

Psinapsis

Donde habitan las ideas



• instituto
• europeo de psicoterapias
• de tiempo limitado
ieptl



Terapia de Interacción Recíproca

Nº 1 Septiembre 2011

Psinapsis

R E V I S T A

Edita: Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado

C/ Mesones 2, 3ªA Talavera de la Reina 45600

Redacción y Administración: Roberto Aguado

Diseño y Maquetación: Iván Arenas

Depósito Legal: M-4534-2011 / ISSN 53453-1223

BIENVENIDOS A NUESTRA NUEVA AVENTURA

Con este primer número de nuestra revista, pretendemos abrir nuevos caminos para la difusión y la investigación dentro de nuestra disciplina. Trabajamos con las ideas, por eso queremos crear este espacio para que puedan habitar y desarrollarse.

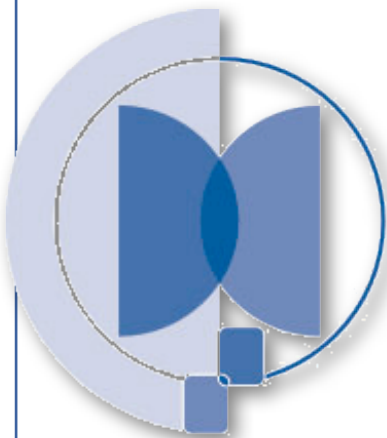
Psi, la letra que es el símbolo de la psicología simboliza al mismo tiempo a Psiqué y a una mariposa con las alas desplegadas.

Apuleyo narra la historia de Psique y Eros, representación de la unión entre lo espiritual y lo físico. Eros se enamora de la bella mortal Psique, pero por miedo a los celos de su madre Afrodita han de vivir su romance en la oscuridad, sin que ella vea nunca su

rostro ni conozca su identidad de Dios. El contemplar con una lámpara la cara de Eros es lo que desencadena una serie de desgracias que se resolverán con un proceso iniciático (con bajada al Hades incluida) que concluirá con la apertura de un cofre prohibido (insaciable la curiosidad de nuestra Psique) y la consecución de la inmortalidad y deificación de Psique.

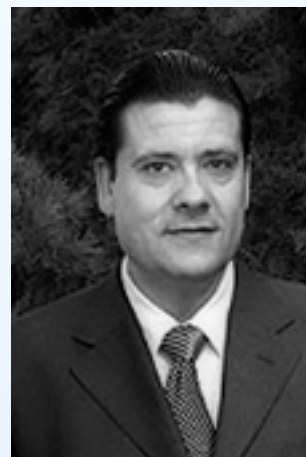
Sirva esta historia para ejemplificar nuestro deseo de abrir todas las cajas

secretas y unir lo que nunca debió estar separado.



• instituto
• europeo de psicoterapias
• de tiempo limitado
ieptl

*"Sólo podemos realizar
aquellos que hemos
imaginado haber
realizado"*



Roberto Aguado
Presidente del IEPTL



TERAPIA DE INTERACCIÓN RECÍPROCA

En este primer número hemos querido hacer un monográfico sobre la Terapia de Interacción Recíproca.

El descubrimiento del comportamiento de las rutas emocionales que inciden en nuestro psiquismo, es fundamental. Conseguir que estas rutas emocionales no sean dictadores

que condicionan nuestro presente, así como localizar las tramas traumáticas que determinan el sufrimiento humano, ha sido nuestro objetivo de investigación y desarrollo empírico, amén del espíritu fundamental de nuestra enseñanza.

"La emoción decide y la razón justifica. Si quieres saber de ti olvídate de tu autodiálogo. Si quieres conocer el mundo dialoga con él"

Decálogo de Terapia de Interacción Recíproca.

