

Artículos de Psicoterapia Integrativa

Psicoterapia de la Experiencia Inconsciente

Richard G. Erskine, Ph.D.

Traducción: Aurora Cáceres Grazioso

Revisión: Angela Pérez Burgos

Partes de este artículo fueron presentadas como conferencia de apertura titulada: "Los Procesos Inconscientes: La Conexión Íntima entre Cliente y Terapeuta" en el Congreso Internacional de la Asociación de Psicoterapia Integrativa del 12 al 15 de Abril en Roma, Italia. El autor agradece a los miembros del Seminario de Desarrollo Profesional del Instituto de Psicoterapia Integrativa su valiosa contribución en la formulación de los conceptos de este artículo. Su profunda gratitud también va para Kay y Andrew por proporcionarle la oportunidad de enriquecer sus conocimientos sobre psicoterapia a través del trabajo conjunto.

Resumen

Sigmund Freud definió el inconsciente como resultado de la represión. Sin embargo, estudios recientes en neurología y en psicología evolutiva indican que la experiencia inconsciente puede estar compuesta por formas pre-simbólicas, subsimbólicas, implícitas y procedimentales de la memoria, así como ser el resultado de un trauma. En este artículo se emplean las categorías de la experiencia inconsciente pre-verbal, nunca verbalizada, no reconocida, sin recuerdo y la verbalización evitada para describir dos casos de psicoterapia. Cinco patrones pre-reflexivos – estilo de apego, autorregulación, necesidades relacionales, creencias de guión e introyección – serán propuestos como una forma de organizar la planificación del tratamiento. Se describe una psicoterapia integrativa relacional y profunda para el tratamiento de la experiencia inconsciente.

El planteamiento teórico de Sigmund Freud de que el inconsciente determina la motivación y la conducta, fue revolucionario hace un siglo. Hoy en día ese mismo planteamiento teórico puede ser igualmente preciso para comprender la motivación y la conducta, pero las conceptualizaciones contemporáneas de las dinámicas de la experiencia "inconsciente" han cambiado el foco de atención desde un énfasis en la represión defensiva hacia una perspectiva neurológica y evolutiva. En respuesta a la investigación neurológica actual y a la teoría psicológica contemporánea, ya no pienso en una dinámica inconsciente como formada exclusivamente de la represión defensiva; más bien la considero como una expresión del procesamiento evolutivo y neurológico de experiencias significativas. (Bucci, 1997; Fosshage, 2005; Howell, 2005; Kihlstrom, 1984; Lyons-Ruth, 1999; Orange, Atwood, & Stolorow, 1997; Siegel, 2003).

Freud postuló que el "inconsciente" era como una cámara acorazada de la mente en

donde experiencias emocionalmente conflictivas se almacenaban y olvidaban. Tal "inconsciente dinámico" era el resultado de la actividad defensiva de la represión. (Freud, 1900/1958b, 1915/1957). Ian Suttie (1935/1988), uno de los primeros teóricos psicoanalistas de las relaciones objetales, describió dicha represión como un "proceso totalmente inconsciente" y lo distinguió de la "supresión", que es una reacción consciente a la coerción (p. 97). Con la represión, las experiencias cargadas de afecto particularmente incómodas o las experiencias traumáticas del self con otras personas son psicológicamente evitadas para no hacerse conscientes. Otras reacciones auto-protectoras y defensivas – tales como la desensibilización, la negación, la disociación y la escisión psicológica – pueden acompañar y reforzar la represión.

Al trabajar con varios clientes en psicoterapia, especialmente con los que han experimentado un trauma agudo o un trauma acumulativo, se me hizo evidente que determinados recuerdos, fantasías, sentimientos y reacciones físicas pueden ser reprimidos porque podrían traer a la consciencia experiencias de relaciones en las cuales las necesidades físicas y las necesidades relacionales fueron insatisfechas constantemente y el afecto asociado no se puede integrar porque hubo (hay) un fallo en la respuesta sintonizada de la otra persona significativa (Erskine, 1993/1997; Erskine, Moursund, & Trautmann, 1999; Lourie, 1996; Stolorow & Atwood, 1989; Wallin, 2007).

Cuando Winnicott (1974) escribió acerca del "miedo al colapso" de los clientes y su potencial regresión a una experiencia infantil con carga emocional, partía de una teoría psicoanalítica clásica que postulaba que el inconsciente dinámico está compuesto de energía reprimida y de experiencias conflictivas. Describió el inconsciente como la inhabilidad del ego de incluir experiencias emocionales intensas. A la luz de nuevos descubrimientos en neurología y desarrollo infantil, la premisa de Winnicott sobre la formación de la experiencia inconsciente parece acertada. Ahora es evidente que la corteza frontal del cerebro puede que no procese reacciones intensas emocionales y psicológicas que están ocurriendo en la formación reticular ascendente (Cozolino, 2006; Damasio, 1999; Siegel, 2007) y la consciencia es directamente el resultado de la habilidad del cerebro para simbolizar la experiencia (Bucci, 2001; Lyons-Ruth, 2000).

La teoría de la terapia Gestalt (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) prescindió del concepto psicoanalítico "inconsciente" y lo reemplazó por el concepto "pérdida de la consciencia". En la terapia Gestalt, "el inconsciente" se convirtió en un proceso, más que un lugar de la mente. Una pérdida de la consciencia en una persona era el resultado de tener percepciones fijadas (gestalt) que inhiben o impiden formas alternativas de percibir la experiencia. La pérdida de consciencia es mantenida por los mecanismos de interrupción del contacto de retroflexión, confluencia, introyección, proyección y egotismo. La terapia Gestalt postula que a través de la integración de la consciencia del aquí y ahora las gestalts fijadas se disuelven y la persona es consciente de su experiencia actual.

