

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**FENÓMENOS TRANSFERENCIALES EN PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Consuelo Escudero Álvaro

Bajo la dirección del doctor

Alejandro Ávila Espada

Madrid, 2001

ISBN: 84-669-2367-5

**UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE DE MADRID**

TESIS DOCTORAL

**FENOMENOS TRANSFERENCIALES
EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
CON NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Presentada por Consuelo Escudero Alvaro

Dirigida por el Prof. D. Alejandro Avila Espada

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. D. Alejandro Avila, por su interés y experta dirección del presente trabajo.

Al Prof. D. Pedro Chacón, por su ayuda en la labor de tutoría.

Al Dr. F. Montilla, Jefe del Area Sanitaria X y Coordinador de los Servicios de Salud Mental de Getafe, por su apoyo incondicional a la investigación.

Al Dr. F. García-Villanova, psicólogo adjunto del Programa de Salud Mental de Niños y adolescentes, por su ayuda y apoyo a lo largo de toda la investigación, en la que ha colaborado, además, aportando su experiencia clínica como parte del material de esta tesis.

A mi hija Elena, que me ha ayudado en mis problemas con el ordenador y los acentos y además, ha soportado durante todo este tiempo mis permanentes ausencias.
Gracias

INDICE

INDICE

CAPITULO I

1.1. Introducción.....	14
1.2. Justificación.....	17
1.3. Estructura de la tesis.....	21

I PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPITULO II

LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.1. Los comienzos (Hans).....	25
2.2. Las primeras analistas.....	26
2.2.1. Ana Freud y Melanie Klein	
2.3. Las diferentes tendencias.....	36
2.3.1. Las teorías sobre las relaciones de objeto	
2.3.2. La psicología del yo	
2.3.3. La escuela francesa	
2.4. Diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia.....	53

CAPITULO III

LA TRANSFERENCIA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

3.1.	Aproximación a la cuestión.....	58
3.2.	Los orígenes del concepto (Freud).....	59
3.3.	Las primeras teorizaciones.....	62
	3.3.1. Hermine Hug-Hellmuth	
	3.3.2. Diferencias entre Ana Freud y Melanie Klein	
3.4.	El desarrollo del concepto de transferencia.....	68
	3.4.1. Las distintas aportaciones	
	3.4.2. Transferencia y relaciones tempranas	
	3.4.3. Internalización, desarrollo y transferencia	
	3.4.4. Transferencia y neurosis de transferencia	
	3.4.5. Manifestaciones transferenciales	
	3.4.6. Transferencia y alianza terapéutica	
3.5.	La transferencia con los padres.....	114

CAPITULO IV

LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA TRANSFERENCIA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

4.1.	El análisis del caso único.....	121
4.2.	Las observaciones directas sobre las relaciones tempranas.....	126
4.3.	La retrospectiva clínica.....	129
4.4.	Las investigaciones sobre patrones de relación en niños y adolescentes.....	129

CAPITULO V

EL METODO DEL CONFLICTO CENTRAL EN LA RELACION (CCRT)

5.1.	Antecedentes históricos.....	134
5.2.	Inicio del Método del Conflicto Central en la Relación (CCRT).....	135
5.3.	Qué es el CCRT.....	141
5.4.	Elementos cualitativos del CCRT.....	142
	5.4.1. Las sesiones	
	5.4.2. Los episodios de relación	
	5.4.3. Sueños y fantasías	
	5.4.4. La persona principal	
	5.4.5. Los componentes	
	5.4.5.1. Los deseos	
	5.4.5.2. Las respuestas	
	5.4.6. Las categorías	
	5.4.6.1. Categorías Hechas a la Medida	
	5.4.6.2. Categorías Estándar	
	5.4.6.3. Categorías Estándar Agrupadas	
5.5.	Elementos cuantitativos. Sistemas de puntuación.....	155
	5.5.1. La frecuencia de los componentes	
	5.5.2. La intensidad de los componentes	
	5.5.3. La Secuencia de los componentes	
	5.5.4. El grado de totalidad de los Ers	
5.6.	Investigaciones sobre el CCRT.....	158
	5.6.1. Investigaciones sobre la fiabilidad	
	5.6.2. Investigaciones sobre la validez	
	5.6.3. Investigaciones sobre la consistencia	
	5.6.4. Investigaciones sobre la precisión de las interpretaciones	
	5.6.5. Investigaciones sobre los conflictos inconscientes	