** Autor de este artículo.*

Página 4

Terapia de Interacción Reciproca en la intervención en Sexología

** Roberto Aguado*

Página 12

Deseos o necesidades básicas, referencias básicas y conflictos básicos

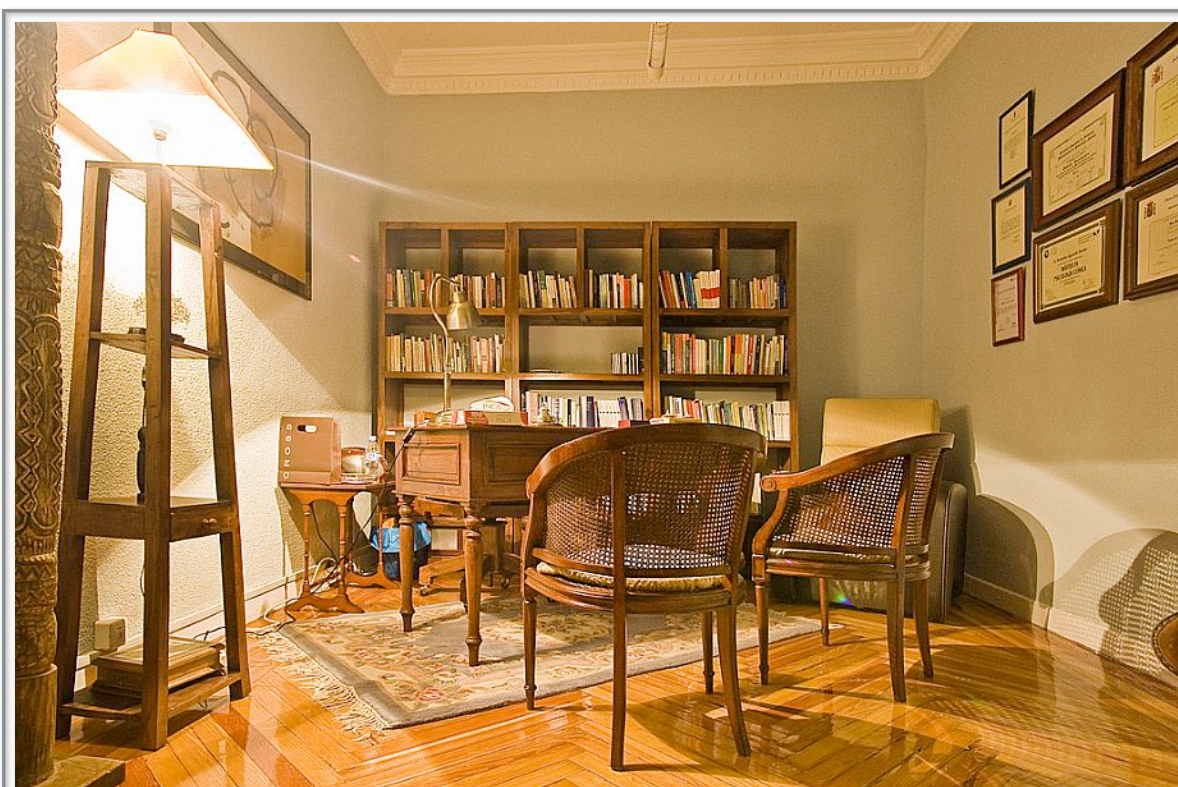
** Roberto Aguado*

Página 18

Motivo de consulta

** Iván Arenas*

Página 25



DECÁLOGO DE TERAPIA DE INTERACCION RECIPROCA



1. El ser humano tiene unas necesidades básicas tanto a nivel biológico como psíquico. La consecución de estas necesidades básicas está mediatizada por los denominados mecanismos reguladores. Estos mecanismos reguladores actúan tanto a nivel neuronal, endocrino, inmunológico como también psicológico (González de Rivera 1980).

2. A nivel psíquico el "afecto" representa la necesidad básica por excelencia, de tal forma que si el bebe no percibe el afecto adecuado, sus mecanismos reguladores entraran en un proceso de "peligro vital", que repercutirá tanto a nivel psicológico, emocionalmotivacional, como biológico.

Para poder subsistir necesita ser atendido y cuidado, y solo el amor o el afecto positivo es lo que garantiza ese cuidado: "Si me quieren me cuidan".

La enfermedad y la salud serán por tanto los dos extremos de un continuo de asimilación, adaptación y realización. Es en esta interacción donde se produce el crecimiento o la muerte del ser vivo, tanto en su expresión psíquica como orgánica.

3. Nacemos en un **microcontexto** que denominamos familia, con todos los componentes hereditarios y ambientes característicos de esta. Por otro lado convivimos dentro del denominado **mesocontexto** representado por el barrio, el pueblo, la escuela y el entorno que rodea a la

familia del sujeto. Otro contexto aun mas vasto y que envuelve al mesocontexto, es el **macrocontexto**. En el macrocontexto podemos destacar la cultura, la religión, el país, la política y el clima donde el sujeto vive. En este macrocontexto se encuentran los ídolos sociales, las costumbres de la época.

