su escuela (aula diferenciada), él se mataría.

Aquí interviene el esposo, padre de Antonio:

P: Ella sobreprotege a Antonio. A veces yo le doy permiso para hacer algo y ella dice: ¿Para qué se lo diste? Yo ya le había dicho que no.

M: Sí, él es muy inocente y también es muy bueno con Luisa... Yo le baño y le hago todo. Él es muy bueno, pero Yo vivo con eso de que lo descuidé mucho por dos años, incluso siento una laguna, hay cosas que no recuerdo.

F: ¿No recuerda o no quiere recordar?

M: No me acuerdo, yo trato pero no puedo, ni siquiera logro ubicarme en la época.

Este proceso descrito indica cómo esta madre toma conciencia del rechazo que siente hacia su hijo, tal vez esto haga que se resista a establecer contacto con su pasado, a recordar.

Más adelante continúa:

M: Yo rechacé a mi hijo normal y me dediqué a ella, siento que no he sido una buena madre.

El facilitador se dirige al esposo y le pregunta: ¿Qué piensa usted al oír lo que acaba de decir su esposa?

P: No, es ella, yo no. Yo he sido un buen padre. Yo considero que no tengo problemas con él, no es que me crea un superpapá, pero no me siento culpable como ella.

Aquí interviene la madre:

M: Sí, siento que desplazé todo hacia Luisa (voz entrecortada), no he sido buena madre (ojos humedecidos).

F: ¿Siente usted ganas de llorar, Cecilia?

M: Sí.

F: ¿Hay algo que se lo impida?

M: No sé, a veces creo que yo me reprimo muchas cosas, no quiero molestar a nadie.

F: ¿A quién puede molestar?

M: A Alberto.

F: Pregúnteselo a él.

M: (Dirigiéndose a su esposo) ¿Te molesta que llore?

P: Sí, no me gusta que llores.

El facilitador, retomando un tema urgente que había emergido anteriormente, se dirige al esposo:

F: Alberto, ¿cómo se siente al saber lo que dice un niño de 12 años, su hijo, de que pudiera matarse? (La situación que planteó antes su esposa).

P: Naturalmente, no me gusta.

Interviene la madre: M: Ahora no sé si llevar o no a Luisa a la escuela de Antonio.

F: ¿Qué le respondió su hijo Antonio cuando usted le dijo que iba a llevar a Luisa a su escuela?

M: Entonces usted cree que es mejor...

F: ¿Qué le parece a usted que es mejor, de acuerdo con lo que él le ha dicho?

M: Que no debo llevarla.

F: ¿Y qué va a hacer?

M: No la llevaré.

F: ¡Claro! Usted le preguntó a él y él no quiere, a los niños y a todo el mundo se les debe respetar. Imagine usted lo que significa para un preadolescente, como su hijo, decir que tiene una hermana con retraso; lo que no quiere decir que no debe poner usted a Luisa en otra escuela con aula diferenciada, eso sí, que no sea la escuela formal del hermano.

Del título de la obra escrita por Perls *Ego, Hunger and Aggression* (1947) se desprende que existe una relación entre el ego de la persona, su hambre y su agresión, siendo para Perls el alimento una de las necesidades básicas, no solamente para la subsistencia física del organismo, sino también para su adecuado funcionamiento psíquico. Es aquí cuando entran en juego las introyecciones: la gente introyecta o se alimenta de ideas, pensamientos, valores, etc., de otras personas y los hace suyos sin "masticarlos" y sin "digerirlos" debidamente; las personas se nutren de algo que puede ser tóxico. Las introyecciones son resistencias que evitan tomar contacto con el sí mismo del individuo (Castanedo, 1983a). Así como existen "alimentos" nutritivos y otros que pueden ser tóxicos para la parte psíquica de la persona, lo mismo ocurre con las relaciones interpersonales incluyendo la interrelación terapeuta-cliente. De igual manera, las mismas personas pueden resultar nutritivas o tóxicas para los otros y para sí mismas.

En consecuencia, así como existen terapeutas nutritivos y tóxicos, existen clientes que tienen también estos dos prototipos de personalidad. También, a

los grupos de encuentro llegan participantes nutritivos y tóxicos, pudiendo tomar el terapeuta una de las dos direcciones, lo que dependerá en parte, de la personalidad del facilitador y de su modalidad para dirigir grupos. La diferencia estriba en determinar si el facilitador logra que los miembros del grupo se centren en ellos mismos, en su existencia personal (nutritiva), o por el contrario, se dedican a criar catarsis grupales, empujando a los participantes a actuar sus propias emociones (tóxico).

El riesgo de los participantes tóxicos, en un grupo de encuentro, es que éstos pueden contaminar al grupo. Un pequeño número de participantes tóxicos en un grupo puede llegar a "dañar" el experimento vivencial grupal, lo mismo que una manzana podrida en un árbol terminará pudriendo a las otras. El todo terminará podrido y también las partes. Aquí sí, el todo es igual a la suma de las partes.

Los grupos de encuentro gestálticos que el autor ha dirigido en diferentes países, con distintas personas, con diversas formaciones (psiquiatras, médicos, psicólogos, u otras profesiones y personas sin ninguna profesión universitaria) me han permitido detectar estos dos tipos de participantes. En todos los casos hay momentos existenciales en donde sobresale, como figura, la toxicidad de algunos elementos del grupo, quedando lo nutritivo en el fondo de la totalidad, y otros en los cuales predomina el "alimento que nutre" sobre la parte tóxica. Ambas experiencias se describen aquí como formas de evolución del grupo de encuentro⁷.

Entre las características que distinguen estos dos tipos de participantes, tenemos que el nutritivo asume la responsabilidad de su conducta en el grupo, mientras que los tóxicos son de dos clases; uno está consciente del dolor y la angustia que vive por sus esfuerzos frustrados para encontrar y mantener relaciones interpersonales significativas, desea hacer algo por sí mismo para que sus relaciones lleguen a ser nutritivas. Sin embargo, son personas en quienes el tener tanto "veneno" no les ayuda en la situación, por el hecho de que irradian un efecto tóxico en los demás. El otro tipo de actitud tóxica se observa en las personas que llegan a un grupo con mala voluntad, que desean manipularlo y que no quieren enfrentarse con su propio sufrimiento. Estos individuos a menudo interrogan constantemente a los otros miembros del grupo, pueden intentar actuar como terapeutas e interpretar la conducta de otros participantes, también suelen conducirse como sabotadores y desvalorizar el trabajo que realiza el facilitador del grupo. Asimismo, pueden hacer que el trabajo del grupo no sea eficaz.

Sin duda, cualquiera de estos dos tipos de participantes tóxicos "envenena" el proceso grupal. Con estas personas a veces es imposible poder equilibrar la rela-

⁷ Una de las mejores descripciones que he leído acerca de lo que es el proceso grupal se la debo a Kepner (1980): "Es un modelo en que el líder, con lentes bifocales, presta atención al desarrollo de los individuos en el grupo y al desarrollo del grupo percibido como un sistema social" (p. 5).

ción polarizada que mantiene el facilitador de terapia Gestalt, conocida como frustración-soporte, ya que pueden tener un bajo nivel de tolerancia a la frustración, presentando rechazo o deflexión al establecer contacto con el facilitador. En terapia Gestalt, para darse soporte a sí mismo, se requiere establecer contacto con los otros. Perls (1947), aunque no acostumbraba clasificar a las personas con terminología de enfermedad mental cuando trabajaba con ellas, sí lo hacía cuando escribía acerca de ellas, llamando a este tipo de persona tóxica neurótica y definiéndola como "caracterizada por muchas formas de evitación, principalmente evitación del contacto" (p. 7). Un signo de inmadurez emocional consiste en solicitar un contacto constante (confluencia), como en rechazar el contacto (autismo).

Uno de los experimentos que está diseñado para detectar si la atmósfera de un grupo de encuentro es nutritiva o tóxica, consiste en que los miembros del grupo se miren en silencio, sentados todos ellos en círculo. Con este experimento, cuanto más alienado y fragmentado se encuentre el grupo, mayor será la tensión que experimenten sus miembros al mirarse en silencio. En ese momento existencial será necesario saber leer entre silencios.

Al tomar como ilustración, de todo lo anterior, una situación que sucedió en un grupo de encuentro que dirigía a un grupo de estudiantes universitarios⁸, se puede observar cómo funciona una persona tóxica en un grupo. En el grupo de encuentro señalado participaban estudiantes de diferentes carreras universitarias, una de las integrantes desde el comienzo (2ª sesión ya que no asistió a la 1ª) comenzó a "poner trampas" (según sus propias palabras) al facilitador (F)⁹ aumentando esta actitud de la 2ª a la 3ª sesión en que se llegó a la "explosión", y la estudiante mencionada se retiró del grupo antes de finalizar la sesión. La transcripción textual de algunas partes de estas dos sesiones es la siguiente:

La estudiante, dirigiéndose al cofacilitador (CF) de turno en esa sesión, que recibía entrenamiento en terapia Gestalt y que utilizó en un momento dado el término "ajuste de la persona", le recriminó el uso de tal término, aprovechando la situación para realizar una exposición teórica referente a la terminología en psicología. A lo que, cuando terminó el CF respondió:

CF: Todos tenemos tres necesidades, según la teoría de William Schutz, son la inclusión, el control y el afecto. Estas dimensiones forman parte de nuestra vida cotidiana. Supongamos: ¿Cómo nos sentimos cuando esta-

⁸ Estas sesiones se llevaron a cabo como parte de un trabajo de tesis de graduación en psicología que realizaban seis estudiantes bajo la dirección y supervisión del autor de este trabajo. Los seis estudiantes ejercían, por turnos, el rol de cofacilitador.

⁹ A lo largo de este trabajo se denomina "participante" (P) al miembro de un grupo, y aunque naturalmente el líder y el colíder forman también parte del grupo, a estos se les describe como "facilitador" (F) y cofacilitador (CF). También se utiliza "terapeuta" (T), coterapeuta (CT) y cliente (C).

mos fuera de un grupo? Una de estas razones fue el objetivo básico del experimento del "nudo humano" que hicimos.

Yo sentí que estaba fuera, quería compartir la vivencia, quería estar dentro. No me gustaba estar fuera. Esta es la necesidad de pertenecer o estar dentro de algo o alguien, es una necesidad importante para nuestro ajuste personal.

Participante (P): No estoy de acuerdo (moviendo la cabeza de derecha a izquierda) porque en ese sentido estar ajustado o adaptado lo percibo como que la persona tiene que adaptarse a esas necesidades.

Cuando el F consideró que la atmósfera se estaba cargando demasiado con las dudas planteadas constantemente por la participante, intervino:

F: El ser incluido o excluido, adaptado o no adaptado, es una necesidad. La prueba es que la persona que se siente incluida, se siente mejor en su mundo psicosocial que estando está excluida. Los esquizofrénicos, los catatónicos, están excluidos del mundo, de la gente. La exclusión es una evasión del presente, se utiliza para evitar las situaciones amenazantes, es similar a la deflexión, se puede hacer con la vista o con la respuesta verbal. La idea en que se fundamenta todo para Schutz y que determina la personalidad es que la persona que tenga estos tres factores funcionará mejor en su relación interpersonal, como decía Héctor (nombre del CF), estará mejor ajustado.

P: (Sylvia): Lo que usted dice (refiriéndose al F, aunque sin mirarlo), es como si la Gestalt fuera todo, lo máximo.

F: (Interrumpiendo) Eso es lo que usted cree. Con mis palabras yo no he dicho eso, he dicho otra cosa que van a observar aquí y van a tener que darse cuenta.

Lo anterior indica que el F, en terapia Gestalt, requiere ser auténtico y confrontativo en sus comentarios o intervenciones, debe ir más allá del rol profesional que se limita a ir con cuidado. Pese a todo ello no hay que confundir, en un grupo, la libertad de sus miembros, con quien ejerce la autoridad en el grupo, esta última debe ser ejercida por el F. (En esta prueba a los límites de autoridad, sentí reacciones contradictorias y opté finalmente por la confrontación).

En la tercera sesión se llegó a la cumbre de la confrontación con esta participante. Y esto es lo que ocurrió:

F: Vamos a iniciar con situaciones o asuntos que hayan quedado inconclusos en la sesión pasada. ¿Alguien tiene algo que tratar?

P: (Sylvia): Si, yo... algo que me quedó inconcluso la vez pasada es que yo sentí que después de que yo hablé, usted me cortó y usted había dicho al comienzo que en este grupo existía libertad.

F: (Interrumpe) ¡Ah!... Bueno mire, señorita o señora, que yo diga que aquí hay libertad no quiere decir que no va a haber autoridad, no quiere decir que yo no dirija al grupo, ese es mi deber como facilitador. A mí me interesa el crecimiento individual y grupal y no solamente complacer individualmente a cualquier persona, "al pan, pan y al vino, vino", yo dije al inicio de estas sesiones, que a cualquier persona le podía cortar la palabra, cuando me pareciera conveniente hacerlo (mientras F habla mira a Sylvia y ésta mira hacia otro lado).

Magaly (otra CF) interviene preguntando a Sylvia: Me gustaría saber, ¿cuál fue la motivación que te hizo venir a la experiencia del grupo de encuentro?

P: Bueno, ahora ya ninguna.

F: Señorita, le están preguntando cuál era antes su motivación, no la de ahora.

Después de algunas confrontaciones más, Sylvia decide abandonar el grupo, se levanta del círculo y sin decir palabra se dirige hacia la puerta y tiene dificultades para abrirla; F también se levanta, le abre la puerta y la despide con un "adiós".

De nuevo, la inteligencia consiste en saber leer los silencios, a menudo estos silencios dicen más que las palabras.

*Cuando tú te quedas muda,
cuando yo me quede ciego,
nos quedarán las manos
y el silencio.*

*Cuando tú te pongas vieja,
cuando yo me ponga viejo,
nos quedarán los adiós
y el silencio.*

*Cuando tú te quedas muerta,
cuando yo me quede muerto,
tendrán que enterramos juntos,
y en silencio.*

*y cuando tú resucites,
cuando yo viva de nuevo
nos volveremos a amar
y en silencio.*

*Cuando todo se acabe
por siempre en el Universo,
será un silencio de amor,
el silencio.*

Andrés Eloy Blanco

La manera para "romper el hielo" entre los participantes al comenzar un grupo de encuentro consiste en iniciar con algunos experimentos grupales; después de los experimentos se puede trabajar con el material que cada uno comparte con el grupo, es así como la intervención terapéutica grupal se convierte en algunos momentos en atención individualizada. Estas vivencias gestálticas son diseñadas por el facilitador. Tomando en cuenta las necesidades de los miembros del grupo, el facilitador puede utilizar algunas fantasías dirigidas que se describen a continuación:

El hombre sabio

Cierre los ojos e imagine que se encuentra caminando de noche por un sendero que conduce a las montañas. Es una noche de luna llena que le permite a usted ver bien el camino y también sus alrededores. ¿Cómo es ese camino? ¿Qué ve usted a su alrededor? ¿Cómo se siente usted al caminar por ese sendero entre las montañas? Usted sigue caminando y se acerca a una cueva donde sabe que vive un hombre sabio, un guía espiritual que puede responderle cualquier pregunta que usted le haga.

Cuando llega a la cueva usted ve una pequeña fogata y sentado frente a ella está el hombre sabio. La luz que desprende la hoguera ilumina su cara. Vaya directamente a la fogata, ponga algo más de leña en el fuego de la misma y siéntese frente al hombre sabio. A medida que el fuego alumbra más, usted llega a percibir más nítidamente al hombre sabio. Tome el tiempo para ver cómo viste, cómo es su cuerpo, su cara, sus ojos...

Ahora pregunte al hombre sabio algo que sea importante para usted en este momento. Observe cómo reacciona a lo que usted le dice. Él le puede responder con palabras solamente o puede responderle con un gesto o expresión facial. ¿Qué clase de respuesta le da a usted? Ahora conviértase usted en el hombre sabio. ¿Cómo es usted siendo el hombre sabio? ¿Cuál es su actitud hacia el visitante que le pregunta? ¿Cómo se siente usted respecto al visitante? ¿Cómo responde usted a su visitante, utilizando palabras o gestos?

Sea de nuevo usted y continúe el diálogo con el hombre sabio. ¿Tiene usted alguna otra pregunta que hacerle? ¿Cómo se siente en compañía del hombre sabio? Ahora vuelva a ser de nuevo el hombre sabio y conteste a las preguntas que le formula el visitante. ¿Hay algo más que usted quiera decir al visitante?

Sea de nuevo usted. Enseguida dirá adiós al hombre sabio. Si hay algo más que desea decir al hombre sabio dígaselo ahora. En el momento en que usted se dispone a decir adiós al hombre sabio, éste entra en la cueva y sale con una vieja mochila de cuero, la abre y busca en su interior algo que quiere entregarle. Cuando lo encuentra lo saca de la mochila y se lo entrega. Usted mira el regalo que el hombre sabio le obsequia. ¿Cómo se siente con el hombre sabio ahora? Dígale qué siente hacia él y vaya diciéndole adiós.

Ahora comience a descender la cuesta por el mismo camino que la subió, llevando con usted el regalo que le dio el hombre sabio. Al descender por el sende-

ro dése cuenta de cómo este es, de tal modo que usted recuerde el camino que conduce al hombre sabio, por si necesita volver a visitarlo. Observe bien y haga contacto con los alrededores.

Continúe caminando y llegue a esta sala trayendo el regalo con usted. Examine en detalle el regalo. ¿Qué es? Tóquelo, déle vueltas entre sus manos. Ahora conviértase en ese regalo y describase usted siendo ese regalo. ¿Cómo se siente al ser ese regalo? ¿Cuáles son sus cualidades? ¿Cómo puede ser usted utilizado o apreciado siendo ese regalo? Ahora sea de nuevo usted y mire al regalo, vea si puede descubrir algo más de él. ¿Se da cuenta de algo que no vio antes? Ahora ponga el regalo a un lado, en un sitio seguro de su memoria y dígame adiós de momento.

Ya puede abrir los ojos.

Moraleja: Las mejores respuestas a su propia existencia las encuentra usted en usted mismo, usted es el hombre sabio de esta vivencia.

Diálogo con los padres

Acostado en el suelo, cierre los ojos, visualice a uno de sus padres sentado frente a usted. Elija y tomése el tiempo necesario para "ver y sentir" realmente a uno de sus padres sentado frente a usted en este momento... establezca contacto con él o ella. ¿Cómo está él o ella sentado(a)? ¿Cómo está vestido(a)? ¿Qué expresión facial tiene? Observe todos los detalles de su progenitor enfrente de usted. ¿Cómo se siente usted cuando lo mira? Comience siendo honesto con él/ella, dígame todas las cosas que nunca le dijo y que quisiera decirle; dígaselo directamente como si estuviera hablando con él/ella en este momento. Dígame todo lo que le venga a la mente: resentimientos que usted retiene, cólera que usted teme mostrar, amor que usted no expresó, preguntas que nunca le hizo, etc. Tome conciencia de cómo se siente usted a medida que dice estas cosas, dése cuenta de si su cuerpo experimenta tensión en alguna parte. Esté seguro de estar en contacto con su progenitor cuando le habla.

Ahora conviértase en su progenitor y responda a lo que acaba de oír de su hijo/a. Siendo usted su padre/madre, ¿cómo responde a lo que su hijo/a le dice? Dése cuenta de cómo se siente con lo que oye de su hijo/a ¿Qué siente usted hacia su hijo/a? ¿Qué clase de relación tiene con él/ella?

Cambie de papel de nuevo y sea usted mismo. ¿Qué responde usted a lo que le dice su padre/madre? ¿Qué dice usted y cómo se siente diciéndolo? ¿Dígame cómo se siente hacia él/ella ahora y qué piensa de él/ella ahora? ¿Cómo siente usted la relación? Dígame qué necesita y quiere de él/ella. Tómese el tiempo para decirle de manera exacta y específica qué desea que él/ella haga por usted y dése cuenta de cómo se siente al decir esto.

Ahora vuelva a ser su padre/madre. Como padre/madre, ¿qué dice usted a la manifestación de necesidades de su hijo/a? ¿Cómo se siente con esto? ¿Ha sentido usted algo parecido en su vida? Ahora diga a su hijo/a qué necesita y desea de él/ella.

Cambie el papel y sea usted de nuevo. ¿Cómo responde usted a lo que su padre/madre le ha dicho? ¿Tiene usted una mejor comprensión de él/ella ahora? Ahora dígame qué significa "colgarse" en él/ella en la fantasía como lo está haciendo ahora. ¿Qué gana usted "soltando" los sentimientos inconclusos hacia su progenitor?

Vuelva de nuevo a ser su padre/madre y responda a lo anterior. ¿Qué es lo que responde usted? ¿Cómo es su relación ahora? ¿Se desarrolla la comprensión o por el contrario surge el conflicto y el pleito?

Sea de nuevo usted. ¿Qué responde a lo que su padre/madre acaba de decir? ¿Cómo siente usted la relación? ¿Qué comprensión tiene usted ahora de la situación de su padre/madre? Dígame qué comprensión tiene usted de él/ella ahora.

Ahora dígame qué aprecia en él/ella. Aunque la relación sea difícil entre los dos tiene que existir algo que usted aprecia en él/ella. Dígaselo ahora en forma específica y clara.

De nuevo sea su propio padre/madre. ¿Cómo responde usted a esas "cariicias"? ¿Puede usted aceptarlas, o las minimiza o rechaza? Ahora exprese a su hijo/a lo que usted aprecia de él/ella. Dígame en detalle qué aprecia de él/ella.

Ahora vuelva a ser usted. ¿Cómo responde a lo que su padre/madre dice que aprecia en usted? ¿Cómo se siente usted con él/ella ahora? Abra los ojos y comente en el grupo.

Aprenda a decir "no" cuando dice "sí"

Acostado boca arriba, busque una posición cómoda. Cierre los ojos y manténgalos así hasta que yo le diga que los abra. Haga contacto con su cuerpo y si se siente incómodo cambie de posición.

Centre su atención en la respiración. A medida que se centra en su respiración, ¿ésta cambia? Sin interferir su manera de respirar obsérvela con el máximo de detalle.

Ahora imagine que todo su cuerpo es un globo que se llena lentamente de aire a medida que usted inspira y que se desinfla a medida que espira el aire de sus pulmones, quedando usted relajado cuando sus pulmones quedan vacíos. Haga esto tres o cuatro veces.

También tome conciencia de su respiración natural e imagine que cada vez que usted respira se lavan algunas de las tensiones que le quedan en el cuerpo de tal manera que se va sintiendo más relajado.

En tanto, recuerde una situación en la que usted dijo "sí" pero realmente quería decir "no". Visualice la situación como si estuviera ocurriendo en este preciso momento. ¿Dónde ocurre la situación? ¿Cómo es su entorno y cómo se siente usted ahí? ¿Quién está con usted y qué es lo que se ha dicho? Haga contacto con la situación y siéntalo como si ocurriese ahora.

Ahora concéntrese en el momento en que dice "sí". ¿Qué tono de voz usted utiliza cuando dice "sí"? ¿Cómo se siente diciendo "sí"? ¿Qué significa para us-

ted decir "sí"? ¿Qué gana usted diciendo "sí"? ¿Qué evita diciendo "sí"? ¿Cómo se siente usted diciendo "sí" en esa situación?

Regrese ahora al momento anterior en el que usted dijo "sí" y diga "no" unido a algo más que no haya expresado previamente. ¿Qué tono de voz utiliza usted al decir "no"? ¿Cómo se siente al decir "no"? ¿Cómo responde la otra persona después de que usted dice "no"? ¿Cómo se siente ahora?

Ahora cambie de posición y conviértase en la otra persona a la que usted dijo "no". ¿Cómo se siente usted siendo la otra persona? Siendo la otra persona, ¿qué dice usted y qué tono de voz utiliza?

Ahora vuelva de nuevo a ser usted mismo y continúe el diálogo. ¿Cómo se siente siendo usted de nuevo? ¿Qué diferencia existe entre ser usted y ser la otra persona? ¿Se siente con más energía siendo usted, o siendo el otro? Hable directamente a la otra persona y dígame en qué es diferente usted.

Sea de nuevo la otra persona y continúe el diálogo y la interrelación. Profundice en la experiencia de ser realmente la otra persona. Continúe el diálogo y cambie de posición de tal modo que usted se identifique siempre con el que habla. ¿Cómo interactúan cada uno de ustedes ahora? ¿Están ustedes peleando o comienzan ustedes a comunicarse uno con otro? ¿Qué es lo que usted está reteniendo y que no expresa?

Ahora exprese cómo se sienten el uno con otro. Continúen el diálogo unos minutos. Profundice aún más la experiencia de ser estas dos personas y explore cómo interactúan. Tome un poco de tiempo para asimilar su experiencia. Dentro de un momento le pediré que abra los ojos y comparta la experiencia en el grupo hablando en primera persona, en presente, como si estuviera ocurriendo ahora. Abra sus ojos ahora.

Para concluir me parece pertinente cerrar con la oración gestáltica de Fritz Perls, la que considero se aplica como filosofía de existencia a toda pareja separada o divorciada o a cualquier otra relación interpersonal ya concluida o terminada:

*Yo hago mis cosas y tú haces las tuyas,
yo no estoy en este mundo para vivir
a tu sombra,
ni tú estás en este
mundo para vivir a la mía,
tú eres tú y yo soy yo,
y si por casualidad nos encontramos,
será maravilloso,
sino es así, qué le vamos a hacer.*

Lo que reducido a su mínima expresión lingüística corresponde al dicho popular del hombre de mar cuando se refiere a un velero: "Que cada palo aguante su vela".

Un modelo creativo de terapia de grupo para explorar la memoria es la Terapia Gestalt de rememorizar, elaborado por O'Leary y Nieuwstraten (2001). Este enfoque pertenece al proyecto *The Cork Older Adult Intervention* (Irlanda). Se basa en un acercamiento holístico al desarrollo del potencial de la persona, en el que el crecimiento emocional, social y espiritual de adultos ancianos es visto como una prolongación hasta la muerte. El método utilizado es la Terapia Gestalt del recuerdo, que consiste en contar anécdotas o historias como un medio de identificar asuntos inconclusos. Se desarrolla el contacto intrapersonal e interpersonal y se tiene en cuenta el entorno. Dado que este enfoque integrativo percibe el desarrollo como un proceso a lo largo de toda la vida, únicamente facilitar a los ancianos el recuerdo del pasado no sería suficiente. Los participantes son requeridos con el reto de continuar desarrollándose en el presente. Su aplicación en grupo permite crear una oportunidad para establecer contacto interpersonal y retroalimentación y la formación de nuevas amistades.

Recordar el pasado puede mejorar la identidad en la medida en que los participantes reviven antiguos logros. El recuerdo puede desarrollar la autoestima incrementado el nivel de conocimiento autoreferencial. El contar anécdotas o historias es un método que permite a los adultos llegar a término con sus vidas pasadas tal como estas fueron y con su propia mortalidad. Sin embargo, los sentimientos no expresados y los pensamientos no atendidos a veces se presentan cuando las personas recuerdan incidentes desagradables del pasado. Con la Terapia Gestalt del recuerdo se forma un entorno de soporte que permite a los participantes experimentar sentimientos asociados con tales eventos y cerrarlos.

La Terapia de la Redecisión fue desarrollada por los Goulding (1979), combinando elementos de nuevas terapias que surgieron durante los turbulentos años de los sesenta. Entre ellas está el Análisis Transaccional, cuya teoría de estados del ego (padre, adulto y niño), juegos, transacciones y guiones (Berne, 1961), utilizado junto a la técnica de la silla vacía de la Terapia Gestalt (Perls, 1969) evocaba el darse cuenta emocional y el cambio (véase el Capítulo 3 del AT y el próximo apartado de este capítulo). Los principales elementos de la Terapia de Redecisión son los siguientes: los miembros del grupo reclaman poder y responsabilidad en sus vidas; el entorno nutritivo del grupo promueve decisiones maduras para el cambio conductual; el grupo terapéutico modela formas de vida y de ser; y los errores en el pensamiento y conducta de los pacientes son confrontados. Se utilizan las técnicas de la Gestalt para la expresión de los sentimientos, mientras el grupo mantiene las reglas que deben respetarse.