5.7.	Las entrevistas de Episodios de Relación (RAP).....	166
5.8.	El cuestionario CCRT.....	168
5.9.	El Método del Patrón Central de Relación.....	170
5.10.	Otros Métodos alternativos.....	170
5.10.1.	El Método de la Formulación Diagnostica	
5.10.2.	El Método del Análisis Estructural de la Conducta Social	
5.10.3.	El Método del Análisis Configuracional	
5.10.4.	El Método del Marco	
5.10.5.	El Método del Guión	
5.10.6.	El Método de la Experiencia del Paciente en las Relaciones con el Terapeuta	
5.10.7.	El Método del Patrón Cíclico Inadaptado	
5.10.8.	El Método del Análisis Planificado	
5.10.9.	El Método del Inventario del Impacto del Mensaje	
5.10.10.	El Método del Equipo de Evaluación Clínica	
5.10.11.	El Esquema del Análisis del Lenguaje en Psicoterapia de Seattle	
5.10.12.	El inventario de Verificación de Transacciones Psicoterapéuticas Revisado y el Inventario de Verificación de Transacciones Interpersonales Revisado	
5.10.13.	El Método de la Formulación del Conflicto Ideográfico	
5.10.14.	El Método de la Formulación de la Respuesta Consensuada	
5.10.15.	El Método del Análisis Cuantitativo de Temas Interpersonales	
5.10.16.	El Método del Guión Personal	
5.11.	Comparaciones con el CCRT.....	182
5.12.	Fundamentos teóricos y técnicos.....	183
5.13.	Aplicaciones clínicas.....	200
5.14.	Futuras líneas de investigación.....	202

II PARTE

LA APLICACION CLINICA

CAPITULO VI

EL ESTUDIO CLINICO

6.1.	Objetivos e hipótesis de trabajo.....	205
6.2.	Diseño del estudio clínico.....	207
	6.2.1. Contexto del estudio	
	6.2.2. Criterios de inclusión/exclusión	
	6.2.3. Proceso de evaluación y diagnóstico	
	6.2.4. Selección de los sujetos	
6.3.	Descripción de los sujetos.....	213
	6.3.1. Estructura y composición	
	6.3.2. Estructura de las familias	
	6.3.3. Historia del trastorno y dinámica familiar	
	6.3.4. Embarazo, parto y desarrollo durante la primera infancia	
	6.3.5. Comienzo y desarrollo de la escolaridad	
	6.3.6. Diagnósticos nosológicos	
6.4.	Los tratamientos de psicoterapia.....	221
	6.4.1. Características generales	
	6.4.2. Inicio de los tratamientos y registro del material	

CAPITULO VII

METODOLOGÍA DE APLICACION Y ANALISIS DEL CCRT

7.1.	Procedimiento de aplicación del CCRT.....	224
------	-------------------------------------------	-----

7.2.	Evaluación del CCRT	226
7.2.1.	Procedimientos cualitativos para la valoración de los resultados individuales	
7.2.2.	Procedimientos cuantitativos para la puntuación de los resultados individuales	
7.3.	Formulación del CCRT	230
7.3.1.	Procedimientos cualitativos para la valoración de los resultados individuales	
7.3.2.	Procedimientos cuantitativos para la puntuación de los resultados individuales	
7.4.	Análisis de resultados	234
7.4.1.	Procedimientos cualitativos para la valoración de los resultados individuales	
7.4.2.	Procedimientos cuantitativos para la puntuación de los resultados individuales	
7.4.3.	Procedimientos cualitativos para la valoración de los resultados globales	
7.4.4.	Procedimientos cuantitativos para la puntuación de los resultados globales	

CAPITULO VIII

RESULTADOS

8.1.	Resultados individuales	245
8.1.1.	Paciente 1M.....	245
	Evaluación del CCRT	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
	Grado de recurrencia	
	Categorías Estándar Agrupadas	
	Grado de Prevalencia	

	Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.2.	Paciente 2M.....	256
	Evaluación del CCRT	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
	Grado de recurrencia	
	Categorías Estándar Agrupadas	
	Grado de Prevalencia	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.3.	Paciente 3V.....	266
	Evaluación del CCRT	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
	Grado de recurrencia	
	Categorías Estándar Agrupadas	
	Grado de Prevalencia	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.4.	Paciente 4M.....	275
	Evaluación del CCRT	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
	Grado de recurrencia	
	Categorías Estándar Agrupadas	
	Grado de Prevalencia	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.5.	Paciente 5V.....	284
	Evaluación del CCRT	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
	Grado de recurrencia	
	Categorías Estándar Agrupadas	
	Grado de Prevalencia	
	Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.6.	Paciente 6M.....	293
	Evaluación del CCRT	

Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.7. Paciente 7M.....	303
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.8. Paciente 8V.....	313
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.9. Paciente 9V.....	323
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.10. Paciente 10M.....	333
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	

Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.11.Paciente 11V.....	343
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.12.Paciente 12M.....	352
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.13.Paciente 13M.....	361
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	
8.1.14.Paciente 14M.....	370
Evaluación del CCRT	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar	
Grado de recurrencia	
Categorías Estándar Agrupadas	
Grado de Prevalencia	
Formulación del CCRT en Categorías Estándar Agrupadas	

8.2.	Resultados globales	380
8.2.1.	Análisis de frecuencias.....	380
8.2.1.1.	Comparación entre varones y mujeres	
8.2.1.2.	Comparación entre púberes y adolescentes	
8.2.2.	Distribución según sexo y edad de los deseos mas frecuentes	
8.2.3.	Distribución según sexo y edad de las Respuestas del Objeto mas frecuentes	
8.2.4.	Distribución según sexo y edad de las Respuestas del Sujeto mas frecuentes	
8.2.5.	Patrón combinado.....	395
8.2.5.1.	Combinaciones binarias (D-RO,D-RS)	
8.2.5.2.	Combinaciones ternarias (D-RO-RS)	
8.2.5.	Comparación entre el análisis de frecuencias y el patrón combinado.....	401
8.2.7.	Análisis de respuestas positivas y negativas.....	403
8.2.7.1.	Comparación entre adultos e iguales	
8.2.7.2.	Comparación otros-terapeuta	
8.2.8.	Diferencias en la valoración positiva y negativa.....	408
8.2.8.1.	Combinación RO 15-RS 10	
8.2.8.2.	Combinación RO 17-RS 11	
8.2.8.3.	Combinación RO 20-RS 12	
8.2.9.	Diferentes personas en Ers.....	417
8.2.10.	Síntomas somáticos.....	422
8.2.11.	Deseo edípico.....	424

CAPITULO IX

DISCUSIÓN

9.1.	Resultados individuales	427
------	--------------------------------------	-----

9.2.	Resultados globales	429
9.2.1.	El patrón transferencial	
9.2.2.	Diferencias en la configuración del patrón	
9.2.3.	Variaciones en función del género	
9.2.4.	Variaciones en función de la edad	
9.2.5.	Variaciones en función del género y la edad	
9.2.6.	Las tendencias positivas y negativas	
9.2.7.	La inestabilidad de la valoración	
9.2.8.	Las relaciones significativas	
9.2.9.	Los síntomas somáticos	
9.2.10.	El conflicto edípico	

CAPITULO X

CONCLUSIONES	465
---------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	474
---------------------------	-----

ANEXOS

A.-	Ficha de identificación	530
B.-	Hoja de recepción	531
C.-	Transcripción de ERs, con valoración de categorías	533

CAPITULO I

INTRODUCCION

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

La presente Tesis Doctoral gira en torno a dos ejes principales articulados entre sí, la Psicología Clínica de orientación dinámica enfocada en la atención a niños y adolescentes y la Salud Mental Comunitaria desarrollada en los Servicios Públicos Sanitarios.