En todos estos contextos, el sujeto, adquiere sus referencias básicas. Estas referencias básicas están englobadas en recuerdos emocionales, esperanzas, expectativas, miedos y conocimientos obtenidos a través de las experiencias vividas que componen el **esquema emocional** del sujeto (Greenberg 1993).

4. La experiencia, la interacción y la conducta se encuentran profundamente influidas por estos esquemas emocionales. Las personas poseen esquemas emocionales diferentes asociados a las relaciones que mantuvieron con otras personas que fueron significativas en sus vidas.

En Terapia de interacción Reciproca nos interesan los esquemas emocionales que están vinculados con la persona referencial básica, ya que estos son los determinantes para la percepción del autoconcepto del sujeto.

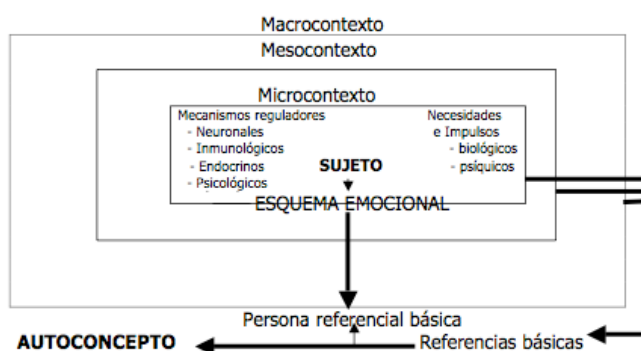
Los padres tienen muchas posibilidades de convertirse en la persona donde se fija el referente y por lo tanto en constituirse en la **persona referencial básica**. Pero esto no es siempre así, pudiendo en numerosas ocasiones ser otras personas que rodean al sujeto.

La relación posterior con esta persona referencial básica es fundamental y esencial para la formación del **autoconcepto** del sujeto, por lo que si en este vínculo hay algún tipo de rotura, carencia o accidente, el sujeto puede tener mellado su autoconcepto, y por lo tanto su equilibrio. La **persona referencial básica** también puede ser alguien que represente una institución o un ideal.

Es importante preguntarse cual ha sido el motivo por el que la persona referencial básica, en los primeros años, no son los padres. Por otro lado los referentes irán cambiando en la evolución del sujeto.

La persona referencial básica será entonces ese espejo donde el sujeto se mira y donde puede encontrar admiración o repudio. El autoconcepto está condicionado por esta relación en espejo, de tal forma que si la persona referencial básica otorga lo que denominamos confianza básica, transmitiendo al sujeto algo parecido a: *"Tengo esperanza firme en ti, y te apruebo, con la seguridad de que puedes ser tal como eres"*. El autoconcepto será muy positivo, el sujeto podrá **admirarse**, ya que su persona referencial básica, le mira y le contempla con aprobación. Al sentirse admirado el sujeto puede admirarse.

Si recibe repudio o no se siente admirado por su persona referencial básica, vivirá dentro de un desajuste emocional desequilibrante.



5. El ser humano, que está sumergido en un autoconcepto desequilibrante, es un sujeto que se inunda de estrés, depresión, trastornos psicosomáticos y problemas interpersonales. Al proceso para salir de ese callejón sin aparente salida lo hemos denominado **Terapia de Interacción Recíproca**.

El primer supuesto de la Terapia de Interacción Recíproca dice:

"Sólo podemos realizar aquello que hemos imaginado haber realizado"

De la interacción con la persona referencial básica se infiere un segundo supuesto esencial:

"Para imaginar aquello que queremos realizar, nuestro personaje referencial básico debe haber imaginado que podemos lograr realizar lo que deseamos"

Si realizamos una entrevista a los padres o personas que fueron la persona referencial básica del sujeto, nos daremos cuenta de que hay bastantes casos en los que esta falta de confianza, de estos padres sobre su hijo, era literal. Por motivos de enfermedad, personalidad o cualquier otra razón más o menos advertida, nunca pudieron confiar en que su hijo/a pudiera conseguir sus deseos.

