

A PROPÓSITO DE LA PSICOTERAPIA

En un hermoso libro de Víctor Frankl *El Vacío Existencial* el escribe “Cada época tiene su neurosis y cada tiempo necesita su psicoterapia. En realidad, hoy no nos enfrentamos ya, como en los tiempos de Freud, con una frustración sexual, sino con una frustración existencial. El paciente típico de nuestros días no sufre tanto, como en los tiempos de Adler, bajo un complejo de inferioridad, sino bajo un abismal complejo de falta de sentido, acompañado de un sentimiento de vacío, razón por la que me inclino a hablar de un vacío existencial” Frankl (2001).

Hace ya bastante tiempo leí un artículo del Padre Pablo Larrán en su sección “De Persona a Persona” en el que trataba sobre la labor del psicólogo y se refería en particular a aquellas personas que sin ser psicólogos deben fungir como tales pues muchas veces les buscan para solicitar consejo o apoyo. Entre otros casos el padre Larrán escribía en aquel artículo (que no lo recuerdo del todo): “Cuando mantienes una buena relación,

haces terapia aunque no lo sepas; si eres incapaz de una buena relación; no haces terapia aunque te lo propongas”. La tarea del psicólogo requiere según él más arte que técnica, más sabiduría que ciencia, más intuición que conocimiento, más silencio que palabras, más capacidad para sentir que para entender, más capacidad para comprender que para explicar, más capacidad para asombrarse ante lo imprevisto que para prever todo, más capacidad para aceptar al otro como es que para provocar su cambio, más capacidad para aprender que para enseñar, más capacidad para reconocer sus propios errores que para no cometerlos, más confianza en la capacidad del otro para cambiar, que en la propia capacidad para cambiarlo, más amor al otro como es, que interés por lograr que sea distinto.

En realidad, la escena aparentemente simple y compleja que se da en una sesión de terapia, es parte de un proceso complejo. Los detalles pueden variar. El psicoterapeuta puede ser un psicólogo ó un psiquiatra; el paciente puede ser una señora atormentada o un joven impulsivo; el sillón puede reemplazar al diván, o puede darse el caso (cada vez más frecuente) que el paciente forme parte de un grupo. Sea cual

sea el caso, el proceso en sí es el mismo: ayudar a la persona a “sentirse bien consigo mismo”.

Por supuesto, no hay nada nuevo en los intentos del hombre por influir en la conducta de otro por medio de la comunicación. A través de la historia, las sociedades han identificado a estos como sabios, curanderos, hechiceros; seres a quienes atribuían la capacidad de curar el espíritu atormentado con su intervención. Así por ejemplo, me atrevo a contar que un porcentaje significativo de señoras que asisto en terapia han asistido alguna vez a leerse las cartas, o recurrido a una “cura” o “limpia” para buscar alguna solución a sus problemas. Lamentablemente las más de las veces han sido timadas por gente inescrupulosa, que se han aprovechado del sufrimiento de estas personas.

Sin embargo, hace más de 100 años nació en la prolija mente de Sigmund Freud el proceso de la psicoterapia como un sistema psicológico organizado y circunscrito. Con conocimiento de medicina, de lo psicológico o de alguna disciplina relativa, el Psicoterapeuta con nada más que palabras, silencios, gestos y ademanes como instrumentos,

puede modificar dolorosas percepciones que tiene la persona respecto a su entorno, pero sobre todo, está en posibilidad de ayudarlo a estar en mejor sintonía consigo misma.

Se supone que la experiencia del cliente en la relación terapéutica es una muestra de su propio mundo de experiencias que causaron sus problemas o están relacionados con ellos. Al observar la conducta del cliente (tanto verbal como no verbal), y valiéndose de su comprensión de la conducta del paciente en relación consigo mismo, el terapeuta comenta sobre lo que observa. El paciente, al presentar la misma conducta y contemplarla a la luz de los comentarios del terapeuta y su propia reacción, se encuentra en la posición de reevaluar su conducta pasada y prepararse para el cambio o iniciarlo. Aunque no son claros todos los factores comprendidos en el cambio, se supone que abarca los principios generales del aprendizaje. El paciente sabe que el terapeuta sabe más que él, que se ha preparado toda su vida en vivencias como las de él y por lo tanto sabe mejorarlo y que es él hombre que lo curará.

En aras de guardar objetividad científica, el terapeuta no siempre capta el drama humano y el considerable sufrimiento que con frecuencia rodea a la experiencia de la psicoterapia. Para hacerlo, es necesario considerar las circunstancias que llevan a las personas a buscar la ayuda de un o una terapeuta. La persona puede llegar a la terapia debido a una serie de experiencias de su vida que lo han hecho sentirse intranquilo, desdichado, o lo han sometido a tensión. Sus deseos de librarse del sufrimiento psicológico y alcanzar un estado de mayor bienestar psicológico lo impulsan a buscar ayuda y sirve como motivación para iniciar una terapia.

Es importante señalar que la psiquiatría y la psicología son incapaces todavía de establecer una clara línea divisoria entre “enfermo” y “sano” en lo que se refiere a la salud mental; por consiguiente, no hay una clave universal para la terapia. Cada persona tiene un límite para la tensión y cada una debe, por tanto, calcular cuándo sus recursos se han agotado, cuando su sufrimiento emocional es lo bastante agudo y el costo pagado en las relaciones humanas conflictivas lo suficientemente alto para buscar ayuda. Quienes hemos pasado por una experiencia terapéutica lo sabemos. Existen,

sin embargo, algunas señales importantes, entre ellas, como pueden ser: ansiedad prolongada y excesiva, conflictos agudos, ya sean internos ó interpersonales, depresión constante, actos y pensamientos autodestructivos, cambios abruptos en el humor y la conducta, y enfermedades crónicas causadas por la tensión y la inquietud.

Por supuesto, no todos los síntomas psicológicos provienen de conflictos emocionales y de tensión. Antes de iniciar la terapia, es muy importante descartar la base orgánica de los problemas emocionales. El estado emocional de una persona puede influir en las funciones fisiológicas. Así como lo orgánico, lo físico también influirá en el estado emocional de una persona. Hay casos de pacientes confiados que han sido embarcados en procesos largos, de psicoterapia, cuando en realidad era un problema orgánico y no sus conflictos psicológicos los que causaban ansiedad o depresión prolongadas.

Todas las personas han tomado alguna vez aspirina para aliviar el dolor y las tensiones emocionales de la cefalea. Aunque dichas observaciones de los efectos de las drogas

sobre la conducta son muy antiguas, la Psicofarmacología, el estudio metódico de la relación entre drogas y conducta ha pasado a ocupar un lugar importante en nuestros días.

Sin embargo, en el tratamiento de enfermedades menos graves y mucho más frecuentes, es la psicoterapia en lugar de las drogas, la que sigue proporcionando el recurso primordial para ayudar a millones de personas que buscan aliviar sus síntomas y recuperar el control de su vida. Actualmente, el campo de la psicoterapia se caracteriza por enfoques tradicionales y otros novedosos que van surgiendo.

Muchas de las diferencias de las psicoterapias son sutiles y de poca importancia. Existen, no obstante, unas cuantas diferencias básicas en filosofía y técnica que delimitan el campo.

La terapia del modelo Psicoanalítico -la primera de las terapias- ha sufrido varios cambios desde que Freud inició el sistema, pero aquellos que practican terapia analítica todavía fundamentan su trabajo en su idea original, de que los problemas psicológicos no pueden resolverse sin desentrañar sus orígenes emocionales, escondidos en el inconsciente. Los

psicoanalistas se basan en la hipótesis de que el camino más efectivo para modificar la personalidad de un individuo debe darse por medio de la exploración de los impulsos y motivaciones inconscientes. Esto significa usualmente años de sondear en la historia personal del paciente con la intención de revelarlos y luego resolver los conflictos básicos. Para el Psicoanalista, esos conflictos posiblemente están relacionados con lo que vivió la persona en la infancia y teñidos de represión sexual.

La falta de datos objetivos de investigación de los consultorios privados de los primeros analistas no impidió la amplia aceptación de sus ideas. Lentamente, empero, las emociones estrictamente freudianas han sido modificadas. Entre los modernos intérpretes y seguidores de Freud, se ha admitido que no todo lo que llega a ser una persona se debe a fuerzas psíquicas subterráneas. Las dotes naturales del individuo, las fuerzas de la genética y su cultura también influyen. Así tenemos a Alfred Adler, más que cualquier otro representante de la escuela Psicoanalítica, subrayó la importancia de los factores físicos en el desarrollo social y emocional.

Carlos Gustavo Jung con su psicología de los complejos se aleja de la Teoría Sexual y hace más humano el psicoanálisis aproximándolo al

Karen Horney también reinterpretó a Freud, transfiriendo el énfasis de los instintos infantiles a la sociedad y arguyendo que las neurosis provienen de “factores adversos en el medio”. La inseguridad de la infancia es la raíz de enfermedades psicológicas ulteriores, de acuerdo con Horney, y se producen cuando los niños desarrollan una ansiedad básica, “el sentimiento que tiene un niño de estar aislado é indefenso en un mundo potencialmente hostil”.

Psicoanalistas contemporáneos como Erikson ya no consideran al paciente como enfermo o triste desvalido, sino como parte de un sistema de personas que viven dentro de un contexto determinado. La recuperación y el continuo bienestar dependen por tanto no solo de una penetración en la propia dinámica de su personalidad, sino en un entendimiento de cómo puede interactuar con su entorno.

Aún entre terapeutas unidos entre sí por la etiqueta “Psicoanalista”, es evidente que los enfoques pueden variar ampliamente. En un aspecto, empero, todos están de acuerdo: el cambio personal se considera factible, solo por medio de un tratamiento intensivo a largo plazo, y por el redescubrimiento y la readaptación de mecanismos de defensa que han demostrado ser destructivos del bienestar.

Una transformación en la vida del paciente puede efectuarse solo con la comprensión de conflictos antiguos y latentes.

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En marcado contraste con los psicoanalistas, algunos terapeutas han empezado a concentrarse en remover los síntomas penosos del paciente, sin sondear sus raíces. En el tratamiento psicoanalítico se ayuda al paciente a ver la causa subyacente tras el síntoma. Los terapeutas de la conducta contemplan en cambio los síntomas como hábitos adquiridos y su meta consiste en ayudar al paciente a librarse de viejas respuestas a la tensión que resulta contraproducente y aprender otras nuevas y más saludables.

Una persona deprimida, por ejemplo, suele estar acosada por una opinión negativa de sus propias habilidades y una actitud pesimista ante su futuro. Por consiguiente, en el modelo de terapia conductual, se enfatiza, la modificación de la conducta cognoscitiva, es decir, la reestructuración de los hábitos del pensamiento. Debido a que la persona deprimida está a menudo gobernada por la auto recriminación más que por la satisfacción y estima, el terapeuta ayuda al paciente a experimentar tanta "retroalimentación*" (o respuesta), positiva como sea posible y de esta manera revertir la experiencia crónica de fracaso. Se estimula a los pacientes a participar aún en las más simples tareas que le permiten saborear el sentimiento del triunfo. En este modelo la persona empieza a reconocer y contrarrestar los pensamientos negativos.