Aunque la mayoría de publicaciones del análisis transaccional no trata el inconsciente per se, Berne hizo varias referencias al proceso inconsciente con muy poca alusión al término o concepto de "inconsciente". En su conceptualización original de los estados del yo, tanto la formación como la influencia de los estados del yo Padre y Niño no son conscientes al estado del yo Adulto (Berne, 1961). Él adoptó el concepto psicoanalítico "inconsciente" pero cambió la terminología. En sus artículos

sobre catexis psicológica, se refirió al inconsciente, al subconsciente y al consciente como energía atada, energía desatada y energía libre. En la metáfora del "mono en el árbol", está claro que la descripción de Berne de energía atada se refería a la experiencia emocional que está confinada y excluida de la consciencia, similar a la represión de Freud. La energía desatada aludía a la experiencia que es subconsciente o pre-consciente y que con el estímulo correcto está disponible a la consciencia. Y la energía libre hace referencia a la experiencia que es consciente (pp. 40-41).

En la descripción de Berne de las transacciones ulteriores, él se refirió a ellas como procedentes del nivel psicológico más que del nivel social. En el caso de las transacciones ulteriores de los estados del yo Padre y Niño, el estado del yo Adulto del individuo podría no ser consciente de la comunicación psicológica – una comunicación desconocida o inconsciente. Aquí, el nivel psicológico parece equipararse al inconsciente (Berne, 1961, pp. 103-105, p. 124). Tal vez los ejemplos más claros en los textos de Berne del concepto del proceso inconsciente están en su descripción del protocolo de guión y del palimpsesto. El protocolo de guión y el palimpsesto hacen referencia a las formas pre-simbólicas, subsimbólicas y procedimentales de la memoria que conforman los patrones relacionales inconscientes y las conclusiones experienciales implícitas que son el núcleo del guión de vida (pp.116-126).

Berne abordó específicamente la experiencia inconsciente en su descripción de los "juicios primarios" e "imágenes primarias" del cliente: "Parece que los juicios más importantes e influyentes que los seres humanos establecen entre ellos, son el producto de procesos pre-verbales – cognición sin insight – que funcionan de forma casi automática por debajo del nivel de consciencia" (Berne, 1955/1977b, p. 72). Continuó describiendo los procesos simbólicos-no verbales del terapeuta en conexión con la expresión inconsciente de la experiencia del cliente y se refirió a ella como la "imagen del yo" del terapeuta – la imagen en la mente del psicoterapeuta cuando visualiza al niño atribulado que el cliente fue en el pasado (Berne, 1957/1977a). Berne también utilizó el término "intuición" para describir la conexión inconsciente del terapeuta con la comunicación inconsciente del cliente: "la intuición es el conocimiento subconsciente sin palabras, basado en observaciones subconscientes sin palabras" (Berne, 1947/1976, p. 35).

Rogers (1951) enfatizó la importancia de la empatía – sentir lo que el cliente siente – como una forma no verbal, aunque significativa, de conectarse con la comunicación inconsciente del cliente. Reik (1948/1964) y Heinmann (1950) fueron dos de los primeros escritores psicoanalistas que enfatizaron la respuesta emocional al cliente como uno de los instrumentos más importantes de estudio sobre la experiencia inconsciente del cliente. Más tarde Kohut (1977) describió la empatía como una introspección vicaria, una manera de conocer los procesos de pensamiento inconsciente del cliente imaginando estar en su experiencia relacional y afectiva. En los últimos años, la literatura sobre el análisis transaccional se ha centrado cada vez más en la importancia de los procesos inconscientes tanto del cliente como del terapeuta, centrales en la relación terapéutica (Erskine & Trautmann, 1996/1997; Hargaden & Sills, 2002; Novellino, 1984, 2003).

Psicoterapia profunda

Cuando hay un contrato psicoterapéutico para hacer psicoterapia profunda orientada a un cambio esencial en el guión del cliente, a la des-confusión y resolución de los conflictos del estado del yo Niño, y a la desactivación de la influencia del estado del yo Padre, la meta terapéutica es facilitar la consciencia de lo que ha permanecido inconsciente. Esto implica traer a la consciencia del cliente los recuerdos, los sentimientos, los pensamientos, las sensaciones y las asociaciones que fueron previamente no conscientes. Tal recuperación de la consciencia permite al cliente darse cuenta de su motivación, historia personal, mecanismos de afrontamiento y necesidades relacionales, proporcionando así la oportunidad de que el comportamiento sea determinado por una elección actual en vez de una compulsión, un miedo o una obediencia programada.

En la práctica de la psicoterapia profunda, creo que es fundamental tener en cuenta que los recuerdos concretos de experiencias, relaciones, sentimientos o fantasías pueden ser activamente reprimidos porque traen a la consciencia conflictos emocionales dolorosos en las relaciones y necesidades insatisfechas. Esto concuerda con la premisa original de Freud. Semejante funcionamiento inconsciente es mantenido por la negación cognitiva, la desapropiación emocional, la desensibilización psicológica, la disociación psicológica y la distancia esquizoide. Estas interrupciones del contacto auto-protectoras y defensivas contribuyen a la elaboración y el mantenimiento de la experiencia inconsciente. Sin embargo, la experiencia que es inconsciente no es solo el resultado de defensas psicológicas. La experiencia que es inconsciente puede también resultar de una reacción fisiológica de supervivencia en respuesta a un trauma o puede reflejar niveles fijados de funcionamiento evolutivo. El trauma puede ser definido como la intensa sobre estimulación de la amígdala y del sistema límbico del cerebro, de manera que los centros psicológicos del cerebro son activados en la dirección de huir, paralizarse o luchar. Hay poca estimulación en la corteza frontal o integración con el cuerpo calloso, por lo que el pensamiento, la secuencia temporal, el lenguaje, los conceptos, la narrativa y la capacidad para calcular causa y efecto no están formados (Cozolino, 2006; Damasio, 1999; Howell, 2005). A menudo dicho trauma da lugar a la disociación y/o al aislamiento esquizoide.