TERAPIA GESTALT Y ANÁLISIS TRANSACCIONAL: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS¹⁰

El primer contacto que tuvo este autor con el AT, sin tener siquiera "awareness" de su existencia, se remonta a 1960. Ese año emigra de España a Canadá y por

¹⁰ Publicado en *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 56, 33-39, 2007.

esas casualidades que tiene la vida llega a Montreal a vivir en la rue Saint Famille. No es sino hasta muchos años después que se entera que en esa misma calle, habitada en su mayoría por judíos, muy cerca de la calle Penfield y de la Universidad canadiense-inglesa McGill, había nacido en el número 73, Eric Berne, medio siglo antes. Y en el sótano de esa misma casa su padre, el Dr. Bernstein, veía en consulta a sus pacientes gratuitamente.

Tanto su madre escritora como su padre eran judíos emigrantes, llegados de niños a Canadá procedentes de Polonia y Rusia, ambos habían estudiado en McGill, en esa misma institución se graduó Berne de médico en 1935. Falleció en San Francisco de un ataque al corazón y una noche antes de morir dijo a un grupo de colegas del Seminario de Psiquiatría de San Francisco: "la carretera en adelante está llena de curvas" (Steiner y Kerr, 1976).

El autor quince años más tarde de haber llegado a Canadá y viviendo ya en Costa Rica inició la formación en AT y un par de años después ya era Miembro Didáctico Clínico de la Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional (ALAT) dirigida por Roberto Kertész. Asimismo, entre otras actividades transaccionalistas, participó en México D.F. como ponente en el III Congreso Latinoamericano de Análisis Transaccional (Castanedo, 1978), ofreciendo talleres de AT en Cuernavaca. Dos años después del referido Congreso recibió la formación clínica en Terapia Gestalt del *Gestalt Institute of Cleveland* (GIC). El conocimiento de estas dos disciplinas fue la fuerza que movió a escribir sobre la integración de ambas corrientes en el quehacer terapéutico y práctica docente que ha realizado en estos 40 años de ejercicio profesional a nivel internacional, básicamente en cuatro países (Canadá, Costa Rica, España y México).

Considero que he sido muy afortunado, como diría mi colega Rafael Sáez he recibido muchas "caricias" (Sáez, 2001; Thomas, 1993, 2007), al tener la posibilidad de adquirir esta doble formación en psicoterapia, por un lado el haber sido entrenado por Antonio Lourenco, psiquiatra portugués, que me preparó para ser Miembro Clínico de la Asociación Latino Americana de Análisis Transaccional y en TG en el *Gestalt Institute of Cleveland*, teniendo eminentes maestros como Laura Perls, Joseph Zinker, Sonia Nevis, Isadore From, entre otros. Formación que me ha permitido integrar los dos enfoques, sin olvidar otros más de la psicología humanística (Castanedo, 2005).

Ha habido otras publicaciones anteriores a esta que han tratado el tema del AT y su integración con otras disciplinas psicológicas, entre ellas tres tesis doctorales (Goodstein, 1971; Larson, 1977; Wenhoff, 1978), que enfocan los maratones de TG y AT, comparando su eficacia; los estilos de la psicoterapia conductista, Gestalt, transaccional y psicoanalítica; y los efectos de dos enfoques el sacramental (orientación cristiana) con AT y TG y el AT y TG, sin orientación cristiana. Todas ellas citadas en Castanedo (2007). En un artículo titulado "Los modelos constructivista y transaccional" (Cuadra y Boneta, 2000), las autoras consideran ambos enfoques

compatibles, integrando técnicas del AT con los fundamentos constructivistas, y aplicándolo básicamente en el guión de vida.

Asimismo, Robert y Mary Goulding (1987), en la Terapia de Redecisión, combinan la Terapia Gestalt y el Análisis Transaccional (Castanedo, 1990, 1997, 2003). Los Goulding han desarrollado un modelo que difiere de la terapia enfocada al grupo en varios puntos. El tratamiento se centra en el individuo y muchos de los conceptos tradicionales de la terapia grupal -como transferencia, cohesión, resistencia y procesos grupales- no son tomados en cuenta. La teoría del AT permite elaborar un núcleo conceptual con términos desarrollados para describir los procesos utilizados en la terapia de redecisión. Parte del léxico de este tratamiento son los *impasses* (callejones sin salida), contacto, juegos, decisiones tempranas, anclaje y guiones. El mismo Eric Berne, en su discurso de presentación del Análisis Transaccional (Berne, 1968), se refirió a la Terapia Gestalt, sosteniendo que muchas de sus ideas y las de Fritz Perls coincidían, aunque ambos no estaban de acuerdo con el concepto de cierre gestáltico, el AT lo consideraba peligroso, y creía que conducía a la desesperación. Por otra parte, Berne mencionaba el interés del AT por la semántica y las manifestaciones no verbales, también la TG atribuye una gran importancia a la semántica general de Korzybski (1933) y al lenguaje no verbal de Reich, siendo interesante la noción que señala Berne de paciente esfínter, paciente que retiene.

Una coincidencia que sostiene Berne, entre el AT y la TG, es en el trabajo funcional y no simbólico que ambas corrientes utilizan en la intervención con sueños (Castanedo, 2008). Asimismo, critica la catarsis que conduce en los grupos a la expresión de rabia y llanto, habiendo conocido personas que han llorado o expresado rabia en grupo durante 20 años y, sin embargo, no han mejorado. Vulgarmente se dice que en estas catarsis las personas pasan por tres fases: llanto, mocos y babas.

La integración de la TG y el AT se hace por razones pragmáticas: los pacientes pueden comprender mejor que les está pasando en términos de los estados del ego Padre, Adulto y Niño, juegos e incluso guiones, cuando se complementan con conceptos de la Gestalt como son "deflexión" y "retroflexión", *top-dog* y *under-dog*.

Muchos terapeutas de la Gestalt, en sus inicios, incluyendo Fritz Perls, consideraban o consideran que el paciente tiene la vivencia en la terapia, e integra la experiencia él mismo a medida que va saliendo de los *impasses* o callejones sin salida y no necesita ninguna información del terapeuta para integrar. Los transaccionalistas más puristas, incluyendo Berne en sus inicios y los Seminarios de San Francisco de Psiquiatría Social, creen que si el terapeuta ofrece al paciente suficiente información acerca de él mismo, relacionada con sus estados del ego, transacciones, juegos y guiones, el paciente utilizará la información para integrar, tomando decisiones con los datos procesados (estado del ego Adulto). Estos ortodoxos del AT no creen que el paciente necesite pasar por una experiencia gestáltica para

integrar y cambiar, no necesita vivenciar experiencias en las que tiene que pasar por los callejones sin salida.

Para los terapeutas de la Gestalt es bien conocida la frase de Perls: "deja a un lado la cabeza y vuelve a los sentidos". Por otra parte, Berne trabajaba con las emociones y las cogniciones. Considero que ambas, la experiencia de la Gestalt y el material cognitivo, son necesarias, así como la intervención terapéutica es más eficaz con ambas que con una sola. Otra forma de integrar la TG y el AT es confrontando los juegos. Un juego psicológico es una serie de transacciones que terminan en un sentimiento de *displacer*, se juega fuera del darse cuenta del estado Adulto del paciente, al final del cual el jugador dice algo acerca de sí mismo y otros, como "Nadie me quiere", "Siempre dije que los hombres no eran buenos".

El corazón de la TG, es el contacto con los clientes, es el darse cuenta de su existencia, el darme cuenta de mí mismo como terapeuta, y lo que ocurre entre ambos (el Yo-tú buberiano). Este concepto unido a la empatía rogeriana fue retomado por el Instituto Contacto con Empatía de Guanajuato para focalizar en sus tratamientos psicoterapéuticos.

Mientras observo al paciente y le escucho, estoy escuchando y observando una serie de contactos, de tomas de conciencia, que están definidas en el AT. Escucho las emociones de *displacer* que tiene el paciente y como conserva dichos sentimientos; escucho los juegos en que participa, y encuentro los tipos de fantasías que tiene de su vida y que mantienen sus emociones *displaceras*. Me interesa saber cómo era de pequeño, y cómo es que ahora se comporta exactamente lo mismo que ese niño pequeño que antes era. Me interesa saber cómo eran sus padres, y cómo es que se comportaban, pensaban y sentían tal como lo hacían. Necesito saber qué tipo de mensajes (mandatos) de niño recibía de ellos y cómo él/ella reaccionaba a esos mandatos. Necesito saber cómo es que se bloquea en el Ciclo de la Experiencia y en qué resistencia, como es que él/ella mismo/a se mantiene en un *impasse* o callejón sin salida, evitando intimidad, autonomía, creatividad, espontaneidad y crecimiento.

Muchos terapeutas de la Gestalt se centran rígida y obsesivamente en el momento inmediato del aquí y el ahora, sin relacionar jamás el momento existencial presente con el pasado, el autor no está de acuerdo con esa posición, el pasado aunque ya no es ha existido, y el paciente tiene que descubrir como ese pasado ha determinado el presente. Uno de los instrumentos psicológicos de diagnóstico preferido pertenece a la teoría tridimensional de William Schutz y se conoce como el LIPHE (siglas en inglés). Se trata de completar una escala con los recuerdos que se conservan de los padres en el momento presente, considerando la infancia y la adolescencia. La escala tiene cuatro tipos de reactivos, que inician con frases de: "Yo quería que mi padre..."; "Yo quería que mi madre..."; "Mi padre quería que yo..."; y "Mi madre quería que yo..." De estas dos últimas categorías de ítems proviene la aprobación o Desaprobación Parental Percibida (DPP)

por el niño y que se conservan de adulto como recuerdo. La DPP correlaciona con la baja autoestima (Sansinenea, 2001).

Asimismo, el autor recuerda que en una ocasión atendió a una paciente de unos 16 años que se comportaba como una niña pequeña de unos nueve años, a pesar de ser inteligente y no tener dificultades académicas en el colegio, lo primero que me confesó es que se sentía sola. En fantasía se trabajó con una regresión al pasado, se le pidió que buscara una escena donde se sintiese sola, rápidamente le vino a al mente el día que falleció su padre, entonces tenía nueve años. Nunca quiso admitir que había muerto, sin haber hecho el duelo, vivía sin haberle dicho adiós, creyendo que algún día regresaría. La intervención consistió en que confrontase este asunto inconcluso por medio de una despedida, haciendo un encuentro con el padre, en la silla vacía (Castanedo, 1983, 1987, 1997, 2002, 2007) diciéndole que ella no le iba a esperar más. Esta es una de las modalidades a las que recurro en las intervenciones, no es hablar de la infancia, sino facilitar que el paciente reviva escenas de la infancia como si estas estuvieran pasando en "el aquí y el ahora", proporcionándole un aprendizaje o una experiencia diferente, que responda al mismo estímulo de diferente forma. No es posible cambiar a los otros en el pasado, en consecuencia, no se permite que la fantasía termine en una escena, sin embargo, si es posible cambiar pretendiendo estar en el pasado, cambiando el final, decidir incluso estar vivo y disfrutar de la vida.

Hay un parecido entre los tres grandes de la psicoterapia (Freud, Perls y Berne), cada uno de ellos fue rechazado por su grupo de colegas, Freud por la psiquiatría oficial del momento en Viena; Perls por Freud, y Berne por la Sociedad Psicoanalítica de San Francisco. Tal vez por esta razón los tres fundaron escuela propia.

Los estados del ego Padre, Adulto y Niño tienen como antecedente las investigaciones del neurocirujano canadiense Wilder Penfield (1952) con pacientes que padecían epilepsia de gran mal. Penfield (citado por Berne, 1961, 1981) localizaba la zona epileptógena del paciente, le sometía a anestesia local y estimulaba el córtex cerebral en el hemisferio temporal, aplicando una débil descarga eléctrica por medio de una sonda galvánica, teniendo conciencia el paciente, por lo tanto podía hablar. Al ser estimuladas ciertas zonas cerebrales surgían recuerdos, lo que implica que el cerebro almacena recuerdos de experiencias vividas. Las memorias están retenidas en su forma natural como si fueran estados del ego. Con la estimulación eléctrica se reproduce lo que el paciente ha oído, visto, sentido y comprendido.

A veces los padres emiten, desde el estado ego Niño, mensajes irracionales que están basados principalmente en emociones que éstos tienen del niño, el descontento, infelicidad, rabia, que los padres tienen de su propio estado del ego Niño, como, "Si no fuera por ti sería feliz", lo que significa "Desearía que no existieses". Si, por ejemplo, la madre siente esto primero y después se da cuenta que

no está bien tener ese tipo de pensamiento, se sentirá culpable y sobreprotegerá al niño, no le permitirá que haga nada peligroso, ni siquiera le enviará a comprar algo a la tienda, ya que tiene que cruzar la calle y teme que le pueda atropellar un auto. El mandato es "No crezcas". Por otra parte, si el niño es el mayor de la familia se le pedirá que cuide de los otros hermanos menores y el mandato será "No seas un niño". Muchos otros mandatos o introyectos existen: "No disfrutes", "Trabaja duro", "No seas importante", "No estés sano", "No pienses", "No existas", etc. Al niño que se le introyecta "No seas un hombre", puede acabar teniendo problemas de identidad sexual. O la madre puede decir a su hijo frecuentemente "hubiera deseado que no hubieras nacido", lo que hará que el niño sienta que no es valioso y que mejor hubiese sido estar muerto. Ese niño cuando sea mayor y sienta que no es valioso o cuando esté deprimido puede tener ideación suicida.

Dada la importancia que tiene el combinar enfoques de psicoterapia, se analizara brevemente las tres tesis doctorales ya mencionadas al inicio de este artículo. En la primera, la autora Marilyn Goodstein (1971), utiliza dos maratones de TG y de AT y compara los resultados obtenidos en tres dimensiones de la personalidad: ansiedad, creatividad y autoritarismo. Los resultados indican que se dan las diferencias previstas entre los dos grupos: la ansiedad decrece más en los sujetos sometidos al AT que los sometidos a TG; la creatividad se incrementa más en los sujetos del maratón de TG que en los sujetos del maratón de AT; y el autoritarismo experimenta mayor descenso en los sujetos del grupo de TG que en los del grupo de AT.

En la segunda tesis, *Estilos y estereotipos de escuelas terapéuticas: Un análisis de las psicoterapias conductista, Gestalt, transaccional y psicoanalítica* (Larson, 1977), se obtuvieron los datos de 330 cuestionarios completados por otros tantos terapeutas, identificados como pertenecientes a cada una de las cuatro corrientes de psicoterapia ya mencionadas. Se examinaron las diferencias entre las escuelas en tres áreas: creencias terapéuticas y prácticas representadas en el cuestionario; estereotipos de estilos terapéuticos; y contacto y actitudes entre las escuelas. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en seis estilos: humanístico, socialización dirigida hacia los objetivos, inactivo-obstrusivo, implicación emocional del terapeuta y creencia de enfoque afectivo.

La tercera tesis doctoral, analiza *Los efectos de dos enfoques de orientación diferentes y los procedimientos en la autoactualización de los participantes en grupos* (Wenhoff, 1978). Se elaboraron tres hipótesis: los participantes en grupos con orientación-cristina denominada sacramental (S) con AT y TG (S/AT/TG) tendrán mayor crecimiento de autoactualización que los del grupo únicamente AT/TG o los que no recibían ningún tratamiento; aquellos que reciban intervención en cualesquiera de los dos modelos tendrán más crecimiento en autoactualización que aquellos que no recibían ninguna orientación; y los participantes en el grupo S/AT/TG que habían interiorizado el compromiso religioso obtendrán

más crecimiento de autoactualización que aquellos que tenían un compromiso religioso extrínseco. A todos se les aplicó el POI de Everett Shostrom y la Escala *Intrinsic/extrinsic Religious Orientation*. Los resultados no señalan diferencias significativas entre el grupo control y experimental, ni según la orientación S/AT/TG *versus* AT/TG en las dos escalas principales del POI.

Algunas semejanzas entre el AT y la TG

Ambos enfoques están inspirados en el psicoanálisis.

El AT se aparta del esquema de enfermedad y postula una función de un modelo de aprendizaje.

La TG se aparta del esquema de enfermedad y postula un modelo de crecimiento del potencial.

Ambas corrientes se oponen al patrón médico de enfermedad.

En el AT: La mayoría de las conductas humanas son el resultado de los aprendizajes educacionales prejuiciados y de las influencias negativas a las que se encuentran expuestas la mayoría de las personas en el seno de sus familias y de su entorno sociocultural. Lo que corresponde a un introyecto de la TG.

En el AT los seres humanos, por naturaleza, tienden y son capaces de vivir en armonía consigo mismo, con los demás y con la naturaleza.

En la TG la condición humana básica, como en cualquier organismo vivo, es establecer y mantener una relación nutritiva con el entorno.

En el AT las personas aquejadas de dificultades emocionales y, por ende, de problemas conductuales son, con todo, seres humanos completos e inteligentes.

En la TG las resistencias son una forma de mantener el equilibrio.

En el AT lo que se busca eliminar las presiones intra y extrapsíquicas a las que las personas se hallan expuestas.

En la TG lo que se busca es la interrelación del organismo con el ambiente.

Ambos enfoques enfatizan el concepto de elección personal.

En el AT la patología se identifica como la exclusión de alguno de los estados del ego: "Por medio de una actitud estereotipada y predecible que se mantiene con firmeza y hasta donde es posible" Berne (1961, 1981).

En la TG la alienación de algunas partes de la personalidad, es lo que lleva a que la persona no funcione de manera óptima: La neurosis es dar la misma respuesta ante situaciones nuevas.

En ambos enfoques se utilizan técnicas de dramatización procedentes del psicodrama y se trabaja con sueños.

Algunas diferencias entre el AT y la TG

En el AT la enfermedad proviene de decisiones infantiles reversibles. Todas las dificultades emocionales son curables, los problemas mentales y emocionales tienen como origen la pérdida de la autonomía, como consecuencia de presiones culturales y sociales.

En la TG la enfermedad es consecuencia de patrones rígidos en las conductas presentes.

El AT separa el comportamiento en unidades simples fácilmente identificables y comprensibles (análisis) y aplica dicho análisis a los intercambios de estímulos y respuestas entre las personas (transacciones).

La TG integra todo el comportamiento de manera holística e incorpora el entorno, como un todo, con el organismo.

El AT es un enfoque más cognitivo.

La TG es un enfoque más experiencial.

El AT define la estructura de la personalidad como estados del ego Adulto, Padre, Niño.

La TG identifica la estructura de la personalidad con el *self*, *id* y ego.

El AT no utiliza ni mecanismos ni resistencias.

La TG utiliza resistencias (desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión y confluencia).

En consecuencia, lo que aquí se propone consiste en combinar estos dos enfoques, utilizando de ambos el encuadre y las técnicas, integración que favorecería ambas corrientes y a los terapeutas que las practican.

Por otra parte, la Gestalt se ha "fundido" con otros enfoques de psicoterapia, entre ellos el enfoque centrado en la persona, lo que ha dado lugar a una síntesis que se conoce como Terapia Gestalt centrada en la persona. Herlihy (1985) resalta las semejanzas entre el enfoque de Carl Rogers y el de Fritz Perls. Así mismo, Leslie Greenberg, Laura Rice y Robert Elliot (1996), combinan la psicoterapia centrada en el cliente y la terapia Gestalt.

EPÍLOGO

Gabriela Munguía-Castanedo

LAS TRES FUERZAS DE LA PSICOTERAPIA: PSICOANÁLISIS, CONDUCTISMO Y PSICOLOGÍA HUMANÍSTICA

Los psicoterapeutas se clasifican, según su visión de la persona y las posibles estrategias de intervención que utilizan, en escuelas o fuerzas de psicología.

Se denomina primera fuerza al modelo psicodinámico fundado por Sigmund Freud, quien sitúa el énfasis en el inconsciente y las pulsiones. Para él, existe un determinismo en la persona con base en lo acontecido en la infancia. La función del psicólogo es hacer consciente lo inconsciente.

La segunda fuerza, o escuela conductual, inspirada en el positivismo, concibe a la persona como un organismo que responde a los estímulos del entorno, emitiendo respuestas que pueden ser condicionadas. La función del psicólogo es educar o reeducar los comportamientos.

La tercera fuerza, también conocida como psicología humanística, se inspira en la filosofía existencial y concibe al hombre como un ser en proceso de autorrealización, capaz de desarrollar sus capacidades y potencialidades. En este enfoque el psicólogo se define a sí mismo como un acompañante en el proceso de crecimiento. A esta corriente pertenece: el Análisis Transaccional; el psicodrama de Moreno; el enfoque centrado en la persona; y la Terapia Gestalt. Desarrollos posteriores inscriben también al psicoanálisis y al enfoque cognitivo-conductual.

La afiliación de una psicoterapia a una fuerza depende de su epistemología y del consenso explícito o implícito de sus agremiados; en la actualidad de las casi 300 formas reconocidas de hacer psicoterapia, no todos sus autores encajan total-

mente en la clasificación de primera, segunda y tercera fuerza. Por ejemplo, Erick Fromm, como neopsicoanalista, puede vincularse al psicoanálisis y a la psicología humanística, Bowlby pudiera considerarse psicoanalista y también conductista, Albert Ellis, al igual que Erick Berne y al análisis transaccional con una evidente influencia psicoanalítica y con una práctica cognitiva. Estos autores, por citar únicamente algunos ejemplos, pueden habitar cómodamente en dos enfoques diferentes o quedarse en "tierra de nadie" según la exigencia teórico-metodológica a la que sean sometidos.

La *American Psychological Association* (APA), la mayor asociación mundial de psicólogos se dedica al avance de la psicología como ciencia y como profesión. Ésta se integra en secciones llamadas divisiones. Cada una de las fuerzas, anteriormente descritas, está organizada y reconocida dentro de la APA. A la primera fuerza pertenece el *Psychoanalysis* (división 39); a la segunda fuerza el *Behavior Analysis* (división 25); y la tercera fuerza, *Humanistic Psychology*, pertenece a la división 32. En el censo de la APA de 2006 la división psicoanalítica tenía 3 071 miembros afiliados, la división de análisis conductual, 610 miembros y la división de psicología humanística, menos de 560. Este dato si bien, no es contundente para generalizar al resto del mundo, si nos proporciona la tendencia en Norteamérica (cuadro 7-1). Es posible que la tendencia a agremiarse entre los psicoanalistas responda a su estilo de formación psicoterapéutica, en la que es imprescindible el análisis didáctico y en contraste con otras psicoterapias, el tiempo de formación es mayor. Asimismo, puede responder a la herencia cultural del Círculo de Viena, donde nace el enfoque. Otro dato interesante es el porcentaje de hombres y mujeres; mientras que en análisis conductual y psicología humanística menos del 34% son mujeres, en psicoanálisis 58.2% son mujeres.

Con respecto a la edad de los agremiados (cuadro 7-2), observamos que en análisis conductual y psicología humanística el mayor porcentaje tiene más de 60 años, mientras que en psicoanálisis el mayor porcentaje tiene menos de 65 años. La generación del análisis conductual fue influenciada por la etapa de la cognición,

**Cuadro 7-1 Género de los miembros de las divisiones
25, 32, y 39 del APA, 2007**

	Análisis conductual		Psicología humanística		Psicoanálisis	
Género	N	%	N	%	N	%
Hombres	456	70.7	362	65.6	1,247	40.9
Mujeres	189	29.3	189	34.2	1,803	59.1
No especificado	0	.0	1	.2	0	.0
Total	645	100.0	552	100.0	3,050	100.0

Fuente: 2007 APA Directory, Center for Workforce Studies.
<http://www.apa.org/about/division/profiles.html>

**Cuadro 7-2 Edad de los miembros de las divisiones
25, 32, y 39 del APA, 2007**

	Análisis conductual		Psicología humanística		Psicoanálisis	
Edad	N	%	N	%	N	%
Menos de 30	3	.5	0	.0	5	.2
30–34	21	3.3	9	1.6	31	1.0
35–39	26	4.0	18	3.3	77	2.5
40–44	37	5.7	19	3.4	142	4.7
45–49	32	5.0	30	5.4	210	6.9
50–54	56	8.7	51	9.2	368	12.1
55–59	100	15.5	97	17.6	585	19.2
60–64	125	19.4	93	16.8	563	18.5
65–69	81	12.6	45	8.2	330	10.8
70 o más	132	20.5	154	27.9	521	17.1
No especificado	32	5.0	36	6.5	218	7.1
Total	645	100.0	552	100.0	3,050	100.0

Fuente: 2007 APA Directory, Center for Workforce Studies.
<http://www.apa.org/about/division/profiles.html>

es decir, el modelo conductual llamado cognitivo-conductual. A la psicología humanística pertenecen los psicólogos que pudieron formarse directamente con los fundadores de los enfoques humanísticos (Castanedo, 2005) y al psicoanálisis pertenece la nueva generación neopsicoanalista, posiblemente sin prácticas tan ortodoxas.

Los campos de trabajo de los psicólogos de las tres fuerzas son esencialmente clínicos en la psicología humanística y en el psicoanálisis (cuadro 7-3). Mientras que el análisis conductual alterna básicamente entre salud e investigación.

INVESTIGACIONES

Como sostiene Castanedo (1990): "Uno de los criterios científicos más eficaces para medir la evolución y el impacto de una corriente en psicoterapia es la productividad de la investigación, la cual se encuentra reflejada en la publicación de artículos en revistas especializadas y en la elaboración de tesis doctorales". En este sentido la *American Psychological Association* (APA), en su servidor electrónico *PsycINFO*, contiene registros desde 1887 y aproximadamente el 97% de las obras incluidas están arbitradas, es por eso que se convierte en una obligada fuente de información para conocer la productividad científica.

Cuadro 7-3 Campos de trabajo de los miembros de las divisiones 25, 32, y 39 del APA, 2007

Campos de trabajo	Análisis conductual		Psicología humanística		Psicoanálisis	
	N	%	N	%	N	%
Salud	292	45.3	394	71.4	2,649	86.9
Investigación	218	33.8	58	10.5	57	1.9
Otros campos	81	12.6	61	11.1	174	5.7
No especificado	54	8.4	39	7.1	170	5.6
Total	645	100.0	552	100.0	3,050	100.0

Fuente: 2007 APA Directory, Center for Workforce Studies.
<http://www.apa.org/about/division/profiles.html>

Las investigaciones en psicoanálisis son abundantes, en primer lugar por ser el enfoque con más antigüedad. Por otra parte, esta tendencia a escribir ha sido probablemente modelada por su fundador Sigmund Freud, quien lega una cuantiosa y valiosa producción escrita, manteniendo congruencia con su enfoque ("cura por la palabra", haciendo consciente lo inconsciente) privilegia la palabra. En el servidor (*PsycINFO*) hemos encontrado que se han publicado 35 156 investigaciones de corte psicoanalítico distribuidas por temáticas y cantidad de la siguiente manera: teoría psicoanalítica (11 554); proceso psicoterapéutico (7 649); Sigmund Freud (3 920); interpretación psicoanalítica (3 800); psicoanalistas (3 858); pacientes (304); filmes (297); psicoterapia (2 648); historia del psicoanálisis (1 126). La mayoría de esta producción es teórica y en las investigaciones empíricas se privilegian los métodos cualitativos, especialmente la hermenéutica y el estudio de caso.

A la fecha señalada (2006) encontramos 15 672 investigaciones de terapia conductual, aunque son menos que las de psicoanálisis recordemos que la escuela conductual es más joven. Tal vez los psicólogos conductuales dedicados a la investigación (38.9%), tengan una producción por encima de cualquier otro enfoque, teniendo en cuenta que la división 25 de análisis de conducta agrupa una quinta parte de miembros si se compara con la división 39 de psicoanálisis. Las temáticas y cantidad de investigaciones de terapia conductual son las siguientes: cognitivo-conductual (3 935); modificación de conducta (4 891); intervención (497); tratamiento farmacológico (1 775); terapia de grupo (883); depresión mayor (1291); evaluación de tratamientos efectivos (919); evidencia de práctica (142); tratamientos (1 339). La mayoría de las investigaciones son empíricas con métodos cuantitativos.