La Psicología Clínica de orientación dinámica ocupa un lugar central dentro del campo de las disciplinas científicas que trabajan sobre el sujeto. El conjunto de sus conocimientos teóricos y técnicos, entre los que ocupa un lugar destacado el psicoanálisis, permiten dar cuenta de los hechos y fenómenos psicológicos que se producen a diferentes niveles. Hechos relacionados con la estructura psíquica interna y sus procesos dinámicos, así como sus manifestaciones externas a través de las relaciones del individuo en un contexto determinado.

Desde el punto de vista metapsicológico supone una concepción determinada sobre el funcionamiento mental, puesto que establece que el sujeto está sometido a conflictos intrapsíquicos inherentes a su misma constitución como tal, estudiando de esta forma su génesis y desarrollo.

En su ámbito se incluyen, tanto los fenómenos que se producen en el proceso salud-enfermedad, como las distintas formas de enfermar y las técnicas que se pueden aplicar para recuperar la salud, así como los mecanismos que se articulan en los grupos e instituciones.

A partir de los años 50 se producen, en todos los países desarrollados, importantes transformaciones sobre la concepción de los trastornos en salud mental. Se abandonan las ideas constitucionalistas y se incorpora la dimensión biológica y psicológica dentro de un contexto social en profundo cambio, configurando de esta forma el campo de la salud mental comunitaria. La enfermedad mental pierde su connotación manicomial y su estigmatización, gracias a un cambio en la representación social, incorporándose al resto de las enfermedades en el contexto de la Sanidad Pública.

Paralelamente, las asociaciones de usuarios y las asociaciones científicas se interesan cada vez más por los derechos de los pacientes y por la calidad de la atención en salud mental, incidiendo de manera activa frente a las instituciones para su reconocimiento oficial. Como fruto de estos movimientos, Naciones Unidas aprueba en 1992, una resolución sobre la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención en salud mental.

Estas transformaciones sociales y políticas se producen en nuestro país a finales de los años 70, planteando nuevas necesidades y demandas sociales ante las que se requieren respuestas institucionales. Entre ellas la más importante es el cambio en la Sanidad Pública que constituye el marco de referencia principal, aunque no el único, de actuación e innovación de la Psicología Clínica. Este cambio se inicia con la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 que plantea, la creación del Sistema Nacional de Salud y señala la necesidad de incluir en el mismo las prestaciones en salud mental, tradicionalmente marginadas y atendidas hasta entonces por instituciones de tipo manicomial.

El nuevo modelo propugna el paso desde la intervención médica centrada en el hospital psiquiátrico, a una concepción de red de servicios

diversificados de salud mental, sobre un área definida e integrada en el Sistema Nacional de Salud, como servicios especializados de segundo y tercer nivel. Estableciendo además que las prestaciones debían estar basadas en una concepción interdisciplinaria y comunitaria.

El Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica (Comisión Ministerial, 1985) abunda en esta línea y especifica además dos aspectos importantes, la necesidad de que los profesionales tengan formación especializada dentro del Sistema Sanitario y la atención de los trastornos en salud mental de niños y adolescentes, mediante programas específicos en los Servicios Especializados de Salud Mental.

Se reconoce, de esta forma, la especificidad de los niños como sujetos en desarrollo con características propias, tanto en sus condiciones de desarrollo normalizado como en su manera de enfermar, mostrando una psicopatología cuya expresión es totalmente diferente de la del adulto. Se plantea, por lo tanto, la necesidad de una concepción integral que articule los distintos sectores de la vida cotidiana, en la que niños y adolescentes se desarrollan.

Este cambio en la concepción sobre la infancia y sobre el modelo de atención en salud mental, promueve la aparición de nuevas demandas asistenciales y potencia el cuestionamiento sobre las técnicas necesarias para abordarlas. La Administración Sanitaria haciéndose eco de estas necesidades incluye entre sus prestaciones la psicoterapia en sus diversas formas (Sistema Nacional de Salud, 1995). El Sistema Judicial, por su parte, establece claramente el tipo de dispositivos específicos para la adecuada atención de la salud mental de los niños y adolescentes, en la Ley de Protección Jurídica del Menor de 1996.