Opino que la terapia de tipo psicoanalítica es sumamente útil cuando el paciente tiene un largo historial de problemas emocionales e interpersonales, se siente generalmente ansioso o deprimido, o sufre de una deficiente adaptación general. Mientras que la terapia de la conducta en cambio ha demostrado ser muy benéfica para aquellos que tienen

síntomas aislados y bien definidos; muchas personas incapacitadas por miedos o fobias, por ejemplo, a lugares cerrados o a viajar solos, han recibido ayuda considerable gracias a la terapia de la conducta, como también aquellos que desean librarse de problemas de conducta como beber excesivamente, timidez, deficiencias sexuales.

Así por ejemplo, al trabajar con un paciente acosado por el temor a las multitudes, un terapeuta de la conducta propondría "desensibilizar", las ansiedades. El paciente aprendería por medio del condicionamiento a asociar las aglomeraciones no con tensión, sino con situaciones placenteras.

El terapeuta lograría su cometido sometiendo al paciente a la práctica de ejercicios con pensamientos agradables y técnicas de relajación muscular que producen un sentimiento de completa calma y paz. Luego podrían pedir al paciente que imagine una serie de escenas de muchedumbre, algunas veces mostrando fotos para ayudarlo. Las escenas no se eligen al azar; a veces desde los grupos más pequeños hasta los más grandes.

Si en algún momento de la exposición de escenas de multitud, el paciente muestra tensión, se retira la escena y se vuelve nuevamente a los ejercicios de relajación. La escena ofensiva se muestra una y otra vez, algunas veces en forma sutil o más débil, hasta que el paciente pueda “aceptarla” sin romper un estado de relajamiento. Cuando pueda manejar la escena de multitud más estresante sin apariencia de tensión estará “curada”. La pregunta que surge a colación es la siguiente:

¿Pueden transferir los pacientes a la vida real las capacidades recientemente adquiridas en el consultorio del terapeuta? La respuesta es “sí” en un sorprendente número de casos, aunque la permanencia del cambio no se ha establecido. Se sienten y se “comportan” mejor y eso es lo que, el terapeuta de la conducta intenta realmente.

LA TERAPIA EN GRUPO

Aparte de la terapia de la conducta, la más importante contribución en la psicoterapia durante estos últimos años ha sido el creciente énfasis sobre la psicoterapia de grupo en la cual el Análisis Transaccional (A.T.) tiene mucho que aportar

todavía. La utilidad del grupo como un mecanismo para incrementar el conocimiento de sí mismo fue demostrada durante la segunda guerra mundial.

En los grupos se descubrió que a menudo los individuos tuvieron experiencias personales de cambios muy profundos, como resultado de la solícita y confiable relación que se desarrolló dentro del grupo mismo.

Los terapeutas asumieron pronto este enfoque, pues observaron los beneficios del trabajo y lo han adoptado en su quehacer profesional.

La terapia de grupo representa un cambio revolucionario en el enfoque, desde alterar los conflictos internos hasta cambiar las relaciones interpersonales del individuo. El aprendizaje de nuevas formas de enfrentar el mundo, con frecuencia, se logra mejor, no en una relación bilateral con el terapeuta, sino en el grupo en el que se efectúan verdaderas interacciones o transacciones, en varios niveles y donde éstas pueden ser analizadas y modificadas. Dicha terapia proporcionará a cada participante un círculo de personas que compartirán sus

vulnerabilidades entre sí, y aprenderán a entenderlas y aceptarlas.

En el ambiente del grupo, las dificultades interpersonales pueden exponerse y discutirse en un medio en el que la confianza mutua y la honestidad de expresión son estimuladas por el conductor del grupo. Al revelar las formas habituales del paciente o cliente de tratar a la gente, el terapeuta espera ayudarlo a ensayar otras nuevas.

Los grupos de terapia incluyen normalmente de seis a doce personas y cada grupo desarrolla sus propias pautas de interacción, su propia manera de confrontar temas tan explosivos como amor y odio, culpa e ira, sexo y desconfianza. Más importante que el número de pacientes es la calidad del conductor. Se requiere de un terapeuta especialmente adiestrado y hábil para seguir complejas interacciones entre los miembros del grupo y para explicar lo que está sucediendo conforme se desarrolla. Debido a que la situación de un grupo es desde luego transitoria, el terapeuta debe ser especialmente discreto y sensible respecto a las diferentes personalidades involucradas si quiere evitar el peligro de daño psicológico para algunos miembros del grupo.

ENFOQUES HUMANISTAS ACTUALES

La psicoterapia ha pasado por fases diferentes de evolución en estos últimos 30 años, cada uno en respuesta a un diferente motivo psicológico imperante en la sociedad occidental.

La primera comenzó con el psicoanálisis, a principios del siglo XX, con la revelación del material inconsciente y el descubrimiento de la represión. Las personas tratadas por el psicoanalista eran neuróticas de clase media, víctimas de la neurosis que aquejaba a la clase victoriana que se daba por la represión de impulsos sexuales, es así que “la terapia de revelación surgió para satisfacer las necesidades de la época de represión”.

Los posteriores avances de la terapia de la conducta, los enfoques de los síntomas, y una base más tecnológica para el tratamiento, son los elementos que marcan la diferencia con el tipo de tratamiento que proporciona el psicoanálisis.

Una de las quejas principales contra las modificaciones de la conducta, fue que eran mecanicistas, deshumanizantes é impersonales. Pero objetivamente ¿qué podría ser más adecuado para una era electrónica, para un mundo en el cual la tecnología, la informática y las comunicaciones han logrado tal avance, que una terapia más acorde con estos avances?

Al aumentar el tiempo de ocio y la toma de conciencia de las posibilidades de la vida y la esperanza de obtenerla, las preocupaciones y necesidades de la gente cambiaron del alivio del dolor y el malestar, al logro de sentido y valor en la vida. Hemos avanzado, de la modesta esperanza de vivir sin miedo, a la grandiosa necesidad de un propósito existencial, de metas positivas en la vida.

Por tanto, el centro o foco de atención de gran parte de la terapia contemporánea se ha desviado de la crisis personal y la modificación de la conducta a un énfasis sobre la realización personal o autorrealización, el sentido de la vida, el vacío existencial u otros temas profundos, frente al cual el ser humano busca respuestas.

Es en este contexto histórico que la actual ola de énfasis sobre los enfoques humanistas puede entenderse mejor. Por lo tanto, los grupos intensivos de encuentro y los centros de desarrollo como los de Carl Rogers, ofrecen intimidad instantánea en una cultura en la que el cambio constante ha destruido con frecuencia las relaciones humanas intensas. En la misma que el yoga y el taichi, la biodanza, la bioenergética, u otros ofrecen una promesa de realización social, espiritual y sensorial.

Las terapias más recientes tienen en común un énfasis sobre la realización personal, o el sentido de la vida, mas que el alivio de un específico dolor psicológico que lleva a las personas a la consulta de un(a) psicólogo(a) en busca de consejo psicológico o psicoterapia. Es así que surgen personajes como Carl Rogers, Abraham Maslow, Víctor Frankl.

¿ES EFECTIVA LA PSICOTERAPIA?

Preguntas tales como ¿es la Psicoterapia una ciencia o un arte?, ¿es quizás una variedad contemporánea de la brujería?,

¿qué logra la psicoterapia? han permanecido, hasta hace poco tiempo, sin respuesta en sentido científico alguno, pero varios clínicos inclinados a la investigación en psicología y psiquiatría están empezando a someter los eventos del consultorio a un cuidadoso análisis científico típico del laboratorio de investigación.

Psicólogos como Eysenck opinan que no está probada la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica o de otro tipo y que incluso él señala que aproximadamente dos tercios de pacientes neuróticos se restablece o mejora notablemente en cerca de dos años desde el comienzo de su enfermedad, sea que hayan o no recibido psicoterapia.

Lo cierto es que he visto a lo largo de estos años, algunas personas incrédulas respecto de la psicoterapia o de algún tipo de ayuda psicológica, y han recurrido a buscar ayuda profesional de este tipo, al encontrar que no podían alcanzar a manejar muchas veces sus propios problemas personales o familiares o de pareja o laborales.

ASPECTOS FAVORABLES EN LA TERAPIA

Muchos investigadores han permanecido impasibles ante los datos de Eysenck. Consideran que los estudios realizados por él carecían de elementos de comparación, ya sea por los criterios de mejoría, los tipos de pacientes estudiados, o las características de los mismos psicoterapeutas. Para otros investigadores, la variable importante es subjetiva, es decir, lo que los pacientes sienten que se ha hecho algo por ellos y se sienten comprendidos, experimentan mejoría en su sentimiento de bienestar y en su capacidad para manejar los problemas personales.

Esto puede ser objetable, pero es difícil minimizar la importancia de los sentimientos subjetivos de la persona. La cuestión de la efectividad de la psicoterapia probablemente nunca recibirá una respuesta exacta, todavía no se ha demostrado convincentemente que una forma de psicoterapia sea o no superior a otra.

Cabe plantearse la pregunta ¿qué tipo de pacientes tienen más posibilidad de mejorar con la psicoterapia? No creo haya una respuesta que pueda satisfacer por completo pero frecuentemente los pacientes con un mejor nivel educacional,

aquellos cuya afección no es tan profunda; cuando la persona posee recursos psicológicos, cuando cuentan con un soporte. Encuentro que si se dan estas condiciones: mayores serán las posibilidades de que el tratamiento psicoterapéutico tenga éxito y el cliente o paciente pueda beneficiarse con dicho tratamiento.

LA PERSONALIDAD DEL PSICOTERAPEUTA

Encuentro que el único factor en la psicoterapia que es difícil de determinar son las características del propio terapeuta, de la psicóloga o consejera(o).

Las diferencias en el adiestramiento, en las diferentes escuelas psicoterapéuticas, en experiencia o técnica específica no son tan importantes para determinar la calidad de la respuesta como las características del modo de ser, la capacidad de empatía del terapeuta, de calidez y respeto para con el paciente.

Cualquier persona que haya experimentado alguna vez una relación terapéutica ya sea de terapeuta o paciente, o de

ambos, puede confirmar el poder potencial del proceso de ayuda.

Quizás, como lo sugieren algunos datos, se encuentra la magia de ese proceso escondida en el corazón más que en la mente del terapeuta, posiblemente en las características del propio terapeuta como ser humano se encuentra enterrada la todavía misteriosa potencia de la psicoterapia.

Lo escrito al inicio de este artículo tiene que ver con este aspecto, el cual a mi entender no solo es sumamente importante sino determinante.

Puede muy bien ser que el psicoterapeuta eficiente sea simplemente el que pueda comunicar esa rara mezcla de calor humano y autoridad que irradiaban, por ejemplo, los médicos de familia de antaño. Los grandes maestros también la tienen. La cuestión es que si el espíritu de compasión y la pasión por el bienestar humano que impregnaba estas vidas pueden ser atrapados en el laboratorio, catalogados, y enseñados (¿sería más factible que enseñar el propio amor?).

Pero vale la pena, porque, como sucede siempre en la historia humana, la demanda de auxilio excede nuestra capacidad de oír correctamente y contestar bien.