La experiencia puede ser inconsciente porque ambos, el trauma severo y la negligencia prolongada, no son grabados como memoria explícita y memoria simbólica sino que son grabados como reacciones fisiológicas de supervivencia, afecto intenso e indiferenciado, memoria subsimbólica, memoria implícita y memoria procedimental de patrones relacionales que pueden llegar a manifestarse como evitación, ambivalencia o agresión (Wallin, 2007). La mayoría de lo que coloquialmente llamamos "inconsciente", puede describirse mejor como pre-simbólico, subsimbólico, simbólico no verbal, implícitos o expresiones procedimentales de experiencias de la infancia temprana que son formas significativas de la memoria (Bucci, 2001; Kihlstrom, 1984; Lyons-Ruth, 2000; Schacter & Buckner, 1998). Estas formas de memoria no son conscientes, ya que no se transponen al pensamiento, al concepto, al lenguaje o a la narrativa. Tales memorias subsimbólicas o implícitas son fenomenológicamente comunicadas a través de tensiones fisiológicas, afectos indiferenciados, anhelos y repulsiones, tono de voz y patrones relacionales que pueden estimular resonancias fisiológicas y afectivas en el psicoterapeuta. La diada transferencia-contratransferencia es un desarrollo inconsciente de dos historias vitales intersubjetivas y un abanico de oportunidades hacia la experiencia inconsciente de ambos, cliente y terapeuta.

Es nuestra labor como psicoterapeutas estar en sintonía con el afecto, el ritmo, el

nivel evolutivo funcional y con las necesidades relacionales del cliente mientras indagamos en su experiencia fenomenológica. La indagación fenomenológica otorga al cliente la oportunidad de poner su afecto y sus recuerdos fisiológicamente cargados en un diálogo con una persona interesada e implicada – quizás por primera vez. Lo que nunca fue “consciente” tiene una oportunidad de volverse consciente a través de una relación terapéutica comprometida.

Me parece importante pensar no solo en términos de proceso inconsciente como un reflejo del trauma o de la represión, sino también pensar evolutivamente. En general yo conceptualizo la memoria subsimbólica o la implícita como compuesta de seis niveles evolutivos y experienciales: preverbal, nunca verbalizado, nunca reconocido en la familia, sin recuerdo, verbalización evitada activamente y patrones relacionales pre-reflexivos. Describiré brevemente cada forma de memoria subsimbólica e implícita, pero primero, ofrezco un ejemplo de un caso que ilustra cómo la memoria arcaica e inconsciente se transforma en consciente a través de una relación terapéutica con implicación.

El Trauma Acumulativo de Kay. Kay era una mujer de 54 años de edad que trabajaba como contable. Vino a psicoterapia por un profundo sentimiento de soledad y también por una rabia hacia las que ella percibía como personas que la controlaban. Nunca se había casado y nunca había tenido novio, aunque en el instituto y en la universidad se había sentido atraída por algunos jóvenes. Había estado en terapia con dos terapeutas anteriores. El primer terapeuta le había ayudado a establecer algunas metas educativas y profesionales y a conseguir un buen trabajo, mientras que la segunda terapia terminó en “desastre” porque vivenció al terapeuta como “controlador” y que la “confrontaba”. En nuestras primeras sesiones, era muy comunicativa acerca de los eventos presentes pero se sumía en el silencio cuando yo indagaba sobre sus experiencias fenomenológicas tales como sentimientos, sensaciones físicas, fantasías o esperanzas. Yo trataba de conectar con su profundo sentimiento de soledad, al que ella frecuentemente hacía referencia de pasada, pero siempre se las arreglaba para distraerme hablando de lo que decían las noticias o de la situación en su trabajo. Las transferencias obvias conmigo entrañaban su constante temor a que la abandonara y su constante anticipación de que me volvería controlador. Ella desconfiaba de mi indagación fenomenológica. Parecía que carecía de los conceptos o incluso del vocabulario para describir sus sentimientos y su experiencia interna. Sólo tenía vagos recuerdos de su niñez temprana y de sus años escolares y la mayoría de esos recuerdos se centraban en las actividades religiosas de su familia.

En el segundo año de terapia se produjo un acontecimiento extraordinario cuando una araña descendió lentamente del techo en un largo hilo plateado y luego procedió a subir de nuevo y a bajar una y otra vez. Tenía la ilusión y la fascinación de una niña pequeña, y yo pude sentirme emocionalmente conmovido en resonancia con su entusiasmo por las actividades de la araña. Pero a los 15 minutos aproximadamente se volvió distante y silenciosa. Mientras yo me ajustaba a su pausado ritmo y distancia psíquica, ella comentó que siempre le habían gustado las arañas desde que estuvo en el hospital. Yo me sorprendí, porque en nuestra entrevista inicial y en nuestras sesiones de terapia posteriores durante nuestros años previos en ningún momento había mencionado estar hospitalizada. Kay nunca había pensado en decirme a mí, o a los dos anteriores terapeutas, que pasó dos años de recuperación por la polio en un pulmón de acero cuando tenía entre 2 y 4 años de edad. Cuando me enteré de sus dos años de hospitalización, mi corazón se compadeció de ella. En las siguientes sesiones a

menudo me imaginaba sacando a esa niña del pulmón de acero y sosteniéndola en mis brazos. Muchas veces Kay describía cómo su única "amiga" durante ese largo tiempo fue una araña que había tejido su telaraña en el techo por encima del pulmón de acero, muy lejos de su alcance. Ella pasó horas entretenida por sus movimientos, y yo pasaba horas en sintonía con la importancia que tenía esa araña en la vida de esta niña pequeña.

Más tarde, en medio de los largos silencios, Kay habló de cómo las enfermeras entraban y la sacudían y pinchaban y de cómo odiaba ser manipulada por ellas. Antes de cada sesión, me encontraba a mí mismo deseando hablar con esa pequeña que estaba en el pulmón de acero. Lloramos juntos por su soledad. Me tomé en serio su rabia cuando ella describía ser una "prisionera". Kay habló de cómo pasaba las horas del día mirando un reloj del gran hospital marcando los segundos. En varias sesiones ella describió cómo la segunda manecilla hace un tic-tac diferente hacia abajo de 12 a 6 que cuando el tic-tac va hacia arriba de 6 a 12. Con el tiempo recordó que se imaginaba las manecillas del reloj extendiéndose desde la pared para acariciarle la cabeza y la cara.