Por último la psicología humanística es la menos productiva en cuanto a investigaciones se refiere, únicamente 1 897. A la inversa del psicoanálisis, algunos fundadores de este enfoque, entre ellos Fritz Perls en sus últimos años, incitaban a sus seguidores a no escribir ya que esta es una conducta que desvía o deflecha el contacto, por tanto, era mejor que la persona se centrara en la experiencia inmediata. Por otra parte, tampoco ha favorecido la inadecuada interpretación que se da al aquí y el ahora (precepto básico de la psicología de inspiración existencial), como una actitud centrada en la inmediatez de la resolución de la necesidad y no en su concepción original, que significa la interjección del tiempo y el espacio, único lugar donde puede encarnarse la existencia concreta. Contrasta la postura de algunos psicólogos humanísticos de los años ochenta con la de los pioneros de la escuela humanística (Gordon Allport, Abraham Maslow, Carl Rogers, Rollo May, James Bugental, Erick From, etc.), quienes fueron muy fecundos en sus investigaciones. Por fortuna para la supervivencia de la escuela humanística en los últimos tiempos, nuevamente se vuelve a impulsar la investigación (Castanedo, 2008). Los temas y la cantidad de investigaciones encontradas son las siguientes: psicología humanística (1 034); psicoterapia (200); significados (33); experimentación (57); fenomenología (50); arte (17); humanismo (240); historia de la psicología humanística (147); espiritualidad (64); estados de conciencia (55).

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SEIS ENFOQUES

A continuación se ofrecen al lector unos cuadros comparativos donde podrá encontrar la misma información para cada uno de los seis enfoques. En la primera columna, del cuadro 7-4, se exponen los orígenes del enfoque (las fechas entre paréntesis son de nacimiento y muerte). La segunda columna, está reservada para los teóricos en consenso con las ideas fundamentales del origen y su aportación de nuevas propuestas para consolidar el enfoque. En la tercera columna, están los autores que dieron continuidad al enfoque hasta la actualidad, algunos de ellos en oposición al autor de origen (las fechas corresponden a sus publicaciones). Y por último, la cuarta columna, detalla los retos futuros. En el cuadro 7-5 se describen las fuentes de inspiración de cada enfoque; los conceptos teóricos básicos; las técnicas y los recursos; las principales aplicaciones y la definición de cada uno de ellos. En éstos se puede apreciar con claridad la diversidad de cada enfoque y cómo se ha puesto énfasis en aspectos diferentes, por ejemplo, mientras que el psicoanálisis tiene pocas técnicas es muy fecundo en teoría y aplicaciones en psicopatología. Sin embargo, el conductismo es muy generoso en cuanto a técnicas y aplicaciones en pacientes con discapacidades orgánicas e incluso educativas (*time out* y *token economy system*). Para la elaboración de cuadros se tomó la información de los capítulos de este libro y se complementó con otra, lo que permite tener una visión homologada de los seis enfoques.

Cuadro 7-4. Autores del psicoanálisis

Enfoque	Seguidores contemporáneos	Continuidad	Retos futuros
PSICOANÁLISIS Fundador: Sigmund Freud (1856-1939) Lugar: Sus primeras etapas se desarrollan en Alemania, y después de la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos Primeras obras: <i>La interpretación de los sueños</i> (1900) <i>El método psicoanalítico freudiano</i> (1904) Primeras asociaciones: <i>International Psychoanalytic Association</i> (1910) División 39: <i>Psychoanalysis, American Psychology Association</i> (1938)	Karl Abraham (1877-1925). Cofundador. Sandor Ferenczi (1873-1933). Psicopatología, entrenamiento terapéutico Melanie Klein (1882-1960). Psicoanálisis infantil Donald Woods Winnicott (1896-1971). Relación madre-lactante René Spitz (1887-1979). El primer año de vida del niño Carl Gustav Jung (1875-1961). Inconsciente colectivo y arquetipo Wilhelm Reich (1897-1957). Terapias corporales Alfred Adler (1879-1937). Autonomía y afirmación de sí mismo Otto Rank (1884-1939). Trauma al nacimiento. Karen Horney (1885-1952). La influencia de la cultura Wilfred Bion (1897-1979). Teoría psicoanalítica de grupo	Lógica del significado, estadio del espejo, Jacques Lacan (1980) El psicoanálisis interpersonal, Harry Stack Sullivan (1949) Neurosis narcisista, Masud R. Kahn (1974-1975) El <i>self</i> , Heinz Kohut (1978) Psicoanálisis como meta hermenéutica. Jürgen Habermas (1968) Teoría de la socialización, Lorenzer (1970) Transmisión de la vida psíquica entre generaciones, Piera Aulagnier (1964) Relaciones objetales y trastornos de personalidad, Otto Kernberg (1975) Grupo operativo, Enrique Pichón Rivière (1985) Armando Bauleo (1977) Psicoanálisis de grupo, Siegfried Heinrich Foulkes (1975) Socioanálisis, René Lourau (1981) Análisis institucional y freudomarxismo, Cornelius Castoriadis (1989) El secreto inconsciente "la cripta", Nicolás Abraham y María Torok (1993)	Estos replanteos y nuevas consideraciones meta psicológicas llevan a la construcción de otros términos teóricos y técnicos El reconocimiento de lo irrepresentable, así como el crearle un lugar, es una de las tareas actuales del psicoanálisis que, desde diferentes líneas, se desarrolla en el campo clínico en estos últimos tiempos Así como la sociedad deviene, el sujeto deviene, las ciencias sociales devienen y con éstas, el psicoanálisis Leonardo Dorony, 2008

Cuadro 7-4. Autores del psicoanálisis (continuación)

Enfoque	Seguidores contemporáneos	Continuidad	Retos futuros
		Psicodrama psicoanalítico, Olga Albizuri García (1986). Aparato psíquico grupal, René Kaës (1995) El grupo como un sueño, Dider Anzieu (1978) Telescopaje, Haydee Faimberg (1996) La psicosis de los padres en los hijos, Kaës, R., Bleger, J., Enríquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R. y Vidal, J. (1989) Análisis de familia, David Maldavsky (1996) Psicoanálisis de la pareja matrimonial, Isidoro Berenstein (1988)	

Cuadro 7-5. Enfoque psicoanalítico

Fuentes de inspiración	Conceptos teóricos básicos	Técnicas y recursos	Principales aplicaciones	Definición
La fisiología física La Escuela de Helmholtz El estructuralismo	Consciente Contra transferencia Id-ego-superego Eros-Thanatos Etapas psicosexuales Inconsciente Libido Metapsicología Preconsciente Pulsión Represión Resistencia Transferencia	Asociación libre Interpretaciones Confrontaciones Clarificaciones	Hermenéutica Enfermedad mental	Psicoanálisis es el nombre: 1) de un método para la investigación de procesos psíquicos que apenas son accesibles de otra manera; 2) de un método de tratamiento de trastornos neuróticos que se basa en esta investigación; 3) de una serie de conocimientos psicológicos obtenidos por esa vía, los cuales se integran lentamente en una nueva disciplina científica. Sigmund Freud, 1923

Cuadro 7-6. Autores conductistas

Enfoque	Seguidores contemporáneos	Continuidad	Retos futuros
CONDUCTISMO Fundadores: Ivan Petrovic Pavlov (1849-1936) John Broadus Watson (1878-1958) Edward Lee Thorndike, (1874-1949) Lugar: Pavlov inicia en la URSS, el resto del desarrollo de la escuela conductual es en EUA con algunas pocas excepciones Primeras obras: Pavlov, <i>Conditioned reflexes</i> (1927) Thorndike, <i>The fundamentals of learning</i> (1911) Watson, <i>Behavior: an introduction to comparative psychology</i> (1914) Primeras asociaciones: <i>Journal of the Experimental Analysis of Behavior</i> (1957) División 25: <i>Behavior Analysis, American Psychology</i>	Clark Hull (1884-1952), Teoría general de la conducta Burrhus Frederick Skinner (1904-1990), Métodos operantes Hans J. Eysenck (1916- 1997), Dimensiones de la personalidad Julián B. Rotter (1916), Aprendizaje social Arthur W. Staats (1924), Análisis conductual Albert Bandura (1925), Sociocognitivismo	Era de la cognición: Terapia cognitivo-conductual. Cautela (1971); Goldfried (1971); D'Zurilla y Goldfried (1971); Suinn y Richardson (1971); Kazdin (1973); Mahoney (1974); Spivack y Shure (1974); Meichenbaum (1974); Spivack, Platt y Shure (1976) y Beck (1976); Albert Ellis (1978) Era de la emoción: Terapia de esquemas (TE). Young, Klosko y Weishaar (2003) Terapia de aceptación y compromiso. (<i>Acceptance and Commitment Therapy, ACT</i>) Hayes, Strosahl y Wilson (1999); Hayes y Strosahl (2004); Barraca (2005); Wilson y Luciano (2002) Psicoterapia Analítica Funcional (PAF), Kohlenberg y Tsai (1991) Terapia Dialéctica Conductual (TDC), Marsha Linehan (1993) Terapia Cognitiva Interpersonal (TCI), Safran y Segal (1994) <i>Mindfulness</i> , Kabat-Zinn (1982) Terapia integral de pareja, Jacobson (1992) Terapia del bienestar. (<i>Well-Being Therapy</i>). Procedente de la psicología positiva. Fava y Ruini (2003); Ryff y Singer (1996)	Debido a todo lo dicho, la TC deberá evitar caer en las modas terapéuticas, redefiniendo una y otra vez su propia identidad La TC todavía debe asentarse más y mejor en el campo de la psicología Clínica, con una bien definida metodología Su objetivo puede consistir en desarrollar un consistente marco teórico, para la amplia gama de factores psicoterapéuticos Un elemento básico para ello será la estructuración del propio proceso terapéutico También entran en discusión sus metas. ¿La TC se caracteriza por la reducción de trastornos psíquicos o debe ampliar su perspectiva, para construir un sistema de vida positivo en los individuos? ¿En qué dirección debe mirar un terapeuta? Porque hoy no es difícil declararse terapeuta de conducta, es mucho más difícil <i>definirse como terapeuta de conducta</i> Sigamos apoyándonos en nuestro pasado y esperemos, mientras el espíritu de los tiempos sigue conduciendo a la terapia de conducta hacia nuevos horizontes Angel Izquierdo, 2008

Cuadro 7-7. Enfoque conductista

Fuentes de inspiración	Conceptos teóricos básicos	Técnicas y recursos	Principales aplicaciones	Definición
Positivismo	Análisis de la conducta Aprendizaje vicario Castigo Condicionamiento clásico Condicionamiento operante Contingencias Discriminación Estímulo Evitación o escape Extinción Generalización Métodos de confrontación Métodos operantes Reforzamiento negativo Reforzamiento positivo Respuesta	Aproximaciones sucesivas Autocontrol <i>self-management</i> Condicionamiento clásico Contracondicionamiento encubierto Control de contingencias Desensibilización sistemática Desvanecimiento o <i>fading</i> Ensayo conductual Entrenamiento autoafirmativo Entrenamiento en autoverbalizaciones Extinción encubierta Formación de respuestas o <i>shaping</i> Instrucciones con retroalimentación correctiva La sensibilización encubierta (<i>covert sensitisation</i>) Modelaje Reforzamiento encubierto Reforzamiento social positivo Reversión del hábito <i>Role playing</i> Sistema de economía de fichas (<i>token economy system</i>) Técnicas de modelaje Terapia de inundación o <i>flooding</i> Terapia implosiva (<i>implosive therapy</i>) Tiempo fuera (<i>time out</i>)	Rehabilitación Psicología clínica Psicósomática Psicología de la salud	Una orientación clínica general para la solución o modificación de problemas emocionales y conductuales, identificada filosóficamente con un enfoque experimental del estudio de la conducta humana. Goldfried y Davison, 1976.

Cuadro 7- 8. Autores del Análisis Transaccional

Enfoque	Seguidores contemporáneos	Continuidad	Retos futuros
TRANSACCIONAL Fundador: Eric Leonard Bernstein (1910-1970) Lugar: Norteamérica Primeras obras: <i>Intuición V: La imagen del Ego</i> . (1957) <i>Estados del Ego en psicoterapia y Análisis Transaccional</i> (1957): <i>Un método nuevo y efectivo en terapia grupal</i> (1958). Primeras asociaciones: <i>Internacional Transactional Analysis Association</i> (1964)	Thomas A Harris (1910-1995). <i>Yo estoy bien, tú estas bien</i>	Aplicaciones del análisis transaccional: Análisis Transaccional en las organizaciones. Blakeney (1980). Sotelo (1992) Análisis Transaccional en familias Juegos psicológicos. Sáenz (2001), Valvueda (2006) Terapia por Reparentalización. Jacqui Schiff (1981) La Terapia por Redecisión. Bob y Mary Goulding, (1979) La Terapia por Reniñamiento. Petruska Clarkson (1993) La Terapia por el Proceso. Taibi Kahler. (1979) Análisis transaccional y otras escuelas: Análisis Transaccional y Gestalt. James M, Jongeward (1975) Análisis transaccional y el modelo sistémico. (Massey, 1989a, 1989b, 1989c; Martorell, 1990) Análisis transaccional y el cognitivismo. Kertész, (1973); Kertész e Induni (1978); Shlegel (1998) Análisis transaccional y el modelo constructivista. Loria (1997); Kenny (1997); Steiner (1991) y los Allen, J. y B. (2000) Psicodinámico. Allen (2000) y "Escuela italiana" Moiso (1985); Martorell (1986); Novellino y Miglionico (1987); Novellino y Moiso, (1990); Miglionico (1998) En otro orden de "integración" puede citarse también la plasticidad del AT para cobrar una orientación psicossocial. Casado, (2001)	La integración, ahora, debe plantearse en terrenos más conceptuales y fundamentales, evitando las salidas fáciles que nos permitan ocultar las propias debilidades. El modelo berniano era muy ambicioso pues proponía una visión integral del ser humano. En el estaba la semilla de una forma integrada de comprensión de la realidad humana. Muchas de sus intuiciones han sido recogidas por otras corrientes, algunas veces sin citarlo, otras con pleno desconocimiento del antecedente. Esta ambición se convierte para nosotros, sus seguidores, en un reto difícil, pues no nos valen los reduccionismos, pero tampoco, nos valen ya los eclecticismos. Evidentemente la reflexión epistemológica y la actualización teórica del AT son cuestiones abiertas, que no han hecho más que comenzar. Pero hay que hacerlas para que la integración sea más enriquecedora. El AT también tiene mucho que aportar a las otras corrientes. Probablemente sea la respuesta más berniana a la situación que nos ha tocado vivir a sus sucesores. José Luís Martorell , 2001

Cuadro 7-9. Enfoque transaccional

Fuentes de inspiración	Conceptos teóricos básicos	Técnicas y recursos	Principales aplicaciones	Definición
<i>Psicoterapia psicodinámica</i> con Erick Erickson en 1947 Psicoterapia cognitiva <i>Cibernética</i>, de Norbert Wiener (1948) <i>Teoría Matemática de la Comunicación</i>, de Claude Shannon y Warren Weaver (1949)	Análisis de las transacciones Análisis de los juegos psicológicos Análisis del mini guión Análisis estructural y funcional (Padre, Niño, Adulto) Caricias (estímulos) Dinámica de grupos Emociones auténticas y "rebusques" Estructuración del tiempo Guión y metas de vida Posiciones existenciales	El análisis estructural y funcional La descontaminación La reactivación El análisis del juego Desenmascarar el juego Jugar el juego Ignorar el juego Ofrecer una alternativa Análisis del guión psicológico o argumento de vida Reparentalización Redecisión Cambio social Autonomía	Relaciones interpersonales Psicología clínica	El A.T. es una teoría de la personalidad y una psicoterapia sistemática para el crecimiento y el cambio personal Puede definirse como el análisis de las transacciones que se desarrollan entre las personas al interactuar unas con otras, y constituye una técnica de intervención psicológica. Pierre Thomas, 1993

Cuadro 7-10. Autores del psicodrama

Enfoque	Seguidores contemporáneos	Continuidad	Retos futuros
PSICODRAMA Fundador: Jacob Levy Moreno, (1889-1974) Lugar: Sus primeras etapas se desarrollan en Alemania, después de la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos Primeras obras: <i>Psychodrama</i> (1946, 1959). <i>Psicoterapia de grupo y psicodrama</i> (1959) Primeras asociaciones: <i>American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama</i> (1942)		La construcción de una teoría del psicodrama: la teoría de lo dramático y de la escena; los niveles de lo real, lo discursivo y lo imaginario; la diferencia entre actuación y representación; y los diferentes tipos de dramatización. Pavlovsky, Martínez, Moccio (1970, 1971); Bouquet (1977) El psicodrama y otras escuelas: El psicodrama como práctica en la terapia grupal analítica con interpretación estructuralista lacaniana. Basquin, Dubuisson, Lajeunesse, Testemale-Monod (1977), Lemoine y Lemoine (1974), Anzieu (1982) El modelo sistémico. Schramski (1979) El psicodrama cognitivo-conductual. Obst Camerini (2004) El psicodrama centrado en el cliente. Marques-Teixeira (1997)	Defender la tesis de que el psicodrama, más que una práctica terapéutica con una técnica específica, puede considerarse como una perspectiva para entender la acción y el desarrollo humano con categorías dramatúrgicas. Se espera que este fundamento, conjugado con las consideraciones epistemológicas pertinentes, permita apreciar la promesa heurística de esta manera de entender el psicodrama Abelardo Brenes, 1993

Cuadro 7-11. Enfoque del psicodrama

Fuentes de inspiración	Conceptos teóricos básicos	Técnicas y recursos	Principales aplicaciones	Definición
Existencialismo (Kierkegaard, Nietzsche, Heidegger y Sartre) Psicología social (Lewin) Teatro griego	Acción corporal Análisis de la existencia Catarsis dramática Director Ego auxiliar El tele Encuentro Escenario Espontaneidad Protagonista Público Teoría de los roles Transferencia Vivencia de la existencia	Cambio de roles Concretización Danza Dobles múltiples El doble El espejo Interpretación de resistencias Intervención directa del director en la dramatización Intervención indirecta del director en la dramatización Inversión de roles Proyección del futuro Reemplazo de la palabra por un sonido Soliloquio	En clínica en psicoterapia grupal, con familias, o modificado en terapias individuales	El psicodrama es un método de psicoterapia en el cual los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de simplemente hablar sobre ellos. Esto implica explorar en la acción, no sólo los acontecimientos históricos, sino lo que es más importante, las dimensiones de los acontecimientos psicológicos no abordados habitualmente en las representaciones dramáticas convencionales: los pensamientos no verbalizados, los encuentros con quienes no están presentes, representaciones de fantasías sobre lo que los otros pueden estar sintiendo o pensando, un futuro posible imaginado y muchos otros aspectos de los fenómenos de la experiencia humana modificada, en terapias individuales. Adam Blatner, 2005

Cuadro 7-12. Autores del enfoque centrado en la persona (terapia Rogeriana)

Enfoque	Seguidores contemporáneos	Continuidad	Retos futuros
TERAPIA ROGERIANA Fundador: Carl R. Rogers (1902-1987) Lugar: Norteamérica Primeras obras: <i>Client-Centered Therapy: Its currents Practice, Implications and Theory (La Terapia Centrada en el Cliente)</i> 1951, <i>Psychotherapy and Personality Change (Psicoterapia y Cambio de la Personalidad)</i> 1954 Primeras asociaciones: En colaboración con otros teóricos <i>American Humanistic psychology</i> (1963) División 32: <i>Society for Humanistic Psychology, American Psychology Association</i> (1971)	Robert R. Carkhuff (1934) Modelo en el proceso de ayuda	Terapia rogeriana (enfoque centrado en la persona) Revisión conceptual: No directividad. Cain (1989), Grant (1990), Lambers (2000) Concepto del <i>self</i> . Holdstock, L. (1997) Concepto congruencia. Liettaer (2002) Concepto empatía. Sebastián (1989) Enfoque centrado en la Persona. Mearns (1994, 1997), Thorne and Mearns (2000) Concepto de autenticidad Schmid (1998, 2002) Aplicaciones: Psicología clínica. Lafarga (1978), Lambers (2000), Rosa Larios (2001) Psicosis. Binder (1998), Moreira 200. Familia. Gaylin (1997), Sánchez Bodas (1993). La preterapia. Prouty (1998) Psicología comunitaria. Gómez del Campo (1978). Desarrollo humano en mujeres. Mancillas (1997), Lovering (2000) Entrenamiento terapéutico. Alemany (1994), Marroquín (1982) Educación. Moreno (1979) Espiritualidad Giordani (1984)	Continuar investigando y confrontando empáticamente estas ideas, de una forma seria y responsable, que contribuya a dimensionar, el alcance, que, de tener una autocrítica sana, el enfoque centrado en la persona, pueda ofrecer caminos certeros a grandes dilemas de la humanidad. Luis Velasco Lafarga, 2008

Cuadro 7-13. Enfoque rogeriano/enfoque centrado en la persona

Fuentes de inspiración	Conceptos teóricos básicos	Técnicas y recursos	Principales aplicaciones	Definición
Filosofía existencial (Kierkegaard y Buber) Fenomenología (Husserl, Otto Rank)	Aceptación incondicional Autenticidad Autoactualización Cliente Congruencia Contacto psicológico Empatía Facilitador Persona Potencial Seguridad psicológica <i>Self</i> ideal <i>Self</i> real Tendencia actualizadora	Confrontación Escucha activa Reflejo	Facilitación del potencial Psicoterapia Educación centrada en el alumno	El hombre, dice Rogers, es positivo por naturaleza, y por ello requiere respeto absoluto, especialmente en cuanto a sus aspiraciones de superación (Di Caprio, 1976). De ello se desprende que está contraindicado para el psicoterapeuta realizar todo tipo de conducción o dirección sobre el individuo; todo tipo de diagnóstico o interpretación, porque ello constituiría un atentado contra las posibilidades del sujeto y contra su tendencia a la actualización. Se exige, o mejor dicho, se recomienda, situarse en el punto de vista del cliente, asumir su campo perceptual y trabajar con base en ello como una especie de alter ego. Incluso la palabra "cliente" es asumida de una manera especial: el cliente es aquella persona que responsablemente busca un servicio y participa del proceso terapéutico Di Caprio, 1997

Cuadro 7-14. Autores de Terapia Gestalt

Enfoque	Seguidores contemporáneos	Continuidad	Retos futuros
Terapia Gestalt Fundador: Fritz Perls (1883-1970), Laura Perls (1905-1990) Lugar: Norteamérica Primeras obras: <i>Ego, Hunger and Aggression. The Beginning of Gestalt Therapy</i> (1947), <i>Yo hambre y agresión Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality</i> (1951) <i>Terapia Gestalt excitación y crecimiento de la personalidad</i> (2002) Primeras asociaciones: <i>New York Institute for Gestalt therapy</i> (1952)	Instituto Gestalt de Nueva York Isadore From (1919-1994). Construcción teórica Ralph Hefferline (1910-1974). Ejercicios prácticos Paul Weisz. Filosofía Zen. Paul Goodman (1911-1972) Estructura teórica Elliot Shapiro (1911-?) Formación Gestalt para profesionales de la educación	Escuela del Oeste (New York, Cleveland, línea de Laura Perls) El ciclo de la experiencia y los bloqueos. Gestalt clínica y teórica. Erwing y Miram Polster (1976) El proceso creativo. Zinker (1991) Técnicas de intervención corporales. Kepner (1992) Gestalt organizacional. Edwin Nevis (1998) Introducción en habla hispana e investigación. Castanedo (1990. 1997, 2003) La teoría del self (línea de Fritz Perls y Goodman) Robine (1994), Petit (1977) Escuela del Este (línea de Perls) Gestalt experiencial con fuertes vínculos transpersonales. Perls, P; Robin, S; Stevens, B; Stevens, J; Enright, J. (1975); Naranjo (1990). Van Dusen, W. (1974)	La Gestalt, al igual que otros enfoques, no es "una" Gestalt, por tanto, los retos para cada vertiente consideramos que es diferente. En grandes rubros, la línea del Este (Fritz Perls) se está acercando más a la psicoterapia transpersonal, incorporando en sus prácticas influencias de oriente como meditación, técnicas extáticas, masaje, etc., y popularizándose entre la población no clínica En la teoría el reto es continuar documentando y sistematizando los hallazgos de investigación y con esto enriqueciendo los fundamentos teóricos, posiblemente regresando a los orígenes de la psicología Gestalt (psicología de la percepción). También falta enunciar una teoría del desarrollo infantil, que fue perfilada en las primeras obras En el campo clínico se requiere abrirse al trabajo multidisciplinario, manejando lenguajes comunes con respecto a patologías contemporáneas como los trastornos alimentarios, trastornos de personalidad <i>borderline</i> , depresión y suicidio, entre otras Probablemente los principios gestálticos que han sido ampliamente utilizados en las áreas clínicas y en menos medida en el Desarrollo organizacional, puedan ser aplicados en otros campos como el educativo y el comunitario si se consideran éstos como un organismo Castanedo y Munguía-Castanedo, 2008

Cuadro 7-15. Enfoque de Terapia Gestalt

Fuentes de inspiración	Conceptos teóricos básicos	Técnicas y recursos	Principales aplicaciones	Definición
Psicoanálisis Freud, Karen Horney y Wilhelm Reich La psicología Gestalt Wertheimer, Köhler, Koffka, Goldstein, Lewin Fenomenología Heidegger Existencialismo Kierkegaard, Sartre, Buber Budismo Zen Meditación, conciencia alterna y vacío fértil	Aquí y ahora Atención al proceso. Autoconciencia (darse cuenta) Autorregulación del organismo Contacto y ciclo de la experiencia La confrontación Mecanismos de autointerrupción Polaridades Principio holístico	Asumir responsabilidad Asuntos inconclusos Contacto/separación Diálogo El ensayo Hacer ronda Invertir roles La exageración Silla vacía	Psicología clínica. Grupos de encuentro	Es una de las principales corrientes dentro del movimiento de la psicología humanística, siendo reconocida como una teoría holística que define la salud en términos de creatividad y de autofuncionamiento flexible de la persona. Su método enfatiza el darse cuenta (<i>awareness</i>) de la experiencia —a nivel corporal, afectivo, mental, y espiritual— y el encuentro entre el terapeuta y el cliente en el momento presente. Experiencia que incluye también el recuerdo de las vivencias anteriores al "aquí y el ahora", las situaciones inconclusas. Celedonio Castanedo

¿CUÁL DE LOS SEIS ENFOQUES ES EL MEJOR?

Con la lectura de esta obra el lector ha tenido la oportunidad de revisar en profundidad seis de los enfoques terapéuticos más utilizados en la actualidad en la práctica clínica. Y ahora se preguntará, ¿cuál de éstos es el más efectivo? La respuesta plantea grandes dificultades metodológicas. En primer lugar, se necesita que el grupo de profesionales dedicados a salud mental, estén de acuerdo en qué significa efectividad terapéutica y que dichos indicadores se puedan observar de igual manera en la realidad terapéutica. Esta tarea es complicada ya que las categorías de interpretación varían no sólo de un enfoque a otro, sino que a su vez cada enfoque, como fue señalado en el texto, tiene sus propias vertientes y sus propios teóricos que le representan y cada teórico tiene sus propios discípulos disidentes,

y cada uno de una forma ortodoxa está dispuesto a argumentar la eficacia de su particular manera de hacer psicoterapia.

Asimismo, ¿es necesario saber si una psicoterapia es útil? Es posible que desde el punto de vista del psicoterapeuta la respuesta dependa de su constructo teórico y concepción de la naturaleza del hombre, lo que para algunos será un dato que fundamente su hacer; para otros plantearse la utilidad puede ser una "traición" por el carácter "cosificante" y rígido del concepto "útil".

Aunque desde el punto de vista del paciente, que está libre de preconcepciones teóricas y necesitado de ayuda para aliviar su sufrimiento psicológico, una de las primeras preguntas que nos plantea explícita o implícitamente es: ¿será útil?

A este fin, y para dar respuesta, dos conceptos han sido acuñados: el de eficacia, funcionamiento en situaciones controladas y estandarizadas; y el de efectividad, funcionamiento en la realidad cotidiana (Martorell, 2002). Para saber si una acción terapéutica tiene eficacia, requiere ser sometida a una serie de procedimientos rigurosos y controlados, pruebas a las que únicamente algunas intervenciones son sometidas, de ahí que los psicoterapeutas conductuales, congruentes con su modelo, sean los que tienen mayor producción en investigaciones cuantitativas y, por tanto, en el acervo documental son los enfoques dictaminados con mayor eficacia. En cuanto el concepto de efectividad -reservado al funcionamiento en la realidad cotidiana del consultorio, lugar ajeno a las exigencias de la investigación cuantitativa- nos presenta otro panorama.