He querido compartir con ustedes .estas breves reflexiones sobre el tema, resultado de una compilación, no es pues una creación heroica. Me sentí motivado por mis alumnas del curso Consejo Psicológico del X ciclo, a ellas les dedico este breve trabajo de compilación, espero sea útil. Finalmente, recordarles que aquí en nuestra Facultad ellas no solamente están estudiando para ser psicólogas, sino que se están formando para serlo, esto es en un sentido más profundo. Porque quiéranlo o no en el quehacer suyo se van a involucrar de alguna manera.

BIBLIOGRAFÍA

CASTANEDO SECADAS, Celedonio (1993). Seis enfoques psicoterapéuticos. México: Editorial El Manual Moderno.

HOUGH, Margaret (1999). Técnicas de orientación psicológica. Madrid: Narcea.

IRVING L. Janis (1987). Formas breves del consejo. Bilbao: Desclée de Brouvwer.

LLANOS ZULOAGA, Roberto (1999). Terapia grupal. Lima: Libro Amigo 1999.

OKUN F. Bárbara (2001). Ayudar de forma efectiva. Buenos Aires: PAIDOS.

PATTERSON, C.H. (1978). Teorías del counseling y psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.

SUNYER, Martín, J.M. (2005). Orientación psicológica grupo analítica: reflexiones desde la práctica. Madrid: Biblioteca Nueva.

FRANKL VIKTOR (2001). Ante el Vacío Existencial
Barcelona: Editorial Herder

ENTREVISTA CON ADOLESCENTES CON PARTICIPACIÓN DE SUS PADRES

El presente artículo surge a partir de mi experiencia en el trabajo con adolescentes a lo largo de estos poco más de 25 años. Primero en el Hospital del Niño y luego en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi y en algunas otras instituciones, se suma a ello la práctica privada. Es así que en el quehacer profesional mismo encontré contradicciones respecto a algunos postulados sobre técnica en el campo de la entrevista con adolescentes. Existe, por ejemplo, cierta postura donde el contacto con los padres es relegado, lo que genera distanciamiento y limita la

participación de los padres. Frecuentemente los padres del paciente adolescente resienten este modo de ejercicio, lo que les generaba confusión y fuertes críticas al trabajo del profesional. No obstante, es necesario reconocer que en determinadas circunstancias este tipo de manejo puede ser el más favorable.

En mi ejercicio profesional, con frecuencia he convenido contar con la presencia de los padres en la entrevista con el joven. En estos casos, he encontrado que en la mayoría de casos lo aceptan con facilidad, en tanto son los padres quienes ocasionalmente se muestran más reticentes a tener sesiones de entrevista bajo esta modalidad. Por otra parte, quienes aceptan participar de la sesión junto con su hijo adolescente, pueden no saber manejar una situación donde las más de las veces escuchan opiniones que no comparten.

Hecho este preámbulo, me permitiré hacer una exposición de las particularidades de este tipo de intervención en el trabajo con adolescentes, complementado con pequeñas viñetas de material clínico que permitan dar cuenta de este ejercicio en

mi práctica profesional, esperando que sirva de referente para quienes compartimos esta profesión.

En principio, en el trabajo con adolescentes aún en edad escolar es indispensable tener contacto relativamente fluido con los padres, de modo tal que la intervención terapéutica pueda alcanzar logros mayores. Si bien esto puede ser aplicado también en el trabajo con adolescentes de mayor edad, he observado que puede tener una repercusión negativa en el tratamiento; tal vez sea porque ya a partir de los 18 años el adolescente esté en busca de alcanzar mayor autonomía, lo que puede dificultar que acepten la participación de los padres. De otro lado, considero que cuando los padres insisten en participar, es preciso acoger sus intereses y expectativas, evaluando cuidadosamente su participación de modo que no estimulen un crecimiento de la resistencia por parte del adolescente, con lo que se verían disminuidos los alcances del terapeuta.

Esta particularidad en la técnica resulta de gran ayuda, sobre todo en el proceso diagnóstico así como para favorecer mayores avances en el transcurso de la terapia. Empleada

oportuna y convenientemente, proporciona información valiosa sobre el contexto familiar, los vínculos y los conflictos, datos que considero importantes para un tratamiento de pronóstico favorable. Principalmente, aporta grandes resultados cuando se requiere tomar acuerdos, dado que la negociación durante la sesión puede llegar a buen puerto, evitando así las trasgresiones o las imposiciones.

Recuerdo el caso de Luis, un joven de 17 años, que se resistía a cualquier tipo de intervención psicológica. Era necesaria una entrevista conjunta para posibilitar una vía de entendimiento entre las expectativas de los padres y el deseo de Luis. La idea era tomar una decisión que todos pudieran aceptar y respetar. Luis mantenía sólida su oposición y los padres tampoco cedían. Poco a poco ellos pudieron hablar del fastidio que ello les significaba y tolerar la negativa de Luis, en tanto él reconocía el cambio de actitud en sus padres. Finalmente, Luis continuó con su idea de no asistir por ahora a la intervención con el psicólogo, pero esta decisión fue entendida en parte por sus padres y respetada. Aquí un extracto de la sesión:

T ¿Luis te parecería si tratáramos este tema en presencia de tus padres?

L ¿para que?

T ¿Qué es lo que tú deseas?

L Ah... ya no venir

T Entonces te parecería si tratáramos eso con ellos y tú

L Bueno

Ahora ante la presencia de los padres:

T Luis, podrías informar a tus padres porqué no quieres asistir por ahora con un psicólogo?

L Bueno es que no lo necesito, yo estoy bien

T Quiere decir que cuando creas necesitarlo tú lo solicitarías

(Interrumpiendo...)

M Es que Dr., él siempre es así

T ¿Así? ¿Cómo así? Sra.

M Que no hace caso

(Dirigiéndome a ambos padres)

T Ustedes creen que él actúa, o, se comporta así para no hacerles caso, o, para molestarlos?

P Siempre es así

T Quiere decir que frecuentemente Luis se opone a las sugerencias tuyas

P Bueno, si pues, no es siempre, pero sí seguido

T Luis qué puedes decir al respecto?

L Ellos no me conocen ...

T ¿Cómo eres tú en realidad Luis?

L Si ellos hablaran así como ahora sería distinto, todo tranquilitos yo podría ser mas tranqui ... con ellos

T Talvez ésta sea una oportunidad para empezar a mejorar en la comunicación.

L No lo sé

T Te parecería si dejáramos esto aquí para que juntos lo piensen y quizás mas adelante replantees tu posición.

Padres Bueno

L Voy a ver ...

De este diálogo, se pueden extraer varios comentarios y hasta pensar que hubieron cosas que quedaron en el tintero, pero tal vez lo más importante era entender que no convenía ir mas allá por el momento pues de haberlo hecho, quizás se hubiera devenido en demasiados desencuentros, antes que

acuerdos; ello no resultaba conveniente dadas la situación de resistirse tanto el adolescente como sus padres. Debía evitarse que el espacio terapéutico se convirtiera en un especie de montaje de tribunal donde el hijo debía ser juzgado o censurado. Psicólogos y terapeutas debemos recordar que nuestra labor no implica juzgar a las personas o emitir juicios valorativos, y ello no debe ser excepción en la práctica con adolescentes. Por el contrario, al igual que en cualquier otro caso, con los adolescentes la intervención terapéutica debe fundarse sobre la base de un buen vínculo o alianza de trabajo, donde el mensaje a transmitir está en referencia al hecho de contar ellos con un espacio donde revisar todo aquello que ocurre en su mundo afectivo, para así ver en mayor perspectiva los conflictos que atraviesan de modo tal que puedan afrontarlos de una mejor manera y así procurarse un mayor bienestar emocional y de relación con el entorno.

Volviendo al caso específico de Luis, a pesar de que la negativa de asistir a terapia pueda ser entendida como un fracaso, es necesario resaltar que el propósito terapéutico – revisar la dinámica emocional, buscando una mejoría– fue logrado, y que para él la posibilidad de luego iniciar un trabajo

psicológico era una posibilidad pendiente, abierta. Descubrió que su opinión era respetada y tenida en cuenta, y que no había intención alguna de forzarle a optar por algo que de momento no sentía precisar. Así, la percepción de la imagen del terapeuta probablemente dejó de ser la de un aliado de los padres en su persecución y pasó a ser una figura dada a la escucha y contención.

Reproduzco aquí un extracto de un dialogo sostenido con Juan, un adolescente de 17 años, quien estaba finalizando la secundaria y que asistía a terapia por propia voluntad a sugerencia de la psicóloga de su colegio. Una de los temas más recurrentes era la falta de acuerdo sobre los horarios de llegada a casa, sobre todo los fines de semana. Aquí, debo decir que el motivo de consulta expresado por los padres hacía alusión la rebeldía de Juan, así como su baja, casi nula motivación por los estudios. Traté de establecer con Juan ciertos acuerdos mínimos luego de algunas pocas sesiones. De estas conversaciones se extrae el siguiente diálogo, en el que se contó con la presencia de los padres:

T Juan te parecería que pudiéramos tratar sobre tu hora de llegada a casa

J Bueno, pero no voy a cambiar...

T A que hora te gustaría regresar a casa

J A las 5 de la mañana

T (Dirigiéndome a los padres) Uds. estarían dispuestos a reconsiderar el horario de Juan

P El tiene 17 años si ahora le permitimos esa hora a los 18 años ya no va a regresar a casa

T No fue lo que pregunte. Pero bueno tratemos ese punto. Que opinas Juan de ello.

J No creo que eso ocurra pues si ahora me dan permiso es para seguir así

T Pero que ocurriría si incumples esa parte del acuerdo. Además estamos suponiendo que tus padres están aceptando tu hora de llegada.

J Bueno...no se...no creo

T Te parece si pudieras flexibilizar tu posición. Tu postura me sugiere que estas en una actitud de ¡yo soy así y a mi no me cambia nadie!

M Doctor, él siempre se pone así terco, es bien terco

T (Interrumpo) Creo que puede conseguir más de Juan si no lo calificara. Lo que usted le quiere decir a su hijo es que si él pidiera las cosas de otra manera, ustedes estarían más dispuestos a negociar con él.

P Claro, pero él tiene que entender que nos preocupamos por su bien.

T (Interrumpo) Dígaselo a él; no se dirija a mí, mírelo y dígaselo.

Silencio

P Claro, Juan tu sabes que siempre nos preocupamos por ti

M Además, que lo hacemos por tu bien

J bah...

La modalidad de contacto con los padres, dependerá del estilo de cada terapeuta: puede optarse por sostener entrevistas con ellos ocasionalmente o por hacer la derivación a otro colega. Sobre el particular, me atrevo a recomendar la terapia compartida para los problemas conyugales y familiares, pero señalando al mismo tiempo que a menos que se tenga una confianza personal en el otro terapeuta aquel pueda fracasar. Mi propia experiencia con la terapia compartida ha sido

positiva. Siempre y cuando esta sea bien entendida por las personas comprometidas en esta labor, donde los acuerdos estén claros, sin generar más expectativas de las que se pueden satisfacer o de las que se puedan lograr, basándonos en un criterio de realidad. Principalmente, lo que deberá evitarse en este tipo de intervención es que aquello que comienza siendo un manejo terapéutico compartido se convierta en dos empresas terapéuticas separadas, con escasa colaboración y gran desavenencia entre los terapeutas; esto último genera conflictos por rivalidad que podrían llevar a una –tal vez inconsciente– descalificación entre profesionales.

