

# EL ANÁLISIS ESTRUCTURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL TERAPEUTA EN SU APLICACIÓN

Estefania Bengoa Germán - Antonio Armada Raya

## Resumen

*Este artículo recoge la satisfacción del terapeuta novel que trabaja desde el modelo del Análisis Transaccional. Para ello, en primer lugar, se explican los principios que sustentan el Análisis Transaccional (en adelante AT) y se sitúa el modelo como una herramienta que permite desarrollar un apego seguro. Un vínculo que permite al cliente y al terapeuta relacionarse satisfactoriamente sanando, a través del contacto, las heridas que la falta del mismo produjo. En segundo lugar, se enfatiza la importancia de las figuras de referencia en el desarrollo de patrones relacionales mencionando el trabajo de Bowlby y otros expertos del campo (Ainsworth, Fonagy y Hofer). Acto seguido, mediante los útiles del AT, se desarrollan los matices que permiten esa co-construcción de una relación saludable, es decir, se presentan las herramientas que respetan la intersubjetividad y dan lugar a una realidad diferente que permite a todos los miembros involucrados ser conscientes de sus principios, respetar sus límites y evolucionar hacia una relación de intimidad. Por último, se recoge la experiencia de terapeutas noveles y se valora, a partir de la vivencia de los mismos, su satisfacción. Mediante una entrevista estructurada se recogen las ventajas y las desventajas percibidas en el proceso terapéutico propuesto por el modelo. A través de estas apreciaciones (eje sobre el cual se establecen las conclusiones) se observa que el terapeuta puede diagnosticar, entender e intervenir, desde el AT, consiguiendo resultados favorables. Las conclusiones sugieren que el terapeuta novel está satisfecho tanto con la teoría aprendida como con la práctica realizada y que las herramientas proporcionadas reducen la expresión clínica del usuario mejorando su calidad de vida. Finalmente, se mencionan los límites metodológicos.*

## Palabras clave

Analista Transaccional, Apego Seguro, Patrones Relacionales, Co-Construcción, Relación de Intimidad y Calidad de Vida.

## 1. LOS PRINCIPIOS DEL AT Y EL DESARROLLO DE UN VÍNCULO SEGURO

El AT, elaborado por Eric Berne a lo largo de la década de los 60 en San Francisco, se desarrolló a partir de la tercera revolución psicológica del siglo XX junto con otras ciencias de la conducta. Desde su nacimiento ha pasado por diferentes etapas y ha demostrado su valía siendo integrable en diversos modelos que lo potencian y lo conciben en su práctica.

Hoy en día resalta principalmente por su profundidad y amplia variedad de sus aplicaciones como teoría de la personalidad, como teoría del desarrollo y como teoría de la psicopatología, pues explica cómo la estructura dinámica de la personalidad se construye mediante el contacto con las figuras parentales y el entorno, considera que las personas son seres humanos completos e inteligentes, propone que todos los problemas emocionales se pueden curar mediante un conocimiento adecuado y un enfoque apropiado y separa el comportamiento en unidades observables enfatizando lo interpersonal.

Principios con los que se sustenta que:

- Todas las personas son valiosas;
- Toda experiencia humana se organiza fisiológica, afectiva y cognitivamente;
- Todas las personas buscan relaciones y son interdependientes a lo largo de la vida;
- El contacto interno y externo es esencial para el funcionamiento humano;
- Toda conducta humana tiene significado en algún contexto;
- Los seres humanos tienen el impulso innato de crecer y desarrollarse;
- Los humanos sufren perturbaciones relacionales (no psicopatología);
- El proceso intersubjetivo en psicoterapia es más importante que el contenido.

Ocho principios filosóficos que sirven como cimientos sobre los que construir las teorías y los métodos que, enfocados en lo relacional, proporcionan la base de la cura. Es decir, la experiencia relacional que permite desarrollar un contacto óptimo con uno mismo, con los otros y con el mundo (Erskine, 2012).