Para la efectividad de la psicoterapia únicamente se pone en juego el malestar del paciente y la pericia psicoterapéutica, y en ese momento y en muchas ocasiones las construcciones teóricas y metodológicas dejan paso a una realidad que nos revela una y otra vez, que la complejidad del **cliente-protagonista-paciente-sujeto-persona-orientado-consultante** supera cualquier texto, que tampoco alcanza a abarcar al **psicoterapeuta-facilitador-orientador-analista-director** y mucho menos al **encuentro-transferencia-intersubjetividad-relación-proceso** y que además será casi imposible ser sujeto y objeto para reconocer objetivamente la utilidad de la intervención que estamos realizando por las **variables extrañas-inconscientes-transacción-inconsciencia-representación** de la que formamos parte. El enfoque humanístico (APA división 32, 2004) argumenta en contra de medir la eficacia por los tratamientos apoyados empíricamente (*Empirical Studies Treatment*, EST, por sus siglas en inglés) y se pronuncia por la investigación cualitativa, ajena al modelo mecanicista de estímulo-respuesta.

De nuevo aquí aparece el dilema fundamental de la psicología como ciencia, ¿se puede ser objetivo en un estudio de humanos realizado por humanos? Para esto hay dos grandes propuestas: la de los psicoterapeutas "objetivos" (experimentales), cuyas intervenciones pueden ser sometidas a evaluaciones de eficacia y eficiencia, ya que su objeto de estudio es medible y cuantificable, buscan aplicar las mismas técnicas de manera consistente, entre ellas están las terapias conduc-

tuales. Y por otra parte las psicoterapias "subjetivas" (vivenciales), que conciben a la persona como "única" y, por tanto, nunca podrán ser reproducidas las mismas intervenciones con los mismos resultados, entre estas últimas psicoterapias están los enfoques psicodinámicos y humanísticos, tal como lo dictamina su epistemología.

Las soluciones terapéuticas deben estar fundamentadas en los contextos de sus vidas. Esto significa que deben forzosamente individualizarse y desarrollarse para conectarse con el contexto vital particular del individuo, no pueden ser elegidas como tratamientos para trastornos descontextualizados (APA división 32, 2004).

A tratar de resolver este dilema fundamental se han dedicado muchas páginas y horas, entre los más históricos está el histórico encuentro Rogers-Skinner, famoso debate público de 8 horas.

Al respecto recomendamos revisar algunas investigaciones clásicas. En primer lugar las de Eysenck (1952), ya mencionadas en el prólogo de este libro, que pone en entredicho si realmente sirve la psicoterapia. En contraste Smith, Glass y Miller (1980) en un estudio de 475 casos de psicoterapia, encontraron que la psicoterapia es efectiva en todos los tipos de terapias y clientes (Martorell, 2002). Más tarde Seligman (1995) en una amplia encuesta a usuarios de psicoterapia presenta los siguientes resultados:

1. Los pacientes se benefician sustancialmente de la psicoterapia.
2. Los tratamientos largos funcionan mejor que los cortos.
3. La psicoterapia sola no difiere en efectividad de la administración conjunta de medicamentos y psicoterapia.
4. Ningún modo específico de psicoterapia funciona mejor que otro para ninguna alteración.
5. Psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales no difieren en su efectividad como terapeutas; pero todos ellos funcionan mejor que los consejeros matrimoniales y que los médicos de familia.

Entonces, si funcionan todas las psicoterapias, cuáles son estos factores comunes, Jerome Frankl en 1973:

... sentó la base de un análisis continuado de los factores comunes en toda la familia de proyectos orientados a producir curación y comparó psicoterapia tradicional, terapias de grupo y familiar, tratamiento intraclínico, drogoterapia, medicina, curación religiomágica en sociedades norteamericanas, cultos y renacimientos y concluyó que los cuatro aspectos compartidos para todas las terapias efectivas son:

- a) Una relación de confianza con una carga emocional con una persona que quiere ayudar.

- b) Un entorno curativo.
- c) Un esquema conceptual, razón o mito que ofrece una explicación plausible de los síntomas del paciente y prescribe un ritual o procedimiento para su solución.
- d) Un ritual o procedimiento que requiere la participación activa tanto del paciente como del terapeuta y que ambos consideren el medio para restaurar la salud del paciente (Campagne, D.; Santed, M.; Martorell, J., 2006, p. 2).

Al terminar este libro, tanto lectores como autores probablemente podremos llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los enfoques han sido contruidos minuciosamente, no ha sido de ninguna manera un acto precipitado y aislado, sino que ha dado respuesta a problemas de su contexto y acorde a su concepción filosófica y circunstancias de vida. Es decir, elaborar un enfoque ha requerido muchas horas y vidas de autores al reflexionar, sentir y disfrutar cada nuevo hallazgo en un contexto histórico-social.
2. Cada enfoque, por fortuna, tiene su atención en diferentes "ángulos" humanos, por lo que ha permitido cubrir gran parte del conocimiento, tanto en la teoría como en la praxis. Y en algunas ocasiones se coincide con el mismo "ángulo" sólo poniéndole nombre diferente.
3. Es posible que cada psicoterapeuta en formación, reconstruya la historia de la psicoterapia y las etapas de las relaciones interpersonales fundamentales (Schutz, 1967). Al principio el psicoterapeuta construye una fuerte afiliación con un enfoque y como parte de esta confluencia en identidad "defiende" a los miembros de su enfoque y "excluye" a los que no lo son (fase de identidad o inclusión), una vez realizada esta fase probablemente recurra al proselitismo intentando convencer a los otros de las bondades de su modelo (fase de control o poder), y por último se convive de manera libre y creativa entre los diferentes enfoques conservando o no el enfoque de origen (fase de apertura o afecto).
4. La psicoterapia contemporánea ha desdibujado sus límites que cada vez tienden más a converger. El enfoque conductual está explorando técnicas de inspiración oriental (*Minfullnes*) y autorrealización (psicología positiva), temas antes reservados a la psicología humanística. Los psicólogos humanísticos (Schutz, 1967, Shostrom, 1966; Castanedo, 1983, 2005) defienden el uso de escalas cuantitativas para medir las intervenciones terapéuticas. Los analistas han saltado del diván y se encuentran frente a frente con su paciente. Y todo esto sólo por mencionar algunas evoluciones que son verdaderas revoluciones en el campo de la Psicología.

5. Los retos de la psicoterapia, independientemente al enfoque, al igual que en sus orígenes, va intentando dar respuestas a problemas de su contexto, con la dificultad actual que los fenómenos sociales (seguridad ciudadana, migración, individuación, etc.) económicos (distribución desigual de la riqueza, globalización, etc.) ecológicos (calentamiento global, desastres naturales, etc.) y tecnológicos (ponderación al uso de tecnologías, ciberespacio, etc.) se van complejizando y avanzando más rápido que lo que los psicoterapeutas alcanzamos a reconocer, documentar y socializar en nuestras teorías o prácticas. Por citar algunos ejemplos: apenas estábamos revisando la adicción a internet, cuando llegó el Chat; cuando nos encontramos documentando el suicidio en adolescentes empieza el suicidio infantil; cuando reconfirmamos que el encuentro Yo-Tú (Buber, 1965), es por excelencia la ruta para desarrollar el potencial, se plantean las psicoterapias virtuales; al igual que se reconfirma que la constancia objetal es estructurante y los padres, siguiendo su propio proyecto de vida (lo cual sin duda es autorrealizante), dejan de acompañar a los hijos.

En consecuencia, los riesgos psicosociales avanzan más rápido que nuestra capacidad psicoterapéutica y nuestra competencia para documentar, comprobar y en algunos casos competir para saber cuál es el mejor enfoque.

REFERENCIAS

Prefacio

Corsini, R. (1973). *Current Psychotherapies*. Itaska, Illinois: F.E. Peacock Pub.

Herink, R. (1980) *The Psychotherapy Handbook: The A to Z more than 250 therapies in use today*. New York: New American Library.

Taragano, F. (1974). *Psicoanálisis gestáltico*. Buenos Aires: Paidós. Biblioteca Psicologías del Siglo XX.

The Evolution of Psychotherapy. A Conference (1985). Phoenix, Arizona: The Milton Erickson Foundation, 5-11 de diciembre.

Prólogo a la 2ª edición

Eysenck, H. (1953). *Uses and abuses of psychology*. London: Penguin Books.
Edición en castellano (1957). *Usos y abusos de la psicología*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Capítulo 1. Aspectos básicos del psicoanálisis freudiano y neofreudiano

Abraham, N. (1978). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Hormé. Colección Psicoanálisis.

Abraham, K. (1982). Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox, en K. Abraham (Ed.) *Gesamrnelte Schriften*, vol. I. Frankfurt: M., Fischer Taschenbuch Verlag, 132-145.

- Abraham, N., et Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris: Aubier-Flammarion.
- Abraham, N. et Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aguirre, J. (1984). *Sándor Ferenczi. Psicoanálisis*. Obras Completas. Madrid: Espasa Calpe.
- Albizuri, O. (1986). *Contribuciones del psicodrama a la psicoterapia de grupo. Lo grupal* 3. Buenos Aires: Búsqueda.
- Anzieu, D. (1966). *Etude psychoanalytique des groupes reels*. Paris: Paru.
- Anzieu, D. y Martín J. (2004). *La dinámica de los grupos pequeños*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Argelander, H. (1976). Im Sprechstundeninterview bei Freud. Technische Ueberlegungen zu Freuds Fall 'Katharina'. *Psyche*, 30, 665-702.
- Arlow, J. A. and Brenner C. (1960). The concept 'preconscious' and the structural theory. Reseña de Walter A. Stewart en *Psychoanalytic Quarterly*, 29.
- Assoun, P. L. (1982a). *Freud. La filosofía y los filósofos* (Trad. de Alberto Luis Bixio). Barcelona: Paidós Studio.
- Assoun, P. L. (1982b). *Introducción a la epistemología freudiana* (Trad. de Óscar Barahona y Uxo Doyhamboure). México, DF: Siglo XXI.
- Aulagnier, P. (1964). *Un intérprete en busca de sentido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Aulagnier, P. (1984). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baranes, J. (1993). *Devenir si mismo. Avatares y estatuto de los transgeneracional*. Paris: Dunod. .
- Baremblytt, G. (1983). *El inconsciente institucional*. México, DF: Nuevomar.
- Berenstein, I. (1996). *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. (2000). *Clínica familiar psicoanalítica, estructura y acontecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I., y Puget, J. (1979). *Lo vincular, clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I., y Puget, J. (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires: Paidós.
- Bernard, M. (1997). *Introducción a la lectura de la obra de René Kaës*. Buenos Aires: PubliKar.
- Bernfeld, S. (1944). Freud early childhood. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 8, 107-115.

- Bernfeld, S. (1981). Freuds früheste Theorien und die Helmholtz-Schule, *Psyche*, 35, 435-455.
- Bion, W. (1943). Experiences in groups. *Lancet*, 2, 678-781.
- Bion, W. (1985). *Experiencias en Grupos*. Buenos Aires: Paidós. Original en inglés (1948). *Experiences in groups*.
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- Castoriadis, C. (1990). *El mundo fragmentado*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- Castoriadis, C. (2004). *Sujeto y Verdad, en el mundo histórico-social*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Cremerius, J. (1982). Die Bedeutung des Dissidenten für die Psychoanalyse, *Psyche*, 36, 481-514.
- Dahmer, H. (1983). Die eingeschüchterte Psychoanalyse. Aufgaben eines psychoanalytischen Forschungsinstitutes heute. En M. Mitscherlich-Nielsen *et al.* (Eds.). *Das Unbehagen in der Psychoanalyse, Eine Streitschrift*. Frankfurt: M. Qumran, 24-39.
- Du Bois-Reymond, E. (1918). Jugendbriefe an Eduard Hallmann. Citado por S. Bernfeld (1981). Freuds früheste Theorien und die Helmholtz-Schule, *Psyche*, 35, 435-455.
- Eiguer, A. (1986). *Un divan pour la famille. Du modèle groupal a la thérapie familiale psychanalytique*. Paris: Le Centurion.
- Eiguer, A. (1993). Imposture et perversion. Héritage transgénérationnel. *Le Journal des Psychologues*, 104.
- Eiguer, A., Carel, A., André-Fustier, F., Aubertel, F., Ciccone, A. y Kaës, R. (1998). *Lo generacional, abordaje en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Eissler, K. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 104-143.
- Eissler, K. (1958). Variationen in der psychoanalytischen Technik, *Psyche*, 13, 609-624.
- Eissler, K. (1962). Zur Metapsychologie des Vorbewussten. Ein Vorläufiger Beitrag zur psychoanalytischen Morphologie, *Psyche*, 28, 951-983.
- Enriquez, M. (1986). La delire en heritage. *Topique*, 38.
- Faimberg, H. (1981). Une des difficultés de la psychanalyse. La reconnaissance de l'alterité. *Revue Francaise de Psychoanalyse*, 45, 6.
- Florenzano, R. (1999). *Breve historia del Psicoanálisis*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Foulkes, S.H. (1942). *Introduction to group analytic psychotherapy*. New York: Grune and Straton.

- Freud, S. (1901). "Die Traumdeutung". *Gesammelte Werke*, 2-3.
- Freud, S. (1901). Zur Psychopathologie des Alltagslebens, *Gesammelte Werke*, 4.
- Freud, S. (1905a). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, *Gesammelte Werke*, 5, 29-145.
- Freud, S. (1905b). Bruchstücke einer Hysterie-Analyse, *Gesammelte Werke*, 5, 163-286.
- Freud, S. (1905c). Ueber Psychotherapie, *Gesammelte Werke*, 5, 13-26.
- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, *Gesammelte Werke*, 7, 381- 463.
- Freud, S. (1910). Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, *Gesammelte Werke*, 7, 104-115.
- Freud, S. (1913-1914). *Tótem y Tabú, y otras obras*. Obras Completas. Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung, *Gesammelte Werke*, 10, 44-113.
- Freud, S. (1914-1916). *Trabajos sobre metapsicología, y otras obras*. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915a). Das Unbewusste, *Gesammelte Werke*, 10, 264-303.
- Freud, S. (1915b). Bemerkungen über die Uebertragungsliebe, *Gesammelte Werke*, 10, 306-321.
- Freud, S. (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, *Gesammelte Werke*, 11.
- Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips, *Gesammelte Werke*, 13, 3-69.
- Freud, S. (1923-1925). *El Ego y el Ello, y otras obras*. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923a). Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke*, 13, 237-289.
- Freud, S. (1923b). Psychoanalyse und Libidotheorie, *Gesammelte Werke*, 13, 211-233.
- Freud, S. (1926a). Selbstdarstellung. *Gesammelte Werke*, 14, 33-96.
- Freud, S. (1926b). Psycho-Analysis. *Gesammelte Werke*, 14, 299-307.
- Freud, S. (1926c). Hemmung, Symptom und Angst. *Gesammelte Werke*, 14, 113-205.
- Freud, S. (1933). Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke*, 15.
- Freud, S. (1950). *Aus den Anfängen der Psychoanalyse 1887-1902*. Frankfurt: M. S. Fischer.
- Freud, S. (1981). Vorwort des Uebersetzers zu Charcot, Poliklinische Vorträge, *Psyche*, 35, 484-487.

- Freud, S. (1984). Die Abwehr-Neuropsychosen, *Gesammelte Werke*, 1, 59-74.
- Freud, S. (1984). Studien über Hysterie, *Gesammelte Werke*, 1, 77-112.
- Freud, S. (1986a). L'hérédité et l'étiologie des névroses, *Gesammelte Werke*, 1, 407-422.
- Freud, S. (1986b). Zur Aetiologie der Hysterie, *Gesammelte Werke*, 11, 425-459.
- Freud, S. (1988). Die Sexualität in der Aetiologie der Neurosen, *Gesammelte Werke*, 11, 491-516.
- Gili, M. (1984). Die Metapsychologie ist keine Psychologie. *Psyche*, 961-992.
- Green, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1993). *El trabajo con lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1995). *La alucinación negativa*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Greenson, R. R. (1973). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett.
- Greenson, R. R. & Wexler, M. (1982). Die übertragungsfreie Beziehung in der psychoanalytischen Situation. En R.R. Greenson, *Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart: Klett/Cotta.
- Habermas, J. (1968). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt: M. Suhrkamp.
- Hachet, P. (1996). *Les toxicomanes et leurs secrets*. Paris: Les Belles Lettres/Archimbaud.
- Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Jacoby, R. (1977). *La amnesia social* (Traducción española de Neri Daurella), Barcelona: Bosch.
- Jones, E. (1981). *Vida y obra de Sigmund Freud*, vol. I. (Trad. de Mario Carlisky y José Cano Tembleque). Barcelona: Anagrama.
- Joseph, E. (1979). Participación en simposio (Haslemere Conference 1976, memorias). Citado según J. Cremerius (1982). Die Bedeutung des Dissidenten für die Psychoanalyse, *Psyche*, 36, 481-514.
- Kadis, A., Krasner, D., Winick, C. y Foulkes, S. (1986). *Manual de psicoterapia de Grupo*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal: constructions du groupe*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (1983). Identification multiple, personne-conglomérat. Moi groupal: aspects de la pensée freudienne sur les groupes internes. *Bulletin de Psychologie*, 37, 363.
- Kaës, R. (1984). Etayage et structuration du psychisme. *Connexions*, 44.
- Kaës, R. (1995). *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu Original en inglés (1970).
- Kaës, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires. Amorrortu.

- Kaës, R. (2005). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaës, R. (2006). Conferencia dictada en la Cátedra Internacional de Salud Mental. Guadalajara, México.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R. y Vidal, J. (1989). *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. y Baranes, J. (1996). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason and Aronson.
- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos graves de personalidad*. México, DF: Manual Moderno.
- Khan, M. (1974). *La intimidad del sí mismo* (Trad. de Flora Casas Vaca). Barcelona: Saltes.
- Kuhn, Th.S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- Laing, R. (1972). *La politique de la famille*. Paris: Stock.
- Laplanche, J. and Pontalis, J. B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt: M. Suhrkamp.
- Lema, Z. (1976). *Conversaciones con Enrique Pichón Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Timerman.
- Lorenzer, A. (1970). *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt: M. Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1972). *Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie*. Frankfurt: M. Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1973). *Ueber den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion*. Frankfurt: M. Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1974). *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf*. Frankfurt: M. Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1968). La reconstrucción de la metapsicología freudiana. Memoria del Ciclo de conferencias. *Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica*, agosto.
- Lourau, R. (1981). *Análisis institucional y socioanálisis*. México, DF: Nueva Imagen. 2ª Edición.
- Lourau, R. (1988). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Luborsky, L., Singer B. et Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "every-body has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

- Mahler, M. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Maldavsky, D. (1996). *Linajes abúlicos, procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- Marx, K. (1944). *Oekonomisch-philosophische Manuskripte. Marx-Engels-Werke*, Vol. Complementario. Berlín: Dietz, 465-588.
- Masson, J. M. (1985). *El asalto a la verdad*. (Trad. de Jaime Zulaika). Barcelona: Seix Barral.
- Khan, M. R. (1974). *The privacy of the self*. Lodon: Hogarth Press.
- Miller, A. (1981). *Du sollst nicht inerken*. Frankfurt: M. Suhrkamp.
- Mitscherlich-Nielsen, M., et al. (1983). *Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Eine Streitschrift*. Frankfurt: M. Qunram.
- Nágera, H. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Buenos Aires: Del Candil. Original en alemán, Pachuk, C. y Friedler, R. (1974). *Psychioanalytische Grundbegriffe*. Frankfurt: M. Fischer.
- Tisseron, S., Torok, M., Rand, N., Nachin, C, Hachet, P, y Rouchy, J. (Eds.). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Buenos Aires: Amrrortu.
- Rivière, P. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rivière, P. y Quiroga A. (1985). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sloane, R. B., et al., (1975). Shortterm analytically oriented psychotherapy versus behaviour therapy, *American Journal of Psychiatry*, 132, 373- 77.
- Smith, M. L. and Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies, *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Spitz, R. (1943). Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The psychoanalytic study of the child I*. New York: Universty Press.
- Tisseron, S., Torok, M., Rand, N., Nachin, C., Hachet, P. y Rouchy, J. (1993). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Winnicott, D. W. (1958). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Londres: Tavistock.
- Winnicott, D.W. (1957). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Paidós.

Capítulo 2. Terapia conductual

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4th Ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

- Baer, D. M., and Sherman, J. A. (1964). Reinforcement control of generalized imitation in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 32.
- Baer, D. M., Wolf, M.M., and Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1971). Psychotherapy based on modelling principle. In A. Bergin and Garfield, G. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bar, R. F. (1999). *Modificación de conducta, ¿qué es y cómo aplicarla?* México, DF: McGraw-Hill.
- Barlow, D. H. and Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barraca, J. (2005). *La mente o la vida. Una aproximación a la terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: DDB.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T, Rush, J. A., Shaw, F. B. and Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. and Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149 (6), 778-783.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. and Liese, B. S. (1993) (Eds.). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1994). Cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 157-165.
- Blackegde, J. T. and Ciarrochi, J. (2006). *Personal Values Questionnaire*. New South Wales, Australia: University of Wollongong, Department of Psychology.
- Blackman, G. and Silverman, A. (1973). *Como modificar la conducta infantil*. Buenos Aires: Kapelus.

- Blackman, D. E. (1977). Conditioned suppression and the effects of classical conditioning on operant behavior. In W. K. Honis and J. K. Staddon (Eds.). *Handbook of operant behavior*. New York: Englewood Cliffs.
- Blanchard, E. B. (1994). Behavioral medicine and health psychology. In A. E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed.). (pp. 701-733). New York: John Wiley y Sons.
- Bolaños, S. y Bolaños, L. M. (1985). Tratamiento alternativo para la enuresis infantil. *Revista Costarricense de Psicología*, 1, 27-31.
- Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (4^a ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Carlson, L. E. and Brown, K. W. (2005). Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 29-33.
- Catania, A. C. (1979). *Learning*. New York: Englewood Cliffs.
- Cautela, J. R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record*, 16, 33-41.
- Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 74, 459-468.
- Cautela, J. R. (1971). Covert conditioning. In A. Jacobs and L. B. Sachs (Eds.). *The psychology of private events: Perspectives on covert response systems*. New York: Academic Press.
- Clark, O. A. and Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley y Sons.
- Cone, J. D. and Hawkins, R. F. (1977) (Eds.). *Behavioral assessment*. New York: Brunner/Mazel.
- Craighead, E. (1984). *Modificación de conducta: principios, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Omega.
- Craighead, E., Craighead, W. and Meyers, A. (1978). New directions in behavior modification with children. In M. Hersen, R. M., Eisler and P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification* (Vol. 6). New York: Academic Press.
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta. Guía práctica y ejercicios*. Madrid: Dykinson.
- Crowe, M. J., Marks, I. M., Agras, W.S. and Leitenberg, H. (1972). Time limited desensitization, implosion, and shaping for phobic patients: A crossover study. *Behavior Research and Therapy*, 10, 319-328.
- D'Zurilla, T. J. and Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

- Davis, G. A. (1966). Current status of research and theory in human problem solving. *Psychological Bulletin*, 66, 36-54.
- Dörner, D. (1979). *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dryden, W. and Ellis, A. (1988). Rational-emotive therapy. In K. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Elliot, R. and Tighe, T. (1968). Breaking cigarette habit: Effects of a technique involving threatened loss of money. *Psychological Record*, 18, 513-523.
- Ellis, A. (1975). *Growth through reason: Verbatim cases in rational emotive therapy*. North Hollywood, CA: Ishire Book Company.
- Ellis, A. (1982). *Rational-emotive therapy: A documentary film featuring Dr. Albert Ellis* (video). Champaign, Illinois: Research Press.
- Ellis, A. (1984). *How to use RET to maintain and enhance your therapeutic gains*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Estes, W. K. and Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-400.
- Fantino, E. and Logan, C. A. (1979). *The Experimental analysis of behavior: A biological perspective*. San Francisco: Freeman and Company.
- Fava, G. A. and Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63.
- Feather, B. and Rhoads, J. (1972). Psychodynamic behavior therapy. I. Theory and rationale. *Archives of General Psychiatry*, 26, 496-502.
- Ferster, C. B. and Skinner, B. F. (1957). *Schedules of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Ferster, C. B. and Perrot, M. C. (1968). *Behavior Principles*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Fiegenbaum, W. & Tuschen, B. (1996). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1). Berlin: Springer.
- Fleming, B. and Pretzer, J. L. (1990). Cognitive-behavioral approaches to personality disorders. In M. Hersen, R. M. Eysler and P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification* (Vol. 25). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ascher, S. M. (1980). Systematic desensitization. In A. Goldstein and E. B. Foa (Eds.). *Handbook of behavioral interventions. A clinical guide*. New York: J. Wiley and Sons.
- Frankl, V. E. (1975). Paradoxical intention and dereflection. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 12, 226-237.

- Frankl, V. E. (1985). Paradoxical intention. In G. R. Weeks (Ed.), *Promoting change through paradoxical therapy*. Homewood, Illinois: Dow-Jones Irwin.
- Franks, C. M. and Wilson, G. T. (1979). *Annual review of Behavior Therapy Theory and Practice*: Commentary and appraisal with selected papers. New York: Bruner/Mazel.
- Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel and P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as a training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228-234.
- Goldfried, M. R. and Goldfried, A. P. (1975). Cognitive change methods. In F. K. Kanfer and A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. New York: Pergamon Press.
- Goldfried, M. R. and Davison, G. C. (1976). *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1-20.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. and Safran, J. D. (1990). Emotional-change processes in psychotherapy. In R. Plutchik and H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience. Vol. 5: Emotion, psychopathology, and psychotherapy*. San Diego: Academic Press.
- Gross, C., Kreitzer, M. J., Russas, V., Treesak, C., Frazier, P. A. and Herts, M. I. (2004). Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20, 20-29.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. and Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Harvey, O. J., Hunt, E. E. and Schröder, H. M. (1961). *Conceptual systems and personality organization*. New York: John Wiley and Sons.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. and Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Gifford, E. C. and Hayes, G. J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 21, 253-279.

- Hayes, S. C. and Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. and Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Haynes, S. N. (1978). *Principles of behavioral assessment*. New York: Gardner.
- Hersen, M. and Bellack, A. S. (Eds.). (1976). *Behavioral assessment: A practical handbook*. New York: Pergamon Press.
- Herzberg, A. (1945). Short term treatment of neuroses by graduated tasks. *British Journal of Medical Psychology*, 19, 36-51.
- Hilgard, E. R. and Bower, G. H. (1950). *Theories of learning*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Holland, J. G. and Skinner, B. F. (1961). *The analysis of behavior*. New York: McGraw Hill.
- Homme, L. E. (1965). Perspectives in Psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Record*, 15, 501-511.
- Izquierdo, A. (1988). *Empleo de métodos y técnicas en terapia de conducta*. Valencia: Promolibro.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493-506.
- Jehu, D. (1979). *Sexual Dysfunction*. New York: John Wiley and Sons.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Ligth, T., Skillings, A., Scharf, M. and Cropley, T. G. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kanfer, F. H. and Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Kanfer, F. H. (1975). Self-management methods. In F. H. Kanfer and A. P. Goldstein (Eds.). *Helping people change*. New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F. H. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In R. B. Stuart (Ed.). *Behavioral self-management*. New York: Bruner/Mazel.

- Kanfer, F. H. and Schefft, B. K. (1987). Self-management therapy in clinical practice. In N. S. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford Press.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. (2. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Karoly, P. and Kanfer, F. H. (Eds.) (1982). *Self-management and behavior change. From theory to practice*. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1973). Covert modeling and the reduction of avoidance behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 78-95.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification*. Baltimore: University Park Press.
- Kazdin, A. E. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. (2ª ed.). México, DF: Manual Moderno.
- Keller, F. S. and Schoenfeld, W. N. (1950). *Principles of Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kendall, P. C. and Finch, A. J. (1979). Developing nonimpulsive behavior in children: Cognitive-behavioral strategies for self-control. In P. C. Kendall and S. D. Hollon (Eds.). *Cognitive behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.
- Kohlenberg, R. J. and Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388-443). New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R. J. and Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J. and Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity: An introduction to non-aristotelian systems and general semantics*. Lancaster, Pa.: Science Press Printing Company.
- Krasner, L. (1982). Behavior Therapy: On Roots, Contexts, and Growth. In G. T. Wilson and C. M. Franks (Eds.). *Contemporary Behavior Therapy*. New York: Guilford Press.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2000). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, A. A. (1961). Group Therapy of phobic disorder by systematic desensitization. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 504-510.
- Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.