Desde hace poco se ha extendido marcadamente en psicoterapia la práctica de combinar el tratamiento del hijo y los padres orientada con énfasis hacia la realidad familiar. Sin embargo, algunos psicoterapeutas se oponen a entrevistar a otro miembro de la familia sosteniendo que eso interferiría la terapia. En estos casos de “aislamiento” entraña la posibilidad que la información acerca de la familia que el paciente provee estarán siempre sesgados y teñidos afectivamente. Recordemos que los hechos tal como nos lo presentan las

personas se dan como ellos lo ven, no necesariamente como se dan en la realidad. Pienso que la costumbre tradicional de evitar las entrevistas con otros miembros de la familia, a menos que compliquen las relaciones con los pacientes, debe ser reconsiderada en cuanto a sus implicancias dinámicas. Encuentro que la interrupción del tratamiento se da en ocasiones porque la comunicación entre los padres y los terapeutas no es buena, ya que a menudo aquellos piensan que están mal informados acerca del tratamiento del hijo, o se sienten excluidos del mismo. Esto deberá ser entendida en el mejor sentido, no necesariamente como un chantaje, aun cuando en ocasiones existen padres que deciden retirar a sus hijos de la terapia porque consideran que no están “mejorando”, y esto debido a que no se les brinda información.

Resulta imperioso establecer claramente que reunirse con los padres y mantenerlos informados no significa ventilar o compartir toda la información de lo que se trata con la o el joven adolescente en la terapia. El criterio que se debe tener en claro es que la necesidad de compartir la participación de los padres en la entrevista con el joven es para llegar a un esclarecimiento que permita un mejor entendimiento. Debo

reconocer que la gran mayoría de los padres utilizan en sesión con el psicólogo la crítica y la descalificación como elementos para presentar al hijo. En estos casos se ejercita ese padre crítico negativo que todos llevamos dentro y que obedece a los patrones aprendidos por nosotros que fueron transmitidos por nuestros propios padres.

A partir de la experiencia en entrevistas con adolescentes, veo la urgencia de dar cabida a sus inquietudes y ansiedades, así como a su intolerancia y frustración; también es importante tener en mente que por lo general toda relación que se desarrolle es vista como un vehículo para satisfacer sus deseos y no como una fuente de conocimientos y toma de conciencia. Veo también la necesidad de ayudar y orientar a los padres del adolescente para que sean tolerantes con él mientras encuentra la solución de sus problemas, necesidad que se acrecienta cuando el joven requiere tratamiento. Esto permitirá pues brindar soporte a los padres y la familia en los casos que conllevan a un desgaste de sus miembros.

Observo también que el adolescente pocas veces tiene la madurez suficiente para iniciar el primer contacto con el

psicólogo. Frecuentemente son los padres –más específicamente la madre– quien se encarga de ello. En la práctica privada con adolescentes y jóvenes, suelo entrevistarme con la madre o ambos padres para obtener la información sobre la historia personal del chico para quien se busca el tratamiento. No obstante, es casi una regla atender primero al adolescente, para resaltar el hecho de que aquel encuentro obedece a la intención de proveerle un espacio donde su opinión tendrá gran valor e importancia; se trata de él y lo que pueda sentir como una necesidad de apoyo. A pesar de esta intención contenedora, es común que el adolescente se muestre renuente al contacto con el terapeuta, siendo parco respecto a sus problemas y necesidades.

Luego de esta primera entrevista donde expongo al joven paciente la intención del trabajo a realizar y busco su consenso, sostengo algunas otras entrevistas con él y a aplicar algún tipo de evaluación psicológica de ser necesario, para con ello poder delinear una presunción diagnóstica que luego será compartida tanto con el paciente como con sus padres (cada quien en una sesión); será sobre este

diagnóstico preliminar que hago recomendaciones sobre el tratamiento posterior.

En una ocasión asistí a Jhonny un joven de 17 años cuya historia nos refería repitencia escolar por tercera vez en el mismo año escolar. Razón por la cual era “traído” a consulta por su mama. Por cierto que el papa no quería saber nada con el.

Jhonny se encontraba afectado pero responsabilizaba al colegio y a los profesores porque se le habían prendido. La mama responsabilizaba también al colegio y al psicólogo que venia asistiendo de manera particular durante un año a Jhonny.

Como comprenderán no es sencillo volver a confiar en alguien cuando la persona viene con una experiencia previa como la que presentaba Jhonny. Es así que la entrevista se planteo casi exclusivamente con el, pero intuía que si no incluíamos a papa en algún momento no muy lejano los resultados se verían a un largo plazo.

Aquí un extracto de una sesión con Jhonny:

T Jhonny, aceptarías tener una entrevista con mama y papa juntos.

J No creo que venga...

T Quien

J El, mi papa

T Pero no fue lo que te pregunte

J Tal vez creo que puede ser

T Entonces es un si aceptas

J Bueno si, pero no creo que el venga

T No nos adelantemos

Para Jhonny era importante ser aprobado por papa y conseguía llamar su atención aunque fuera a través de conductas inapropiadas, pues Jhonny no solo tenia un muy bajo rendimiento académico sino también bebía alcohol y presentaba conductas de riesgo.

Tuvimos no solo una entrevista conjunta sino varias y ambos padres asistieron, tuvieron oportunidad de exponer sus angustias y temores, así como sus preocupaciones. En una

sesión llegaron a pedir a su hijo hacer una prueba para consumo de drogas Jhonny acepto, recuerdo que los resultados reconfortaron mucho a sus padres. Este había sido un temor que nunca habían asumido apropiadamente con su hijo sino a través de discusiones e insultos.

Fue la experiencia de conducir este caso que reconfirmo en mí la importancia de llevar en algunos casos esta modalidad de entrevista conjunta del adolescente con participación de sus padres.

Nuevamente, no obstante el esfuerzo del terapeuta por rescatar el valor de sostenimiento y contención de la labor terapéutica, las más de las veces nos encontraremos con resistencia por parte de los padres y/o el adolescente, razón por la cual la tarea inicial será poder superar este entrapamiento, buscando la consolidación de una alianza terapéutica y un contrato terapéutico suficientemente fuertes. Es también frecuente que la terapia sea interrumpida en estos momentos iniciales, bien sea por parte de los padres o del adolescente, pues no se hallan en capacidad de sostener las

movilizaciones afectivas que se producen en este momento del proceso.

Aunque realizo considerables esfuerzos durante las entrevistas iniciales, al aconsejar y alentar a los padres a propósito de su intervención en el tratamiento de su hijo cuando comienza la terapia, a menudo buscan también ser recibidos en sesiones para ellos. Durante mi ejercicio profesional he podido notar que a mayor negativa de mi parte a estos requerimientos, mayor posibilidad de repercusión negativa sobre el tratamiento. Por ello, en tanto sea conveniente y no afecte en demasía el trabajo con el adolescente (quien a su vez es informado de cuándo y por qué se sostienen reuniones con sus padres), me permito intercalar algunas sesiones con los padres durante la terapia de su hijo. En estas ocasiones hablamos, entre otras cosas, de los contenidos expuestos por el paciente, sin entrar en detalles que pudieran vulnerar el carácter confidencial de la relación con el adolescente. Cabe resaltar que la contratransferencia resultante en este tipo de intervención puede llevar al terapeuta a experimentar la sensación de hallarse en una situación compleja, toda vez que se debe atender las

expectativas de los padres a la vez que las propias motivaciones y ansiedades del paciente. Tal movilización de afectos en el terapeuta deben ser elaborados por su parte para estar en plena capacidad de sostener un vínculo terapéutico que no se torne iatrogénico.

Otro factor que resulta perjudicial para el trabajo con adolescentes es la total ausencia de trabajo con los padres del paciente, pues dificulta el conocimiento y comprensión de la realidad familiar y del contexto en que se desenvuelve el paciente, porque recordemos que las más de las veces la perspectiva del adolescente está teñida por particularidades que obedecen a su propio conflicto.

En tal sentido, se vuelve imperioso saber articular lo trabajado con padres y adolescentes; ello asienta la necesidad de integrar la participación de los padres –el grado en que se haga dependerá de cada caso en particular– en la terapia del paciente adolescente. Igualmente, el terapeuta deberá saber de antemano que en algún momento puede producirse una confrontación entre la visión de unos y otros. A pesar de lo complicado que esto pueda resultar, el terapeuta no debe olvidar que su posición es la de sostener el vínculo y buscar el acercamiento entre las partes comprometidas, sin tomar

partido por ninguna de ellas. Sin embargo, esto no significa que el terapeuta esté exento de algún tipo de identificación –siempre inconsciente–, que pueda promover algún tipo de resistencia en alguno de los participantes del proceso. Finalmente, he podido concluir que cuando esta resistencia se actúa por parte de los padres o el paciente, el sistema de comunicación entre el terapeuta, el paciente y su familia empieza a fallar.

Lo dicho anteriormente no se aplica a los poco frecuentes casos de adolescentes muy motivados para el tratamiento, cuyos padres han recibido tratamiento o se muestran afortunadamente flexibles en sus respuestas a los cambios que introduce el tratamiento en la dinámica psicológica al interior de la familia. Estos casos son pocos.

Cuando la motivación para el tratamiento viene del propio paciente, es posible efectuar el tratamiento con un modelo más cercano al trabajo con adultos, toda vez que la actitud proactiva de estos pacientes disminuye la resistencia y hace que puedan asumir su terapia de la manera más cómoda. En estos casos, el quid del asunto pasa por la percepción y

disposición de la persona para encarar un problema o enfrentar una situación entre otras cosas más por supuesto.

Para tratar de resolver este problema de inadecuada comunicación, después de alguna experiencia con diversas técnicas aplicadas en los casos de comunicaciones deficientes dentro de la familia, utilizo la entrevista conjunta con los padres y el adolescente. Pienso que esas entrevistas compartidas son beneficiosas en el tratamiento. Tienen como finalidad alcanzar una mayor comprensión de la problemática familiar, con sus complicadas interacciones entre el adolescente y sus padres, y además de facilitar el proceso terapéutico. Los conocimientos obtenidos en estas entrevistas son utilizados en la terapia como cualquier otro material conocido durante el tratamiento del adolescente. Sin embargo, en esas reuniones conjuntas trato de ser lo suficientemente objetivo como para evitar toda complicación de las dificultades de contratransferencia. Esencialmente trato de ser un observador participante y trato de no convertirme en un actor de la problemática familiar. Estas entrevistas efectuadas principalmente en la fase diagnóstica introductoria y reiteradas cuando lo juzgo necesario en el curso de la terapia, eliminan la necesidad de contactos más frecuentes con los padres, se

concentran en la problemática actual, ofrecen un panorama más claro de la realidad en que vive el adolescente, mejoran la comunicación en la familia, facilitan la alianza, el contrato terapéutico, y eliminan la necesidad de que el terapeuta preserve el carácter confidencial de los datos. En esta fase mi observación diagnóstica incluye rutinariamente una entrevista con el adolescente y sus padres en el contacto inicial.