Así, el modelo es un sistema de psicoterapia para el crecimiento y el cambio personal, enmarcado principalmente en la psicología humanista, que contiene conceptos teóricos que posibilitan comprender de una manera clara los complejos procesos psicológicos y facilita la cooperación del cliente en el tratamiento, el trabajo del psicoterapeuta y la integración con otras teorías psicológicas (Gayol, G. N, 2013). Esta comprensión es posible mediante instrumentos característicos que abordan tres niveles de funcionamiento mental; intrapsíquico, relacional y conductual.

Unas herramientas amplias, lógicas y combinables que marcan los puntos de partida del proceso psicoterapéutico, establecen la posibilidad de diagramar las hipótesis diag-

nósticas en términos comprensibles, preparan las prioridades terapéuticas particulares de cada caso y establecen el grado de efectividad del tratamiento durante el proceso, constituyendo un protocolo diagnóstico y de intervención. Sin caer en una postura totalmente cuantitativa, comprende la psicopatología como una desactualización o una desproporción de la realidad y plantea la psicología como un medio para acercarse al ser humano y a sus posibilidades de desarrollo. Concretamente, el AT evidencia el impacto de las experiencias relacionales en la estructura de la personalidad a través de los denominados estados del yo, permitiendo comprender la actividad intrapsíquica y su funcionamiento conductual en las relaciones interpersonales. Plantea, así, una teoría de la comunicación, una teoría del desarrollo y una teoría de la motivación humana que facilita la comprensión de la creación de patrones de vida defensivos (guiones); explica la manera en la cual dichos guiones se mantienen vigentes a través de los juegos psicológicos y enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales y de los procesos de comunicación que ocurren entre dos o más personas, a los cuales denomina transacciones. (Gayol, G. N, 2013).

## 2. IMPORTANCIA DEL VINCULO: AT, BOWLBY Y OTROS EXPERTOS

Desde la teoría del apego, Bowlby, a través de una investigación acerca del desarrollo y la psicopatología de la personalidad, parte de la interacción que se produce entre el cuidador principal y el neonato, para argumentar que el trato recibido por las figuras de apego ejerce una poderosa influencia en el desarrollo bio-psico-socio-emocional del pequeño. Considera los patrones de interacción construidos en la relación con las figuras significativas como origen de los Modelos Operantes Internos (MOI): *“esquemas que los bebés construyen e internalizan acerca de sí mismos, de los otros y del mundo, para anticipar e interpretar el comportamiento de las personas que los rodean y planificar el propio en relación”* (Bowlby, 1986, pág. 106) y explica el concepto de apego (la disposición que tiene una persona para buscar la proximidad con otro individuo especialmente en momentos difíciles), la función del apego (proporcionar la seguridad emocional, la protección y los recursos sociales necesarios para el bienestar del niño), el vínculo de apego (utilizar a la figura significativa como base segura para explorar el mundo físico y social) y la conducta de apego (cualquier forma de conducta que tiene como resultado la conservación de la proximidad de otro individuo al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo). Así, enfatiza la importancia de la calidad del apego en la estructura de personalidad haciendo referencia a las expectativas de los hijos respecto a la disponibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego para atender sus necesidades de protección, etiquetando los patrones de apego resultantes como: apego seguro, evitativo, ambivalente y, más tarde, desorganizado.

Ainsworth (1963; citada en Delgado, 2004) pone de relieve la influencia cultural en el desarrollo socio-emocional y evalúa la responsividad de la figura de referencia, corroborando la importancia de la calidad de la relación entre esta y el bebé y haciendo hincapié en la necesidad de un sentimiento de seguridad básico para el adecuado desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los pequeños.

Fonagy (1999), en la misma línea, nombra la función reflexiva que ejerce la figura significativa de apego. Explica que esta es una fuente externa que regula los afectos e impulsos del pequeño, brindando la oportunidad de que registre y module las experiencias subjetivas, de que construya una representación adecuada del propio mundo mental y del ajeno (los esquemas ya explicados anteriormente) para ayudarlo a organizar su mente. Para ello, concreta, la figura de referencia debe percibir las necesidades internas del bebé y mediar con las respuestas de cuidado que emite, condicionadas por sus rasgos temperamentales. Por consiguiente, introduce la importancia del sistema de apego que el adulto establece en su infancia y los rasgos temperamentales propios de la figura significativa y del bebé.