A medida que la terapia avanzaba, ella se volvió menos descriptiva verbalmente sobre la experiencia del hospital y no disponía de vocabulario para expresar sus sentimientos y sus necesidades. Hubo muchos períodos de silencio y de tristeza. Me sentaba cerca de ella dónde podíamos alcanzarnos y tocar nuestros dedos. Con el contacto dedo a dedo parecía más viva. Jugábamos al juego de la arañita pequeñita con los dedos una y otra vez. Reíamos juntos con nuestras tonterías. Después ella lloraba al experimentar la yuxtaposición entre nuestra alegría y sus años de soledad.

Kay usaba con frecuencia sus dedos y los músculos de la cara para describir la agonía de ser confinada en el pulmón de acero. Ella se enfurecía conmigo en silencio a través de sus expresiones faciales y con los gestos de sus manos cuando yo no podía seguir su ritmo o cuando no respondía con el afecto apropiado. Me estaba contando de forma no verbal la historia de sus necesidades evolutivas, de su soledad y de su abandono. Juntos co-creamos una narrativa verbal y no verbal de experiencias entre los 2 y los 4 años de edad. Mi implicación terapéutica consistió en validar repetidamente su tristeza, su rabia y su sentido del abandono como expresiones afectivas de acontecimientos reales. Desarrollamos un vocabulario y generamos un sentido para la experiencia fisiológica y afectiva de su trauma acumulativo. Normalizamos tanto sus necesidades evolutivas como sus necesidades actuales, y exploramos cómo ella podía satisfacer sus necesidades relacionales adultas con personas de su vida presente. Mi sensación de presencia personal fue expresada con la combinación de sintonía afectiva, rítmica y evolutiva que fue central en nuestra relación. En los diez años transcurridos desde la terapia, Kay aún no había establecido una relación romántica con un hombre. Pero ella dice que está "enamorada de los niños" del hospital en el que es voluntaria 3 veces por semana.

Formas de Memoria Inconsciente

Pre-verbal. La memoria de la infancia temprana es pre-simbólica y no lingüística. No está disponible a la consciencia a través del lenguaje porque la experiencia es pre-verbal. Dicha memoria puede ser expresada en patrones de auto-regulación,

reacciones emocionales, inhibiciones fisiológicas y estilos de apego y de relaciones. Posteriormente en la vida, los patrones relacionales pre-verbales son experimentados, pero en general no se piensa en ellos. La sintonía del terapeuta al afecto, al ritmo y al nivel de desarrollo evolutivo es esencial para formar una conexión emocional que facilita la comunicación de la experiencia pre-verbal. La historia del cliente puede ser expresada en actuaciones no verbales y/o creada por inferencia terapéutica. Esta situación es común cuando se trata la experiencia inconsciente, pero sentida, del cliente de ser un bebé, un niño pequeño y o incluso un niño de edad preescolar. Por ejemplo, en la terapia de Kay, la niña de 2 a 4 años de edad en el hospital regresó a una edad pre-verbal mucho más temprana en donde solo sus gestos físicos y el toque dedo a dedo podían expresar la agonía, la soledad, la irritación y el deseo de tener una relación. Ambos, mi atención constante mientras ella estaba en silencio y nuestro contacto dedo a dedo, permitieron que la memoria pre-verbal se expresara.

Nunca Verbalizada. La memoria pre-simbólica y la implícita reflejan experiencias de la infancia que no fueron verbalizadas en la situación original. El niño podía haber tenido algún lenguaje, como sustantivos y verbos, pero carece de los conceptos para describir sentimientos y necesidades y/o no tuvo una persona receptiva que estuviera interesada en una manera que diera significado y sentido a la experiencia infantil. La narrativa de la experiencia del niño nunca fue configurada porque no hubo una relación que fomentara la auto-expresión del niño y la formación de conceptos.

Cuando un niño tiene la oportunidad de hablar de su experiencia, cada experiencia adquiere un vocabulario y una descripción; se vuelve comprensible porque los conceptos están formados. Se vuelve consciente. Cuando hay una ausencia de diálogo interpersonal, es menos probable que la experiencia se vuelva consciente y que se formen conceptos utilizables y un relato auto-expresivo. La indagación fenomenológica y la sintonía afectiva son dinámicas importantes para una persona que expresa su experiencia emocional. Un otro sintonizado e interesado ayuda a proporcionar un lenguaje dialógico que permite que la experiencia fenomenológica sea formada, expresada y que tenga sentido como memoria autobiográfica. En el caso de Kay, ella nunca le había contado a nadie, ni a sus amigos ni a sus anteriores terapeutas, su experiencia en el hospital. Juntos, nosotros co-creamos una historia que facilitó la consciencia y otorgó sentido a su nunca-verbalizada experiencia emocional previa.

No reconocida. Algunas experiencias evolutivas pueden ser inconscientes porque las emociones, los comportamientos o las necesidades relacionales del niño nunca fueron reconocidos dentro de la familia. Cuando no hay una conversación que otorgue sentido a las experiencias del niño, la experiencia queda sin lenguaje social. Cozolino (2006) describe los efectos tanto del reconocimiento como de la falta de reconocimiento en la experiencia infantil:

La preocupación parental y la curiosidad hacen a los niños darse cuenta de que tienen una experiencia interior propia. . . Ya que esta experiencia interior puede ser entendida, discutida y organizada a través de una narrativa co-construida, se hace disponible para una consideración consciente . . . Cuando a un niño se le deja en silencio debido a la inhabilidad parental para verbalizar la experiencia interna, el niño no desarrolla la capacidad para entender y manejar su propio mundo . . . Cuando las interacciones verbales incluyen referencias a sensaciones, sentimientos, conductas y pensamientos, éstas proveen un medio por el que el cerebro del niño es capaz de

integrar los diversos aspectos de la experiencia de un modo coherente. (p. 232)

La psicoterapia proporciona la oportunidad de abordar lo que nunca fue reconocido. Por ejemplo, los padres de Kay constantemente rezaban por su recuperación mientras ella estaba hospitalizada y una vez en casa, ellos continuamente agradecían a Dios que Kay no muriera. Pero nunca hablaron con ella de su experiencia hospitalaria de soledad, de agonía física y de miedo intenso. En el hospital no hubo casi nada de conversación con las enfermeras. Ella estaba sola con su experiencia. Como resultado, estas memorias no reconocidas dominaban inconscientemente su vida.