Persiguiendo los mismos fines en el contacto original con los padres que buscaba en las entrevistas separadas con ellos y el adolescente, averiguo las razones por las que se envía a éste a la consulta, los antecedentes del joven y la historia personal de los padres mismos. La interacción entre los miembros de la familia en la entrevista conjunta, y el esclarecimiento de los antecedentes de los padres y del adolescente, ofrecen una oportunidad única para evaluar las interacciones familiares que pueden haber sido responsables de problemas que presenta el paciente.

Si bien en un principio yo espero que el adolescente se oponga a esta reunión compartida me sorprende comprobar que en general se sienten más cómodos cuando efectúan su

primer contacto conmigo junto con sus padres. En ocasiones esta entrevista conjunta le permite al joven tomar conciencia por primera vez de los conflictos de sus padres y del efecto que ellos ejercen sobre su conducta. Por supuesto, esta regla tiene sus excepciones, especialmente en los casos en que el adolescente siente marcada hostilidad hacia los padres y se niega a participar en una entrevista conjunta.

En algún momento del contacto inicial con los padres y el hijo, veo por separado al adolescente para trabajar el establecimiento de una alianza terapéutica con él y darle la oportunidad de reaccionar ante la confrontación colectiva, que a veces resulta penosa debido a las actitudes hostiles de los padres, en ocasiones comprensible aparentemente, pero no justificable. Después de nuevos contactos individuales con el adolescente y/u otros estudios tales como evaluaciones psicológicas, a menos que exista alguna contraindicación, se hacen recomendaciones finales tanto a los padres como al adolescente en una entrevista conjunta post-diagnóstica. También esta entrevista tiene muchas ventajas, pues evita las frecuentes distorsiones que se producen cuando se ve por separado a los diversos miembros de la familia. Trato de

favorecer en adolescente y sus padres la renuncia a la negación de problemas, en particular si todos están presentes para replicarlos y reafirmarlos. Por otro lado, esta entrevista alienta la alianza terapéutica con los padres. En esa entrevista el paciente puede comparar la conducta de los padres con la del terapeuta y concebir la esperanza de resolver sus propios conflictos y aliviar sus padecimientos por medio del tratamiento.

Si los padres se someten a una terapia, por lo común tomo contacto con su terapeuta, y sigo viéndolos siempre que sea necesario en entrevistas conjuntas del tratamiento. En la sesión con los padres se habla generalmente de los honorarios, el horario de las sesiones, la preparación de los padres para su propio tratamiento o para el del adolescente y otros aspectos administrativos. Cuando ha comenzado el tratamiento no pierdo el contacto con los padres, sea por teléfono o en entrevistas individuales. Esta actitud limita por sí misma la tendencia de los padres a comunicarse con el terapeuta. Cuando los padres solicitan una entrevista conmigo considero el asunto con el paciente, el deberá estar informado de la reunión con los padres y sólo cuando no es posible

resolver los problemas dentro de la situación de tratamiento convoco una reunión conjunta.

Claro está que esta modalidad de trabajo con respecto a la participación de los padres en la entrevista con adolescentes, surge a partir de la práctica, no pretendo generalizarlo, a lo sumo que sirva de derrotero para el trabajo con adolescentes. Sé también que varios otros aspectos quedan en el tintero y es probable que desde el aspecto técnico existen todavía algunos vacíos, quizás sea este “furor curandis” el que pueda hacerme perder la perspectiva, pero en todo caso estoy atento a que esta modalidad de trabajo tiene también sus limitaciones y no es la panacea para los problemas que se suelen presentar con los adolescentes.

Debo admitir que también en ocasiones me he encontrado frente a una actitud de total negativa por parte de la o el adolescente respecto a la participación de los padres. Generalmente, en este tipo de situaciones, he podido notar que es sumamente difícil vencer las resistencias, pues el conflicto con los padres es severo, y no resulta posible entablar diálogo alguno o, por lo menos, cierto acercamiento.

Este contexto se complica aún más cuando el conflicto se da también entre los padres.

A propósito, debo aclarar que hay casos en los cuales esta modalidad de entrevista no funciona, pues en esos casos suele haber conflictos marcados en la relación con los padres, en estos casos difícilmente se pueden negociar acuerdos, puesto que no hay disposición para ello, de ninguna de las partes, las relaciones familiares se encuentran demasiado deterioradas. Encuentro que el joven con edad más avanzada (digamos 18 ó 19 años) se muestra más renuente a aceptar la participación de sus padres; así, que los padres no asistan es un requisito para ellos asistir a terapia.

El tipo de problemática a intervenir se convierte en otro factor que dificulta esta modalidad de entrevista, así por ejemplo una adolescente con problemas de tipo sexual se oponía a aceptar entrevistarse con sus padres o siquiera a comentar con ellos el tema. Este tipo de particularidades han de tomarse en cuenta, para no forzar ningún tipo de intervención de personas que el adolescente no esté dispuesto a aceptar.

Una característica que encuentro facilita esta modalidad de trabajo es que a la familia le resulte más o menos fácil y cómodo ser más abiertos a tratar sus temas, incluso a exponer sus discrepancias. Es así que la familia ve con naturalidad que un miembro de su familia asista a terapia y no como lo peor que pudiera suceder.

Finalmente, es conveniente tener en cuenta la confidencialidad en toda forma de trabajo con adolescente y en particular en esta modalidad de entrevista. La consideración de la participación de los padres pone en juego la confidencialidad en la terapia con adolescentes. Definitivamente encuentro ventajas en esta modalidad de intervención, pero el tema de la confidencialidad debe quedar en claro y deberá ser un motivo de acuerdos explícitos. Este tema es uno de los mayores obstáculos a vencer en todo caso a saberlo manejar, el de la reserva de la información.

Es necesario hacer los esfuerzos por conseguir la cooperación de los padres para mantener la confidencialidad de lo que se trate en la terapia. Se deberá insistir con los padres en este punto de la manera mas clara posible y contar con su

aprobación a estas reglas de la terapia. Dejar en claro que no nos convertiremos en un a especie de informantes para ellos.

Por ello es aconsejable analizar con el adolescente la idea de la confidencialidad de lo que allí se trate, en presencia de los padres. Como un ponerse de acuerdo de la manera lo más explícita posible no dejando como algo implícito o algunos cabos sueltos que puedan después revertir en perjuicio de la reserva de la información.

Se deberá evitar que el adolescente caiga en actitudes de manipulación que lo lleven a manifestar después que el psicólogo ha defraudado su confianza. Para los adolescentes les resulta más cómodo no asumir su responsabilidad.

El psicólogo, en consecuencia, deberá ser explícito en aclarar al adolescente que no dirá a sus padres aquello que el adolescente no haya permitido. Esto incluso tiene que ver con un aspecto esencial de la relación como es la ética del quehacer profesional.

Desde luego, es importante la disposición de los padres para colaborar en lo que respecta a la intimidad de las sesiones y

conseguir el respeto de lo que ahí se trate, para que no sea tratado en casa. Esto va mas allá de la confidencialidad misma, tendrá que ver también con la capacidad de las personas para tratar en casa temas que no se han atrevido a tocar antes, o que cuando lo han hecho los resultados han sido negativos.

No existirá una entrevista perfecta ni un modelo que pueda servirnos como un recetario a seguir, a riesgo de ello, creo que si es posible manejar ciertos derroteros que nos posibiliten a partir de las experiencias de otros colegas en el mismo quehacer profesional, en el trabajo con jóvenes compartir nuestras experiencias para ir dilucidando con mayor claridad los obstáculos a vencer en la entrevista con adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

ETCHEGOYEN. H. (1986) Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

AMORÓS TERÁN, Víctor (1988). La entrevista psicoterapéutica. 1ª. ed. Lima, Caribe

ARAGÓN, Laura; SILVA, Arturo (2004). Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica. 1ª. reimpr. México, Pax México

EZPELETA ASCASO, Lourdes (2001). La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes. Madrid, Síntesis

GRADILLAS, Vicente (1992). Arte y técnica de la entrevista psiquiátrica. Barcelona, Jims

GUITTET, André (1999). La entrevista: técnicas y prácticas. Bilbao, Mensajero

MARTORELL, María del Carmen; GONZÁLEZ, Remedios (1997). Entrevista y consejo psicológico. Madrid, Síntesis

OKUN, Bárbara F. (2001). Ayudar de forma efectiva (counseling): técnicas de terapia y entrevista. Barcelona, Paidós

OTHMER, Ekkehard; OTHMER, Sieglinde (1998). DSM-IV: la entrevista clínica. Barcelona, Masson

INTERVENCIONES DESDE EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL EN MUJERES CON EXPERIENCIAS DE INFIDELIDAD

El presente trabajo empezó como una ponencia en el congreso de psicoterapia realizado en la ciudad de Chiclayo en el mes de julio del año 2006, luego he continuado ahondando teóricamente en el tema y este es el trabajo que ahora presento. Desde hace varios años vengo trabajando en el tema y encuentro que explicaciones y teorías, interesantes y bien sustentadas existen varias, pero el interés mío se centra más en como aprender a manejar esta situación y en ello el afrente del modelo que aquí desarrollo me parece sino el mejor, uno de los que brinda más y mejores instrumentos de suma utilidad para las personas. Sin detenerse a buscar tanto las explicaciones desde el lado de la otra persona sino a buscar que posibilitemos a aprender a manejar como reitero. Para empezar debo explicar de manera general que es el ANÁLISIS TRANSACCIONAL comúnmente abreviado como

AT es una ciencia de la conducta, creada por el psiquiatra canadiense Eric Berne.

Se llama “Análisis” por separar el comportamiento en unidades fácilmente observables y “Transaccional” por su énfasis en las trans-acciones, dando más importancia a lo interpersonal que a lo intra-personal.

Eric Berne lo consideraba una Psicología no solo individual sino social, ya que su teoría se basa en las RELACIONES e INTERCAMBIO entre los individuos.

El Análisis Transaccional se aplica en la psicoterapia, el crecimiento y el cambio personal entre otros campos. Sus conceptos se expresan por medio de un vocabulario sencillo y original buscando ante todo la comprensión de los fenómenos por parte de todos (profesionales y clientes).

Puede entonces 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 que se diferencia de otras concepciones tradicionales en psicología. El A.T. es ante todo

un enfoque racional y sencillo de la estructura y funcionamiento de la personalidad, cuyo conocimiento permite lograr una mejor comprensión del comportamiento de las personas, tanto en su relación con sus semejantes como, y en especial, en su relación consigo mismas.

Se fundamenta 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 A.T. proporciona varios instrumentos que ayudan a la expresión libre de las emociones y que facilitan el acceso a la plena satisfacción de las necesidades superiores de la persona: el afecto y el amor, la autoestima, la autoconfianza y la autonomía, todo ello dentro de un contexto humanístico, ético y armónico, que invita al crecimiento y al desenvolvimiento emocional, mental y social del ser humano.

El A.T. tiene su origen en los planteamientos de ERIC BERNE (1910-1970), como ya lo mencioné fue un psiquiatra con formación psicoanalítica. Sus investigaciones sobre la intuición y las formas de interacción humanas, lo llevaron al desarrollo de concepciones diametralmente opuestas a las que, en su

tiempo (y todavía 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 tradicionales, el A.T. opera principalmente en función de un modelo de aprendizaje. De acuerdo con los postulados del A.T., 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.

En su enfoque teórico y práctico, el A.T. parte de los siguientes postulados básicos:

- Por naturaleza los seres humanos propenden y son capaces de vivir en armonía consigo mismos, con los demás y con la naturaleza.