En otros casos el sujeto nos indica argumentos que van en la misma dirección y que producen idénticas interferencias en el crecimiento, tales como: "...nacé de casualidad, mis padres no me esperaban", "...yo tenía que haber sido chica; mi madre no quería más chicos...", "... cuando yo nacé mi padre tuvo que dejar la carrera para ponerse a trabajar...", "... en todo momento me sentí responsable de la depresión de mi madre...", "...desde la operación de corazón nos decían que no la diéramos disgusto, que podía morir, esa sensación de ver a mi madre muerta me asfixiaba", "...mi hermano tuvo toda la atención, yo sólo cuidaba de la casa...",

"...tenían que viajar tanto que yo me pasé la niñez y la adolescencia de internado en internado", "... nunca pude decirle lo que sentía por él, no me salía...", "...fracasé en la competición y desde entonces no he vuelto a dar pie con bola...", "... sé que para él era muy importante que yo también fuera abogado...", "...en todo momento tenía que hacer de intermediario entre los dos, era insoportable, no se hablaban...", "...veía todas las tardes como escondía la botella de ron, olía a ron...", "... mi madre nunca supuso que pudiera ser libre fuera del contexto religioso, los principios morales estaban por encima de mis deseos..."

Podríamos hacer interminable esta lista de expresiones que tienen implícito la sensación de desconfianza, de no haber sido *admirado/a*, ya que en ese momento ocurría o había ocurrido algo que le colocaba o sentía que le colocaba en un segundo plano. Lo importante no es lo que te dicen, sino como te lo dicen y lo profundo que es ese sentimiento. Hay personas que arrastran sentimientos de incompetencia desde muy antiguo.

Todos estos argumentos que los pacientes nos indican, sin ser conscientes que es el freno de su crecimiento personal, deben ser advertidos por el terapeuta. Muchos de estos argumentos no serán justos con la realidad, no habrán ocurrido tal cual, pues en muchas ocasiones pueden ser de un complejo del paciente. Pero eso a nosotros no nos interesa demasiado, no somos jueces ni policías que tengamos que descubrir cual fue la verdadera realidad. Además ¿quién sabe lo que es la verdadera realidad?. Nuestro interés debe estar sumergido en aquello que el paciente vive como realidad, y es en el cambio de esa percepción de su realidad patológica, en la que encontramos el cambio terapéutico, bien para que el paciente pueda reconciliarse con su *persona referencial básica*, o bien para que pueda continuar realizando sus deseos al

haber conseguido romper el ancla que le tenía encallado.

La Psicoterapia puede ser esa segunda oportunidad. En la relación terapéutica se puede producir esta nueva oportunidad. La psicoterapia tiene como esencia dar permiso para que el sujeto restablezca el orden interior y pueda seguir su camino como persona autónoma.

Nuestro tercer supuesto básico en la Terapia de Interacción Recíproca refiere este argumento central del quehacer psicoterapéutico, que dice:

"La psicoterapia puede ser un equivalente de la relación con el personaje básico. El terapeuta ayudará a cambiar el esquema emocional primitivo fruto de la interacción primaria, liberando al paciente de su incapacidad para poder imaginar aquello que desea y posteriormente realizar dicho deseo, pero esta vez con la sensación de tener la confianza de su figura básica, en este caso secundaria"

Cuando esto lo logramos aparece un momento fundamental en la Terapia de Interacción Recíproca, del que hemos hablado en el punto anterior. Ese momento le denominamos *momento terapéutico de inflexión*, concepto muy similar a la *experiencia emocional correctora* de Alexander.

6. A partir de aquí el paciente establece de forma diferente su percepción de sus posibles recursos para realizar sus deseos, siendo en este momento el propio motor de su realidad.

El terapeuta utiliza su inevitable influencia con su paciente (Watzlawick). La Terapia de Interacción Recíproca se diferencia de otros modelos, sobre todo en la posición que adquiere el terapeuta dentro del proceso terapéutico.

Esto no quiere decir que *el terapeuta manipula a su paciente hasta llevarle al punto que considera óptimo, manipula el problema hasta que el paciente llega al punto que él considera óptimo.*

El terapeuta admite siempre las partes sanas y nobles del paciente, así como todas las resistencias, conductas bizarras, pensamientos irracionales, carencias afectivas, deseos reprimidos y dificultades en las relaciones interpersonales. Todo el universo del paciente será admitido y escuchado en las primeras sesiones y posteriormente se concluirá con la definición del foco o focos de tensión, que diseñarán el objetivo u objetivos del tratamiento y la meta o metas finales.