Para la consecución de este proceso de sintonización (adulto-bebé), Hofer (1996) evidencia a partir de sus investigaciones la base biológica de la conducta de apego. Según el autor, cada hemisferio cerebral se sintoniza con el mismo del cuidador, se crea una conexión que permite al bebé agrupar activaciones neuronales que determinan la naturaleza de su experiencia subjetiva. En consecuencia, el modelo de apego del progenitor influye sobre la naturaleza de la sintonización emocional, reforzando la actividad de ciertas emociones y pasando por alto otras. Generan patrones engranados sobre la forma en la que el bebé llega a experimentar el mundo, pues determina la forma de procesar información, ya que dicha sintonización condiciona procesos básicos (formas de memoria, narración, regulación emocional y conducta interpersonal). Así, establece que la influencia del adulto condiciona (de cierta manera) el modelo de apego establecido y las posibles consecuencias que se derivan del mismo. Por ejemplo: los bebés que no disponen de vínculos de apego seguros, es decir, de una sintonización hemisférica adecuada con sus cuidadores significativos, antes del final del tercer año pueden presentar extremas dificultades para la formación de vínculos que continuarán vigentes en momentos posteriores de la vida. Este bloqueo del correcto funcionamiento de los hemisferios puede derivar en una defensa adaptativa, un temperamento disfuncional que supone un riesgo para desarrollar trastornos emocionales, tal y como explica Fonagy (1999).

### 3. LOS ÚTILES DEL AT Y LA CO-CONSTRUCCIÓN DE UNA RELACIÓN SALUDABLE

Cuando una persona asiste a terapia sitúa al especialista en el lugar del supuesto saber. Se siente limitada en la relación consigo misma, con los otros y con el entorno y acude con

la necesidad de que alguien alivie todo su malestar. De ser salvada.

Por su lado, el terapeuta, persona que también ha podido vivir en su piel los efectos de un apego inseguro o unos MOI no adaptativos, lleva a la interacción su idea de lo que es la terapia y sus necesidades para poder desarrollar la misma.

El AT, con el diagnóstico y el trabajo centrado en los estados del yo, proporciona a la relación con uno mismo un mapa que ordena las disonancias entre las normas culturales y las expectativas de las figuras de referencia, los valores propios y las necesidades individuales. Brinda a la relación interpersonal (cliente – terapeuta) una herramienta que neutraliza, en cierto modo, la influencia de los MOI de la figura de referencia (terapeuta) permitiendo al cliente tomar consciencia de sus patrones, identificar los valores propios y reactualizar los modelos que condicionan sus pensamientos, emociones y expresiones.

Así, la relación entre la persona demandante (cliente) y la persona contratada (terapeuta) comienza, dando lugar a la psicoterapia. Un tercer elemento co-construido que, siendo intangible, constituye la pieza clave del proceso. En este inicio de absoluto desconocimiento y expectativas inconexas, el Análisis Transaccional permite comenzar a co-crear un espacio intersubjetivo que asegura, por los valores que guían su práctica, un espacio óptimo en el que detectar y satisfacer las necesidades relacionales que fueron descubiertas (Armada, A. 2016).

Durante el proceso, el profesional, habiendo trabajado previamente sus decisiones de guion y necesidades relaciones no resueltas, acompaña al cliente en su toma de conciencia sin reaccionar inadecuadamente ante sus demandas o invitaciones simbióticas inconscientes. Ejerce desde la autonomía siendo un apoyo para la narrativa subjetiva que el cliente necesita re-construir. Una persona capacitada que aporta esa mirada de Pígalión que facilita al otro llegar a ser quien es (y no quien se espera que sea). Por ello, el AT permite al terapeuta impactarse y atender desde una posición de autenticidad, interés y humildad escuchando, teniendo en cuenta y tomando en consideración la experiencial del cliente. El modelo permite al profesional transmitir el permiso, la protección y la potencia que la persona atendida necesita para continuar con el desarrollo natural que un día fue interrumpido u obstaculizado por las condiciones del entorno y las propias percepciones.