Esto es que la gente nace sana y las semillas de la perturbación emocional que aquejan a muchas personas no están en ellas sino en sus progenitores y en su entorno social,

todos ellos distorsionados por tradiciones, prejuicios y fantasías. Ya sea deliberadamente o sin darse cuenta, los adultos enseñan a los niños, desde temprano, cómo deben pensar, sentir y percibir en función de las costumbres, tradiciones y normas socioculturales. De esta forma, tanto los padres como las diversas figuras de autoridad, ejercen en el individuo toda una serie de influencias opresivas que terminan dominando la tendencia vital positiva más fundamental, que forma parte de todo ser humano.

- Las personas aquejadas de dificultades emocionales y, por ende, de problemas conductuales son, con todo, seres humanos completos e inteligentes.

Esto es que todos ellos son capaces de entender el origen de sus problemas intra e interpersonales y de adoptar aquellos 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 desdichadas, no se interesen por aprender, no acepten cooperar, se muestren egoístas y egocéntricas y carezcan de respeto por la vida, es

consecuencia de sus prejuicios y fantasías que las dominan, induciéndolas al sometimiento y la pasividad. Empero en aquellas personas que toman conciencia de su situación de estancamiento psicológico y espiritual y, deciden modificar su natural estilo de vida presente, pueden recurrir a sus potenciales innatos y a su tendencia natural a vivir, a cuidar de sí mismas asumiendo la responsabilidad personal que les corresponde con respecto a su propia vida, a ser saludables y felices, a aprender a establecer relaciones positivas, creadoras y armoniosas, y a respetar toda forma de vida.

- Todas las dificultades emocionales son curables.

Dentro de este principio, el proceso terapéutico en A.T. debe apuntar a que las personas aprendan a sentirse y estar bien al recuperar y desarrollar su autonomía, su autoestima y su autoconfianza, en lugar de adaptarse a sus problemas y dificultades para dejar de sentirse mal. La mayoría de los problemas psicológicos son de carácter funcional, o sea que no tienen como base una enfermedad física identificable o un desequilibrio químico perceptible. Los problemas emocionales y conductuales tienen su origen en la pérdida de la autonomía

y en el deterioro de la autoestima, y de la autoconfianza con una autoimagen desvalorizada o distorsionada.

En sus planteamientos, BERNE rechazó abiertamente la costumbre generalizada en psiquiatría y en psicología de recurrir al uso de un lenguaje cientificista, confuso y complejo. 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 Yo: Padre, Adulto y Niño. Además se opuso al patrón médico de enfermedad y a la tendencia del profesional de diagnosticar o etiquetar a las personas. BERNE enfatizó el concepto de la elección conductual basada en una decisión personal, señalando que la perturbación psicológica corresponde 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. Basado en esta concepción humanística positiva, BERNE consideró necesario que el terapeuta abandone el supuesto de enfermedad y estado crónico, cuyo efecto es producir en el paciente un estado crónico y de enfermedad, y que adopte en su lugar el supuesto

de la “curabilidad”, ofreciendo a quienes acuden a ella en búsqueda de ayuda, una esperanza positiva.

Constituidas en la actualidad como una teoría total de la personalidad, con un cuerpo teórico conceptual y práctico amplios, el A.T. 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 estas los medios cognoscitivos que les permitan 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 un máximo desarrollo de la persona.

Como teoría, el Análisis Transaccional explica la estructura y funcionamiento de la personalidad humana mediante un lenguaje sencillo y claro, con base en la experiencia personal de cada cual, 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 A.T., observa, coteja, evalúa, valora, actualiza, integra y actúa sobre la conducta, al separar el comportamiento en unidades simples y fácilmente identificables y comprensibles (análisis), y al aplicar dicho análisis a los intercambios de estímulos y respuestas entre las personas (transacciones).

Como modelo humanístico, el A.T. persigue como objetivo fundamental el ayudar al hombre a crecer y desenvolverse plenamente al liberarlo de sus ataduras y compromisos argumentales (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 A.T. proporciona respuestas a una multiplicidad de 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 A.T., ubica en las personas mismas 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 ANÁLISIS TRANSACCIONAL 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 y fácilmente identificables por las mismas personas, en función de sus propias conductas o de las de los demás.

El efecto personal de la aplicación de los instrumentos del A.T. ofrece una fuerte retroalimentación gracias a la facilidad con que se pueden verificar sus alcances mediante la simple 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 A.T. son potentes e impactan desde el primer momento, tanto por la naturaleza y validez de

su información como por la posibilidad de prever, con una alta probabilidad de acierto, la conducta de los individuos en general. Finalmente, el autoconocimiento que las personas pueden adquirir a través del A.T. permite a cada individuo controlar, con relativa 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 A.T. sirve también de marco de referencia, claro y comprensivo, para el análisis y aplicación de otras técnicas derivadas de las ciencias de la conducta.

El A.T. es, ante todo, un método positivo de formación del Hombre Integral.

El Modelo del Análisis Transaccional es un modelo decisi3nal que permite:

- Comprender nuestras relaciones (lo que buscamos en nuestras relaciones y cuales son nuestras raíces ocultas que nos hacen reaccionar de manera repetitiva)
- Sentir y tomar conciencia de qué es lo que pasa en nosotros y por tanto de que necesitamos, deseamos y de cuales son nuestras metas.
- Actuar y tomar la iniciativa para poner en marcha los cambios personales, relacionales u organizacionales. Utilizar los Permisos, Protecciones y la Potencia necesarios para alcanzar nuestro desarrollo y evolución.

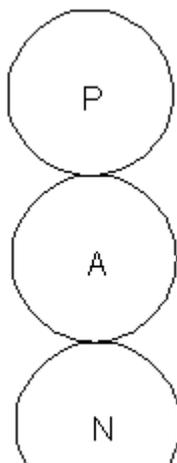
Las metas del Análisis Transaccional: La meta del Análisis Transaccional es la autonomía que se define por:

- La conciencia o capacidad de distinguir la realidad de la fantasía interna proyectada sobre lo que me pasa o lo que sucede.

- La espontaneidad o capacidad de expresar mis propios pensamientos, sentimientos y necesidades y de actuar en consecuencia, viviendo para sí.
- La intimidad o capacidad de abrirme al otro, estar próximo, cercano y ser auténtico con el otro con reciprocidad.

Eric Berne, observo que en cada persona existen tres partes distintas y funcionales, a las que denominó Estados del Yo. Definió a un estado del Yo, como “un sistema de emociones y pensamiento, acompañado por un conjunto afín de patrones de conducta”.

Los estados del Yo son tres, se denominan, Padre, Adulto y Niño (P, A, N), se escriben con mayúsculas, se representan gráficamente mediante un diagrama, y el estudio de los mismos se denomina Análisis Estructural.



Las técnicas del A.T. al ser aplicadas específicamente en la psicoterapia con mujeres que han tenido experiencias de infidelidad de parte de sus esposos o parejas facilitan el crecimiento personal al sustituir aprendizajes de conducta dependiente por nuevos aprendizajes de conducta autónoma.

Es así que en el presente trabajo explicó cómo las personas aprenden a no ser autónomas y a partir de ello convierten, sus relaciones interpersonales y sus relaciones de pareja en relaciones sin compromiso Adulto y sin verdadero disfrute.

Cabe señalar que este tema de la infidelidad a lo largo de la historia de la psicología ha sido tocado desde distintas perspectivas psicológicas, pero no con la claridad con que el **Análisis Transaccional** lo aborda. Por ello, he querido tratar este tema para que nuestros/as jóvenes psicólogas/os tengan conocimiento y se planteen desde la ética que todo

psicóloga/o debe conocer cómo es cuando se establecen relaciones de pareja que se basan en la dependencia.

Desde hace aproximadamente 15 años vengo trabajando con este modelo en terapia con mujeres, entre ellas asisto a señoras que han pasado por diversas experiencias en relación con sus parejas como son: pérdida física de sus parejas por muerte o alejamiento por viaje, o, distanciamiento por separación o divorcio y también he asistido a mujeres cuyas parejas les habían sido infieles o continuaban siéndolo.

Aquí quiero detenerme un poco, observo que la mayoría de mujeres que han experimentado la infidelidad por parte de sus esposos y que asisto en la terapia, guardan una relación de dependencia emocional con sus parejas llegando incluso a establecer en algunos casos una profunda simbiosis.

Argumento que esto sucede por que les cuesta ser autónomas, ser autónomo significa reclamarse a sí misma. También significa pertenecerse, decidir su propio destino, y asumir la responsabilidad de sus propios pensamientos, sentimientos, conductas y la creación de su propia vida. Ser

autónomo en el lenguaje del **Análisis Transaccional** significa ser yo mismo responsable de mí mismo y de lo que sucede conmigo. La persona Autónoma dice: yo me encargo de mi vida. La persona Simbiótica dice: mi vida es una carga, encárgate de ella. Nadie es responsable por mi sino yo misma. Las señoras en terapia suelen responsabilizar a: “ese hombre”, “ese desgraciado”, “ese maldito”, etc, etc y responsabilizan o peor aun lo culpan por su infelicidad o su desgracia.

Alcanzar autonomía es el objetivo final en **Análisis Transaccional**. Ser autónomo significa gobernarse a sí mismo, determinar el destino propio, aceptar responsabilidad por las acciones y los sentimientos propios y deshacerse de patrones inaplicables para vivir en el aquí y el ahora.

Es entender que Juan sin dejar de ser Juan y María sin dejar de ser María deciden juntos compartir sus vidas, sin dejar de ser cada uno como son. Pero, cuando la persona en este caso María empieza a pensar que sí se comporta como Juan quiere que sea, entonces Juan la querrá más; pero esto no queda allí, sino que María demanda de Juan una conducta

similar pues eso aseguraría que se quieren mutuamente más. Pero en los hechos muchas veces no funciona así y María encuentra que aun cuando ella complace Juan no está dispuesto a hacerlo.

Argumento que a nosotros desde la niñez no nos “programan” para ser autónomos, todo lo contrario. Nuestra crianza se basa en patrones de dependencia: de niños dependemos de mamá o de papá, pasamos luego a seguir dependiendo de otras personas, para más adelante (de adultos) ya de alguna manera seguimos perpetuando lo que hemos aprendido, a través de los mensajes de nuestros padres. Pero esta vez en una relación con la pareja la cual no resulta saludable para la propia persona.

Observo que las personas que asisto en terapia mayormente mujeres, unas casadas y algunas otras solteras y cuyos esposos o parejas les han sido o son infieles continúan una relación de pareja no saludable para ellas, pues resultan tortuosas o de sufrimiento. Pero que a pesar de ello se sostiene la relación. Esto como lo explica el **Análisis Transaccional** se da como una patología complementaria

desde un estado del yo Niño en las mujeres y el estado del yo Adulto y/o Padre en el varón.

En ocasiones dichas mujeres quisieran dar por terminada la relación y finalizarla pero les resulta casi imposible tomar dicha decisión. Y esto se debe a que la patología según el **Análisis Transaccional** se presenta en:

- La CONTAMINACIÓN: Se da en personas (en este caso mujeres) cuyo estado del Yo Adulto se encuentra con Contaminaciones: esto es su Adulto es invadido por el Padre y/o por el Niño, y es incapaz de corregir su mala información. Vale decir es la intrusión de información procedente del Padre o del Niño en el Adulto. El Adulto cree que esta información es real a pesar de no ser racional, no la verifica y cuando es confrontada por otro Adulto en cuanto a su falta de base realista, la sostiene con argumentos poco sólidos.