La Terapia de Interacción Recíproca, es una terapia integradora, desde este plano, el terapeuta no tiene una sola óptica respecto a la etiología y la solución de la salud y la enfermedad humana. Hay muchos caminos para enfermar y muchos para sanar.

En la Terapia de Interacción Recíproca el modelo se ciñe al problema y no el problema al modelo.

En la Terapia de Interacción Recíproca tomamos un concepto de Jacke Lacan aunque no le utilizamos tal como él lo hacía. Este concepto es: *"estar presente"*. El terapeuta debe estar presente no sólo físicamente, debe estar presente en el pensamiento y en el espacio emocional del paciente, de forma constante, mientras éste esté en tratamiento. Esta presencia será más necesaria cuanto más importante o grave es el trastorno del paciente. El tratamiento no se termina en la consulta, perdura también fuera de la consulta. Es poco probable que el terapeuta pida al paciente que realice registros o cuestionarios ínter consultas, pero sí es bastante normal que el paciente nos diga: "... ayer cuando estaba con mi jefe, pensé: si

estuviera aquí (nombre del terapeuta) me diría ...".



La presencia del terapeuta en la mente del paciente, cuando se encuentre en una situación relacionada con el problema a resolver, es para nosotros un signo de buena adherencia de éste en el proceso terapéutico. Los niños integran los personajes que les cuidan; de esta forma cuando tienen cierta edad, no necesitan a alguien que le lleve de la mano cuando tienen que cruzar de acera. La internalización de estos personajes da lugar al autocontrol y la autonomía, pero también a la imagen de sí mismo. Con la internalización del terapeuta, el paciente, consigue generalizar el aprendizaje que se realiza en terapia fuera de ella. Para que el paciente pueda realizar alguna conducta, que en este momento no tiene en sus patrones de comportamiento, necesita que su terapeuta se imagine que puede realizarla, consiguiendo superar la falta de confianza básica, es entonces cuando el paciente imagina poder realizar sus deseos.

7. El terapeuta recibe y acoge la idiosincrasia del paciente sin reservas (**contención**). *Posteriormente guía al paciente hasta que puede imaginar que realiza aquello que desea (escoltar).*

El terapeuta se ocupa de lo relacional, y de las normas que dirigen la interacción del sujeto con el mundo en el aquí y ahora.

Cuando el terapeuta resuelve en su mente el problema del paciente, la percepción del paciente cambiará y podrá acercarse a su primera experiencia emocional correctora, para hacer suya la solución, aunque ésta haya nacido en la mente del terapeuta.

"El terapeuta se dice así mismo y realiza delante del paciente aquello que quiere que el paciente se diga así mismo y que éste realice".

El terapeuta se dice para sí aquello que quiere comunicar. Imagina aquello que el paciente debe realizar. De esta forma induce al "autodiálogo terapéutico" donde la simbolización le ayuda a transformar las emociones asociadas al recuerdo, proporcionando una distancia segura, que protege al paciente de sentirse desbordado, y establece las condiciones para poder aprender el modo como aliviar un sí mismo frágil. Además, la terapia supone en sí misma el desarrollo de estrategias adaptativas reguladoras de la emoción. Esto se lleva a cabo mediante la repetición de secuencias similares a aquellas que se producen en una infancia sana. En el contexto terapéutico los clientes aprenden a regular sus esquemas emocionales, a partir de la internalización de las interacciones de cuidado y alivio que tienen con el terapeuta, así como a través del desarrollo de la autoempatía. El trabajo con las emociones en terapia es análogo al desarrollo de la regulación de la emoción, que se produce en un proceso de desarrollo normal (Greenberg). De alguna forma el terapeuta realiza aquello que tuvo que ocurrir con la persona referencial básica: *"Imaginar que el paciente puede realizar aquello que desea"* es decir, entregarle *"la confianza básica: Tengo esperanza firme en ti, y te apruebo, con la seguridad de que puedes realizar tus deseos y ser como eres"*.