- Lazarus, A. A. and Abramowitz, A. (1962). The use of "Emotive Imagery" in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- Lazarus, A. A. (1980). *Terapia Conductista: Técnicas y perspectivas*, Buenos Aires: Paidós.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Leigh, J., Bowen, S. and Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, 1335-1341.
- Leitenberg, H. (1976). Behavioral approaches to the treatment of neurosis, in H. Leitenberg. *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Leitenberg, H. (1982). *Modificación y terapia de conducta*. Madrid: Morata.
- Levis, D. J. and Hare, N. A. (1977). A review of the theoretical rationale and empirical support for the extinction approach of implosive (flooding) therapy. In M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification*. (Vol. 4). New York: Academic Press.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. and Schmidt, H. (1995). The dialectics of effective treatment of borderline personality disorder. In W. O'Donohue and L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change* (pp. 553-584). Washington, DC: APA.
- Logue, A. W. (1995). *Self-control. Waiting until tomorrow for what you want today*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Lovaas, O. I. and Bucher, B. D. (1974). *Perspectives in behavior modification in deviant children*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Lucke, H. H. (1977). Tratamiento de los trastornos de la fluidez del lenguaje mediante un procedimiento combinado de varias técnicas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9, 437-441.
- Lucke, H. H. (1985a). *Problemas psicológicos y estrategias de tratamientos en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional*. Heredia, Costa Rica.
- Lucke, H. H. (1985b). Tratamiento de la conducta autolesiva, autoestimulatoria, y otras conductas problema por medio de procedimientos de sobrecorrección, *Revista Costarricense de Psicología*, 1, 10-20.

- Lucke, H. H. y Grajales, O. (1986). Tratamiento grupal estandarizado de la Ansiedad Social y de Examen. Manuscrito, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Mahoney, M. J. and Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd Ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals. Panic, anxiety, and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Martens, B. K. and Witt, J. C. (1988). Ecological behavior analysis. In M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification* (Vol. 22). London: Sage Publications.
- Martín, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- McAllister, R. W. and Mc Allister, D. E. (1971). Behavioral measurement of conditional Gear. In F. R. Brush, *Aversive conditioning and learning*. New York: Academic Press.
- McNally, R. J. (1994). Introduction to the special series: Innovations in cognitive-behavioral approaches to schizophrenia. *Behavior Therapy*, 25, 1-4.
- Meichenbaum, D. (1971). Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 298-307.
- Meichenbaum, D. (1972). Cognitive modification of test anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 370-380.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, New York: General Learning Press.
- Meichenbaum, D. (1991). *Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Bern: Huber.
- Meichenbaum, D. and Cameron, R. (1982). Cognitive-behavioral therapy. In G. T. Wilson y C. M. Franks (Eds.). *Contemporary behavior therapy: Conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. and Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Meichenbaum, D. and Turk, D. C. (1976). The cognitive behavioral management of anxiety, anger and pain. In P. O. Davidson, (Ed.). *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. New York: Brunner/ Mazel.

- Meichenbaum, D. and Turk, D. C. (1980). Stress, coping and disease: A cognitive behavioral perspective. In R. Neufeld (Ed.). *Relations between psychological stress and psychopathology*. New York: McGraw-Hill.
- Melzack, R. (1980). Psychologic aspects of pain. In J. J. Bonica (Ed.). *Pain*. New York: Raven Press.
- Miller, G. A., Galanter, E. and Pribram, K. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Morgansten, K. P. (1973). Implosive therapy and flooding procedures: A critical review. *Psychological Bulletin*, 79, 318-334.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: J. Wiley and Sons.
- Nezu, A. M. and Nezu, C. M. (Eds.) (1993). *Clinical decision making in behavior therapy*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Oakley, M. E. and Padesky, C. A. (1990). Cognitive therapy for anxiety disorders. In M. Hersen, R. M. Eiler and P. M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification* (Vol. 25). London: Sage Publications.
- Olivares, J. y Méndez, F. J. (2000). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Opazo, R., Andreani, M. A., y Alliende, F. (1983). La terapia cognitiva de Beck en la depresión y sus relaciones con la teoría de autosuficiencia de Bandura, *Revista de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 2, 22-25.
- Pal, C. (1984). Tratamiento de un hábito compulsivo por medio de la técnica de la reversión del hábito. *Revista Costarricense de Psicología*, 2-3, 39-43.
- Paul, G. L. (1969). Outcome of systematic desensitization: Controlled investigations of individual treatment, techniques variations, and current status. In C. M. Franks, *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw Hill.
- Paul, G. L. and Bernstein, D. A. (1973). *Anxiety and clinical problems: Systematic desensitization and related technique*. Morristown, N.J: General Learning Press.
- Paulus, J. (2007). Verhaltenstherapie: Der kurze Weg zur Problemlösung. *Psychologie Heute*, 9, 74-79.
- Petry. J. (1996). *Alkoholismustherapie. Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Polin, AT (1959). The effects of flooding and physical suppression as extinction on an anxiety motivated avoidance locomotor response, *Journal of Psychology*, 47, 235-245.
- Powers, R. and Osborne, J. G. (1976). *Fundamentals of behaviors*. New York: West Publishing.
- Rachlin, H. (1976). *Introduction to modern behaviourism* (2nd. ed.). San Francisco: W.H. Freeman and Co.

- Rachman, S., Hongson, R. and Marks, I., (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Research and Therapy*, 9, 237-247.
- Rachman, S. (1978). *Fear and Courage*. San Francisco: W.H. Freeman and Co.
- Rapee, R. M. (Ed.). (1996). *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Reep, A. C. y Horner, R. H. (2000). *Análisis funcional de problemas de conducta*. Madrid: Paraninfo.
- Reynolds, G. S. (1968). *A primer of operant conditioning*. San Diego, CA: Scott, Foresman.
- Rimm, D. C. and Masters, J. C. (1979). *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings*. New York: Academic Press.
- Rosembaum, M. and Ayllon, T. (1981). The behavioral treatment of neurodermatitis through habit reversal, *Behavior Research and Therapy*, 19, 313-318.
- Rosenthal, T. L. (1976). Modeling therapies. In M. Hersen, R. M. Eisler and P. M. Millar (Eds.). *Progress in behavior modification* (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Ryff, C. D. and Singer, B. H. (1996). Psychological well-being meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 65, 14-23.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Schachter, S. (1966). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In C.D. Spielberger (Ed.). *Anxiety and behavior* (pp. 193-224). New York: Academic Press.
- Schoenfeld, W. N. (1950). An experimental approach to anxiety, escape and avoidance behavior. New York: Grune and Stratton.
- Scholing, A. and Emmelkamp, P. M. G. (1996). Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling. *Behavior Modification*, 20, 338-356.
- Schwartz, M. S. and Andrasik, F. (Eds.). (2003). *Biofeedback: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. and Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. (1981). *A learned helplessness point of view. Behavior Therapy for Depression*. New York: Academic Press.
- Selvini Palazzoli, M. and Prata, G. (1982). Snakes in Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 443-450.
- Sherman, J. A. and Baer, D. M. (1969). Appraisal of operant therapy techniques with children and adults, in C. M. Franks (Eds.). *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw Hill.

- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1950). Are theories of learning necessary? *Psychological Review*, 57, 193-216.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: McMillan.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement. A theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage Books.
- Skinner, B. F. (1977). Skinner, B. F. (1977). Herrnstein and the Evolution of Behaviorism. *American Psychologist*, 32, 12.
- Snyder, C. (2000). *Handbook of Hope*. New York: Academic Press.
- Solano, J. M. y Pozuelo, M. (1982). Eliminación conductual con castigo y reforzamiento positivo, *Revista Costarricense de Psicología*, 1, 22-26.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Koolman, K. and Arntz, A. (2007). The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy for Borderline Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 104-115.
- Spivack, G., Platt, J. J. and Shure, M. D. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spivack, G. and Shure, M. D. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving realife problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stampfl, T. G. and Lewis, D. G. (1962). Essentials of implosive therapy, *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Stuart, R. B. (1969). Token reinforcement in marital treatment. In R. D. Rubin and C. M. Franks (Eds.). *Advances in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- Suinn, R. M. and Richardson, F. (1971). Anxiety management training. A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Traue, H. C. and Pennebaker, J. W. (Eds.) (1993). *Emotion, inhibition and health*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Tharp, R. G. & Wetzel, R. J. (1975). *Verhaltensänderung im gegebenen Sozialfeld*. München: Urban y Schwarzenberg.
- Thorensen, C. E. and Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Thorndike, E. E. (1898). Animal intelligence: An experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Review Monographs Supplement*, 2, Whole No. 8.

- Tolman, E. C. (1932). *Purposive behavior in animals and man*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Vallejo, M. A. (1998). *Avances en modificación y terapia de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Vallejo, M. A. y Ruiz, M. A. (2000). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Wachtel, P.L. (1978). *Psychoanalysis and Behavior Therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1977.
- Weathers, L. and Liberman, R. P. (1975). Contingency contracting with families of delinquent adolescents. *Behavior Therapy*, 6, 356-366.
- Weissberg, M. A. (1977). A comparison of direct and vicarious treatment of speech anxiety, *Behavior Therapy*, 8, 606-620.
- Williams, J. L. (1973). *Operant Learning: Procedures for changing behavior*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.
- Wilson, K. G. and Groom, J. (2002). *The Valued Living Questionnaire*. Mississippi: University of Mississippi, Department of Psychology.
- Wilson, K. G. y Luciano-Soriano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Librería Pedagógica.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1976). *Theme and variation: A behavior therapy casebook*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1978). Comments on a Test of Reciprocal Inhibition by Hoon, Wince, and Hoon, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 452-454.
- Wood, R. and Flynn, J. M. (1978). A self evaluative token-system versus an external evaluation token-system along in a residential setting with predelinquent Youth. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 503-512.
- Young, J. E. and Klosko, J. S. (1999). *Reinventing your life*. New York: Plume Books (Division of Penguin Books).
- Young, J. E., Klosko, J. S. and Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.
- Yulis, S., Dreckman, L., Escaff, E., Fernández, R., Lucke, H. y Reyes, P. (1974). Evaluación de la sensibilización sistemática en sujetos fóbicos, *Acta Psiquiátrica y Psicológica para América Latina*, 20, 46-50.

Capítulo 3. Terapia transaccional

- Berne, E. (1947). *The mind in action*. New York: Simon and Schuster. El primer libro de Berne que después de revisado se convierte en (1957) *A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis*. New York: Simon y Schuster.
- Berne, E. (1957a). Intuition V: The ego image. *Psychiatric Quart*, 31, 611-627.
- Berne, E. (1957b). Ego Status in Psychotherapy, *Am. J. of Psychotherapy*, 11, 293-300.
- Berne, E. (1958). Transactional Analysis: A New and effective Method of Group Therapy. *Am. J. of Psychotherapy*, 12, 735-743.
- Berne, E. (1961, 1981). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press Inc. (*Análisis Transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires: Pique). Cuando se dan dos fechas de publicación la 1ª pertenece a la versión original en inglés y la 2ª a la Traducción. Las citas están tomadas de la traducción española.
- Berne, E. (1963). *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups*. Philadelphia: Lippincott.
- Berne, E. (1964, 1966). *Games People Plays: The Psychology of Human Relationships*. New York: Grove Press. (*Juegos en que participamos*. México, DF: Diana).
- Berne, E. (1964, 1975). *Sex in human love*. New York: Simon and Schuster. (*Hacer el amor*. Buenos Aires: Alfa).
- Berne, E. (1966, 1983). *Principles of group treatment*. New York: Oxford University Press. (*Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo).
- Berne, E. (1972, 1974). *What do you say after you say Hello?* New York: Grove Press. (*¿Qué dice usted después de decir Hola?* Barcelona: Grijalbo).
- Berne, E. (1976). *Beyond Games and Scripts*. New York: Grove Press, Inc. Editado por Claude Steiner.
- Berne, E. (1979a). *Juegos en que participamos*. México, DF: Diana
- Berne, E. (1979b). *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo
- Berne, E. (2007). *Juegos en que participamos*. Madrid: RBA.
- Blakeney, R. (1980). Organizational cure or organizational effectiveness. *Transactional Analysis Journal*, 10, 2, 154-157.
- Bowlby, J. (1967). *Maternal care and mental health*. New York: Socken Books.
- Castanedo, C. (1990). *Terapia Gestalt. De la silla vacía al círculo gestáltico*. Barcelona: Herder.
- Chandezon, G. y Lancestre, A. (1984). *El Análisis Transaccional*. Madrid: Morata.
- Cirigiano, F. y Forcade, H. (1984). *Análisis Transaccional en la Educación*. Buenos Aires: Humanitas.

- Clarke, J. (1981). Differences between special fields and clinical groups. *Transactional Analysis Journal*, 2 (2), 169-170.
- Crossman, P. (1966). Permission and Protection. *Transactional Analysis Bulletin*, 5, 19: 152.
- De Diego, C., y Massó, M.F. (1986). *El Análisis Transaccional*. Madrid: Pro manuscrito.
- Dusay, J. M. (1970). Eric Berne's studies in intuition. *Transactional Analysis Journal*. 1(1), 34-45.
- Ernst, K. (1972). *Games students play*. Millbrae, CA: Celestial Arts.
- Frank, J. D. (1978). The role of hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 383-395.
- Goldstein, A. P. (1962). *Therapist-Patient Expectation in Psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Goulding, R., and Goulding, E. M. (1976). Injunctions, Decisions and Redecision. *Transactional Analysis Journal*, 6, 141-48.
- Grégoire, J. (2000). *Les états du moi: de la séparation à la synergie*. Beaurains: José Grégoire.
- Kahler, T. and Capers, H. (1974). The Miniscript. *Transactional Analysis Journal*, 4, 1: 26-42.
- Karpman, S. B. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7, 26: 39-43.
- Kertész, R. (1977). *Introducción al Análisis Transaccional. Los juegos psicológicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Kerstész, R. (1985). *Análisis Transaccional Integrado*. Buenos Aires: Ipem.
- Martorell, J.I. (1983). *Que nos pasa una y otra vez. Análisis Transaccional en la familia*. Madrid: Marsiega.
- Massó, F. (1995). *Curso de formación avanzada de Análisis Transaccional*. Madrid: Apuntes de clase.
- Massó, F. (2007). *Análisis Transaccional I. Cómo nos hacemos personas*. Madrid: CCS.
- Opi, J.M. (1990). *Técnicas de negociación transaccional. Psicología de las ventas a través del Análisis Transaccional*. Barcelona: Gestión 2000.
- Sáez Alonso, R. (1988). *Análisis Transaccional y Educación. Estudio de los juegos psicológicos en el aula*. Madrid: Universidad Complutense. Tesis doctoral.
- Sáez Alonso, R. (1990). Juegos psicológicos. *Diccionario de Ciencias de la Educación* (pp. 170-173). Madrid: Paulinas.
- Sáez Alonso, R. (2001). *Los juegos psicológicos según el Análisis Transaccional. Dos no juegan si uno no quiere*. Madrid: CCS.

- Sáez Alonso, R. (2006). Los estados del ego. En F. Valbuena (Ed.). Eric Berne. *Teórico de la comunicación* (pp. 327-333). Madrid: Edipo, S. A., y Fundación General de la Universidad Complutense.
- Sáez Alonso, R. (2006). *Contribuciones del Análisis Transaccional al estudio de la comunicación intercultural*. En F. Valbuena, Eric Berne. *Teórico de la Comunicación* (pp. 327-333). Madrid: Edipo.
- Sáez Alonso, R. y Larrán García, C. (1991). *Respuesta educativa a la vivencia de abandono*. Madrid: S.M.
- Schiff, J. L. (1969). Reparenting Schizophrenics, *Transactional Analysis Bulletin*, 8, 29-47.
- Schiff, J. L. (1975). *The Catexis Reader: TA Treatment of Psychosis*. New York: Harper and Row.
- Spitz, R. (1956). Hospitalism genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psicoanálisis Quart*, 25, 549-567.
- Steiner, C. (1971). The stroke economy. *Transactional Analysis Journal*, 1 (3), 9-15.
- Steiner, C. (1974). *Script people live*. New York: Grove Press.
- Steiner, C. (1976). *Beyond Games and Scripts*. New York: Grove Press.
- Steiner, C. (1980). *A Manual on Cooperation*. Oakland, CA: Inkworks Press.
- Steiner, C. (1982). *Libretos en que participamos*. México, DF: Diana.
- Steiner, C. (1992). *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós.
- Stewart, J. y Joines, V. (2007). *AT hoy. Una nueva introducción al Análisis Transaccional*. Madrid: CCS.
- Thomas-Claudet, P. (1985). *Análisis Transaccional: Relaciones Humanas y Auto-realización Personal*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Valbuena, F. (2006) (Ed.). Eric Berne. *Teórico de la Comunicación*. Madrid: Edipo, S.A., y Fundación General de la Universidad Complutense.

Capítulo 4. Psicodrama

- Abelson, R. P. (1985). Psychological status of the script concept, *American Psychologist*, 36, 715-729.
- Anzieu, D. (1961). *El psicodrama analítico en el niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Anzieu, D., Bejarano, A., et al. (1978). *El trabajo psicoanalítico en los grupos*. México, DF: Siglo XXI.
- Anzieu, D. (1979). *El grupo y el inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Basquin, M., Dubuisson, P., et al. (1977). *El psicodrama: Un acercamiento psicoanalítico*. México, DF: Siglo XXI.

- Bouquet, M. (1977). *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. México, DF: Siglo XXI.
- Bustos, D. (1975). *Psicoterapia psicodramática*. Buenos Aires: Paidós.
- Carter, E. A. and McGoldrick, M. (1980). *The Family Life Cycle*. New York: Gardner Press.
- Cicourel, A. V. (1972). Basic and nonnative rules in the negotiation of status and role, In D. Sudnow (Ed.). *Studies in social interaction*. New York: Free Press, 229-258.
- Cicourel, A. V. (1974). *Cognitive Sociology: Language and meaning in social interaction*, New York: Free Press.
- Collins, H. M. (1979). The investigation of frames of meaning in science: complementary and compromise, *Sociological Review*, 27 (4), 703-717.
- Dalmiro, M. B. (1975). *Psicoterapia psicodramática*. Buenos Aires: Paidós.
- Foulkes, S. H. y Anthony E. S. (1975). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, Ana (1961). *El Ego y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Gazda, G. M. (1979). *Basic approach to group psychotherapy and group counseling*. Chicago, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Goffman, D. (1971). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Greenberg, L. A. (1977). *Moreno y el psicodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- Haley, J. (1971). *Uncommon Therapy*. New York: W. W. Norton.
- Halfpenny, P. (1979). The analysis of qualitative data, *Sociological Review*, 27 (4), 799-825.
- Harre, R. (1972). The analysis of episodes, In Israel J. and Tajpel, H. (Eds.). *The context of social psychology*. Londres: Academic Press.
- Harre, R. and Secord, P. F. (1973). *The explanation of social behavior*. Littlefield, NJ: Adams and Co.
- Harre, R. (1977). The ethogenic approach: Theory and practice, *Advances in Experimental Social Psychology*, 10, 284-314.
- Hoffman, L. (1980). The family life cycle and discontinuous change. In Carter, E. A. and McGoldrick, M. (Eds.) *The family life cycle*. New York: Gardner Press.
- Jantsch, E. (1980). *The Self-Organizing Universe*. New York: Pergamon Press.
- Kaplan, M. L. and Kaplan, N. R. (1978). Individual and family growth: A Gestalt approach, *Family Process*, 77 (1), 195-205.
- Karpel, M. (1976). Individuation: From fusion to dialogue, *Family Process*, 15 (1), 65-82.

- Kissen, M. (1979). *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo*. México, DF: Limusa.
- Lacan, J. (1980). *Escritos* (I y II). México, DF: Siglo XXI.
- Lemoine, G. y Lemoine, P. (1974). *Una teoría del psicodrama*. Buenos Aires: Granica.
- León, G., Langer, M. y Rodríguez, E. (1977). *Psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, J. L. (1961). *Psicodrama*. Buenos Aires: Emecé.
- Moreno, J. L. (1967). *Las bases de la psicoterapia*. Buenos Aires: Horme.
- Neugarten, B. (1976). Adaptation and the Life Cycle, *The Counseling Psychologist*, 6, 1.
- Pavlovsky, E., et al. (1979). *Psicodrama: Cuándo y por qué dramatizar*. Madrid: Fundamentos.
- Pincus, L. y Dare, Ch. (1982). *Secretos en la familia*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Schramski, Th. G. (1979). A systematic model of psychodrama, *Group Psychotherapy*, 23, 20-30.
- Schutz, A. (1974a). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schutz, A. (1974b). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schutz, A. (1976). *Fenomenología del mundo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Schutzenberger, A. y Saurat, M. J. (1979). *Nuevas terapias de grupo*. Madrid: Pirámide.
- Schutzenberger, A. (1979). Psicodrama, creatividad y proceso grupal. En Jennings, S., et al. (Eds.). *Terapia Creativa*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Terkelson, K. G. (1980). Toward a theory of the family life cycle. In Carter, E. A. and McGoldrick, M. (Eds.). *The Family Life Cycle*. New York: Gardner Press.
- Triandis, H. C. (1978a). Subjective culture and interpersonal relations across cultures, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 118.
- Triandis, H. C. (1978b). Some universals of social behavior, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 1-17.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.

Capítulo 5. Terapia rogeriana

- Castanedo, C. (1990, 1997, 2003). Epílogo. Carl Rogers y la evolución de la psicoterapia: A Rogers a sus ochenta y cuatro años de existencia. En C. Castanedo, *Grupos de encuentro en Terapia Gestalt. De la "silla vacía al círculo gestáltico"*. Barcelona: Herder.

- Castanedo, C. Munguía, Gabriela (2000). *Desarrollo del Potencial en Grupo*. Trabajo inédito Universidad Complutense de Madrid (España) y Universidad de Guanajuato (México).
- Castanedo, C. (2005). *Psicología Humanística Norteamericana*. México, DF: Herder.
- Delors, J., et al. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: UNESCO/Santillana.
- Espinosa, C, et al. (2004). *Myriam Muñoz: Una figura de la Gestalt*. México, DF: DESAÍO Editores.
- Favez-Boutonier, J. (1959). *La Psychologie clinique: Objet; méthodes, problèmes*. París: Centre de Documentation Universitaire.
- Frankl, V. (2004). *El Hombre en búsqueda de Sentido*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1953). *De la technique psychanalytique*. París: P.U.F.
- Freyre, P (1974). *Pedagogía del Oprimido*. México, DF: Fondo de Cultura.
- Fromm, E. (1970). *Tener o Ser*. México, DF: Fondo de Cultura.
- González Garza, Ana María (en prensa). *Enfoque Centrado en la Persona*. México, DF: Trillas. 2^a ed.
- Lafarga, J. y Gómez del Campo, J. F. (1978). *Desarrollo del Potencial Humano*. Vol. 1. México, DF: Trillas.
- Lafarga, J. y Gómez del Campo, J. F. (1982). *Desarrollo del Potencial Humano*. Vol. 2. México, DF: Trillas.
- Lafarga, J. y Gómez del Campo, J. F. (1986). *Desarrollo del Potencial Humano*. Vol. 3. México, DF: Trillas.
- Lafarga, J. y Gómez del Campo, J. F. (1992). *Desarrollo del Potencial Humano*. Vol. 4. México, DF: Trillas.
- Lobrot, M. (1974). *L'animation non-directive des groups*. París: Payot.
- Lovering, Anne (2000). Client Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: theory, research and practice. 5th ICCCEP Conference. Chicago, Illinois.
- Mousseau, J. (1973). Entretien avec Carl Rogers. *Psychologie*, 36.
- Pages, M. (1970). *L'orientation non-directive en psychothérapie et psychologie-sociale*. París: Dunod.
- Porter, G., and Rogers, C. (1950). *An introduction of therapeutic counseling*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1958). A theory of therapy personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.). *Psychology: A Study of a Science III*. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, C., and Dymond, R. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago, Illinois: University of Chicago.
- Rogers, C., et Kinget, M. (1968). *Psychotherapie el relations humaines II*. Liège: Nauwelaerts.
- Rogers, C. (1972). *Becoming partners: marriage and his alternatives*. New York: Delacorte.
- Velasco Lafarga, L. (2003). La Autoestima, el patrimonio emocional más valioso. *Prometeo*, 35, 12-13.

Capítulo 6. Terapia Gestalt: el ahora y el cómo

- Auriol, B. (1982). *El Yoga y la Psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Bach, G. R. (1967). Marathon Group Dynamics: Some Functions of the professional Group Facilitator, *Psychological Reports*, 20, 995-999.
- Bandler, R., y Grinder, J. (1981). *Reframing: Neuro-Linguistic Programming and the Transformation of Meaning*. Moab, Utah: Real People Press.
- Bandler, R., and Grinder, J. (1982). *La Estructura de la Magia*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Bargantino, L. (1981). *Therapy, Insight and Style*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bauer, R. (1979). Gestalt Approach to Family Therapy, *American Journal of Family Therapy*, 7 (3), 4-45.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Random House. Traducción española (1981). *Análisis Transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires: Psique.
- Berne, E. (1968). Discurso de presentación del Análisis Transaccional. IV Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, Viena. Publicado en *Transactional Analysis Journal*, 3. Traducido por Concepción de Diego.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. New York: Basic Book.
- Buber, M. (1965). *The Knowledge of man*. New York: Harper and Row.
- Buber, M. (1967). *A Believing Humanism: Gleanings*. New York: Simon and Schuster.
- Buber, M. (1984). *Yo y tú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Caffaro, J. (1991). A factor analytic study of deflexion. *The Gestalt Journal*, 15 (1), 73-86.
- Calderón, M., Campos, G. A., Campos, A. G., et al. (1983). *La Terapia Gestalt y la Terapia Familiar Conjunta de Virginia Satir: Aplicación unificada de ambos*

- enfoques, a padres con hijos deficientes mentales*. Seminario de Graduación para optar al título de Licenciados en Psicología, Director: C. Castanedo, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Campbell, C. (1979). Gestalt Approach to Family Therapy, *American Journal of Family Therapy*, 7 (3), 41-45.
- Carpio, M., et al. (1985). *Grupos de Encuentro con Modalidad Gestáltica aplicados a estudiantes de la Universidad de Costa Rica: Evaluación de sus efectos utilizando el Test de Orientación en las Relaciones Interpersonales Fundamentales (FIRO-B) de Schutz*, Seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica, Director: C. Castanedo.
- Castanedo, C. (1978). Deficiencia Mental y Análisis Transaccional, Ponencia presentada en el *III Congreso Latinoamericano de Análisis Transaccional*. México, DF, 17-20 noviembre. Publicado en REALAT (1979), 39-41. También en *Deficiencia Mental: Aspectos teóricos y tratamientos* (1982b), 2da. edición, 429-435.
- Castanedo, C. (1981a). Psicoterapia Gestalt aplicada a los sueños, *Rev. Cost. de Ciencias Médicas*, 2 (1), 25-28.
- Castanedo, C. (1981b). *Deficiencia Mental: Aspectos teóricos y tratamientos*, 2a. edición, San José: Texto.
- Castanedo, C. (1981c, 1982, 1987, 1999, 2002). Psicoterapias, pp. 405-431. En C. Castanedo, *Deficiencia Mental. Aspectos teóricos y tratamientos*. Madrid: CCS: 5ª edición.
- Castanedo, C. (1982a). Terapia Gestalt: Principios y aplicaciones, *Rev. Cost. de Psicología*, 1 (1), 12-17.
- Castanedo, C (1982b). Análisis Transaccional y Terapia Gestalt. *REALAT*, 3(5), 39-41.
- Castanedo, C. (1983a). Terapia de pareja y familia con enfoque gestáltico. En C. Castanedo, *Terapia Gestalt: Enfoque del Aquí y el Ahora*. San José: Texto, 257-272.
- Castanedo, C. (1985a). Descripción de la Terapia Gestalt aplicada a niños, en D. Cardoze y J. Rodríguez-Sacristán (Comps.). *Temas de Psiquiatría y Psicología del niño*, Panamá: Caja de Seguro Social.
- Castanedo, C. (1985b). Programación Neurolingüística: Enfoque de Psicoterapia Centrado en la Transformación del Significado. En C. Castanedo. *Temas Contemporáneos de Psicología*, San José, Universidad de Costa Rica.
- Castanedo, C. (1983b, 1987, 2002, 2007). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Barcelona: Herder, 4ª edición y 2ª reimpresión.
- Castanedo, C (1990, 1997, 2003). *Grupos de encuentro en Terapia Gestalt. De la silla vacía al círculo gestáltico*. Barcelona: Herder, 3ª ed.