Como resultado, el cliente experimenta, probablemente por primera vez, un patrón relacional seguro en el que puede desarrollar la coherencia interna necesaria para guiar sus pensamientos, emociones y conductas de forma congruente con sus necesidades presentes. Aprende a priorizarse transformando su sufrimiento en potencia. Es decir, actualiza los esfuerzos adaptativos desarrollados bajo la influencia de sus progenitores, el contexto sociocultural y la perspectiva, siempre sesgada, que constituye un plan de vida inconsciente.

Por consiguiente el modelo permite al cliente invertir su Niño Libre. Experimentar una relación de confianza libre de juegos siendo el protagonista de su historia ¿Cómo?

- Registrando el sentido de sus pensamientos.
- Comprendiendo el valioso significado de su comportamiento.
- Redecidiendo desde la responsabilidad (y no la culpa) las enquistadas decisiones inconscientes.
- Tomando consciencia de los intentos de satisfacer las necesidades relacionales insatisfechas en la infancia.
- Integrando la experiencia de una relación afectiva que orienta, protege, apoya y abraza las vulnerabilidades igual que las fortalezas.

En consecuencia, el AT posibilita al cliente una experiencia relacional que le permite dejar de lado las fantasías mágicas y potenciar el autocuidado, mostrando abiertamente quién es y recibiendo reconocimiento y aceptación por ello. Un proceso que desbloquea las creencias limitantes favoreciendo el registro de nuevas experiencias. Como expone Erskine (2012), el contacto terapéutico permite adquirir esas vitaminas que sólo se suministran en un vínculo seguro; en la relación saludable con personas que se interesan por las necesidades y emociones ajenas sin tomarlas en carga. Resonando en sintonía, validando, permitiendo la subjetividad y acompañando en esa búsqueda de coherencia interna entre la narrativa y las acciones que la acompañan la misma desde los diversos estados del yo. Algo tan necesario como las vitaminas o sustancias que necesita el cuerpo para su buen funcionamiento. Esas vitaminas que por si mismo no puede sintetizar.

En conclusión, la terapia desarrollada desde el AT supone una segunda oportunidad de desarrollo en la cual, cliente y terapeuta, co-construyen un nuevo modelo de relación incorporando nuevos constructos y conceptos para explicar el mundo interno y el mundo externo. Modifican la narrativa inicial encontrando la coherencia que desbloquea la interconexión de pensamientos, sentimientos y conductas sin negar su propia habilidad para encontrar la solución, sin descontar la existencia del problema, el significado del mismo, la posibilidad de cambio, las opciones o las competencias personales. Un lugar en el que pueden permanecer conectados con sus recursos (estado del yo Adulto) y necesidades (estado del yo Niño) gestionando las demandas normativas de la sociedad (estado del yo Padre) para ejercer libremente las decisiones que resultan de la propia voluntad (Stewart, I., & Joines, V, 2007) y satisfacer, de este modo, las necesidades relacionales descubiertas de una forma autónoma. Es decir, consciente, espontánea y conectada con la propia intimidad (Berne en 1964, citado en Gayol, G. N, 2013).

Por todo esto, el AT; constituye en la terapia un mapa que ordena e integra las diversas partes del self que la persona percibe como contradictorias y disociadas, concede al terapeuta el tarea de liberar al paciente de esa visión a través de la cual percibe una vida en la

que no ha participado y permite al cliente responsabilizarse de sus redecisiones sin dejar las mismas en manos del terapeuta (Armada, A. 2019).

#### 4. EXPERIENCIA DE TERAPEUTAS NOVELES

##### 4.1 METODOLOGÍA

Tras un estudio de casos explicativo y descriptivo se muestra la satisfacción de los terapeutas noveles que aplican el modelo atendiendo a la primera fase del tratamiento, el Análisis Estructural. Las técnicas empleadas para su explicación han sido la observación activa no participante y la observación activa participante. El objetivo ha sido vivenciar la utilidad del modelo.