Resumen del proceso:

- El terapeuta recibe al paciente acompañándolo y sin poner barreras en la recogida de datos, aceptando en las primeras sesiones el significado que da este paciente a su problema o síntoma (**contención**).
- El terapeuta posteriormente **escucha** al paciente intentando participar con el mismo lenguaje y con semejantes ritmos en la expresión tanto verbal como no verbal.
- Realiza todo un análisis de las soluciones ya intentadas así como del diálogo que mantiene consigo mismo el paciente. Al terapeuta le interesa de este autodiálogo lo estructural del lenguaje (empleo de siempre, nunca, frases condicionales, empleo de universales, generalizaciones...) así como el significado para el sujeto.
- La relación terapéutica está basada en el respeto y la confianza. Esta relación establece un vínculo asimétrico, hasta alcanzar el momento terapéutico de inflexión, donde el paciente invierte la asimetría (relación recíprocamente asimétrica).
- El terapeuta termina siendo un equivalente de la persona referencial básica del paciente (persona referencial secundaria).
- El terapeuta establece un plan de cambio en su paciente. Se imagina que tendría que cambiar el paciente en su conducta, cogniciones, relaciones interpersonales, sistema de representación de su entorno etc, para conseguir una remisión del síntoma o del problema.
- Posteriormente el terapeuta cambia su conducta y sus cogniciones en

presencia del paciente. Este es uno de los aspectos más importantes en la Terapia de Interacción Reciproca. El terapeuta va cambiando su comportamiento y su forma de pensar delante del paciente. De esta forma si los puntos anteriormente mencionados se han logrado, el cambio del terapeuta posiciona al sujeto en un nuevo ángulo respecto del problema, tal como una rampa de lanzamiento para la última de las partes del entramado terapéutico.

- Al final de cada intervención y en la misma sesión, el terapeuta realiza un análisis con el sujeto de los cambios originados con estas intervenciones tanto en su esquema emocional como en su visión del problema que se está tratando.

- El efecto terapéutico, y por lo tanto "el cambio" en el paciente, no lo realiza la intervención en sí, sino la discusión posterior junto con el cambio previo en la conducta y las cogniciones del terapeuta.

- Tras entrar en contacto y aproximarse a todos los planos del paciente mediante la admiración del terapeuta, el paciente introyecta este aprendizaje así como su propia admiración.

8. "El crecimiento interno se relaciona con el trabajo sobre la base de aceptar la imposibilidad de presencia del tu".

"El crecimiento ínter subjetivo se realiza aceptando a su vez la imposibilidad de ausencia del otro" Isidoro Berenstein (2001).

Es decir:

- No hay "yo" sin "tu". La existencia del "yo" necesita del "tu" que no solo le da vida física, sino que también le otorga del necesario equilibrio nutritivo y emocional. El "otro" manifiesta la

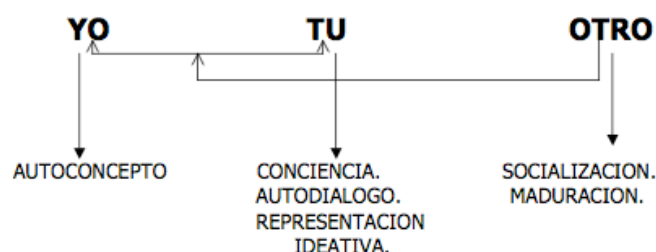
tendencia del "yo" hacia el "tu" y propone nuevos significados al "yo".

- La introyección o interiorización del "tu" dará lugar al autodiálogo, y a los componentes de representación idiativos que tendrá el sujeto a lo largo de su vida, en definitiva la interiorización del "tu" dará lugar a la denominada "conciencia" del "yo".

- El "otro" añade nuevos ángulos, nuevas perspectivas, que enriquecen al "yo" en su crecimiento, incorpora por tanto la "socialización" y la maduración en las relaciones con el mundo en que vive el "yo". Integrar al "otro" enriquece los significados del "yo", le hace flexible, le socializa.

- El "autoconcepto" será un reflejo de la suma de los esquemas emocionales interiorizados desde el referente inmediato: "tu" y los elementos que son añadidos por el "otro". El autoconcepto por lo tanto aparece como una expresión de la interiorización del "tu" junto con la parte del otro que el binomio "yo-tu" ha podido aceptar.