- Castanedo, C. (2005). *Psicología Humanística Norteamericana*. México, DF: Herder.
- Castanedo, C. (2007). Análisis Transaccional y Terapia Gestalt. Semejanzas y Diferencias. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 56, 33-39.
- Castanedo, C. (2008). *Sueños en Terapia Gestalt*. México, DF: Manual Moderno.
- Chenoweth, B. (1982). Revision of the Book *Risking Being Alive*, *Association for Humanistic Psychology*, Newsletter, p. 11.
- Cuadra, Delia y Boneta, Marga (2000). Los modelos constructivista y transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 43, 20-30.
- De Mena, M., et al. (1985). *Estudio de la Teoría de William Schutz y Adaptación de dos Escalas del Test FIRO a una población universitaria*, Seminario de Graduación para optar al título de Licenciados en Psicología, Director: C. Castanedo, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Enright, J. B. (1980). *Enlightening Gestalt: Waking up from the nightmare*, Mill Valley, CA: Pro Telos.
- Enright, J. (1981a). Philosophical Diagnosis. In J. Enright, *The Structure of Human Experience*. Mill Valley, CA: Pro Telos.
- Enright, J. (1981b). Belief and Experience. In J. Enright. *The Structure of Human Experience*. Mill Valley, CA: Pro Telos.
- Enright, J. (1981c). Therapy without Resistance. In J. Enright. *The Structure of Human Experience*. Mill Valley, CA: Pro Telos.
- Enright, J. (1981d). Positions for Therapeutic Listening. In J. Enright. *The Structure of Human Experience*. Mill Valley, CA: Pro Telos.
- Enright, J. (1981e). A Framework for Human Helping. In J. Enright. *The Structure of Human Experience*, Mill Valley, CA: Pro Telos.
- Frew, J. E. (1983). Clarity of Boundary Conditions in Interpersonal Contact, *The Gestalt Journal*, 2, 117-123.
- Friedman, M. S. (1965). *The Healing Dialogue in Psychotherapy*. New York: Jason Aronson. (1983). *Gestalt Institute of Cleveland*. Thirtieth Anniversary GIC: 1953-1983.
- Goodstein, Marilyn (1971). *Comparación de Maratones de TG y AT*. Illinois Institute of Technology. Tesis Doctoral.
- Goulding, Mary (1987). Transactional Analysis and Redecision Therapy. In J. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Goulding, R., and Goulding, Mary (1979). *Changing life through Redecision Therapy*. New York: Bruner-Mazel.
- Gralnick, A. (1962). Family Psychotherapy: General and specific considerations, *American Journal of Orthopsychiatry* 32, 515-526.

- Greenberg, L.S, Rice, N.R., y Elliot R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.
- Grinder, J., and Bandler, R. (1976). *The Structure of Magic II*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Haley, F. (1973). *Tácticas del Poder de Jesucristo y otros ensayos*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Harmon, R. L. (1978). Gestalt Marriage and Family Therapy, *The Gestalt Journal*, 1 (2), 92-103.
- Hatcher, C. (1978). Intrapersonal and Interpersonal Models: Blending Gestalt and Family Therapy, *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4 (1), 63-68.
- Herink, R. (1980). *The Psychotherapy Handbook*. New York: New American Library.
- Herlihy, Barbara (1985). Person-Centered Gestalt Therapy: A Synthesis. *Journal of Humanistic Education and Development*, 24 (1), 16-24.
- Kaplan, N. R. (1979). A Session of Gestalt Systems Family Therapy. *Videotape cassette*, Windsor, Ontario: University of Windsor Media Centre.
- Kaplan, M. y Kaplan, Netta (1981). Field Processes in Family Therapy. *The Gestalt Journal*, 2, 73-88.
- Katz, D. (1945). *Psicología de la Forma (Gestalt psychologie)*. Madrid: Espasa Calpe.
- Kempler, W. (1974). *Principles of Gestalt Family Therapy: A Gestalt-Experiential Handbook*. Salt Lake City: Deseret Press.
- Kepner, E., and Brien, L., (1970). Gestalt Therapy and behavioristic phenomenology, pp.39-46. In J. Fagan, and I. Shepherd (1970). *Gestalt Therapy Now*. New York: Harper and Row.
- Kepner, Elaine (1980). Gestalt Groups Process. In Bud Feder y Ruth Ronald, *Beyond the Hot Seat: Gestalt Approaches lo Group*. New York: Brunner/Mazel, pp. 5-24.
- Kepner, J. I. (1982). *Questionnaire Measurement of Personality Styles from the Theory of Gestalt Therapy*. Kent State University: Tesis doctoral.
- Kogan, J. (1976). The genesis of Gestalt Therapy. In Chris Hatcher and Phillip Himelstein. *The Handbook of Gestalt Therapy*. New York: Jason Aronson.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity: An Introduction to non-Aristotelian Systems and general semantics*. (4th ed.). Lakeville, CN: The International Non-Aristotelian Library Publishing.
- Krishnamurti, J. (1984). *La educación y el significado de la vida*, México, DF: Orión.
- Larson, G. (1977). *Estilos y estereotipos de escuelas terapéuticas: Un análisis de las psicoterapias conductista, gestalt, transaccional y psicoanalítica*. University of California, Berkeley. Tesis Doctoral.

- Latner, J. (1982). *The Gestalt Therapy Book*. New York: The Gestalt Press.
- Little, L. (1981). *The impact of Gestalt group psychotherapy on parents perceptions of children identified as problematic*, University of Kentucky. Tesis doctoral.
- Luthman, S. G., and Kirschenbaum, M. (1974). *The Dynamic Family*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Moustakas, C. (1966). *The Child's Discovery of himself*. New York: Ballantine Books.
- Noyes, A. (1953). *Modern Clinical Psychiatry* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Oaklander, V. (1978). *Windows to our children*. Moab, Utah: Real People Press.
- Oldham, J., Key, T., and Yaro-Starak, I. (1981). *Risking Being Alive*. Victoria, Australia: Pit. Traducción española (1995). *El riesgo de vivir*. México, DF: Manual Moderno.
- O'Leary, Eleanor, y Nieuwstraten, Inge M. (2001). The exploration of memories in Gestalt reminiscence therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 14 (2), 165-180.
- Penfield, W. (1952). Memory mechanisms. *Arch. Neurol.and Psychiat.*, 67, 178-198.
- Perls, F. (1966). Gestalt Therapy and Human potentialities. In H. A. Otto, *Explorations in Human Potentialities*: Springfield, Illinois: C.C. Thomas.
- Perls, F. (1969). *Ego, Hunger and Aggression: The Beginning of Gestalt Therapy*. London: Alien and Unwin, Random House.
- Perls, F. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F. (1973). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books. *El enfoque gestáltico: Testimonios de Terapia*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F., Hefferline, R., and Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. New York: The Julian Press.
- Primrose, D. A. (1971). Natural history of Mental Deficiency in a hospital group in the population it serves, *Journal of Mental Deficiency Research*, 10, 159-189.
- Raming, H. and Frey, D. (1974). A taxonomic approach to the Gestalt theory of Perls, *Journal Counseling Psychology*, 21 (3), 179-184.
- Reynolds, C., Woldt, A. (2001). Gestalt Group Therapy with Children of divorce. In Gordon Wheeler, Mark Mc. Conville (Eds.). *The Heart of Development: Gestalt Approaches to Working with Children*. Cambridge, Mass: Gestalt Press.
- Rogers, C. (1980). *El poder de la persona*, México, DF: El Manual Moderno.

- Rosenfeld, E. (1982). A conversation with Laura Perls. In J., Wysong, and E. Rosenfeld (Eds.). *An oral history of Gestalt Therapy*. New York: The Center for Gestalt Development, Inc.
- Ryan, L. R. (1977). *Clinical Interpretation of the FIRO-B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sáez, R. (2001). *Los juegos psicológicos según el Análisis Transaccional*. Madrid: CCS.
- Salama, H. (1985). *Gestalt para todos*. México, DF: Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt.
- Sánchez Meca, D. (1984). *Martín Buber: Fundamento Existencial*. Barcelona: Herder.
- Sansinenea, P. (2001). *Desaprobación parental, autoestima y personalidad*. Universidad del País Vasco. Tesis Doctoral.
- Satir, V., Stachowiak, J., and Taschman, H. A. (1975). *Helping Families to Change*. New York: Jason Aronson.
- Schutz, W. (1966). *The Interpersonal Underworld: FIRO*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Schutz, W. (1967). *Joy: Expanding the Human Awareness*. New York: Grove Press.
- Schutz, W. (1978a). *FIRO: Awareness Scales Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Schutz, W. (1978b). *Todos somos uno: La cultura de los grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schutz, W. (1979). *Profound Simplicity*. New York: Bantan Book.
- Steiner, Cl. and Kerr, C. (Eds.) (1976). *Beyond games and scripts*. New York: Ballantine.
- Thomas, P (1993, 2007). Terapia Transaccional, pp. 55-126. En C. Castanedo. *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México, DF: Manual Moderno, 9ª reimpresión.
- Van der Riet, V., Korb, M., and Gorrell, J. (1980). *Gestalt Therapy: An Introduction*. Eimsford, NY: Pergamon Press.
- Watzlawick, P. (1977). *How Real is Real*. New York: Vintage Books.
- Watzlawick, P. (1982). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1984). *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.
- Wenhoff, R. (1978). *Los efectos de dos enfoques de orientación diferentes y los procedimientos en la autoactualización de los participantes en grupos*. University of Idaho. Tesis Doctoral.

- Wysong, J., and Rosenfeld, E. (1982). *An Oral History of Gestalt Therapy*. New York: The Gestalt Journal.
- Zinker, J. (1977). *The Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Random House. *El proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.
- Zinker, J. (1998). *In search of good form. Gestalt Therapy with couples and families* (2nd printing). (2005). *A la búsqueda de la buena forma*. Culiacán, México: Instituto Humanista de Sinaloa.

Capítulo 7. Epílogo

- Abraham, N. y Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Albizuri, O. (1986). *Contribuciones del psicodrama a la psicoterapia de grupo. Lo grupal* 3. Buenos Aires: Búsqueda.
- Aleman, C. (1995). Therapeutic listening in the person-Centered-Approach: The interpersonal difficulties. Comunicación presentada en *Sixth International Forum on the Person-Centered Approach*. Leptokarya-Macedonia, Grecia.
- Allen, J.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.
- Anzieu, D. (1978). *El trabajo psicoanalítico en los grupos*. México, DF: Siglo XXI.
- Anzieu, D. (1982). *El psicodrama analítico en el niño y el adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Aulagnier, P. (1964). *Un intérprete en busca de sentido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Barraca, J. (2005). *La mente o la vida. Una aproximación a la terapia de aceptación y compromiso*. Bilbao: DDB.
- Basquin, M., Dubuisson, Lajeunesse, y Testemale-Monod (1977). *El psicodrama: Un acercamiento psicoanalítico*. México, DF: Siglo XXI.
- Bauleo, A. (1977). *Contra institución y Grupos*. Madrid: Fundamentos.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Berenstein, I. y Puget, J. (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires: Paidós.
- Binder, U. & Binder, J. (1991) *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung*. Eschborn: Klotz.
- Blakeney, R. (1980). Organizational cure or organizational effectiveness. *Transactional Analysis Journal*, 10, 2, 154-157.
- Blatner, A. (2005). *El psicodrama en la práctica*. México, DF: Pax.

- Bouquet, M. (1977). *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. México, DF: Siglo XXI.
- Buber, M. (1965). *The Knowledge of man*. New York: Harper and Row.
- Cain, D. J. (1989). The paradox of non-directiveness. In the client-centered therapy. *Person-centered Review*, 5 (1) 89-99.
- Camerini, O. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva: teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: CATREC.
- Campagne, D., Santed, M. y Martorell, J. (2006). Depurar las habilidades terapéuticas. *Colegi Oficial de Psiclegs de la Comunitat Valenciana*, cursos académicos 2006-2007.
- Casado, L. (2001). Epistemología del Análisis Transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 45, 7-9.
- Castanedo, C. (1990, 1997, 2003). *Grupos de encuentro en Terapia Gestalt. De la silla vacía al círculo gestáltico*. Barcelona: Herder.
- Castanedo, C. (2005). *Psicología Humanística Norteamericana*. México, DF: Herder. 2ª ed.
- Castanedo, C. (2008). *36 años de investigaciones en terapia Gestalt*. Documento Inédito sin publicar.
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- Cautela, J. R. (1971). Covert conditioning. In A. Jacobs and L. B. Sachs (Eds.), *The psychology of private events: Perspectives on covert response systems*. New York: Academic Press.
- Cirigiano, F. y Forcade, H. (1984). *Análisis Transaccional en la Educación*. Buenos Aires: Humanitas.
- Clarkson, P. (1993). Transactional Analysis as humanistic therapy. *Transactional Analysis Journal*, 23, 1.
- Claude, E. S., and Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*: Chicago, Illinois: University of Illinois.
- D'Zurilla, T. J. and Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- DiCaprio, N. (1997). *Teorías de la Personalidad*. México, DF: McGraw Hill.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Faimberg, H. (1996). *El telescopaje de las generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Fava, G. A. and Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63.
- Ferenczi, F. (1926). *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York: Hogarth Press.
- Foulkes, S. H. y Anthony E. S. (1975). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1923). En *Obras completas*, Vol. 3. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gaylin, N. L. (1991). Terapia familiar centrada en la persona. En D. Brazier, *Más allá de Carl Rogers*. Bilbao: DDB.
- Giordani, B. (1984). Una concezione dell'uomo, fonte di speranza, *La Speranza, Studi filosofico-pedagogici*. Roma: Antonia.
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as a training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228-234.
- Gómez del Campo, F. (1999). *Psicología de la comunidad*. México. DF: Plaza y Valdés.
- Goulding, R. and Goulding, Mary (1979). *Changing life thought Redecision Therapy*. New York: Bruner-Mazel.
- Grant, B. (1990). Principles and instrumental non-directiveness in person centered and client-centered therapy. *Person-centered Review*, 5 (1) 77-88.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. and Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Harris, T. H. (1973). *Yo estoy bien-Tú estás bien: Guía práctica de Análisis Conciliatorio*. Barcelona: Grijalbo.
- Holdstock, L. (1997) ¿Podemos permitirnos el lujo de no revisar el concepto del *self* centrado en la persona? En D. Brazier, (Ed.). *Más allá de Carl Rogers*. Cap. 12. Bilbao: DDB
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493-506.
- James, M. and Jongeward, J. (1975). *Born to Win: Transactional Analysis with Gestalt Experiment*. New York: Hardcover.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kaës, R. (1995). *El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R. y Vidal, J. (1989). *La institución y las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.

- Kazdin, A. E. (1973). Covert modeling and the reduction of avoidance behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 78-95.
- Kenny, V. (1997). Constructivism-Everybody has won and all must have prizes. *Transactional Analysis Journal*, 27, 2.
- Kepner, J. (1992). *Proceso corporal*. México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason and Arosen.
- Kerstész, R. (1973). *Introducción al Análisis Transaccional*. Buenos Aires: Paidós.
- Kerstész, R., e Induni, G. (1978). *Manual de Análisis Transaccional*. Buenos Aires: Conantal.
- Khan, M. (1974). *La intimidad del sí mismo*. Barcelona: Saltes.
- Khan, M. (1975). *Temas de psicoanálisis sobre Winnicott*. Buenos Aires: Eco.
- Klein, Melanie (1968). Le rôle de l'école dans le développement libidinal de l'enfant. *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot. Original en inglés (1932), pp. 90-109.
- Kohlenberg, R. J. and Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Kohut, H. (1978). *The psychology of the self. A casebook*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1980). *The search of the self. Selected writings*. New York: International Universities Press.
- Kuhn, Th. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago Illinois: University of Chicago Press.
- Lacan, J. (1980). *Escritos (I y II)*. México, DF: Siglo XXI.
- Lafarga, J. (1978). *Desarrollo del Potencial Humano*, Volumen II. México, DF: Trillas.
- Lambers, E. (2000). Counselling can be non-directive. *Counselling News*, 9.
- Lambers, E. (2000). Supervision in person-centered therapy: Facilitating congruency. In D. Mearns and B. Thorne (Eds.). *Person-Centered Therapy Today: New frontiers in Theory and Practice*. London: Constable.
- Larios, Rosario (2001). *Un camino de luz*. Guadalajara, México: CEHUS.
- Lemoine, G. y Lemoine, P. (1974). *Una teoría del psicodrama*. Buenos Aires: Granica.
- Lietaer, G. (1993). Authenticity, congruency, and transparency. In D. Brazier (Ed.). *Beyond Carl Rogers*. London: Constable.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Lorenzer, A. (1970). *Spracherstömng und Rekomtruktion*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lourau, R. (1981). *Análisis institucional y socioanálisis*. México, DF: Nueva Imagen. 2ª Edición.
- Lovering, Anne (2000). Client Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: theory, research and practice. *5th ICCCEP Conference*. Chicago.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Maldavsky, D. (1996). *Linajes abúlicos, procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- Mancillas-Bazán, Celia. (1997). *El desarrollo humano de las mujeres: Un modelo centrado en la persona*. México, DF: Universidad Iberoamericana.
- Marroquín, M. (1982). *La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff*. Bilbao: Mensajero.
- Martorell, J. L. (1986). Posición existencial y relaciones objetales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 16.
- Martorell, J. L. (1990). El análisis de juegos en la terapia familiar. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 15.
- Martorell, J. L. y Prieto J. L. (2002). *Fundamentos de psicología*. Madrid: Ramón Areces.
- Marqués-Teixeira, J. (1997). Psicodrama centrado en el cliente. En D. Brazier, (Ed.) *Más allá de Carl Rogers*. Cap. 11. Bilbao: DDB.
- Massey, R. (1989a). Integrating systems theory and TA in couple's therapy. *Transactional Analysis Journal*, 19, 3.
- Massey, R. (1989b). Techniques in integrating TA and systems theory in couple's therapy. *Transactional Analysis Journal*, 19, 3.
- Massey, R. (1989c). Systemic contexts for children's scripting. *Transactional Analysis Journal*, 19, 4.
- Mearns, D. (1994). *Developing Person-centred Counselling*. London: Sage.
- Mearns, D. (1997). *Person-centred Counselling Training*. London: Sage.
- Mearns, D. and Thorne, B. (2000). *Person Centred Therapy Today*. London: Sage.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, New York: General Learning Press.
- Miglionico, A. (1998). Análisis Transaccional psicodinámico: el sistema terapeuta-paciente, alianza, pseudoalianza y anticontrato. *Revista de Psicoterapia*, 33.
- Moiso, C. (1985). Ego states and transference. *Transactional Analysis Journal*, 15.(3), 194-201.

- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: Hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago, Chile: Editorial Universidad de Santiago.
- Moreno, S. (1979). *La educación centrada en la persona*. México, DF: Manual Moderno.
- Naranjo, C. (1990). *La Vieja y Novísima Gestalt*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Nevis, E. (1998). *Organizational Consulting. A Gestalt approach*. New York: Gardner Press.
- Novellino, M. & Miglionico, A. (1987). *Tattiche e strategie i Analisi Transazionali*. Bisceglie: Opera Don Uva.
- Novellino, M. and Moiso, C. (1990). The psychodynamic approach to T. A. *Transactional Analysis Journal*, 20, 3.
- Pavlovsky, E., Martínez, C. y Moccio, F. (1970). *Psicodrama psicoanalítico en grupos*. Buenos Aires: Kargieman.
- Petit, Marie (1977). *La Terapia Gestalt*. Barcelona: Kairós.
- Polster, E. y Polster, Miriam (1976). *Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in personal-centred/ experiential therapy: Application to schizophrenic y retarded psychoses*. Westport, CN: Praeger.
- Rivière, P. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Robine, J-M. (1994). *La Terapia gestalt*. París: Morisset-essentialis.
- Ryff, C. D. and Singer, B. H. (1996). Psychological well-being meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 65, 14-23.
- Sáez Alonso, R. (2001). *Los juegos psicológicos según el Análisis Transaccional. Dos no juegan si uno no quiere*. Madrid: CCS.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez Bodas, A. R. (1993). *Crear salud o curar enfermedad*. Buenos Aires: Holo.
- Schiff, J. (1981). New Discoveries in the Treatment of Schizophrenia. *Bulletin of the Eric Berne Seminar*.
- Schmid, P. F. (1998). 'Face to face': The art of encounter. In B. Thorne and E. Lambers (Eds.). *Person-centred Therapy: A European perspective*. London: Sage.
- Schmid, P. F. (2002). *Presence Immediate co-experiencing and co-responding*. UK: PCCS Books.
- Schramski, Th.G. (1979). A systematic model of psychodrama, *Group Psychotherapy*, 23, 20.

- Schutz, W. (1967). *Joy: Expanding the Human Awareness*. New York: Grove Press Inc.
- Sebastián Capó, J. (1989). Determinación metafórica de la empatía. *Revista de psiquiatría y psicología Humanística*, 27-28, 125-129.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 12, 965-974.
- Smith, G., Glass, G.V. and Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins.
- Shostrom, E. L. (1966). *Manual. Personal Orientation Inventory*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Sotelo, J. (1992). *Marketing y Análisis Transaccional para Micro Empresas*. Montevideo: AIP/Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Spivack, G. and Shure, M. D. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco, Los Angeles: Jossey-Bass.
- Spivack, G., Platt, J. J. and Shure, M. D. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco, Los Angeles: Jossey-Bass.
- Steiner, C. (1991). *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós.
- Stevens, J. (1975). *Gestalt Is*. Moab, Utah: Real People Press.
- Suinn, R. M. and Richardson, F. (1971). Anxiety management training. A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498-510.
- Sullivan, H. S. (1949). *Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Makers of Modern Psychotherapy.
- Taibi K. (1979). *Process Therapy Brief*. Little Rock, Arkansas: Human Development Publications.
- Valbuena, F. (2006). *Eric Berne. Teórico de la Comunicación*. Madrid: Edipo.
- Van Dusen, W. (1974). *La profundidad natural en el hombre*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Wilson, K. G. y Luciano-Soriano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pedagógica.
- Young, J. E. and Klosko, J. S. (1999). *Reinventing your life*. New York: Plume Books (Division of Penguin Books).
- Zinker, J. (1977). *The Creative Process in Gestalt Therapy*. New York: Random House. Traducción española (1979). *El proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A

Abelson, R. P., 219, 222, 223
Abraham, N., 34, 376
Abraham, K., 13, 25, 38, 39, 43, 376
Adler, A., 91, 376
Albizuri, O., 31, 377
Alemany, C., 383
Allen, B., 380
Allen, J., 380
Andrasik, F., 103
Anzieu, D., 35, 38
Argelander, H., 8
Arlow, J. A., 18
Arnkoff, D. B., 89
Assoun, P. L., 3, 15
Aulagnier, P., 29, 39, 42, 43, 376
Auriol, B., 320, 322

B

Bach, 348
Badiou, 49
Baer, D. M., 56, 66, 67
Bandler, R., 313, 317, 326, 331
Bandura, A., 58, 66, 88, 98, 378
Baranes, J., 43
Barlow, D. H., 83
Barnes-Holmes, 100
Barraca, J., 99, 378

Basquin, M., 203, 206, 381
Baudelaire, 257
Bauer, R., 336
Bauleo, A., 32, 376
Beck, A. T., 69, 81, 91-93, 103, 378
Bellack, A. S., 82
Berenstein, I., 45-47, 49-51, 377
Bergengruen, 292
Bernard, M., 36, 38
Berne, E., 105, 106, 109, 112-119, 125, 131-141, 372, 387
Bernfeld, S., 1, 2, 6
Bernheim, 4, 18
Bernstein, E., 61, 64, 106, 380
Binder, U., 102, 838
Bion, W., 31, 35, 38, 376
Blackegde, J. T., 99
Blackman, G., 63
Blakeney, R., 111, 380
Blanchard, E. B., 103
Blanco, A. E., 357
Blatner, A., 382
Boneta, M., 363
Bouquet, M., 206-209, 211, 381
Bowen, S., 227
Bower, G. H., 62
Bowlby, J., 142, 372
Brenner, C., 18
Breuer, J., 2-7, 10, 18
Brien, L., 314
Brühl, C., 1

Bryan, 259
 Buber, M., 259, 260, 293, 384
 Bucher, B. D., 85

C

Caballo, V., 103
 Caffaro, J., 321, 323
 Cain, D. J., 383
 Camerini, O., 381
 Cameron, R., 94, 95
 Campagne, D., 390
 Campbell, C., 336
 Capers, C., 109
 Carpio, M., 321
 Carter, E. A., 227, 228, 230
 Casado, L., 380
 Castanedo, C., 253, 292, 303, 304, 305, 385
 Castoriadis, C., 33, 376
 Catalina, 8, 9
 Catania, A. C., 62
 Cautela, J., 89, 90, 378
 Cerny, J. A., 83
 Chandezon, G., 112, 154
 Charcot, 3, 4
 Chenoweth, B., 312
 Ciarrochi, J., 99
 Cicourel, A. V., 214, 215
 Cirigiano, G., 123, 125, 140, 149, 151
 Clark, D. A., 103, 378
 Clarke, J., 111
 Clarkson, P., 380
 Collins, H. M., 221
 Cone, J. D., 82
 Craighead, E., 94, 103
 Cremerius, J., 20, 24, 27
 Crespo, M., 103
 Crossman, P., 109, 158, 173
 Crowe, 66
 Cuadra, D., 363

D

Da Vinci, L., 19
 Dahmer, H., 27
 Darwin, 309
 Davis, G. A., 96
 Davison, G. C., 53, 55-57, 60, 67-69, 379
 De Chardin, T., 304
 Delors, J., 292
 Di Caprio, N., 384
 Dora, 19

Dorony, L., 376
 Dryden, W., 92
 Du Bois-Reymond, E., 2
 Dubuisson, P., 206, 381
 Dymond, R., 263
 D'Zurilla, T. J., 89, 96, 378

E

Eiguer, A., 44
 Einstein, A., 256
 Eissler, K., 18, 20
 Elliott, R., 86
 Ellis, A., 91, 92, 378
 Emmelkamp, P. M. G., 83
 Emmy de N., 8
 Enright, J., 317, 318, 321, 325-329, 385
 Enriquez, E., 39, 41-43, 377
 Epicteto, 91
 Erickson, E., 106, 381
 Erikson, M., 185
 Estes, W. K., 61
 Exner, 2, 3

F

Fagan, J., 312
 Faimberg, H., 40, 43, 377
 Fantino, E., 62
 Fantz, R., 312
 Fava, G. A., 103, 378
 Favez-Boutonier, 260
 Feather, B., 94
 Fechner, 12
 Federn, P., 106
 Ferenczi, S., 29, 41, 376
 Fester, C. B., 62, 67, 84
 Fiegenbaum, W., 84
 Finch, A. J., 94
 Fisch, R., 320
 Fleming, B., 93
 Fliess, W., 9, 10, 12, 14, 15
 Florenzano, R., 30
 Flynn, J. M., 87
 Foa, E. B., 83
 Foulkes, S. H., 30, 31, 376
 Frank, 109
 Frankl, J. D., 389
 Frankl, V., 97
 Franks, C. M., 56, 66, 67
 Fantz, R., 312
 Freud, A., 232

Freud, S., 1-28, 32, 35, 37, 39, 40, 45, 49, 195,
209, 256, 270, 310, 366, 371, 374, 376
Frew, J. E., 321, 324, 325
Frey, D., 333
Freyre P., 294
Friedlander, S., 310, 311
Friedman, M. S., 308
From, I., 312, 363, 385
Fromm, E., 293, 304, 372,
Fulkes, 35