Si la araña no hubiera descendido del techo de mi consulta, puede que Kay nunca me hubiera hablado de su hospitalización. La araña brindó un momento especial y lleno de emoción en el que yo resoné con vitalidad al entusiasmo de Kay, y luego con una tranquila paciencia a su silencio y a su distanciamiento. Éste fue un punto de inflexión crucial en nuestro trabajo terapéutico. Finalmente fui capaz de formar una imagen evolutiva (i.e., la "imagen del yo" de Berne) de una niña hospitalizada y tal vez traumatizada, que me permitió comenzar a comunicarme tanto con la niña de 2 a 4 años, como con la pequeña de 2 a 4 años que estaba regresada a un estado pre-verbal. Más tarde cuando procesamos nuestro trabajo terapéutico sobre su experiencia regresiva, Kay me dijo que nunca había hablado a alguna persona de su hospitalización porque asumió que "nadie estaría interesado", una transferencia de la falta de reconocimiento de sus padres puesta en todos los demás, incluyendo a los dos terapeutas.

Sin recuerdo. Una ausencia de recuerdos puede parecer inconsciente porque no se dio un contacto relacional significativo. Cuando no ocurrieron experiencias relacionales importantes, es imposible ser consciente de ellas. Si la amabilidad, el respeto y la gentileza estuvieron ausentes, el cliente no va a tener esos recuerdos; habrá un vacío de la experiencia. Ésta es frecuentemente la situación con la negligencia infantil. Lourie (1996) describe la ausencia de memoria en clientes con trauma acumulativo que refleja la carencia de cuidado vital y un caso omiso a las necesidades relacionales. La historia de Kay ilustra el "inconsciente" como sin recuerdos – un toque reconfortante, la validación de sus necesidades afectivas, unas explicaciones clarificadoras y tener una compañía activa, todo esto faltó en los años que Kay estuvo hospitalizada. La yuxtaposición entre mi contacto físico, mi validación, mis explicaciones y mi compañía, y la carencia de estos importantes elementos relacionales, estimularon su consciencia de que estuvieron ausentes en su vida temprana y de que sus reacciones inconscientes de compensación a la falta de conexiones relacionales dominaban su vida presente.

La historia de Kay refleja cuatro tipos de procesos inconscientes: nunca verbalizado, no reconocido, sin recuerdo y regresión a un período pre-verbal. En la psicoterapia de Kay, la resolución de su trauma acumulativo es también un ejemplo del terapeuta proporcionando una psicoterapia relacional que permite a las experiencias inconscientes previas volverse conscientes a través de una conexión intersubjetiva y afectiva. Durante muchos años, Kay vivió y exteriorizó diversas memorias inconscientes subsimbólicas e implícitas. Ella no era consciente de las relaciones que nunca ocurrieron (sin recuerdo) aunque era necesario que ocurrieran para un desarrollo sano, tales como la necesidad de una persona fiable y consistente que respondiera a sus sentimientos y a sus necesidades. Mucha de la psicoterapia estuvo orientada a ayudarla a reflexionar y a apreciar sus diferentes patrones relacionales arcaicos y sus conductas auto-reguladoras como intentos de comunicar y buscar una

reparación por las numerosas necesidades relacionales no correspondidas. Además del concepto de Freud de inconsciente como resultado de la represión, organizo mi perspectiva de la terapia para incluir la posibilidad de que el cliente podría tener experiencias evolutivas inconscientes y no expresadas que son pre-verbales, nunca verbalizadas, no reconocidas o sin recuerdo – la base para patrones relacionales fijados.

Verbalización evitada. Cuando la experiencia está activamente desprovista de conversación, puede volverse inconsciente, esto es, no ser recordada como una serie de eventos específicos y no estar ya disponible para la narrativa. Esto es similar a la dinámica inconsciente de Freud (1915/1957), en donde las experiencias vergonzosas o la culpa se vuelven inconscientes porque la persona está extremadamente incómoda para hablar con alguien sobre su experiencia. Por ejemplo, Andrew vino a terapia con una serie de obsesiones intensas, incluso la vergüenza por obsesionarse. Me enfoqué en varias dimensiones del tratamiento de la obsesión, incluyendo la comprensión de las funciones psicológicas, las creencias de guión y específicamente, las formas en que sus obsesiones eran un intento de contar una historia perdida pero importante. Exploramos cómo su vergüenza de obsesionarse era una evitación de un sentimiento más profundo de vergüenza. Con el tiempo, Andrew fue capaz de hablarme del maravilloso veraneo que había tenido a la edad de 12 años. Su familia pasó el verano en una casa pequeña junto al lago; otro niño de su edad vivía cerca. Los dos niños empleaban el tiempo jugando a la pelota, nadando, y montando en sus bicicletas. Pero, la parte más emocionante del veraneo fue el juego sexual entre ellos. Exploraron mutuamente sus penes y realizaron felaciones el uno al otro. A Andrew le encantó la experiencia sexual, y adoraba al otro chico a quien extrañó intensamente cuando el verano se acabó. Estaba extremadamente asustado como para contarle a alguien su maravillosa experiencia sexual. Los dos chicos nunca habían hablado de su juego sexual o de lo que estaban sintiendo. Andrew se deleitaba silenciosamente en el placer, pero no podía decírselo a sus padres porque "Padre me golpearía si se enterara y Madre se pondría histérica". No lo podía contar a las monjas o a los sacerdotes de la escuela porque sabía que "era un pecado". Y, muy importante, no podía decir a ninguno de los niños lo que había experimentado ese verano porque temía que lo llamaran "homo". La emocionante historia de Andrew estuvo mantenida como un secreto durante 24 años, un secreto hasta para él mismo. A pesar de todo, la narración activamente evitada de su historia se representaba en sus intensas y variadas obsesiones, obsesiones de las que estaba profundamente avergonzado y que le distraían de la vergüenza impuesta por la sociedad acerca de su experiencia sexual.