- Cuando rechazamos al "otro" focalizamos en nuestro narcisismo, de igual forma cuando rechazamos al "tu" se rompe el ecosistema natural del "yo".



Esta es la esencia por la que el terapeuta se debe convertir en la persona referencial básica del paciente. El terapeuta es "otro" en el primer momento de la intervención, que termina siendo "tu", con ello integra una

socialización y una conciencia con un nuevo significado mas adaptado a la realidad actual del "yo", dándole la autonomía necesaria. Posteriormente al final del tratamiento el "yo" sabrá separarse del terapeuta por lo que podrá vivir sin la presencia del "tu" (crecimiento interno) y a la vez podrá vivir con la presencia constante del "otro" (crecimiento intersubjetivo), pero ya en este momento con un autoconcepto sano y maduro.

El terapeuta **acompaña** al paciente desde la realidad actual, sin reservas, sin condiciones. Este primer momento de aceptación total equivale a un primer momento esencial en el "yo" la *autoafirmación*, como debe ser admitido en un primer momento el neonato.

Esta aceptación definitiva, no solo no debe preocupar a aquellos que les parezca un claro movimiento inmaduro para el paciente, sino que es la esencia del segundo escalón para el cambio terapéutico: **la contención**. Conteniendo al paciente le colocamos límites parando su inercia patológica. A partir de ahí podemos reestructurar nuevos autodiálogos, nuevos significados y una nueva visión de sí mismo, y por lo tanto un nuevo autoconcepto que culmina en una nueva "conciencia" mucho mas adaptada y sana para el presente. Este ejercicio de reeducación del autoconcepto le denominamos **escoltar**.

9. Sea cual sea la característica del paciente en la relación con el terapeuta: sumisa, rebelde, suspicaz, resbaladizo, temeroso, dependiente etc, el terapeuta tiene que percibir esta forma de relacionarse como propia del contenido del esquema emocional del paciente, y por lo tanto como denominador común de la relación referencial de este.

Conseguir que el paciente admire al terapeuta como un modelo o ídolo, con el que identificarse no es necesario. Lo que si es

necesario es que el paciente pueda admirar al terapeuta como persona referencial básica secundaria, es decir no tiene porque ser ídolo, pero si referente. Y además es necesario que el paciente sea consciente que este referente básico secundario tiene muchos indicadores de otros referentes básicos en los que deposito su esquema emocional.

Los hombres y las mujeres del siglo XXI deben sentir que alguien confía en ellos plenamente, deben percibir que alguien básico para ellos, de forma sincera, les *mira* en sus capacidades y se *imagina* que pueden realizar aquello que desean.

La *mirada* es importante para el ser humano. No es suficiente que te vean, es necesario que te *miren*. La *mirada* tiene un componente de contemplación. *Mirar* es dedicar un tiempo. Cuando una persona te ve o te observa se siente distinto a cuando te *mira*. El niño necesita *sentirse bien mirado*. Si esto no ocurre puede ser traumático, ya que desde ese momento cuando se pone delante del espejo se ve, pero no se *mira*.

10. Todo este engranaje se realiza dentro de una doble perspectiva:

- El terapeuta acoge y recibe al paciente atendiendo a su motivo de consulta o problema concreto: dolor, ansiedad, fobia, obsesión, depresión etc.
- Por su posición y al convertirse en persona referencial básica secundaria establece desde el vínculo y las técnicas antes explicadas un desbloqueo del antiguo autoconcepto desequilibrado secundario a la desajustada relación del paciente con persona referencial básica.

Para poder mirarse al espejo, hay que admirarse. Necesitamos que alguien para nosotros básico nos haya *admirado para poder admirarnos*.

Este *momento terapéutico de inflexión* normalmente ocurre después de otro momento de crisis semejante al término propuesto por Gilliéron en 1972, durante el cual el paciente puede incluso verbalizarnos que se encuentra peor.

Todo el movimiento que se produce en las consultas previas al *momento terapéutico de inflexión* debe estar regulado bajo esa relación recíproca entre el terapeuta y las estructuras mentales del paciente, de las que iremos sacando los componentes necesarios para que éste ponga en marcha sus recursos y aptitudes tanto en el plano biológico, conductual, cognitivo como interpersonal.





Psinapsis