La Organización Mundial de la Salud ha promovido investigaciones y proyectos que han orientado el desarrollo de los servicios de salud mental, llegando a la conclusión de que la salud general y la salud mental de los niños es un todo indivisible y que la atención a la salud mental es una parte integral de los servicios básicos de salud y una apuesta sobre su futuro bienestar (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997).

Esta concepción integral señala igualmente la importancia de la promoción y prevención en salud mental fundamentalmente en niños y adolescentes. Ya que será, precisamente en estas edades, en las que este tipo de programas y planteamientos darán sus mejores frutos (WHO, 1977).

La Red Europea de Promoción de la salud mental, recogiendo la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989, manifiesta en sus recomendaciones que los niños tienen el derecho de ser protegidos y ayudados en su desarrollo hacia un estilo de vida mentalmente saludable, sin distinción de raza, religión, género, discapacidades físicas o psíquicas. La promoción de la salud mental en los primeros años de vida promueve una amplia gama de resultados positivos, incluyendo el incremento de la salud mental, menos riesgo de trastornos mentales y de conducta, mejor calidad de vida y una diversidad de resultados positivos tanto sociales como económicos (Mental Health Europe, 1999).

Para ello es necesario Incrementar el reconocimiento de las necesidades de los menores en los Servicios Comunitarios y de Salud (atención primaria, médicos de familia, hospitales y otros servicios de salud) y contemplar la intervención preventiva y precoz, así como el apoyo educativo y social de los niños y las familias.

1.2. JUSTIFICACION

El campo de la atención a niños y adolescentes ha sido un área de especial interés para los psicólogos. La formación en Psicología Clínica de orientación dinámica incluye áreas de conocimiento teórico sobre el desarrollo evolutivo y la estructura psíquica del niño y del adolescente, psicodiagnóstico y psicopatología, así como conocimientos técnicos sobre todas las modalidades de tratamientos psicoterapéuticos específicos para el abordaje del campo.

Este bagaje de conocimientos es fundamental para trabajar con este arco de edad, sobre el que la mayoría de los clínicos coinciden en la necesidad de un enfoque prioritariamente psicoterapéutico, al tiempo que recomiendan un especial cuidado en el abordaje farmacológico y lo desaconsejan unánimemente como tratamiento único (Escudero, 1997).

El recorte de nuestro objeto de atención parte de la conceptualización del niño como sujeto psíquico en desarrollo, en el que los términos salud-enfermedad no están determinados por los síntomas, sino por su inscripción en una red de relaciones que posibilitan o impiden su crecimiento. El describimiento del trastorno plantea pues un análisis desde acontecimientos psicológicos, diferente al diagnóstico psiquiátrico y permite un abordaje psicoterapéutico más allá del modelo médico.

Los tratamientos psicoterapéuticos son pues la herramienta principal para el abordaje de los trastornos en salud mental de los niños. No podemos olvidar, sin embargo, el contexto en el que se desarrolla nuestro trabajo, los servicios públicos de salud mental. En este marco es imprescindible tomar en cuenta elementos que son inherentes al sistema sanitario donde están insertos y que exigen afinar las técnicas para obtener los mejores resultados en el tiempo más breve posible.

Tenemos que considerar los parámetros de valoración que el propio sistema maneja, el de coste-eficacia es uno de los indicadores principales a la hora de evaluar los beneficios de un tratamiento determinado. Por otro lado, la necesidad de articular la presión de la demanda asistencial con la calidad de la atención, es uno de los retos que todos los clínicos enfrentan en el día a día de su trabajo. La delimitación de prioridades, es decir, el abordaje adecuado de los casos más graves con el objetivo de resolver la crisis, es otro. Tales características son las que condicionan y recortan las posibilidades del trabajo clínico. En este contexto se hace imprescindible la delimitación de recursos terapéuticos eficaces que garanticen buenos resultados, la psicoterapia breve de orientación analítica, en sus diferentes modalidades, ofrece estas garantías.

Partiendo del marco teórico y técnico del psicoanálisis la psicoterapia breve exige una serie de modificaciones técnicas. En primer lugar la focalización del conflicto actual, es decir, el motivo de consulta que trae el paciente. Es un trabajo previo que suele realizarse en el transcurso del proceso diagnóstico y que permite el recorte de la sintomatología y la organización secuenciada del trabajo psicoterapéutico.