Patrones Pre-reflexivos. Muchas psicodinámicas operan fuera de la consciencia del individuo. Son patrones pre-reflexivos del self en relación (Stolorow & Atwood, 1989). Los cinco patrones pre-reflexivos descritos aquí – estilo de apego, auto-regulación, necesidades relacionales, creencias de guión e introyección – no son claramente conscientes para la mayoría de los clientes en la etapa inicial de la psicoterapia, aunque a menudo hablan de sus creencias de guión, su auto-regulación y sus reacciones ante las relaciones. Más bien son inconscientes de la influencia dominante que tales patrones tienen en sus vidas. Un importante aspecto de la psicoterapia es crear la calidad de la relación, en el marco de la cual estos patrones pre-reflexivos se tornan conscientes, comprendidos y vivenciados como una alternativa.

Los estilos de apego son formas procedimentales pre-simbólicas inconscientes de la memoria basadas en patrones relacionales tempranos (Bowlby, 1988). En la

psicoterapia profunda a menudo hablo con clientes sobre sus estilos de apego, tanto conmigo como con otras personas significativas. Examinamos si sus relaciones son seguras, ambivalentes, evitativas, desorganizadas o aisladas y exploramos las dinámicas tempranas familiares y las conclusiones experienciales implícitas que les llevaron a estos patrones. El conocimiento que tienen los clientes sobre los estilos de apego y los recursos para construir relaciones significativas se convierten en un aspecto importante de nuestro diálogo. Por ejemplo, en la psicoterapia de Kay, ella con el tiempo empezó a apreciar cómo se había formado su estilo de apego ambivalente y cómo lo estaba manteniendo en su vida adulta. El apego aislado de Andrew era compensado con varios tipos de obsesión. Al final, fue capaz de identificar cómo cada obsesión creaba el aislamiento en las relaciones.

Las personas con frecuencia no son conscientes de sus patrones de auto-estabilización y auto-regulación, que se desarrollaron para reducir el afecto intenso. Los clientes normalmente establecen gestos concretos, comportamientos repetitivos o creencias de guión para calmar reacciones emocionales sobre estimulantes ante la ausencia de relaciones satisfactorias. Es imprescindible que el psicoterapeuta finalmente traiga a la consciencia del cliente estos patrones auto-reguladores e investigue qué es lo que está pasando fenomenológicamente dentro del cliente en respuesta a la relación terapéutica, o en su memoria en los momentos previos a la acción auto-reguladora. Tales comportamientos pueden adoptar la forma de acariciarse el pelo, retorcerse las manos o terminar oraciones con "¿sabes?". El lenguaje corporal es un importante transmisor de comunicación inconsciente, por lo tanto es esencial en psicoterapia centrarse en que los clientes se den cuenta de la comunicación inherente a sus movimientos físicos, gestos y posturas. Por ejemplo, me llevó casi dos años percatarme de que el movimiento constante de dedos contra dedos de Kay era un intento inconsciente de contar la historia del abandono emocional y físico. En el caso de Andrew, él, momentáneamente pero con frecuencia, me apartaba la vista para regular su afecto cuando el contacto entre nosotros era intenso. Juntos aprendimos a usar estos momentos de auto-confortante retraimiento para comprender su sensación de aislamiento y mi falta de sintonía.

El concepto de necesidades relacionales (Erskine & Trautmann, 1996/1997) no está por lo general consciente en la mayoría de los clientes. La falta de satisfacción de las necesidades relacionales se expresa como nerviosismo, irritación, preocupación o un malestar prolongado. Tales sensaciones conforman las interacciones o la evitación de interacciones con las personas. Las necesidades relacionales son inherentes, aunque con frecuencia inconscientes, dinámicas en la transferencia de la vida cotidiana y en los compromisos terapéuticos intersubjetivos. La labor del psicoterapeuta es ayudar al cliente a darse cuenta de su necesidad de seguridad en las relaciones; de una sensación de validación de su afecto y de su experiencia interna; de una sensación de dependencia, confianza y consistencia con una persona significativa; de una experiencia compartida; de la oportunidad de auto-definición; de la capacidad de hacer un impacto en la relación; de que el otro tome la iniciativa; y de la expresión de aprecio y gratitud. En la terapia de Kay y Andrew, la necesidad de seguridad, validación y confianza en el otro fueron extremadamente importantes. Ninguno de los dos clientes era consciente de la importancia de estas necesidades cuando entraron en terapia.

Las creencias de guión acerca de sí mismo, de los otros y de la calidad de vida del cliente (Erskine & Zalcman, 1979/1997) son normalmente inconscientes, aunque a

menudo resultan evidentes en las conversaciones sociales. Estas series pre-reflexivas de creencias de guión proporcionan un marco de auto-regulación mental y representan conclusiones experienciales implícitas que se han formulado durante varios períodos evolutivos. Una vez formuladas y adoptadas, las creencias de guión influyen sobre qué estímulo (interno y externo) se va a prestar atención, cómo son interpretados y si se va a pasar o no a la acción. Las creencias de guión sirven como distracción contra la consciencia de experiencias pasadas, necesidades relacionales y emociones asociadas. Al principio de la terapia, ni Kay ni Andrew eran conscientes de sus creencias de guión y de cómo esas creencias organizaban sus experiencias en la vida. Las creencias de guión de Andrew eran "Hay algo mal en mí", "Nadie está para mí" y "Nadie me entiende". Las creencias de guión de Kay eran "Estoy sola en el mundo", "Mis sentimientos no son importantes" y "La gente va a controlarme". Cada una de estas creencias de guión determinó inconscientemente sus comportamientos, sus fantasías y la calidad de sus relaciones.