Para describir la satisfacción de los terapeutas se ha procedido con una entrevista cualitativa estructurada. El objetivo ha sido obtener datos para conocer la perspectiva de cada sujeto estudiado garantizando la estandarización de la información recopilada y atendiendo, en paralelo, a la experiencia de cada profesional. Por lo que al número de entrevistados se refiere, la recogida ha sido de carácter intensivo, ya que se ha valorado establecer una relación empática con los entrevistados para entender e interpretar su satisfacción sin llegar a muestras representativas en un sentido estadístico.

##### 4.2 PROCEDIMIENTO

Para explicar el modelo se han seguido las sesiones semanales de una hora de tres casos. Acto seguido, se ha elaborado el diagnóstico y se ha orientado la intervención, atendiendo a la teoría de personalidad, a la teoría del desarrollo y a la psicopatología propuestas por el modelo, a las herramientas diagnósticas y a las tácticas y técnicas expuestas, a la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* y a las pruebas evaluativas pertinentes. Después, se ha observado y analizado mediante grabaciones de audio el tratamiento aplicado en tres casos clínicos. Finalmente, se ha valorado la satisfacción laboral de los terapeutas implicados en los casos. Estos se han seleccionado atendiendo a los siguientes criterios: estudios mínimos de máster (MUPGS), experiencia previa en el ámbito clínico (un año o más), haber cursado como mínimo tres años del Máster Internacional en Análisis Transaccional en Psicoterapia organizado por el CEP Eric Berne de Barcelona y ser principiante en la aplicación clínica del modelo (menos de 1 año), edad (entre 26 y 35 años) y sexo (mujeres). Así, todos los participantes son terapeutas jóvenes por lo que a la experiencia en el modelo se refiere, y reciben supervisiones quincenales. La muestra no sigue un criterio de representatividad estadística por los motivos ya expuestos anteriormente en el apartado de metodología.

\* (MUPGS) = Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Una vez seleccionados los participantes y habiendo elaborado de antemano tanto en forma como en contenido las preguntas a plantear, se ha administrado individualmente la entrevista estructurada manteniendo la formulación y el orden de las preguntas. Después, respetando la variedad y la complejidad de las respuestas se ha codificado la información obtenida en una matriz de datos a fin de analizar sus contenidos. Finalmente, considerando las entrevistas y supervisando la propia experiencia como terapeuta, se ha valorado la satisfacción que aporta el modelo a los terapeutas noveles que participan el Proyecto Social del CEP.

## 5. EVALUACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL MODELO

El análisis de las entrevistas permitió reconocer las categorías emergentes, las cuales se tomaron como referentes para la elaboración de los indicadores cualitativos del sistema propuesto.

Las herramientas diagnósticas de intervención aprendidas en la formación, tanto por su contenido teórico como por su aplicación práctica disminuyen la percepción insuficiente de las propias competencias que llevó a los terapeutas a emprender la formación en AT. Un sentimiento de inseguridad profesional que todos compartían independientemente de la especialización realizada previamente. Así, en las entrevistas realizadas, valoran como oportuno el contenido estudiado, sus efectos en la práctica y la implicación de los docentes a la hora de transmitir el modelo. Esta última variable supone la base de las anteriores, pues subrayan que la metodología de enseñanza, la manera implicada en la que los docentes del CEP transmiten el modelo es la clave de su satisfacción, ya que desde la humildad, la ética y la profesionalidad, los profesores son un referente que más allá de exponer el Análisis Transaccional, acompañan, animan y atienden las necesidades de los principiantes aplicando indirectamente, a su vez, el modelo en los alumnos. Hecho que propicia su integración y afina su práctica.

En las primeras sesiones de los terapeutas noveles con los pacientes las técnicas más valoradas han sido el diagnóstico de los estados del yo, el trabajo con los mismos (*el suministro de información, el redespertar de los estados del yo, la descontaminación, la aclaración de fronteras, el refuerzo de fronteras y el trabajo de sillas Múltiples*) y el contrato terapéutico.