En segundo lugar la focalización del cambio como un objetivo planificado desde el comienzo de la psicoterapia. No se plantea únicamente un cambio superficial, solo en el plano dinámico, sino que se persigue una modificación estructural en determinados puntos centrales de la organización del sujeto. Es también importante la obtención de cambios en las funciones integrativas del yo, porque suponen un beneficio importante para los niños y adolescentes. Para ellos el refuerzo narcisista que pueden obtener de experiencias positivas es un elemento fundamental que coadyuva con las fuerzas del desarrollo, que impulsan hacia el cambio y la necesidad de aprendizaje. Ambos elementos ayudan a resolver los conflictos planteados en el crecimiento.

En tercer lugar la posición del terapeuta, que es más activa que en la cura tipo y cuyo trabajo de interpretación se circunscribe al conflicto actual, tomando el material más primitivo como elemento de referencia que contextualiza las raíces del conflicto, pero sin interpretarlo directamente. Este trabajo permite una elaboración que conduce al cambio y a la mejoría.

Las modificaciones técnicas implican también un manejo diferente de la transferencia, considerándola en su dimensión temporal más actual y evitando interpretarla en relación con el terapeuta. A pesar de estas modificaciones la transferencia sigue siendo la herramienta técnica imprescindible en el trabajo psicoterapéutico.

Freud plantea que "el mecanismo de la transferencia queda explicado con su referencia a la disposición de la libido, que ha permanecido fijada a imágenes infantiles. Pero la explicación de su actuación en la cura no la conseguimos hasta examinar sus relaciones con la resistencia" (Freud, 1912).

Los fenómenos transferenciales representan pues, tanto las resistencias al tratamiento como la herramienta terapéutica por excelencia.

Continúa desarrollando esta idea cuando señala que, todo lo que se enlaza al tratamiento corresponde a una transferencia sobre el médico que fácilmente se transforma en resistencia, advirtiendo además, que no se debe interpretar sobre ella si la asociación libre transcurre sin problemas (Freud, 1913).

Sin embargo todo su planteamiento teórico y técnico está basado en el material de análisis de pacientes adultos, salvo en el caso Juanito (1909), donde hace una breve intervención directa con el paciente, apoyándose fundamentalmente en la relación transferencial con el padre.

Es a partir de Freud, cuando distintos teóricos del psicoanálisis abordan directamente la cuestión en los tratamientos con niños, desarrollando distintas líneas a veces divergentes. Ana Freud expresa sus dudas acerca de la posibilidad de que los niños puedan organizar una verdadera neurosis de transferencia dadas sus características evolutivas. En el polo opuesto estaría Melanie Klein, para quien el análisis del niño se apoya fundamentalmente en la relación transferencial y en su conciencia de enfermedad.

Diversos autores han matizado no solo el manejo de la transferencia como instrumento de cura, sino sus diferentes manifestaciones con respecto a los adultos y la necesidad de articular técnicas y encuadres específicos en las psicoterapias con niños y adolescentes (Dolto, 1971; Aberastury, 1978; Mannoni, 1979; Chused, 1988; Lebovici, 1988).

En esta línea de discusión es importante precisar los requisitos para la psicoterapia con niños y delimitar los efectos clínicos derivados de las diferentes posiciones, tanto teóricas como técnicas, sobre la transferencia (Berlín, 1987; Bonaminio y Carratelli, 1988).

Así como investigar sobre determinados planteamientos como son: el tipo de relación entre el nivel de desarrollo en función de la capacidad de verbalización y juego y los fenómenos transferenciales, la tendencia del niño a transferir relaciones de objetos internos a los externos con mayor intensidad que en el adulto, la distinción entre las formas reales de la relación paciente-

terapeuta derivadas de la inmadurez del niño, y la idea de que la proximidad del niño al origen de sus conflictos neuróticos facilita su resolución en el análisis (Casaula, 1983; Tyson, 1986; Elmhirst, 1987).