Así por ejemplo recuerdo el caso de una señora, simpática, agradable de 32 años casada hacia tres años, tenía una niña de casi dos años de edad, de profesión administradora,

trabajaba para una institución pública que asistió con el esposo a consulta con la finalidad de iniciar una terapia de pareja.

Ella describió el problema así: desde hace aproximadamente poco más de un año que mi esposo terminó su maestría, desde entonces el continúa reuniéndose con sus compañeros de la maestría todos los sábados en las tardes para coordinar su tesis y esta regresando como a las once de la noche. Para la última navidad el no regreso sino después de la una de la madrugada y la explicación que dió fué que lo habían asaltado y regreso arañado. El no usa celular y no hay forma de comunicarme con él.

Cuando ingreso el esposo a solas este comento que tenia otra relación extramarital con una ex enamorada a la cual había embarazado y con la cual tenia un hijo de la misma de edad de su niña.

Le explique que no podía iniciar una terapia que no se basara en la realidad y que era una condición sine quanom que él conversara con su esposa al respecto, como condición previa

a iniciar cualquier terapia que él eligiera. Caso contrario no tenia sentido.

Debo señalar que no más regreso él, la esposa continuo asistiendo dos veces más hasta que no le permití continuar jugando su juego “que le estará pasando a mi esposo” y dejó de asistir. Encuentro con frecuencia que las personas que pasan por experiencias como estas caen o utilizan juegos como estos, “jugar a idiota” y pueden seguir haciéndolo, incluso hasta pagan su consulta para mantenerse en esta especie de entrampe. Contaminan su Adulto con información que viene desde el Padre o desde el Niño.

FIG A

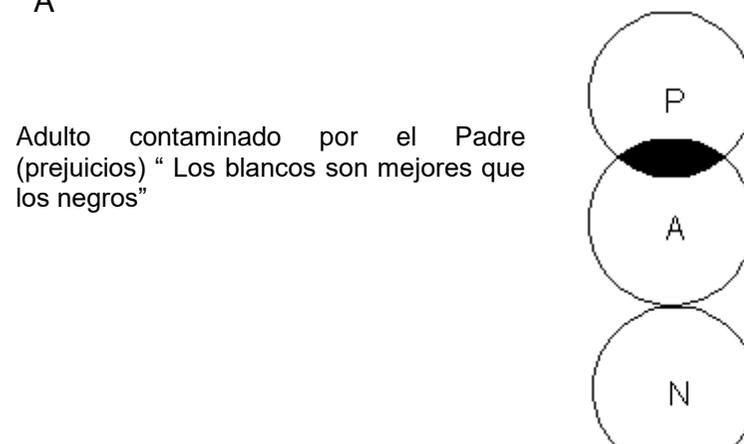


FIG B

Adulto contaminado por el Niño ("Ilusiones" hasta ideas delirantes)
"todos me critican cuando me voy"

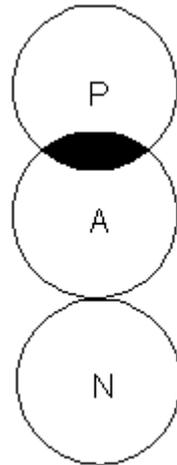
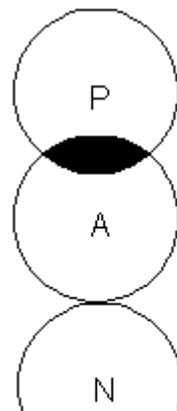


FIG C

Adulto contaminado por el Padre y por el Niño. "Los gatos negros traen mala suerte".
"Los gatos me asustan"



- La EXCLUSIÓN En otros casos hay Exclusión: cuando uno de los estados del Yo domina la conducta de una persona excluyendo a los otros dos estados. Para aclarar, consiste en un empleo tan rigido y constante de un estado del yo, que los otros dos estados, prácticamente parecen inexistentes.

FIG D

Padre constante con exclusión del Adulto y del Niño.
Dificultad para dejar de sermonear o de criticar: fanáticos, políticos o religiosos.

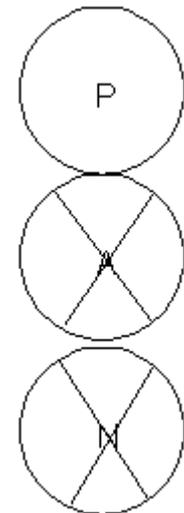


FIG E

Adulto constante con exclusión del Padre y del Niño.
Dificultad para dejar de razonar; algunos ingenieros o matemáticos.

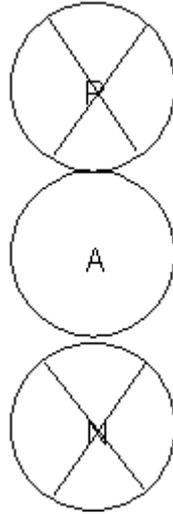


FIG F

Niño constante con exclusión del Adulto y del Padre
Dificultad para dejar de divertirse, quejarse o depender. Las personalidades psicopáticas son las que usan exageradamente el Adulto del Niño (PeP)

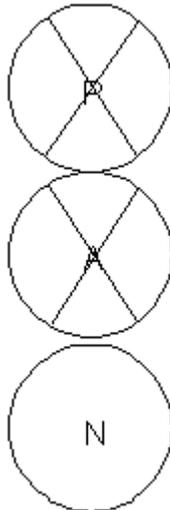


FIG G

Padre y Adulto constantes con exclusión del Niño.
Dificultad para divertirse o para sentir emociones.

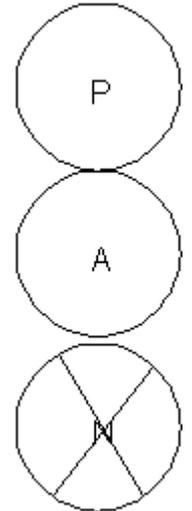


FIG H

Padre y Niño constantes con exclusión del Adulto.
Dificultad para contactar con la realidad. En grados extremos constituyen las psicosis.

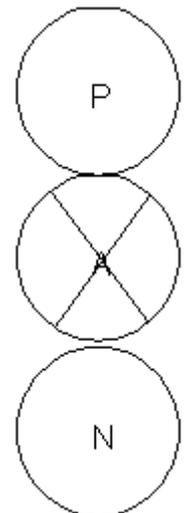
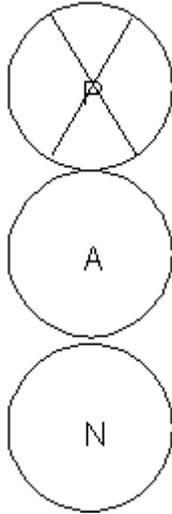


FIG I

Adulto y Niño constante con Padre
excluído.
Carecen de prejuicios y de preceptos
morales.
Son las personalidades de acción. Hacen
lo que les gustan (N) y lo que les conviene
(A), sin importarles mayormente las demás
personas.



- La DISOCIACIÓN : se da cuando existe incomunicación entre los estados del Yo. Como se puede apreciar en los ejemplos siguientes.

FIG J

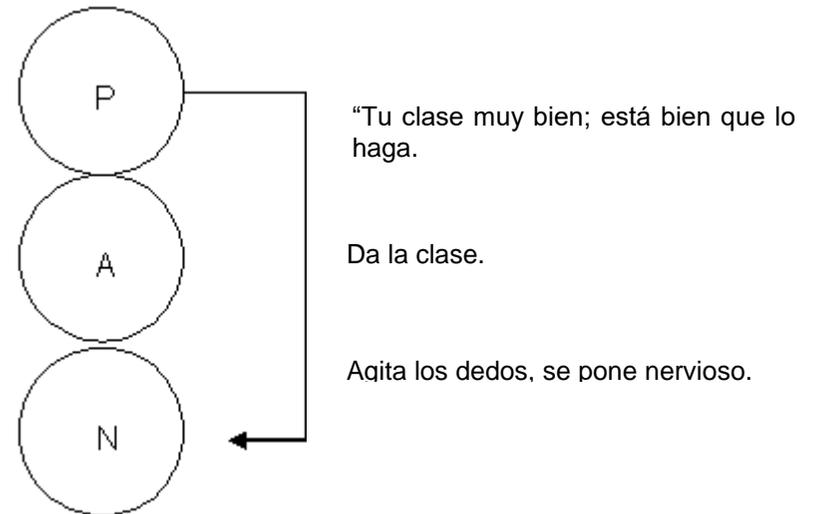


FIG K

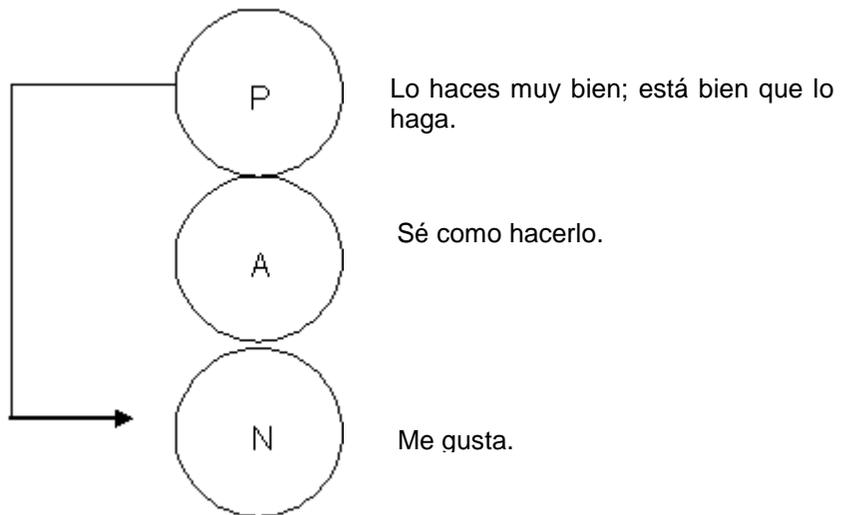
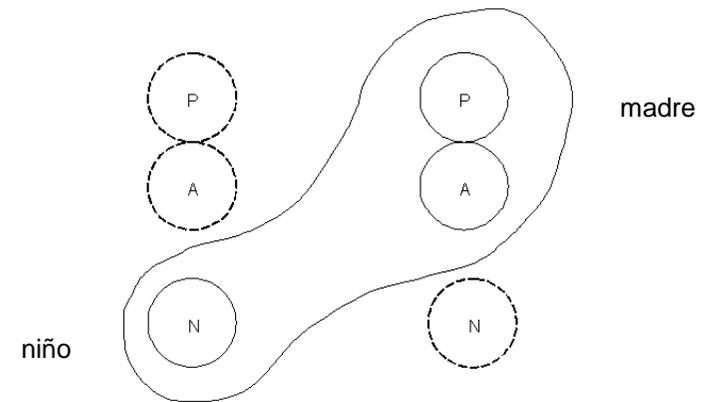


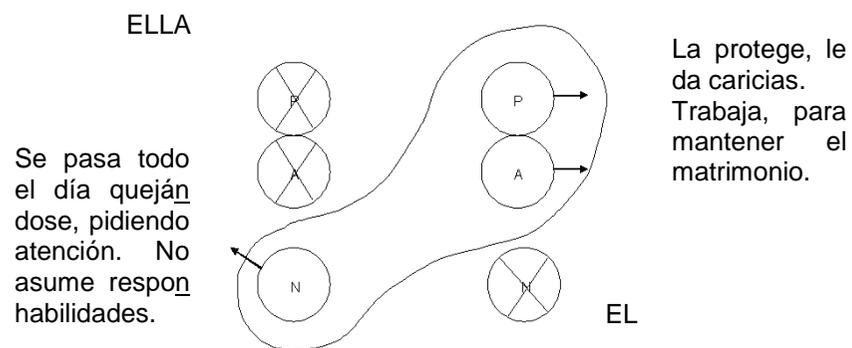
FIG L



- La SIMBIOSIOSIS que es: la fusión de los estados del Yo de dos personas, que al funcionar en forma incompleta generan la dependencia.