El diagnóstico de los estado del yo se percibe como una guía que, lejos de limitarse a la sintomatología, identifica la forma de ser o el funcionamiento psíquico del paciente, estableciendo objetivos terapéuticos a corto, medio y largo plazo. El trabajo con los mismos destaca por la intervención humana, cualitativa y respetuosa que lleva al cliente a analizar sus opciones de respuesta actuales y decidir sin descontar sus habilidades ni las de los otros.

El contrato terapéutico es destacado por situar el centro del proceso en los clientes e implicar a los mismos, provocando que ellos y el terapeuta se ubiquen y se mantengan du-



rante todo el proceso en la posición existencial saludable (yo bien, tú bien, los otros bien). Las operaciones básicas, sin embargo, han sido relevantes por su valor como técnicas para recoger información de una forma ordenada y clara. En general, se ha valorado que la suma de todas las herramientas converge en la construcción de una alianza terapéutica gratificante (una táctica indispensable en la primera fase del tratamiento) y que las mismas interactúan con el diagnóstico orientando y reorientando el tratamiento. Se ha valorado que el modelo aporta estructura, orden y conceptos que recogen y facilitan el abordaje clínico atendiendo a la génesis de la problemática y teniendo como objetivo la salud.

Las desventajas más notorias se perciben en la complejidad que el modelo presenta en su uso como manual (y no como guía), es decir, en la falta de desarrollo teórico sobre cómo trasladar los elementos diagnósticos a la intervención terapéutica. Los resultados muestran que, en un principio, la amplitud del modelo, esto es, todas las opciones que presenta para diagnosticar y para intervenir, interfieren más que ayudan. Los terapeutas sienten que tienen que diagnosticar al cliente atendiendo a todas las manifestaciones desde todo el abanico de oportunidades presentes. Sin embargo, a medida que se enfrentan a las primeras sesiones, entienden que dicho abanico requiere de la intuición del terapeuta y de las características del cliente. Es decir, que la amplitud del modelo, después de la fase inicial, les permite desarrollar una mirada crítica y escoger los elementos más idóneos para el diagnóstico de cada caso seleccionando las herramientas más oportunas. Una elección que depende de muchas variables, pero que desemboca en los mismos resultados. En esta línea, los entrevistados están de acuerdo en que, independientemente de la intervención específica, el modelo supone una base que establece la relación terapéutica como un soporte en el que se trabaja y se sana. Una mirada neutra y un vínculo que despierta la motivación intrínseca del cliente hacia la salud.

Así, se llega a la conclusión de que la amplitud del modelo, por un lado, permite al terapeuta abordar distintas casuísticas en función de su experiencia aportando una amplia gama de intervenciones y que, por otro lado, en un primer momento la variedad de conceptos puede dejar en segundo plano la relación con el cliente sobrepasando al terapeuta hasta que es alentado y reorientado en las supervisiones.

Por lo que a la sintomatología se refiere (último objetivo del Análisis Estructural), los terapeutas valoran la remisión de la misma en una escala tipo Likert (en la que una puntuación de 10 refleja la remisión total del síntoma) con valores de 7 y 8. Perciben mejoras en los clientes y añaden que las mismas no se reflejan sólo en la reducción del síntoma. Es más, ponen en primer plano el proceso mental que el paciente realiza en terapia (al empezar a entender el origen y el porqué de su sintomatología) y las habilidades que empieza a integrar para cubrir sus necesidades y regular sus emociones. Dos acontecimientos que impactan en la disminución de las manifestaciones sintomáticas.

En suma, el nivel de satisfacción percibido por los terapeutas noveles del CEP en la aplicación del AE es alto apelando a la teoría (como alumnos), a la práctica (como profesionales) y la experiencia personal (presente en las supervisiones y las propias sesiones de terapia que la formación exige). También en una escala tipo Likert, en la que puntuaciones de 10 reflejan la máxima satisfacción, valoran el modelo con calificaciones de 8 y 9. No obstante, se observa que los participantes valoran la formación continua una vez finalizado el máster. Un hecho que refleja la filosofía humanista, nombrada anteriormente (una visión transpersonal donde los valores del aprendizaje, crecimiento y humildad son protagonistas).