Desde hace tiempo se ha venido incrementando, cada vez más, el interés sobre los temas relacionados con los fenómenos transferenciales en la psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes. A pesar de ello, la investigación clínica llevada a cabo sobre tales fenómenos y sus efectos, en los resultados de los tratamientos, ha sido escasa en nuestro país apoyada fundamentalmente en el análisis de casos únicos y, en muchas ocasiones, circunscrita al ámbito privado. No obstante últimamente se están desarrollando diferentes proyectos en distintas universidades (Poch y Avila, 1998).

El objetivo de esta tesis es contribuir a un mejor conocimiento de los fenómenos transferenciales, mediante la aplicación de un método de análisis de contenido analítico conceptualizado categóricamente, el Método del Conflicto Central en la Relación (CCRT) de Luborsky y col. En la línea de las investigaciones sobre psicoterapia psicoanalítica que dirige el profesor Alejandro Avila, en la Universidad de Salamanca. Nos parece imprescindible plantear medios e instrumentos que sirvan para profundizar su estudio con niños y adolescentes, tanto cualitativa como cuantitativamente, superando las dificultades del estudio sobre casos únicos.

1.3. ESTRUCTURA DE LA TESIS

La presente investigación, sobre los fenómenos transferenciales en psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes, se desarrolla en una primera parte que constituye el marco teórico y una segunda donde se desarrolla el estudio clínico.

En primer lugar se hace una revisión de la psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes centrada en los primeros analistas que trabajaron

con niños y en las diferentes líneas que se han desarrollado desde la teoría de las relaciones de objeto, la psicología del yo y la escuela francesa. Tratamos de revisar también las diferencias teóricas y técnicas entre psicoanálisis y psicoterapia.

A continuación nos centramos en el concepto de transferencia desde sus orígenes en Freud, pasando por las posturas divergentes de Ana Freud y Melanie Klein, para desarrollar las diferentes aportaciones que se han ido haciendo a lo largo del tiempo. Describimos someramente la transferencia con los padres como un elemento central en el trabajo con niños.

Seguidamente se analiza el estado de la cuestión en la investigación sobre la transferencia con niños y adolescentes que se han realizado con diferentes instrumentos metodológicos, el análisis del caso único, las observaciones directas sobre las relaciones tempranas, la retrospectiva clínica y los patrones de relación.

A continuación se expone detalladamente el Método del Conflicto Central en la Relación (CCRT) que es el instrumento utilizado en esta investigación. Revisando sus elementos cualitativos y cuantitativos, estudios realizados para validarlo, comparaciones con otros métodos alternativos, etc., para finalizar con sus fundamentos teóricos y técnicos, aplicaciones clínicas y las líneas de investigación en curso.

En la segunda parte se describe el diseño del estudio clínico. Comenzamos con la relación de los objetivos e hipótesis de trabajo a contrastar con los resultados obtenidos.

Dado que la investigación se realiza en un servicio público, pasamos a describir las características generales del mismo y, a continuación, detallamos el programa de atención a la salud mental de niños y adolescentes en el que se ha llevado a cabo.

Seguidamente se exponen los criterios de inclusión/exclusión utilizados y el proceso de selección de los sujetos, describiendo sus características desde diversos puntos de vista, tanto psicosociales como clínicos. A continuación precisamos la modalidad de los tratamientos de psicoterapia y el

registro de las sesiones, que es el material de base sobre el que se ha aplicado el CCRT.

En el capítulo de metodología se explican los procedimientos cualitativos y cuantitativos de aplicación, formulación y valoración del CCRT, para el posterior análisis de los resultados a nivel individual y global. Señalamos las modificaciones técnicas que hemos aplicado en función de la edad de los sujetos estudiados.

Los resultados se analizan en dos partes, en la primera se estudian los resultados individuales de cada sujeto y en la segunda los resultados globales, dividida en los siguientes apartados: análisis de frecuencias de todos los sujetos y comparación según género y edad, distribución según sexo y edad de los deseos, respuestas del objeto y del sujeto más frecuentes, patrón combinado, análisis de respuestas positivas y negativas, diferencias en la valoración positiva y negativa, personas significativas en los episodios de relación, síntomas somáticos y deseo edípico.