La introyección, por definición, es una identificación defensiva inconsciente con elementos de la personalidad de un otro significativo que ocurre en ausencia de contacto relacional pleno (Erskine, 2003). Los clientes, aunque a veces se dan cuenta de una voz interna crítica, no perciben la influencia dominante del estado del yo Padre. En la psicoterapia integrativa profunda, puede ser esencial investigar y hasta dismantelar la introyección de las actitudes, los comportamientos o las emociones de personas significativas que fueron inconscientemente identificados como propios. (Erskine & Trautmann, 2003). Con Kay y Andrew, no nos enfocamos en la psicoterapia del estado del yo Padre; no parecía pertinente al tratamiento. Para otros clientes, el afecto, las actitudes, las reacciones corporales y/o los patrones defensivos introyectados de personas significativas pueden influir internamente o pueden dominar sus vidas. La consciencia y la resolución de la introyección son aspectos importantes de la psicoterapia integrativa profunda.

El Proceso de la Psicoterapia

¡Nuestra tarea psicoterapéutica es ayudar a los clientes a hacer consciente lo que es "inconsciente"! Lo que la mayoría de la gente considera "memoria consciente", normalmente está compuesta de memoria explícita – el tipo de memoria que se describe como simbólica: una imagen fotográfica, una pintura impresionista o una grabación de radio de lo que se dijo en eventos pasados. Tal memoria explícita o declarativa está por lo general anclada en la capacidad de usar un lenguaje social y conceptos para describir la experiencia. La experiencia que es inconsciente normalmente carece de la memoria explícita de un evento porque es subsimbólica o pre-simbólica, fisiológica o procedimental, reprimida o el resultado del trauma. (Bucci, 2001; Fosshage, 2005; Howell, 2005; Lyons-Ruth, 1999). Dicha memoria inconsciente es potencialmente "sentida" como tensiones fisiológicas, afecto indiferenciado, anhelos o repulsiones y manifestada como patrones relaciones pre-reflexivos y auto-reguladores. Estos son los síntomas que traen clientes a la psicoterapia.

Clientes como Kay y Andrew requieren de un psicoterapeuta que tenga en cuenta las variadas dimensiones de las memorias implícitas, pre-simbólicas, subsimbólicas y procedimentales. Es necesario en una psicoterapia relacional e integrativa que el terapeuta permanezca sensible a la comunicación inconsciente inherente en las

expresiones transferenciales, tanto en la relación terapéutica como, y lo que es importante, en las transferencias de la vida diaria. (Freud, 1912/1958a). Las escaladas afectivas, los conflictos relacionales, las preocupaciones y los miedos habituales, la ausencia de afecto, y algunas dolencias pueden representar una forma de expresión inconsciente de una memoria implícita y emocional. La memoria procedimental inconsciente puede ser expresada en estilos de apego marcados por ambivalencia, evitación o agresión (Main, 1995; Wallin, 2007). Es a través del propio conocimiento del psicoterapeuta sobre sus reacciones emocionales personales y sobre sus asociaciones con el cliente, junto con el entendimiento del desarrollo infantil y de las reacciones auto-protectoras, que el terapeuta puede sentir la comunicación inconsciente del cliente de conflictos relacionales o experiencias traumáticas de la infancia temprana. Con la sintonía rítmica y afectiva y la consciencia de la importancia de las necesidades relacionales, el psicoterapeuta puede crear una indagación fenomenológica e histórica sensible que permite a la inconsciente memoria emocional pre y subsimbólica ser comunicada simbólicamente a través de un lenguaje compartido con un oyente que está implicado y en sintonía (Erskine, Moursund, & Trautmann, 1999).

Por ejemplo, Kay no pudo poner su experiencia del hospital en palabras con su primer terapeuta, quién se enfocó en metas educativas y en su carrera, ni con su segundo terapeuta, cuyos métodos enfatizaban la confrontación y el comportamiento correcto. Cuando un terapeuta se enfoca principalmente en un cambio conductual, proveyendo explicaciones, y alentando a la redecisión o se siente obligado a seguir una perspectiva teórica, la oportunidad para que el proceso inconsciente de comunicación del cliente sea recibido, entendido, y transformado en lenguaje podría ser ignorada en la psicoterapia. Es a través de una sostenida sintonía afectiva y rítmica que nosotros sentimos la naturaleza inconsciente del desarrollo de las experiencias pre y subsimbólicas del cliente. A través de nuestra empatía, sentimos qué necesidades relacionales no fueron correspondidas y cómo responder terapéuticamente a dichas necesidades no correspondidas y a los estilos de compensación y de apego resultantes.

Kay requirió un psicoterapeuta que pudo responder emocionalmente a su miedo al abandono, a su profunda soledad y a su rabia de ser controlada. Ella necesitaba una sintonía tanto con la agonía de la niña de 2 a 4 años como con la niña en regresión a un nivel evolutivo pre-verbal – una regresión que era un intento desesperado de auto-regulación. Ella necesitó un psicoterapeuta que se sintonizaría con su silencio, su ritmo y su desesperación; quien jugaría con ella y quien pondría sus experiencias inconscientes pre-verbales, nunca verbalizadas, no reconocidas y sin recuerdo, en una comunicación interactiva y en lenguaje. Kay requirió un terapeuta que decodificara sus experiencias no verbales siendo sensible al significado subyacente en sus comentarios de distracción, a sus silencios, a sus gestos con la cara y con las manos y a sus necesidades evolutivas; un terapeuta quien, a través de su reciprocidad afectiva y su inferencia terapéutica, pudo suplir las palabras necesarias y los conceptos que hicieron posible poner sus experiencias en palabras – hacer consciente la experiencia inconsciente del hospital.