G

Gavino, A., 103
Gaylin, N. L., 383
Gelb, 310, 311
Germer, C. K., 102
Gili, M., 14, 15
Ginzburg, 49
Giordani, B., 383
Glass, G. V., 26, 389
Goethe, T., 1
Goffman, D., 214, 215
Goldfried, M. R., 53, 55-57, 60, 67-69, 89, 94,
96, 378
Goldrick, M., 227, 228, 230
Goldstein, K., 30, 109, 386
Gómez del Campo, J., 296, 301, 383
González Garza, A., 294, 300, 301, 304
Goodman, P., 93, 385
Goodstein, M., 363, 367
Gorrell, J., 313
Goulding, R., 159
Goulding, Mary, 109, 380
Grajales, O., 79
Gralnick, A., 335
Grant, B., 383
Green, A., 41-43, 45
Greenberg, L. S., 95, 102
Greenson, R. R., 21
Grinder, J., 313, 317, 326, 331
Groom, J., 99
Grossman, P., 103
Guillaumin, 43
Guyotat, 43

H

Haberman, J., 26
Hachet, P., 35
Haley, J., 227
Halfpenny, P., 221

Harmon, R. L., 336
Hare, N. A., 67, 84
Harre, R., 214, 216-219, 221, 222, 224, 246
Harris, T., 380
Harvey, O. J., 92
Hatcher, C., 311, 336
Hawkins, R. F., 82
Hayes, S. C., 98-100, 378
Haynes, S. N., 82
Hefferline, R., 312, 324, 385
Heidegger, M., 91, 386
Hering, 2
Herink, R., 335
Herlihy, B., 369
Hersen, M., 82
Hilgard, E. R., 62
Hitler, A., 27
Holdstock, L., 383
Holland, J. G., 84
Homme, L. E., 89
Horner, R. H., 103
Horney, Karen, 91, 386
Husserl, E., 208, 214, 220, 384

I

Izquierdo, A., 53, 103, 378

J

Jackson, 227
Jacobson, 95, 103, 378
James M., 312, 321, 380
Janet, 3
Jantsch, E., 187, 224
Jaspers, K., 295
Jehu, D., 64
Johnson, 75
Joines, V., 108, 116, 221, 229, 131, 136, 142,
147, 157
Jones, E., 4, 5, 27
Jongeward, J., 380
Jung, C. G., 22, 185, 304, 376

K

Kabat-Zinn, J., 103, 378
Kaës, R., 35-39, 48, 377
Kafka, F., 256
Kahler, T., 109, 380
Kahn, M., 25, 376

Kanfer, F. H., 63, 83, 88, 90, 97
 Kant, E., 91
 Kaplan, M. L., 317, 335,
 Karoly, P., 88
 Katz, D., 310
 Kazdin, A. E., 81, 89, 94, 103, 378
 Keller, F. S., 60
 Keller, Hellen, 318
 Kempler, W., 337
 Kendall, P. C., 94
 Kepner, Elaine, 338
 Kepner, J., 314, 321, 323, 348, 354, 385
 Kernberg, O., 25-27, 376
 Kertész, R., 114, 122, 139, 141, 152, 380
 Key, T., 312
 Khayyan, O., 320
 Kinget, M., 270, 271
 Klein, M., 25, 376
 Klosko, J. S., 98, 378
 Koffka, K., 309-311, 386
 Kogan, J., 310-312
 Kohlenberg, R. J., 100, 102, 378
 Köhler, W., 309, 311, 386
 Kohut, H., 25, 81, 376
 Korb, M., 313
 Korzybski, A., 91, 311, 312, 322, 364
 Krasner, D., 81
 Krishnamurti, 308
 Kuhn, T., 25

L

Labrador, F. J., 103
 Lacan, J., 203, 206, 376
 Lafarga, L., 253, 292, 295, 296, 300, 305, 383
 Laing, R., 35
 Lambers, E., 383
 Lancestre, A., 112, 154
 Laplanche, J., 14
 Larios, R., 298, 299, 383
 Larrán, C., 142
 Larroy, C., 103
 Larson, G., 363, 367
 Lazarus, R. S., 73, 90, 95, 98, 103
 Leigh, J., 103
 Leitenberg, H., 65-67, 103
 Lemoine, G., 203, 206, 381
 Levin, K., 310
 Levis, D. J., 67, 84
 Lévi-Strauss, 46
 Levitsky, 312
 Lewin, K., 313, 386
 Lewis, D. G., 66

Lewkowics, 49
 Liberman, R. P., 87
 Liébault, 4, 18
 Lietaer, G., 383
 Linehan, M. M., 81, 101, 378
 Little, L., 342
 Lobrot, M., 255, 256
 Logan, C. A., 62
 Logue, A. W., 87
 Lorenzer, A., 5, 15-17, 25, 26
 Lourau, R., 32, 376
 Lourenco, A., 363
 Lovaas, O. I., 85
 Lovering, A., 303, 383
 Luborsky, L., 26
 Luciano, C., 99, 378
 Lucke, H. H., 79, 80
 Lucy, R., 8, 9
 Ludwig, C., 2
 Luthman, S. G., 336

M

Mach, 2
 Mahler, M., 25
 Mahoney, M. J., 57, 87, 89, 90, 97, 378
 Maldavsky, D., 44, 45, 377
 Mancillas, C., 383
 Mariangel, 307
 Marks, I. M., 83, 88
 Marroquín, M., 381
 Martens, B. K., 86
 Martínez, C., 206, 381
 Martorell, J. L., 137, 380, 388-390
 Marx, K., 17
 Maslow, A., 269, 272, 304, 375
 Massey, R., 380
 Masson, J. M., 10, 11
 Masters, 60, 64, 75
 May, R., 375
 Mc Nally, R. J., 93
 McAllister, R. W., 61
 Mearns, D., 383
 Meehl, P., 26
 Meichenbaum, D., 89, 90, 93, 94, 95, 98, 378
 Melzack, R., 95
 Méndez, F. J., 103
 Merleau-Ponty, 260
 Meynert, 3
 Miglionico, A., 380
 Miller, A., 9, 89, 96, 389
 Millon, T., 101
 Mitscherlich, 27

Moccio, F., 206, 211, 381
 Moiso, C., 380
 Moreira, V., 383
 Moreno, J. L., 187-197, 199, 201, 209, 210, 213, 383
 Mounier, E., 301
 Mowrer, O. H., 62, 63, 82
 Munguía M., 303, 304, 385
 Muñoz, M., 299

N

Nachin, C., 34
 Nágera, H., 22
 Napoleón, B., 257
 Naranjo, C., 385
 Neugarten, B., 227
 Nevis, E., 363, 385
 Nevis, Sonia, 312, 321
 Nezu, A. M., 87, 96
 Nielsen, M., 27
 Nietzsche, F., 189, 294, 382
 Nieuwstraten, I. M., 362
 Novellino, M., 380
 Noyes, A., 314

O

O. Anna, 4, 5, 22
 Oaklander V., 318
 Oakley, M. E., 93
 Oldham, J., 312
 Olivares, J., 103
 Opazo, R., 67, 68
 Ortega y Gasset, J., 301, 312
 Osborne, J. G., 61

P

Padesky, C. A., 93
 Pal, C., 79
 Palazzoli, M., 97
 Pappenheim, Berta, 4
 Paulus, J., 80
 Pavlov, I., 81
 Pavlovsky, E., 206, 210-213, 381
 Penfield, W., 363, 366
 Pennebaker, J. W., 95
 Perls, F., 309, 310-312, 315-317, 324, 331, 333, 340, 348, 353, 355, 361-366, 369, 385
 Perls, Laura, 308, 310-312
 Perrot, M. C., 62
 Petit, M., 385

Petry, J., 87
 Pfister, O., 304
 Phillips, J. S., 63
 Pichón Rivière, E., 30, 32, 35
 Pierre, T., 105, 381
 Platt, J. J., 89, 378
 Polin, A. T., 63
 Polster, E., 385
 Polster, Myriam, 312, 385
 Pontalis, J. B., 14, 35, 38
 Porter, G., 278, 279
 Possner, Lore, 310
 Powers, R., 61
 Prata, G., 97
 Pretzer, J. L., 93
 Primrose, D. A., 341
 Prouty, G., 383
 Puget, J., 45-47

R

Rachlin, H., 62
 Rachman, S., 61, 63, 65
 Raming, H., 333
 Rand, N., 34
 Rank, O., 269, 384
 Rapee, R. M., 83
 Reep, A. C., 103
 Reich, W., 310, 311, 313, 364, 386
 Reynolds, G. S., 61, 63
 Rhoads, J., 94
 Richardson, F., 89, 94, 378
 Rimbaud, 257
 Rimm, D. C., 60, 64
 Robine, J. M., 385
 Roche, B., 100
 Rogers, C., 81, 99, 375, 383, 384, 387, 389
 Rosenthal, T. L., 88
 Rouchy, C., 35, 39
 Ruini, C., 103, 378
 Russell, B., 91
 Ryff, C. D., 103, 378

S

Sáez Alonso, R., 105, 111, 137, 142, 147, 163
 Safran, J., 95, 102, 378
 Sánchez Bodas, A. R., 383
 Sánchez Meca, D., 308
 Sand, G., 257
 Sansinenea, P., 366
 Santed, M. A., 390
 Sartre, J. P., 189

Satir, V., 227
 Saurat, M. J., 195
 Schachter, S., 85
 Schiff, J., 83, 380
 Schmidt, H., 101
 Schoenfeld, W. N., 60
 Scholing, A., 83
 Schramski, Th. G., 246, 381
 Schutz, A., 214, 220-222
 Schutz, W., 195
 Schutzenberger, A., 195
 Schwart, M. S., 103
 Sebastián, J., 383
 Second, 112
 Secord, P. F., 214, 216-219, 221, 224, 246
 Segal, Z. V., 102, 378
 Seligman, M., 69, 389
 Selvini, P., 97
 Shannon, C., 106, 381
 Shapiro, E., 385
 Sherman, J. A., 66, 67
 Shostrom, E., 304, 390
 Shure, M. D., 89
 Singer, B. H., 103, 378
 Skinner, B., 57, 60-63, 67, 82, 84, 96, 100, 378, 389
 Sloane, R. B., 26
 Smith, M. L., 26
 Snyder, C., 104
 Sófocles, 309
 Sotelo, J., 380
 Spinhoven, P., 99
 Spitz, R., 29, 36
 Spivack, G., 89
 Staats, A., 378
 Stampfl, T. G., 66
 Starak, Y., 312
 Steiner, C., 109, 139, 143, 156, 159, 161
 Stevens, J., 294, 385
 Stewart, W. A., 108, 116, 121, 129, 131, 136, 142, 147, 157
 Strosahl, K. D., 99, 378
 Stuart, R. B., 87
 Suinn, R. M., 89
 Sullivan, H., 269, 376

T

Tanenbau, 269
 Terkelson, K. G., 228
 Thorensen, C. E., 57, 87
 Thorndike, E., 82, 84
 Tighe, T., 86
 Tisseron, S., 34, 43
 Tolman, E. C., 89

Torok, María, 34, 38, 39, 43
 Traue, H. C., 95
 Triandis, H. C., 220
 Tsai, M., 100, 102
 Turk, D. C., 95
 Tuschen, B., 84

V

Valbuena, F., 106, 147
 Vallejo, M. A., 103
 Van De Riet, 313
 Van Dusen, W., 385
 Velasco Lafarga, L., 253, 300
 Verlaine, 257
 Victor Hugo, 257
 Von Brücke, E., 2, 3
 Von Helmholtz, H., 377

W

Wachtel, P. L., 59
 Watson, J., 81, 378
 Watzlawick, P., 227
 Weakland, J., 320
 Weathers, L., 87
 Weaver, W., 106, 381
 Weber, 214
 Weishaar, M., 269
 Weissberg, M. A., 65
 Weisz, P., 312, 385
 Wenhoff, R., 363, 367
 Wertheimer, M., 309, 311, 312, 386
 Wetzell, R. J., 87
 Wexler, M., 21
 Wiener, N., 106, 381
 Williams, J. M., 63
 Wilson, K. G., 56, 67
 Winnicott, D., 25, 29, 36
 Witt, J. C., 86
 Woldt, A. L., 321, 322
 Wolpe, J., 61, 63-65, 67, 73, 83
 Wood, R., 87

Y

Young, J. E., 81

Z

Zinker, J., 298, 385

ÍNDICE ANALÍTICO

A

Abandono durante el parto, 78
Abreacción, 6
Abrirse a la experiencia, 103
Academia de Ciencias de Viena, 3
Acción, 10, 33, 102, 198
Aceptar la experiencia, 103
Acogida, 275
Acting out, 204, 308
Actitud
 dogmática, 269
 paternalista, 279
 positiva del terapeuta, 9, 55
 simplista, 76
Activating event, 91
Actores, 10, 214
Actos fallidos, 11, 21
Actuación, 100, 163, 208-209
Adaptación psicológica, 271
Admiración, 44, 289
Adulto, 41, 154, 161, 169, 238
Afecto, 6, 29
 hacia sí mismo, 77
Agresión, 13, 346, 353
Agresividad, 59, 297
Aislamiento, 56, 145, 313
 paranoico, 326-327
 social, 86
Alcohólico, 44, 178
Alegria, 50, 185, 288, 300

Alérgicos, síntomas, 166
Alucinaciones, 5
Amantes, 47
AMATE, 298-299
American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama, 381
Amistad, 349
Amor, 22, 40, 46, 299, 326
Análisis, 19
 de la conducta, 58, 97, 100
 de la existencia, 189
 de las identificaciones, 40
 de las transacciones, 105, 112, 134
 de segundo orden, 121
 estructural, 112, 114
 funcional de la conducta, 59, 82
 institucional, 33
 lacaniano, 203
 operante, 68
 organizacional, 32
Anamnesis, 5, 157
Anatomía comparada, 1
Angustia, 4, 300
Anomalías de la estructura psíquica, 130
Anorexia, 35
Ansiedad, 60, 63
 de examen, 74, 79
 interpersonal, 64, 77
Antecedent-behavior-consequence, 82
Antiargumento, 164
Antigüedad, 164

Antropología fenomenológica, 110
 Aparato psíquico grupal, 35
 Aplicación ética, 67
 Apoyo interpersonal, 346
 Aprenda a decir "no" cuando dice "sí", 360
 Aprender, 323
 a aprender, 74, 293
 a escuchar, 337
 a hacer, 293
 a ser y a convivir, 293
 Aprendizaje, 60, 89
 asociativo, 82
 biosocial, 101
 por modelos, 82, 88
 por observación, 88
 social, 88
 vicario, 88
 Aproximaciones sucesivas, 63, 379
 Apuntalamiento, 37
 Aquí y ahora, 119, 126, 335
 Arqueopsiquis, 115
 Arrogante, 156
 Arte de fracasar como terapeuta, 307
 Asociación
 de estudiantes de la Universidad de Wisconsin, 254
 Española de Análisis Transaccional (AESPAT), 111
 Estadounidense de Psicología (APA), 309, 372
 Latinoamericana de Análisis Transaccional (ALAT), 111, 363
 Psicoanalítica Argentina, 30
 Asociacionismo, 314
Association for Humanistic Psychology, 312
 Asunto inconcluso, 331, 366
 Atemperamiento, 197
 Atención positiva, 273
 Atribuciones causales, 100
 Auditorio de la representación psicodramática, 206
 Auditorio ficticio, 221
 Aula diferenciada, 352
 Autenticidad, 110, 269
 Autismo, 33, 355
 Autoactualización, 309, 367
 Autoanálisis para terapeutas, 321
 Autocastigo, 97
 Autocontrol, 87, 97
 Autocrítica, 102, 305
 Autodescubrimiento, 316, 336
 Autodestrucción, 28, 297
 Autoestima, 362
 de la madre, 77
 Autohipnosis, 5

Autoinstrucción, 90, 93
 Autominusvalía, 74
 Automutila, 319, 343
 Autonomía, 56, 108, 183
 personal, 232
 Autoobservación, 97
 Autoritarismo, 367
 Autorrealización, 304, 294, 371
 Autorrealizarse, 283
 Autorrefuerzo, 69, 90, 95
 Autorregulación, 218, 272
 Autosostento, 319

B

Behavior analysis, 372, 378
Belief, 91
 Bioenergética, 111, 175, 180
Biofeedback, 103
 Biogénico, 119
 Biológico, 14, 116, 125
 Bio-psico-social, 301
 Bipolares, 68, 349
 Bloquear la dramatización, 213
 Bloqueos, 185, 213
 Budismo Zen, 101, 317, 348
 Bulimia, 35, 74
 Búsqueda de la verdad, 264

C

Cadenas de pensamientos, 74
 Calentamiento, 198, 247
 Cambio, 167
 de la personalidad, 57, 282
 de roles, 147, 199
 social, 183, 301
 Cambios fisiológicos y psicológicos, 234
 Campo educativo, 292
 Campo laboral y organizacional, 111
 Campos de concentración, 294
 Cantidad de conversación, 61
 Cantidad o calidad de trabajo, 61
 Capacidad para ayudar, 267
 Cardiopatías, 172
 Caricia, 137, 142
 Castigo, 17, 85
 Castración, 11, 206
 Catálisis, 291
 Catarsis, 9, 189, 192
 Catástrofes, 29, 41
 Catatonia, 162
 Causas, 10, 82

- Cefaleas, 166
- Center for Studies of the Person*, 301
- Centrarse en el momento presente, 307, 341
- Cerebro, 3, 6, 366
- Child Study Department*, 257
- Chivo expiatorio, 335
- Cibernética, 106
- Ciclo, 227
 - de la experiencia, 298, 317, 337, 365
 - de vida, 225, 227
- Ciencia, 15, 25
- Cierre gestáltico, 310, 364
- Client-centered*, 290
- Cohesión, 198, 325
 - confluencia sana, 325
 - grupal, 198
- Cólicos frecuentes, 166
- Compañerismo, 322, 325
- Compartir, 48, 147, 251
- Competencia, 171
 - lingüística, 221
- Complejo de Edipo, 23, 48
- Complementariedad en la pareja, 350
- Comportamientos, 101
 - objetivos, 110
 - observables, 115
- Comprensión, 280
 - de diagnóstico, 281
 - empática, 281
 - lógica, 280
 - simpática, 281
 - verbal, 280
- Comunicación, 102
 - en terapia de pareja, 75
 - humana, 106
- Comunidad, 301
 - cristiana, 256
 - judía, 256
 - terapéutica, 191
- Comunitario, 301
- Concepto
 - de campo
 - emocional
- Consciencia, 21
 - corporal, 318
 - grupal, 251
 - hipnoide, 7
- Concretización, 202
- Condicionamiento, 82
 - aversivo, 56
 - clásico, 60, 81
- Condiciones del valor, 274
- Conducta
 - autodestructiva, 54
 - autolesiva, 80
 - compleja, 58, 71
 - compulsiva, 65
 - confluyente, 319
 - delirante en pacientes esquizofrénicos, 54
 - destruictiva, 80
 - expresiva, 61, 68, 72
 - hostil, 72
 - métodos en la terapia de, 83
 - no verbal, 117, 159
 - observable, 88, 128
 - operante, 61, 63
- Conductas
 - altruistas, 88
 - ansiosas, 60
 - catatónicas, 313
 - de sobreprotección, 131
 - involuntarias, 81
 - maníaco-depresivas, 164
 - motoras, 314
 - simples, 71
 - típicas desafiantes, 130
- Conexión estímulo-respuesta, 81
- Confianza básica, 232
- Configuración, 38, 342
- Conflicto, 57, 168
- Conflictos
 - básicos, 232, 234
 - raciales, 292
- Confluencia, 343, 355
- Confrontación visual, 344
- Confrontaciones, 21, 180
- Confusiones del cliente, 284
- Conocer para sobrevivir, 227
- Consciente, 12, 101
- Consejería, 292
- Consequence*, 82, 91
- Consideración positiva incondicional, 281
- Consulta universitaria, 74, 76
- Consumo
 - de tabaco y alcohol, 103
 - excesivo de drogas, 74, 77
- Contacto
 - corporal, 247
 - final, 324
 - interpersonal, 324, 362
 - visual, 20, 71
- Contaminación, 65, 132
- Contexto humanístico, 105
- Contingencias de reforzamiento, 61, 90, 100
- Continuidad de la buena forma, 310
- Contraargumento, 164
- Contracultura, 190
- Contraaguión, 165

Contraidentificaciones, 205
 Contramandato, 165
 Contrato terapéutico, 169, 171
 Contratos de contingencias, 87
 Contratransferencia, 22, 40, 80, 139, 207, 267
 Control, 59
 de esfínteres, 54
 de estímulos, 85, 97
 Conversión, 7, 167
 histórica, 6
 COPE, 321
 Cópulas dolorosas, 166
 Coraza antiestímulos, 44
 Costo de respuesta, 68, 86
 Cotidianidad, 46, 208
Counseling, 275, 292, 296
 Center, 257

D

Depresiones endógenas, 68
 Desafío, 22, 293
 Desamparo
 aprendido, 69
 ligado a la prematuración, 40
 psíquico, 7
 Desaprender, 347
 Desaprobación, 150, 279
 parental percibida, 365
 Desarrollo
 emocional-vincular, 143, 168, 235, 341
 espiritual, 168
 humano, 188, 214, 295
 organizacional, 111
 social del niño, 195
 Descalificaciones, 114, 163
 Descargas eléctricas, 56
 Descontaminación, 180
 Descripciones conductuales, 129
 Desdramatizar la situación, 279
 Desensibilización, 63
 "in vivo", 83, 92
 modificada, 94
 sistemática, 63, 83
 Deseo de muerte, 41
 Deseos masoquistas, 17
 Desequilibrio emocional, 109
 Deshumanización, 294
 Desintegración, 340
 de la personalidad, 274
 Desórdenes de carácter, 108, 121
 Desórdenes psiquiátricos, 108
 Despedida, 212, 332
 Desvanecimiento o *fading*, 63, 66, 85
 Diagnóstico, 55, 281
 conductual, 82
 filosófico, 326, 329
 Diálogo, 135, 264
 con los padres, 359
 en sí mismo, 308
 interior, 90, 118
 Diferencia, 215
 entre actuación y representación, 208, 209
 entre el AT y la TG, 369
 Dificultad, 58, 107
 para autoafirmarse, 61
 para pedir favores, 71
 de erección, 64, 75
 Digestivos, 166
 Dilema ético, 224
 Dinámica de grupos, 115, 171
 Dirección de la mirada, 72
 Director, 222, 247
 Discriminación, 48
 de estímulo, 59
 Discursivo, 203, 208, 247
 Discursos del lenguaje cotidiano, 216
 Diseños de investigación comparativa, 26
 Disfunciones sexuales, 73
 Distorsión de la percepción, 194
 División
 25 APA, 372
 32 APA, 372
 39 APA, 372
 DM moderados, 340
 Doble del personaje, 199
 Doctrinas filosóficas, 36, 37
 Dolores de cabeza, 62
 Dominación
 jerárquica *versus* subordinación, 220
 sometimiento, 291
 Drama, 221
 primitivo interiorizado, 223
 Dramatización, 199, 210
 defensiva, 212
 demostrativa, 213
 descriptiva, 211
 elaborativa, 212
 explorativa, 211
 expresiva, 212
 expresiva grupal, 212
 prolongada, 211
DSM-IV-TR, 83
 Duelo, 300
 no resuelto, 320, 331

E

-
- Eclecticismo, 99, 103
 Ecología, 292, 304
 Ecuación, 91
 conductual, 82
 simbólica, 210
 Ecuación: A-B-C-D-E, 91
 Edad
 cronológica, 115, 340
 mental, 340
 Educación, 99, 293
 autogestiva, 303
 holística, 300
 humanística, 293
 Educadores, 293, 343
 Efectividad, 26, 73, 199
 Efectos de la psicoterapia, 258
Effect, 92
 Eficacia, 44, 77, 170
 Ego, 13, 17
 auxiliar, 197, 248
 ideal, 263
 real, 263
 Ejercicios de respiración, 103
 Elaboración, 7
 de ideas, 266
 del APG, 36
 psicodramática, 204
 Electrodo, 125
 El hombre sabio, 312, 358
 Emoción primaria, 246, 251
 Emociones, 119
 auténticas, 114, 178, 184
 primarias, 246
Emotive imagery, 89
 Empatía, 99, 284
 Encorvar la espalda, 165
 Encuentro interpersonal, 191, 194
 Endógeno, 10, 29
 Energía, 36, 98, 125, 195, 298, 320
 Enfermedad, 30
 crónica, 160
 mental, 145, 335
 Enfocar en un tema, 315
 Enfoque, 53, 290, 335
 centrado en la persona, 304, 369
 centrado en el alumno, 292
 neurolingüístico, 313
 Enfoques
 diferentes de terapia familiar, 335
 terapéuticos, 56, 386
 Enojó, 69, 299
 Enriquecimiento, 284, 271
 familiar, 349
 Ensayo conductual, 64, 71
 Enseñanza, 295, 262
 Entorno social, 107
 Entrenamiento, 72
 asertivo, 77
 autoafirmativo, 72, 77
 en el manejo de miedos, 84
 en manejo de ansiedad, 94
 Entrevista, 75, 211, 257
 estructural, 30
 psiquiátrica, 5
 Entrevistas terapéuticas, 257, 263
 Enuresis rebelde, 74
 Epilepsia, 44
 gran mal, 366
 Episodio, 217
 cardiovascular, 107
 Episodios
 causales, 217
 cognoscitivos, 219
 dramáticos, 161
 enigmáticos, 217
 formales, 217
 Época neorogeriana, 301
 Era de la emoción, 98
 Eros, 13, 17, 29
Escala
 de Bloqueos a la Creatividad, 321
 intrinsic/extrinsic religious orientation, 368
 Escena de la dramaturgia, 217
 Escenificación, 192, 221
 Escuchar, 275, 282
 Escucharse a sí mismo, 287
 Escuela
 de Helmholtz, 2, 3
 Gestalt de Cleveland, 348
 Psicoanalítica Argentina, 30
 Realista de Filosofía de la Ciencia, 224
 Sistémica, 225
 Terapéutica, 19, 80
 Espejo, 33, 201, 342
Espiral del diagnóstico filosófico, 327
 Espiritual, 110, 292, 304, 307
 Espontaneidad, 131, 188, 190
 Esquema temporal, 288
 Esquizofrenia, 93, 322
 Esquizofrénicos, 54, 183, 356
 Esquizo-paranoide, 205
 Estabilización de la conducta, 84, 87
 Estados corporales, 318
 Estados del *Ego*, 106, 184
 Estilo de vida, 298, 305, 350

Estilos de personalidad (resistencias), 321, 323
 Estimulación luminosa intensa, 56
 Estímulos discriminativos, 62, 72
 Estreñimientos crónicos, 166
 Estrés, 62, 95
 Vertical, 228
 Estresores, 228
 externos, 228
 propios del ciclo de vida, 228
 verticales, 228
 Estructura de una familia, 228
 Estructuración del tiempo, 111, 114, 145
 Estructuralismo psicoanalítico, 313
 Estructuras cognoscitivas hipotéticas, 219
 Etapas
 de desarrollo, 195, 235, 246
 de la espiral de pertenencia, 326
 de la existencia, 319
 del ciclo de vida familiar, 228, 229
Ethos, 126
 Ético, 105, 172, 226
 Etiología, 10, 19, 67
 Etnometodología, 214
 Euforia, 300
European Association Transactional Analysis, 111
 Evaluación, 83, 87, 93, 304
 Evitación, 67, 69, 78, 86
 experiencial destructiva, 99
 Evitando crecer, 158
 Evocar ansiedad, 63
 Evolución psicológica, 118, 154
 Exceso conductual, 71
 Excitación, 6, 318
 sexual, 64, 76
 Exclusión, 356
 doble, 131
 simple, 131
 Existenciales, 57, 149
 Exógeno, 29
 Experiencia
 de fracaso, 69
 emocional correctiva, 180
 inmediata, 316, 336
 pasada, 74, 333
 subjettiva, 63, 66
 Experimentos gestálticos, 316
 Exploración, 58
 biográfica, 5
 de las disposiciones para la acción, 102
 Explorarse a sí mismo, 317
 Explosión, 68, 355
 gradual "in vivo", 84
 Exposición masiva "in vivo", 84