En aquellas mujeres la **SIMBIOSIS PATOLÓGICA** lleva implícita la descalificación de uno o dos de los estados del Yo de los individuos que la componen. En el ejemplo de la pareja simbiótica, ella ha descalificado su Padre y su Adulto y él su Niño. El mecanismo que justifica esta descalificación es la Grandiosidad o Exageración; si se intenta romper la simbiosis, es posible que ella o él digan “No puedo soportarlo”, “Si se va me muero”, “¿Qué haría sin él?”. “Sin él no puedo vivir”, descalificándose a sí mismas como personas totales y completas y manteniendo de esa manera la relación de dependencia mutua simbiótica.

FIG LL



En las relaciones simbióticas se usan conductas pasivas. Hay cuatro formas de conductas pasivas y ninguna de ellas incluye el pensar y buscar una solución al problema, tomando en cuenta todos los Estados del Yo. Encuentro que alguna de estas cuatro existe con frecuencia en las personas que he asistido.

Las conductas pasivas Kertész () le llama conductas no productivas y que se califican como síndrome de pasividad son:

1. No hacer nada. Nada relevante para resolver el problema. Ante un estímulo o situación que requiere alguna acción, el individuo queda inmóvil, sin pensamiento Adulto. Actúa con su Niño Sumiso.
2. Sobreadaptación: imaginar lo que los demás esperan de uno, y adecuarse a estas supuestas expectativas. El mecanismo de la Sobreadaptación es la proyección. Ocurre cuando la persona no responde de acuerdo a sus propias metas, sino según lo que cree son las metas o deseos de otros.

3. Agitación: consiste en usar la propia energía en actividades que no tienen ningún propósito ni finalidad (mecerse, fumar, caminar, pasearse, hablar innecesariamente). La persona se siente confusa y ansiosa.
4. Incapacitación o violencia, desmayarse, enfermarse, atacar a alguien, romper platos. Ninguna de estas conductas conduce a la solución de los problemas actuales de la persona, pero le aseguran la evasión o negación de su propia responsabilidad, y la permanencia de la simbiosis.

Uno de los primeros pasos, (luego de establecer un contrato) sino es el primero que se debe dar según el **Análisis Transaccional** es la Descontaminación. Descontaminar el Adulto es el proceso por el cual se empieza a utilizar información para que las personas lo procesen, de manera razonablemente lógica.

¿Las personas nos pueden dejar de querer si o no?

¿Ud. Puede dejar de querer a su pareja?

¿Visto como Ud lo plantea, tenemos que complacer a nuestras parejas para que nos quieran?

Otro paso importante es la Autonomía y cada uno debe ir en busca de ella.

¿Qué hace usted para sí misma, por Ud. Misma, que al hacerlo le guste o lo disfrute al hacerlo?

¿Cuanto de su tiempo lo emplea en Ud de manera productiva?

Suelo explicar a las personas sobre el **Análisis Transaccional**. El análisis estructural y funcional así como el análisis de las transacciones para que empiecen a identificar que estado del yo utilizan o funcionan frecuentemente. Suelen encontrarlo ameno e interesante y motivante sobretodo.

Para luego a partir de reconocer en ellas puedan empezar a reconocer en su pareja el tipo de relación que guardan con él.

CASO 1

Expondré el caso de la Sra. Bertha, mujer de 48 años Educadora de profesión, 23 años de casada, esposo 51 años, Ingeniero de Minas de profesión. Tienen 2 hijos un varón de 21 años y una adolescente de 17 años.

La Sra. Bertha asiste a consulta porque sospecha que el esposo tiene una relación extramarital , pues desde hace un tiempo cuando él regresa de la mina cada mes, permanece en casa 7 u 8 días, durante los cuales él se va a las 6:00 p.m. de la casa, pues argumenta que está amenazado por los secuestradores, teme por su vida y la de su familia y no le queda más que ir a esconderse.

Cuando le pregunto a Bertha sobre esto, ella estuvo en apariencia “convencida” de este argumento del esposo, pero no se encontraba decidida a ir más allá y desentrañar la verdad. Para esto ella ya había asistido a una adivina y aun siguiendo una serie de recomendaciones dadas por aquella, no había conseguido que el esposo cambiara.

Cuando tratamos de establecer un contrato la Sra. Bertha lo desestimó.

Le manifesté que no podía hacer nada por que su esposo, el ser amado por ella regresara a casa, en las condiciones que ella esperaba, pero que la terapia si podía permitirle alternativas de vida que ella podía elegir para estar mejor, aún sin la presencia del esposo.

La Sra. Bertha no aceptó y no volvió sino un año y medio después. En esa ocasión me dijo: ¡vengo dispuesta a la terapia que me propuso!

Lo que llevo a la Sra. Bertha a esta decisión fue que un día se presentó en la puerta de su casa una mujer con un niño, que había concebido con el esposo de Bertha. Este hecho sirvió para que ella evaluara los hechos a partir de un criterio de realidad.

En este caso la terapia se orientó no solo a trabajar la Descontaminación del Adulto sino a la elaboración o

negociación de un contrato. Le invite a ordenar sus ideas con aclaración de qué es lo que ella quería o traía como idea, qué buscaba ella de la terapia. Esto es de suma importancia, pues permitió evaluar si su expectativa podía ser lograda o no a través de la terapia.

En una segunda instancia la relación terapéutica se orientó a fortalecer su autoestima trabajando con ella básicamente lo que en **Análisis Transaccional** se conoce como Caricias, cómo empezar a acariciarse positivamente a sí misma como una forma de reforzar su capacidad de autoprotección.

Finalmente, invite a la Sra. Bertha para que empezara a desarrollar autonomía, a ser más responsable de sí misma, sin culpar o responsabilizar a otros por sus sentimientos o emociones. La empresa actual era arriesgarse a decidir por sí misma y hacerse responsable de sus sentimientos.

La Sra. Bertha aceptó que su esposo ya no guardaba con ella una relación que antes mantenía. Lo cual le fue doloroso reconocerlo. Pero finalmente entendió y decidió continuar adelante aún sin la presencia del esposo.

CASO 2:

Este segundo caso es el de la Sra. Juana de 42 años de edad, casada desde hace 17 años, tienen dos hijas de 10 y 8 años. En el momento de iniciar la terapia la paciente vive con sus hijas en una casa aparte y el esposo en un departamento.

Él es empresario, dueño de una fábrica de filtros, ella trabaja como distribuidora de productos industriales.

Juana asiste a consulta sola y manifiesta que su esposo la engaña con su secretaria. Quiere ser capaz de tomar una decisión, pues no quiere que su vida continúe así. Lloraba persistentemente durante las sesiones y evidenciaba síntomas propios de la depresión. Ante esta situación se le recomendó tratamiento farmacológico, al cabo de dos semanas sus síntomas empezaron a ceder. Y se pudo continuar con la terapia.

La historia de la paciente está plagada por una serie de experiencias extramaritales por parte del esposo. Los repetidos actos de infidelidad por parte del esposo de Juana la llevaron a experimentar sentimientos de culpa y vergüenza. Finalmente un incidente ocurrido entre la paciente y la secretaria de su esposo, determinan su salida de la casa.

La familia de Juana se había involucrado en el problema de ella y su esposo. Ella constantemente les hacía participe de sus conflictos. Por ello la familia de Juana mantiene una actitud de enfrentamiento con el esposo.

El proceso de terapia inicialmente se basó, en identificar a través del análisis de las transacciones, la manera en que ella acostumbraba a relacionarse con su esposo. Después se orientó hacia la descontaminación del Adulto (sentía miedo, temores) desde su Niño y desde su Padre (se criticaba y se descalificaba así misma). Para finalmente, ir desarrollando conductas que la orientaron a ganar autonomía, a reconocerse y valorarse por si misma, a autoacariciarse, en términos de **Análisis Transaccional**.

Juana logró hacer insight respecto del tipo de relación que guardaba con el esposo y que frecuentemente ella lo perseguía y él jugaba a ser perseguido.

Quisiera finalizar recordando una de las cosas mas hermosas que aprendí de mis maestros en el **Análisis Transaccional**, que cada uno tiene la capacidad de obtener autonomía hasta cierto punto. Pero, a pesar de que la autonomía es un derecho humano desde el nacimiento, pocos la consiguen realmente. A propósito de ello Berne ha escrito:

“La persona nace libre, pero una de las primeras cosas que aprende es hacer lo que se le dice y pasa el resto de su vida haciéndolo. Así, pues, su primera esclavización es a manos de sus padres. Luego sigue sus instrucciones por siempre jamás, reteniendo el derecho, sólo en algunos casos.... “

ERIC BERNE

BIBLIOGRAFÍA

BERNE, Eric (1981). Análisis transaccional en psicoterapia : una psiquiatría sistemática, individual y social. Buenos Aires, Psique.

CHANDEZON, Gerad; LANCASTER, Antoine (1984). El análisis transaccional. Madrid, Morata.

GILBERT, María; SHMUKLER, Diana (2000). Terapia breve con parejas: un enfoque integrador. México, El Manual Moderno.

JAMES, Muriel; JONGEWARD, Dorothy (1997). Nacidos para triunfar : análisis transaccional con experimentos Gestalt. Bogotá, Fondo Educativo Interamericano

KERTÉSZ, Roberto (1977). Introducción al análisis transaccional : los juegos psicológicos. Buenos Aires, Paidós.

LLANOS Roberto., (1992). El Matrimonio Simbiótico. Lima, Ediciones Libro Amigo.

LIBERMAN, Robert P.; WHEELER, Eugenie G.; VISSER, Louis A.J.M. de (1987). Manual de terapia de pareja: un enfoque positivo para ayudar a las relaciones con problemas. 5a. ed. Bilbao, Desclée de Brouwer.

MARK,AN, Howard; STANLEY, SCOTT; BLUMBERG, Susan L. (1999). Su matrimonio vale la pena: técnicas que harán funcionar su relación de pareja. Bogotá, Norma.

NAVARRO GÓNGORA, José; PEREIRA MIRAGAIA, José (2000). Parejas en situaciones especiales. Barcelona, Paidós.

ROMÁN, José María; SENLLE, Andrés (1994). Análisis Transaccional : modelo y aplicaciones. Salamanca, Amarú,