Andrew requirió un terapeuta que era sensible a su abrumador sentido de vergüenza y a su terror al castigo, así como a sus funciones psicológicas y a las creencias de guión latentes en sus numerosas obsesiones. Él también necesitaba una combinación de protección terapéutica contra el castigo y un entendimiento de sus

patrones pre-reflexivos inconscientes de apego previos, su auto-regulación y sus necesidades relacionales. (Moursund & Erskine, 2004). La evitación de Andrew a relatar su experiencia sexual tuvo como resultado que la experiencia se volviera inconsciente. Con la consistente utilización del terapeuta de la indagación fenomenológica, las memorias inconscientes de Andrew se formaron en memoria explícita y en una narrativa simbólica. Ya no le obsesionaba distraerse de su miedo original al castigo.

Las historias de Kay y Andrew reflejan la importancia de la sintonía y la implicación del psicoterapeuta en decodificar los diferentes aspectos de la comunicación inconsciente pre-simbólica y subsimbólica. El objetivo de una psicoterapia integrativa profunda es proveer la calidad en la relación terapéutica, la comprensión y la habilidad que faciliten al cliente hacer consciente lo que era previamente inconsciente, para que pueda tener una relación íntima con otros, mantener una buena salud, y poder involucrarse en las tareas de la vida cotidiana sin restricciones preconcebidas.

Richard G. Erskine, Ph.D., Director de Formación del Instituto de Psicoterapia Integrativa, Nueva York, es psicólogo clínico, psicoanalista acreditado, y Analista Transaccional Docente y Supervisor (psicoterapia). Es profesor visitante en la Universidad de Derby y dirige varios programas internacionales de formación y talleres, además de mantener una práctica privada de psicoterapia en la ciudad de Nueva York. Se puede contactar con él por e-mail: integpsych@earthlink.net o en la página web: www.integrativetherapy.com

REFERENCIAS

Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press.

Berne, E. (1976). What is intuition? In E. Berne, *Beyond games and scripts: Selections from his major writings* (C. M. Steiner & C. Kerr, Eds.) (pp. 29-36). New York: Grove Press. (Original work published 1947)

Berne, E. (1977a). The ego image. In E. Berne, *Intuition and ego states: The origins of transactional analysis* (P. McCormick, Ed.) (pp. 99-119). San Francisco: TA Press. (Original work published 1957)

Berne, E. (1977b). Primal images and primal judgment. In E. Berne, *Intuition and ego states: The origins of transactional analysis* (P. McCormick, Ed.) (pp. 67-97). San Francisco: TA Press. (Original work published, 1955)

Bowlby, J. (1988). Developmental psychology comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10.

Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.

Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 40-70.

Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: Norton.

Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.

Erskine, R. G. (1997). Inquiry, attunement and involvement in the psychotherapy of dissociation. In R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 37-45). San Francisco: TA Press. (Original work published 1993)

Erskine, R. G. (2003). Introjection, psychic presence and parent ego states: Considerations for psychotherapy. In C. Sills & H. Hargaden (Eds.), *Ego states* (Vol. 1 of Key concepts in transactional analysis) (pp. 83-108). London: Worth Publishing.

Erskine, R. G., Moursund, J. P., & Trautmann, R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (1997). Methods of an integrative psychotherapy. In R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 20-36). San Francisco: TA Press. (Original work published 1996)

Erskine, R. G., & Trautmann, R. L. (2003). Resolving intrapsychic conflict: Psychotherapy of parent ego states. In C. Sills & H. Hargaden (Eds.), *Ego states* (Vol. 1 of Key concepts in transactional analysis) (pp. 109-134). London: Worth Publishing.

Erskine, R. G., & Zalcman, M. J. (1997). The racket system: A model for racket analysis. In R. G. Erskine, *Theories and methods of an integrative transactional analysis: A volume of selected articles* (pp. 156-165). San Francisco: TA Press. (Original work published 1979)

Fosshage, J. L. (2005). The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 25(24), 516-539.

Freud, S. (1957). The unconscious. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 159-215). London: Hogarth Press. (Original work published 1915)

Freud, S. (1958a). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912)

Freud, S. (1958b). The interpretation of dreams. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The*

standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vols. 4 & 5). London: Hogarth Press. (Original work published 1900)

Hargaden, H., & Sills, C. (2002). *Transactional analysis: A relational perspective*. Hove, England: Brunner-Routledge.

Heinmann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.

Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. In K. S. Bowers & D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered* (pp. 149-210). New York: Wiley.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. New York: International Universities Press.

Lourie, J. (1996). Cumulative trauma: The nonproblem problem. *Transactional Analysis Journal*, 26, 276-283.

Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.

Lyons-Ruth, K. (2000). "I sense that you sense that I sense . . . ": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21, 85-98.

Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Moursund, J. P., & Erskine, R. G. (2004). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Novellino, M. (1984). Self-analysis of countertransference in integrative transactional analysis. *Transactional Analysis Journal*, 14, 63-67.

Novellino, M. (2003). Transactional psychoanalysis. *Transactional Analysis Journal*, 33, 223-230.

Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, P. D. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and*

growth in the human personality. New York: Julian Press.

Reik, T. (1964). *Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Pyramid Books. (Original work published 1948)

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Schacter, D. L., & Buckner, R. L. (1998). Priming and the brain. *Nevron*, 20, 185-195.

Siegel, D. J. (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and resolution of trauma. In M. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma* (pp. 1-56). New York: Norton.

Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: Norton.

Stolorow, R., & Atwood, G. (1989). The unconscious and unconscious fantasy: An intersubjective developmental perspective. *Psychoanalytic Inquiry*, 9, 364-374.

Suttie, I. D. (1988). *The origins of love and hate*. London: Free Association Books. (Original work published 1935)

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-107.

Este artículo fue publicado en Transactional Analysis Journal, Vol. 38, No. 2, pp. 128-138. Reeditado con permiso de la ITAA.