## CONCLUSIONES

Diversas teorías sobre el desarrollo infantil pueden ser utilizadas para comprender el desarrollo estructural y enmarcar, con otros conceptos pero con la misma base, la intervención propuesta desde el Análisis Transaccional. Una *teoría de la comunicación* que mejora la calidad de las relaciones interpersonales aportándonos herramientas para reactualizar las estrategias aprendidas (que en el presente resultan contraproducentes) fomentando un desarrollo más beneficioso y ayudándonos, como *teoría de la personalidad*, a comprender por qué somos como somos y cómo las personas y las instituciones (que han formado parte de nuestro proceso de socialización) han influenciado en nuestro funcionamiento. Como *teoría del desarrollo*, a entender cómo a partir de las caricias y los mensajes recibidos en la infancia temprana, el niño toma una serie de decisiones sobre él mismo, sobre los demás y sobre el mundo construyendo una manera de percibirse a sí mismo y a los demás y, finalmente, como *modelo de psicoterapia*, ayudándonos a conocer la configuración que el pequeño realiza. Su forma de comportarse. Es decir, las manifestaciones que elabora a partir de su manera de hacer, de sentir y de pensar.

En este trabajo se ha ofrecido la primera etapa (el Análisis Estructural) del modelo de psicoterapia presentado (el Análisis Transaccional) utilizando un enfoque analítico influenciado por analistas transaccionales como Haykin (1989), Joines (1998), Levin (2017) y Martínez (2011), y se ha destacado con tres casos clínicos cómo se traslada la teoría a la práctica y la satisfacción de los terapeutas en este proceso. Además, las aportaciones de los profesionales se han recogido atendiendo a una visión global de los mismos en los diferentes roles que la formación del modelo exige: como alumnos, como analistas transaccionales y como clientes tratados por otros analistas transaccionales.

Así, se ha podido comprobar que la formación en el modelo permite, en primer lugar, el *insight* del propio terapeuta. Es decir, permite que el profesional se vea a sí mismo. Un primer requisito importante en psicoterapia puesto que la experiencia de vernos a nosotros mismos nos ayuda a desarrollar las capacidades de empatía, de escucha activa y nos da po-

tencia, permiso y protección para poder acompañar al cliente manteniendo una relación de contacto. Como dicen Stewart, I., & Joines, V. (2007) El profesional entra en la relación con sus propias definiciones internas sobre los tipos de cambio que son “buenos” para la gente. Tiene su propio marco de referencia y desde el mismo es tentador asumir que las definiciones del cliente son las mismas que las propias. Entrar en el triángulo dramático.

También se ha podido verificar que el contrato constituye el inicio de este camino. Una guía general de acción efectiva que permite al terapeuta, por un lado, definir la intervención a largo plazo y, por otro, fijar objetivos específicos sobre áreas concretas estableciendo acciones bien definidas que, en un primer momento, se ejecutan con las tácticas y las técnicas expuestas. En el caso de los terapeutas noveles que participan en el Proyecto Social del CEP, se ha observado que les permite diagnosticar, entender e intervenir en la clínica del paciente consiguiendo resultados favorables. Pues el método contractual permite sacar el foco del problema y ponerlo en el objetivo de cambio construyendo una imagen mental de lo que se quiere integrar y movilizándolo los recursos personales para conseguir el resultado. Además, se ha observado también que el contrato ofrece una manera de evaluar los progresos y finalizar la terapia al alcanzar los objetivos fijados.

Las limitaciones encontradas a lo largo del presente trabajo hacen referencia, en primer lugar, *al tamaño de la muestra*, ya que la complejidad que supone la elaboración de los diagnósticos presentados, las dimensiones del centro y la práctica ética respecto a los pacientes, no ha podido ser más grande. En segundo lugar, *el acceso reducido a los clientes*, por decoro a su intimidad, no ha permitido ejecutar un diseño test-retest que permitiera contrastar la valoración sintomática que los profesionales han proporcionado acerca de sus pacientes.