Expresión, 16, 278, 299
 de resentimientos, 72
 libre de las emociones, 298
 Expresiones gestuales, 120
 Expresividad de los afectos, 68
 Extereopsiquis, 115
 Extinción, 65, 86
 encubierta, 90
 Extrovertido, 325
 Eyaculación precoz o retardada, 166

F

Facilitar la comunicación, 276
 Factores organizadores, 36
 Falta de autoestima, 77
 Familia, 30, 228
 extensa, 228
 nuclear, 228
 Familias
 abúlicas, 35
 de psicóticos, 35, 42
 disfuncionales, 228
 esquizofrénicas, 97
 Fantasías
 dirigidas, 349, 358
 grupales, 204-205
 inconscientes, 204-205
 infantiles, 10
 orales, 205
 Fantasmagoría grupal, 204
 Fase
 de aplicación, 95
 de calentamiento, 201
 de cuestionamiento, 201
 de ensayo, 95
 de estimulación, 201
 de imitación, 201
 educacional, 95
 prepsicoanalítica, 3
 de la experiencia humana, 321
 de la sesión psicodramática, 198
 tempranas de la infancia, 25
 Fenómeno *phi*, 309
 Fenomenología social, 188, 214
 Figura-fondo, 277
 Figuras parentales, 150, 153, 181
 Filosofía
 de la ciencia, 188, 224, 315
 de la Naturaleza, 1
 de la terapia Gestalt, 347
 del lenguaje cotidiano, 188
 estoica, 91

existencial, 260, 361
 oriental Zen, 312
FIRO-B, 304, 321
FIRO-BC, 321
FIRO-F, 321
 Fisiología
 del cerebro, 3
 física, 1
 Fisiológicos, 12
 Fobias, 64
 Fobias
 con animales, 64, 83
 monosintomáticas, 172
 sociales, 81
 Foco dentro de la sesión, 102
 Formación
 de respuestas o *shaping*, 63, 66
 humanística, 293
 temprana de la identidad, 25
 Formas de interacción, 16
 Fracaso
 amoroso, 162
 terapéutico, 54
 Frecuencia de relaciones sexuales, 61
 Frustración
 sexual, 72
 soporte, 355
 Función
 de apropiación, 40
 de intrusión, 40
 de la letra y del lenguaje, 26
 Funcionalismo, 314
Fundación Milton Erikson, 320
 Furioso, 287

G

Generaciones, 231
 Generalización, 82, 87, 309
 Genitourinarios, 166
 Gestalt, 109, 175, 180
 Gestáltico, 314, 315
 Grabaciones verbales y no verbales, 117
 Grupo
 básico, 31
 terapéutico, 168, 173
 Grupos
 de encuentro, 258, 301
 de entrenamiento sensorial, 322
 internos, 30, 36
 T, 322
 Guerra, 28, 83
 Guión, 177
 de confusión, 163

H

Habilidades de enfrentamiento, 89, 94
 Hablar con mayor claridad, 71
 Hada
 buena, 125
 madrina bienhechora, 125
 Hechos, 73, 90
 Hemisferio temporal, 366
 Heredero de la psicosis de los padres, 39
 Hermenéutica, 15, 26
 Hijo
 Psicótico, 44
 Toxicómano, 44
 Hipnosis, 305
 Hipnoterapia, 320
 Hipótesis del desarrollo, 272, 273
 Histeria, 2, 6
 Histología del sistema nervioso, 2
 Historia del psicoanálisis, 3
 Holístico, 300, 302
 Hombre
 de ciencia, 264, 268
 de experiencia, 264
 de los lobos, 24, 34
 Homeomórfico, 35
 Hormonales, 68
 Hostil, 51, 59, 72
 Huella mnémica, 16
 Humanismo ético, 91

I

Id, 17
 Ideación suicida, 367
 Ideas existencialistas, 91
 Identidad
 del *ego*, 30
 del pensamiento, 210
 Identificación, 234
 intragrupal, 251
 Identificaciones
 introyectivas, 211
 proyectivas, 209
 Ideologías, 36, 232
III Congreso Latinoamericano de Análisis Transaccional, 363
 Ilusión perceptual del movimiento, 309
 Imaginario, 232, 235
Impasses, 364
 Imposición, 144, 177
 Impotencia, 72, 144
 Impulsos primarios, 119

Incesto consumado, 44
 Inclusión, 304, 321
 Incompletitud, 226
 Inconsciente, 82, 102, 194
 Incremento de la conducta, 84
 Independencia mental, 294
 Indicio, 45, 49, 166
 Indígenas, 292, 303
 Infancia, 10, 25, 174, 181
 Inferencias simples, 219
 Infidelidad, 78
 Influencia del padre, 118
 Ingestión de drogas, 61
 Inhibición, 64, 75
 Injusticia, 24, 78, 294
 Inoculación de estrés, 94, 95
 Inseguridad, 77, 166
Insight, 59, 200
 Instinto, 12
Institute for Child Guidance, 257
Instituto
 Contacto con Empatía, 365
 de Fisiología de la Universidad de Viena, 2, 3
 del Oeste de Ciencias del Comportamiento, 257
 Gestalt de Nueva York, 312
 Instrumentos
 de medición, 82
 y grabaciones musicales, 202
 Integración de contrarios, 185
 Intención paradójica, 97
 Interacción, 16
 conducta-ambiente, 53
 grupal, 180
 paciente-terapeuta, 30, 83
 terapeuta-paciente, 83, 168
 Interacciones conducta-ambiente, 69, 70
 Interaccionismo simbólico, 214
International Transactional Analysis Association,
 111
 Interpretación
 cognoscitiva-conductual, 69
 de resistencias, 201
 subjetiva, 220, 222
 Intervalo variable, 87
 Intervención en crisis, 292, 301
 Intimidación, 254, 327
 versus formalidad, 220
 Introspección, 183, 314
 Introvertido, 325
 Introyección, 36, 234, 274, 323
 Introyecciones, 210, 319
 Inversión de roles, 196, 224
 Investigación experimental, 56, 257
 Isla española de Tenerife, 309

Islas culturales, 269
ITESO, 296, 305

J

Jerarquía, 59, 64, 267
 Joven adulto, 228, 239, 242
 Juegos, 184, 218, 221, 365
 Juicio de la realidad, 30

K

Kent State University, 323

L

Laboratorio con animales, 55
 Lazos de simpatía, 322
 Lesiones cerebrales, 309, 311
 Ley
 de la pregnancy, 310
 de la proximidad, 309
 de las polaridades, 1
 Libertad
 espiritual, 294
 para aprender, 258
 Libido, 9, 13
 Libre negativo, 160
 Liderazgo, 115, 293
 Límites al contacto, 324
 Límitrofe, 81, 101
 Limpieza de chimenea, 5
 Lingüística estructural chomskiana, 215
LIPHE, 321, 365
 Liturgias, 218
 Llanto, 62, 364
 Lo real y lo imaginario, 208
 Lobotomía, 55
 Localización de focos sensibles, 75
 Locura, 23, 44
 parental, 41
 Logro de las necesidades, 228
 Lucha por el recuerdo, 23, 28

M

Maduración psicológica, 274
 Madurez filosófica, 327
 Maestro del *Zen*, 348
 Malestar en el psicoanálisis, 27
 Maltratos, 83

- Mandatos
 ambientales, 125
 parentales, 15, 149, 167
 Manejo de contingencias, 84, 87
 Manifestaciones somáticas, 83
 Mantener, 62, 92, 156, 216, 227, 276, 319
 Mapas de un territorio, 312
 Marginados, 256
 Más
 allá de mi fe, 293
 allá del divorcio, 350
 Masoquista, 17, 41
 MATEA, 321
 Matriz
 de identidad, 195, 196
 del argumento de vida, 109
McGill University, 363
 Mecanismos de defensa, 17, 21
 Medicina conductual, 95, 103
 Médicos, 112, 354
 Meditación, 111
 Melancolía, 300
 Memoria, 121, 309
Mental Research Institute, 331
 Mente, 164, 308
 -cuerpo, 308
 Meta de la intervención terapéutica, 230
 Metaanálisis, 103
 Metáfora, 51, 203
 del jardín, 99
 Metahermenéutica, 26
 Metamorfosis, 277
 Metapsicología, 14
 psicoanalítica, 6
 Método
 catártico, 5, 8, 19
 clínico, 259
 experimental, 259, 265
 hipnótico, 3, 4
 inductivo, 33
 Metodología cognitiva de Beck, 81
 Métodos
 de confrontación, 83
 de reestructuración cognitiva, 90, 94
 emotivo-evocativos, 92
 encubiertos, 89
 operantes, 84, 85
 Metonimia, 203
 Mi propia familia, 334
 Miedo
 a animales, 64
 a exhibirse, 213
 a la oscuridad, 89
 a la soledad, 83
 a tener miedo, 83
 al ridículo, 213
 Miedos agorafóbicos, 64
 Migrañas, 166
Mindfulness, 102
 -based stress program, 103
 Miniargumento, 109, 103
 Miniexperimentos, 338
 Miniguión, 113, 115
 Minisatoris modelo de psicopatología, 317
 Miseria, 294
 Mitos, 36, 350
 Modelaje, 64, 66
 conductual, 64
 Modelo
 antropomórfico, 217
 de aprendizaje, 107, 368
 de crecimiento, 317, 347, 368
 de excitación emocional, 95
 de iluminación, 317
 de los dos factores de Mowrer, 62, 82
 de mediadores, 87
 mecanicista del hombre, 217
 topográfico, 12
 Modificación de conducta, 54, 85
 Moldeamiento de la conducta, 72
 Monos antropoides, 309
 Movilización de energía, 318, 329, 337
 Movilizar emociones, 180
 Movimientos compulsivos repetitivos, 80
 Muerte, 227
 inesperada, 228
 Mundo intrapsíquico, 232, 234
-
- ## N
-
- Nacimiento, 231, 318
 Nadie se educa sólo, 303
 Narcisismo, 40, 46
 primario, 13
 secundario, 13
 Necesidades de carencia, 272
 Negación, 78, 206, 297
 Neocórtex, 119
 Neopsiquis, 115
 Neurofisiología, 15
 Neurología clínica, 3, 4
 Neurosis
 de angustia, 4
 de frustración, 29
 de transferencia, 13, 21
 fóbicas, 172
 histéricas, 172

infantil, 20
 narcisistas, 25
 obsesivas, 20, 172
New York Institute of Gestalt Therapy, 311

Niño

adaptado rebelde, 173, 184
 adaptado sumiso, 177, 184
 constante, 131, 160
 egoísta, 130
 libre, 175, 177, 184
 natural, 125, 129, 130
 problema, 257

Niños

autistas, 54
 hiperactivos, 93

Nivel ontológico, 224, 235

Niveles

de influencia, 322
 edípicos, 205
 preedípicos, 205

No alienación, 269

No-directividad, 270, 275

Normas familiares ancestrales, 123

Nudo humano, 356

Nuevos métodos grupales, 195

O

Obesidad, 77, 85

Objetividad de la investigación social, 221

Observadores, 205

Odio narcisista, 40

Ogro, 125

Okeidad, 110, 171, 182

Organísmica, 58, 298

Organizador

grupal, 36
 psíquico, 36

Orientación

cristiana, 363
 humanística, 253
 no-directiva, 257
 sistémica, 337

P

Paciente identificado, 335

Pacientes de cáncer, 103

Padre

brujo, 125
 cerdo, 125
 controlador, 128
 crítico, 128, 129

emoción, 124

inhibidor, 175

nutritivo, 129

nutritivo permisivo, 129, 173

perseguidor, 129

protector, 129

Padres sustitutos, 350

Papá Noel, 125

Paradigma

del universo autoorganizativo, 187, 224
 indiciario, 49

Paradigmas, 25

científicos, 25, 225

científicos-filosóficos, 187

Paradoja, 263, 267

Parafrasear, 276

Parálisis, 5, 299

Parejas, 206, 240, 334

Parpadear, 330

Parpadeos constantes, 166

Participantes tóxicos, 354

Parto, 78, 227, 241

Pasado-presente, 49

Pasatiempos, 146, 156

Pastores, 256

Pata de palo, 176, 181

Pathos, 127

Patología estructural, 130, 134

Pedagogía no directiva, 254, 258

Pedofilia, 74, 76

Pellizcarse repetitivo, 79

Pensamiento lógico concreto, 118

Pensamientos obsesivos, 90

Pensar, 91

con la mente, 308

Pequeño

abogado, 125
 profesor, 149, 151

Percepción

de las emociones, 310
 distorsionada, 144, 194

Percepciones, 7, 74, 238

Pérdida del interés sexual, 74

Perdón, 62

Permisividad, 193, 197

Permisivo, 117, 129, 173

Permiso, 173

Perseguidor, 129, 146, 175

Persona asocial, 131

Personaje, 113, 161

Personalidad, 115, 313

Perturbación

emocional, 107
 psíquica, 285

Perversión, 9, 29
 Pesimista, 71, 156
Philadelphia Child Guidance Clinic, 331
 Pilares fundamentales, 24, 25
 Placer, 13, 75
 Plan de vida inconsciente, 156
 Poder, 41, 182, 327
POI (Personal Orientation Inventory), 304
 Polaridades, 188, 227, 233
 Polo isomórfico, 35
 Poscontacto, 324
 Posiciones existenciales, 114, 149
 Postura corporal, 72, 158
 Potencia, 56, 179
 Preadolescencia, 235, 236
 Preconsciente, 17
 Precontacto, 324
 Preocupaciones, 57, 75, 248
 Presente, 49, 143, 307
 Presiones culturales, 369
 Prevención, 84, 257
 Primera
 generación de TC, 81
 Guerra Mundial, 190, 193
 infancia, 132, 148
 Principio de Premack, 82
 Prisión, 162
 Problemas
 educativos, 85
 emocionales, 53, 94
 enuréticos, 54
 sexuales, 64, 75
 Procesador de datos, 118, 131
 Proceso
 orientado en el modelo de grupo, 348
 orientado en el modelo individual, 348
 terapéutico, 26, 104, 173, 247, 290, 308
 Procesos
 de aprendizaje, 66, 89
 de individuación, 25
 Procreación, 226, 231
 Profecía autocumplida, 70
 Profilaxis de las recaídas, 87
 Progenitor psicótico, 41
 Progenitores, 104, 107, 206
 Programa Gestalt para Parejas, 350
 Promiscuidad, 44
 Propósito de la familia, 228
 Protección, 173
 de la infancia, 292
 Proximidad, 245, 309
 Proyección, 36, 43
 Proyecciones, 194, 210
 Proyecto de vida, 226, 237, 294

Pruebas
 de *Apercepción Temática (TAT)*, 287
 de *Rorschach*, 287
 Psicoanálisis
 de grupo, 35
 francés, 203
 institucional, 35
 Psicocibernética, 311
 Psicodrama psicoanalítico, 31
 Psicología
 de la Forma, 309
 de la Gestalt, 309
 de naturaleza religiosa, 255
 existencial, 280
 positiva, 103
 social cognoscitiva, 219
 social positivista, 218
 Psicólogos, 57, 62, 109, 296
 Psiconeurosis, 11, 19
 Psicopatía, 121, 322
 Psicopatología, 172, 188, 335
 Psicosis, 13, 29
 de los padres, 41
 Psicósomática familiar, 35
 Psicoterapeuta es él mismo, 282
 Psicoterapia
 analítica funcional, 100
 de grupo, 169
 de juego, 341
 individual, 168, 341
 psicodramática grupal, 193
 Psíquico, 29, 37, 41
 Psiquiatras, 112, 296, 354
 Psoriasis, 103
 Psychoanalysis, 372, 376
PsycINFO, 373, 374

R

Rabia, 114, 129
 Racionalismo, 191
 Rapo, 177
 Rasgo
 abúlico, 45
 cínico, 45
 universal, 226
 viscoso, 45
 Razón variable, 87
 Reacciones
 conductuales, 157, 180
 depresivas, 67
 Reactivación, 181, 381
 Realismo científico, 216

Rebeldía, 125, 237
 Rebelión, 279
 contra los padres, 255
 Rebusques, 114, 144
 Rechazo, 39, 42, 70
 Recordar el pasado, 362
 Recuerdos de sensaciones corporales, 98
 Recursos ancestrales, 305
 Redecisión, 109, 183
 Reducción
 del tabaquismo, 86
 y debilitamiento de la conducta, 84, 85
 Reemplazo de la palabra por un sonido, 202
 Reestructuración
 cognitiva, 90, 94
 racional sistemática, 94
 Reflejar, 276
 Reflejo de sentimientos, 111
 Reflexionar, 119, 173, 216, 293
 Reformulación, 276
 reflejo, 276
 resumen, 276
 Reforzamiento
 inmediato, 87
 intermitente, 86, 87
 negativo, 62, 65, 85
 positivo, 85, 90
 Refuerzo, 68, 82, 147
 Regla de la abstinencia, 20
 Reivindicación de la mujer, 292
 Relación
 afectuosa, 289
 interpersonal, 57, 155, 348
 Relaciones
 interpersonales, 31, 36
 Interpersonales Fundamentales (*FIRO*), 321
 macrosociales, 269
 sexuales, 47, 147
 Relajación, 67, 103, 111
 muscular, 64, 95
 Relato, 167, 212, 330
 Religión, 14, 226, 255
 Reminiscencias, 7, 9
 Remuneración, 170, 172
 Reparentalización, 109, 182
 Repertorio conductual, 59, 68, 72
 Representación, 31, 37
 cognitiva, 89
 simbólica, 210, 223
 Represión, 6
 Resentimientos, 72, 145, 359
 Resistencias inconscientes, 17
 Resolución de conflictos, 75
 Respetar al cliente, 275

Respeto a la libertad personal, 56
 Respiratorios, 166
 Respuesta eco, 276
 Respuestas defensivas, 72
 Retroalimentación correctiva, 64, 71
 Retroflexión, 323, 343
 Reversión del hábito, 79
Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, 111
 Revolución copernicana, 11
 Risa de la horca, 166
 Ritos, 36
 Rituales, 114, 145
 Rol del terapeuta, 316
Role-playing, 187
 Roles, 30, 147, 153, 233, 303
 psicológicos, 109
 Ruptura de la comunicación, 285

S

Saciedad de estímulo, 86
 Salud
 mental, 113, 133
 pública, 292
 Saludar apropiadamente, 71
 Salvador, 129, 158, 170
 Satisfacción de necesidades, 204, 233
Satori (el gran despertar), 317
 Secreto, 47, 89, 170, 300
 Secretos
 entre generaciones, 34, 231
 estrés horizontal, 228
 Seducción, 10, 18
 sexual, 9
 Segunda generación, 34, 88
 Seísmo, 189, 191
Self-management, 88
 Semántica, 91, 364
 general, 364
 Semejanza, 50, 362
 Semejanzas entre el AT y la TG, 362
 Seminario
 de Análisis Transaccional de San Francisco, 109
 de Psiquiatría Social de San Francisco, 109
 Eric Berne de San Francisco, 109
 Sensaciones corporales, 98, 103
 Sensibilización encubierta, 76, 90
 Sensibilizar, 336
 Sentido de la existencia, 260
 Sentimiento de incompetencia, 69

Sentimientos
 básicos, 298
 de aprecio, 185
 de celos, 212
 de culpa, 54, 72
 de inutilidad, 163
 de pérdida, 67
 de resentimiento, 78
 derivados, 298
 hostiles, 59, 68
 negativos, 21
 reprimidos, 193
 Sentir
 con las emociones, 308
 las cóleras, 284
 las cosas tal y como suceden, 103
 placer, 75
 Ser lo que soy, 283, 286
 Servil, 144, 156
 Sexualidad, 7, 19, 27
 Signos de conducta, 158, 180
 Silla vacía, 187
 Simbiosis, 232, 235
 -individuación, 235
 Simbólico, 203, 209
 Sinergia, 185
 Síntomas
 de ansiedad, 62
 histéricos, 3
 psicosomáticos, 166
 Sistema
 de economía de fichas, 86
 Morse del telégrafo, 309
 nervioso autónomo, 61
 Sistema social, 228
 Situaciones
 a enfrentar antes de vivir en pareja, 349
 inconclusas, 310, 320
 Sobreprotección, 131, 342
 Socialización, 223
 del niño, 130
 dirigida, 367
 primaria, 16
 Socialmente desfavorecidos, 257
 Sociedad
 global, 269
 para la prevención de la crueldad con los
 niños, 257
 Psicoanalítica de San Francisco, 366
 Socioanálisis, 32
 Solicitud sexual, 74
 Solidaridad fraternal, 255
 Soliloquio, 196, 199, 250
 Solución de problemas

Somato-psíquico, 87, 93, 96
 Sonambulismo, 8
 Sonreír, 71
Stop de pensamientos, 90
 Su excelencia, 123
 Sudores, 83
 Sueño, 12, 305
 Suficiencia, 230
 Sufrimiento psicótico, 42
 Sugestión, 3, 7, 18
 Suicidio, 160, 162, 385
 Supervisión de terapeutas, 212

T

Tartamudear, 57
 Tavistok clínica, 348
Teacher College of Columbia University, 257
 Teatro de la verdad, 187
Technos, 126
 Técnica
 de dobles múltiples, 200
 de la confusión, 317, 318
 de la reexpresión, 276
 Técnicas, 199
 del *ego* auxiliar, 196
 psicodramáticas auxiliares, 202
 Tele y transferencia, 194
 Telescopaje de las generaciones, 40
 Temblores, 83, 165, 339
 Temor
 a equivocarse, 213
 al descontrol, 213
 Temores a hablar en público, 94
 Tendencia
 actualizante, 272
 monogámica, 46, 47
 Tensión posttraumática, 101
 Teoría
 crítica del sujeto, 206
 de la "armadura", 313
 de la acción, 188
 de la atribución, 97
 de la comunicación, 110
 de la evolución de Darwin, 309
 de la experiencia, 313
 de la personalidad, 273
 de la pulsión, 11
 de la socialización, 15, 25
 de la transmisión intrapsíquica e intergene-
 racional, 38
 de la transmisión psíquica intersubjetiva, 38
 del aprendizaje por discernimiento, 309

- del aprendizaje social, 94
- del desarrollo psicosocial, 189
- del dolor, 95
- del estrés, 5
- del fantasma, 28, 34
- matemática de la comunicación, 106
- organísmica, 311, 313
- psicoanalítica del apego, 98
- realista de la ciencia, 218
- tridimensional de la conducta interpersonal, 304
- Terapeuta
 - gestalt, 310
 - rogeriano, 263
- Terapia
 - aversiva química, 55
 - centrada en el cliente, 56
 - cognitiva focalizada en esquemas, 98
 - cognitiva interpersonal, 102
 - conductual, 53
 - conductual-cognoscitiva, 26
 - de aceptación y compromiso, 99, 102
 - de apoyo, 174
 - de conducta dialéctica, 81
 - de discapacidades, 85
 - de esquemas, 98
 - de implosión, 84
 - de inducción, 67
 - de inundación o "flooding", 63, 65
 - de la concentración, 307
 - de la esperanza, 104
 - de la rededición, 183
 - del bienestar, 103
 - del darse cuenta, 307, 313
 - dialéctica conductual, 101
 - electroconvulsiva, 55
 - familiar, 225, 227, 231
 - familiar comprensiva, 335
 - familiar conductual, 335
 - familiar conjunta, 335
 - familiar contextual, 336
 - familiar en crisis, 335
 - familiar múltiple, 335
 - grupal, 106, 193, 364
 - implosiva, 66, 73
 - integral de pareja, 103
 - marital, 335
 - multimodal, 103
 - racional-emotiva, 91
- Terapias de habilidades de enfrentamiento, 89, 94
- Tercera
 - edad, 319, 349
 - generación de la TC, 81, 97
- Ternura, 44, 185
- Terremoto, 301
- Tesis doctorales, 373
- Thanatos* (pulsión de muerte), 13, 17, 29
- The Cork Older Adult Intervention*, 362
- Tiempo fuera, 86
- Timidez, 64
- Tipos de dramatización, 207, 210
- Tolerancia, 62, 101, 291
 - a la frustración, 355
- Toma
 - de conciencia, 319, 333, 336
 - de decisiones, 45
- Tono de voz, 71, 140
- Top-dog* y *under-dog*, 291
- Totalidad, 260, 271, 272
- Tóxica neurótica, 355
- Tóxicas, 319, 353
- Trabajadores sociales, 109, 112
- Trabajo
 - con grupos, 111, 303
 - con los sueños, 305
- Transferencia, 9, 19
- Transmisión
 - de la represión, 39
 - del trauma, 45
 - intergeneracional, 44
 - psíquica, 38, 39
- Trascendencia, 226, 232
- Trasplantes de órganos, 103
- Trastorno "borderline", 385
- Trastornos
 - afectivos, 112
 - de pánico, 83, 93
 - de personalidad, 101
 - del miedo, 83
 - emocionales, 91
 - mentales, 3
 - postraumáticos, 83
- Tratamiento
 - ambulatorio, 101
 - estadístico, 259
 - psiquiátrico de la familia, 227
- Tratamientos apoyados empíricamente (EST), 388
- Trauma psíquico, 5, 7, 9
- Tríada cognitiva, 93
- Triángulo dramático, 113, 147, 153
- Triple fuente de información, 119
- Tristeza, 67, 114, 144
- Tumores cerebrales, 172

U

UNESCO, 292

Universidad

de Chicago, 257

de Harvard, 261

de Viena, 2, 3

Wisconsin, 254, 257

del Estado de Ohio, 257

Iberoamericana, 296

Uso particular de expresiones, 72

V

V Conference ICCCEP, 303

VAL-ED, 321

Valentía, 287

Valor incondicional, 274

Valores, 27, 99

espirituales, 256

morales, 118

Variable dependiente, 84, 98

independiente, 84

Vejez, 147, 244

Verbatim, 329

Vergüenza, 44, 169, 297

Víctima

Vida-muerte, 154, 176

Vigilia, 1, 4, 6, 12

Vínculo, 46, 47

grupal, 36

Vínculos familiares, 45, 49

Violaciones, 83

Violencia, 39, 297

vincular, 35

Visualización, 199, 313

Vivencia, 347

de la existencia, 189

interpersonal, 234

persecutoria, 213

Vivir con lo que es, 342

Vómito autoinducido, 74

Z

Zonas

erógenas, 13

genitales, 10

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de la
segunda edición el 20 de septiembre de 2008
en los talleres de
Programas Educativos S. A. de C. V.
Calz. Chabacano núm. 65, Local A,
Col. Asturias, 06850.

Empresa certificada por el
Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.,
bajo la Norma ISO-9002:1994/NMX-CC-04:1995,
con el número de registro RSC-048,
y bajo la Norma ISO-14001:1996/SSA-1998,
con el número de registro RSAA-003,
México, D. F.

2a edición, 2008

•

booksmedicos.org



SEIS ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS

2ª edición

Celedonio Castanedo

Seis enfoques psicoterapéuticos 2ª edición es el resultado de integrar en un solo texto los aspectos básicos y fundamentales de seis de las modalidades psicoterapéuticas más conocidas y utilizadas en el campo clínico, como: el psicoanálisis, el conductismo, el Análisis Transaccional, el Psicodrama, el enfoque centrado en la persona, y la Gestalt. Para satisfacer esta necesidad el autor logró contar con un grupo de colaboradores y editar la 1ª edición.

En esta 2ª edición la obra, y en consecuencia cada enfoque, se ha actualizado y ampliado en su contenido con la ayuda de otros seis colaboradores, presentando un nuevo apartado denominado Epílogo, síntesis y cierre de los enfoques.

El libro aborda los conceptos básicos de cada una de las seis corrientes, los métodos y las técnicas, así como sus alcances y perspectivas dentro de la psicología clínica. Por su contenido puede ser de gran utilidad tanto para estudiantes de psicología en diversos niveles, como para psicoterapeutas.



Títulos afines:

- **Seis terapeutas y un paciente;** Dumont Frank
- **Terapia familiar, modelos y técnicas;** Sánchez y Gutiérrez/Albert, Daniel
- **Fundamentos de terapia de juego;** Schaefer, Charles E.
- **Terapia de juegos con adultos;** Schaefer, Charles E.