Para líneas futuras se propone analizar los efectos de la intervención terapéutica propuesta en una muestra más grande que, por lo que a los profesionales se refiere, permita generalizar los resultados o al menos enriquecer la valoración subjetiva de los mismos. Por lo que a la reducción sintomatológica de los pacientes hace referencia, se considera enriquecedor contrastar la experiencia terapéutica mediante un diseño test-retest. También se propone atender a las otras fases del tratamiento y valorar la experiencia del terapeuta y los resultados del cliente en las mismas. Por último, se plantea profundizar en las herramientas que ofrece el AT para la intervención grupal y familiar.

En definitiva, se considera que el presente trabajo es especialmente significativo para aquellas personas que se inician en la práctica del modelo y también para aquellos que lo desconocen y quieren desarrollar su autonomía y acompañar a otros en este camino. Entendiendo la misma como la recuperación de tres capacidades: la consciencia, la espontaneidad y la intimidad.

## REFERENCIAS

- ARMADA, A. (2019). La cura del guion en psicoterapia: cocreación de un nuevo destino. *Revista de Análisis Transaccional. Órgano de difusión de APPHAT*, 5, 45-54
  - (2016). *Terapeutas desde la infancia*. Editorial Círculo Rojo SL.
- BOWLBY, J. (1986). *Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- CAMPS, S., CASTILLO, J. & CIFRÉ, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25 (1), 67-74.
- DELGADO, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- ERSKINE, R. G., MOURSUND, J., & TRAUTMANN, R. L. (2012). *Necesidades Relacionales. Mas allá de la empatía. Una terapia de Contacto-enla-Relación (181-185) Bilbao: Desclée de Brouwer, col. Serendipity*.
  - (2016). Principios filosóficos de la Psicoterapia Integrativa. Erskine, R. G. *Presencia Terapéutica Y Patrones Relacionales: Conceptos Y Practica de la Psicoterapia Integrativa* (xxxix-xxxvi) Ediciones Karnac.
- FONAGY, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Aperturas Psicoanalíticas, num.3, Available at: [www.aperturas.org/articulos.php?id=86&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=86&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria). [Accessed 3 Apr. 2016].
- GAYOL, G. N. (2013). *Codependencia desde la perspectiva del análisis transaccional. El guión de la codependencia en relaciones de pareja: diagnóstico y tratamiento*. (41) Editorial El Manual Moderno.
  - (2013). Tratamiento de la codependencia. *El guión de la codependencia en relaciones de pareja: diagnóstico y tratamiento*. (99-101) Editorial El Manual Moderno.
- HAYKIN, M. (1980). The Influence of Early Childhood Experience upon the Structure of the Child Ego State. *Transactional Analysis Journal*, 10(4), 354-364. doi: 10.1177/036215378001000418
- HOFER M. (1996). On the nature of early loss. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 58, 6, 570-581
- JOINES, V. (1988). Diagnosis and Treatment Planning Using a Transactional Analysis Framework. *Transactional Analysis Journal*, 185-190. doi:10.1177/036215378801800304
- LEVIN, P. (2017). Devolution: The Link between Script Instructions and Physical Illness. *Transactional Analysis Journal*, 28(2), 100-110. doi:10.1177/036215379802800202
- MARTÍNEZ, J. (2011). Técnicas en Análisis Transaccional, I. En J. Martínez; (Ed.). *Técnicas en Análisis Transaccional* (3-50). Barcelona: Autor.
- REPETUR, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11), 2-15.
- STEWART, I., & JOINES, V. (2007). Simbiosis. En Stewart, I., & Joines, V, *AT hoy una nueva introducción al análisis transaccional* (221-229 ) Madrid: CCS.

ESTEFANIA BENGOA GERMÁN

Psicóloga General Sanitaria. Alumna del máster en Análisis Transaccional en Psicoterapia y psicoterapeuta del Proyecto Social en el CEP Eric Berne de Barcelona.

ANTONIO ARMADA RAYA

Doctor en Psicología. Docente y psicoterapeuta del CEP Eric Berne de Barcelona. Co-Responsable del DECCAT (Departamento de Estudios Clínicos y Ciencias en Análisis Transaccional) del CEP Eric Berne de Barcelona.