Seguidamente se discuten los resultados obtenidos divididos de la misma forma que antes en resultados individuales y globales. La discusión de los resultados globales está organizada de la siguiente forma: el patrón transferencial, diferencias en la configuración del patrón, variaciones en función del género y la edad, las tendencias positivas y negativas, la inestabilidad de la valoración, las relaciones significativas, los síntomas somáticos y el deseo edípico.

Finalmente se presentan las conclusiones alcanzadas con la presente investigación y se reseña la bibliografía que ha servido de base para el estudio.

Al final se adjuntan los anexos con la hoja de identificación y la ficha de recepción utilizadas en el proceso de selección de los sujetos, así como los episodios de relación seleccionados de cada paciente, con la valoración de las categorías correspondientes.

I PARTE

MARCO TEORICO

CAPITULO II

PSICOTERAPIA PSICOANALITICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

CAPITULO II

LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.1. LOS COMIENZOS (HANS)

Algunos autores plantean que el campo del psicoanálisis de niños permanece todavía hoy sin unidad conceptual, dominado desde 1927 por un conflicto entre dos escuelas dominantes, la de Melanie Klein y la de Ana Freud (Donaldson, 1996). La división sobre aspectos teóricos y técnicos, inaugurada por el debate ya clásico entre ambas analistas, partió del desarrollo de ideas radicalmente diferentes sobre la estructura psíquica del niño y sus posibilidades de análisis (Viner, 1996). Por nuestra parte añadiríamos que esta diversidad conceptual no es exclusiva del campo de niños y adolescentes; sino que se produce de igual forma en el análisis de adultos y que parece inherente a las dificultades propias de la teoría psicoanalítica.

La publicación de Freud en 1909 del caso del pequeño Hans, supuso el primer análisis conocido de un niño y se convirtió en el punto de referencia de todos los analistas posteriores. Deseaba obtener evidencias para confirmar sus teorías sobre la sexualidad infantil y fue el material sobre la fobia de Hans, obtenido a través del análisis de su padre, lo que le permitió obtenerlas.

Los trabajos posteriores de Hermine Hug-Hellmuth vinieron a confirmar

sus propios descubrimientos sobre la sexualidad infantil. Más tarde las observaciones de Ana Freud y Dorothy Burlingham en la Hampstead Clinic, sobre los efectos irreversibles de ciertas condiciones extremas de vida, supusieron otra valiosa confirmación de las hipótesis teóricas de Freud.

El caso Hans se convirtió en la referencia obligada de todos los terapeutas de niños; sin embargo no es, en ningún caso, ni una cura tipo, ni un modelo técnico para el tratamiento con niños. Freud no estaba interesado en las particularidades teóricas o técnicas del análisis de niños sino, como ya sabemos, en la validación de la neurosis infantil del adulto, concepto teórico completamente diferente de la neurosis del niño. Es más, en un principio, Freud limitó las posibilidades de análisis de los niños a los hijos de analistas o analizados, suponiendo que la formación de los padres facilitaría el tratamiento de los hijos.

Melanie Klein y Ana Freud, y antes que ellas de forma pionera Hermine Hug-Hellmuth y Sophie Morgenstern, descartaron las restricciones de Freud y extendieron el análisis de niños fuera del medio psicoanalítico, pero la identidad con la técnica utilizada por Freud con Hans permaneció como un bastión imaginario importante en la disputa del análisis de niños.

2.2. LAS PRIMERAS ANALISTAS

Podemos considerar a Hermine Hug-hellmuth y a Sophie Morgenstern como las dos analistas pioneras mas importantes en el trabajo con niños, no solo por ser las primeras que abordaron el campo, sino porque su influencia sobre los planteamientos teoricos y tecnicos posteriores es innegable. Ambas pertenecian a la escuela de Viena aunque desarrollaron su trabajo en paises diferentes.

Hermine Hug-Hellmuth fue la primera analista que trabajó sistemáticamente con niños en Viena, exponiendo su trabajo sobre la técnica del análisis de niños en el VI congreso de psicoanálisis de 1920 (Hug-

Hellmuth, 1920). En consonancia con su propia formación (era maestra) consideraba el análisis principalmente como algo educacional y normativo y afirmaba que no se podían utilizar métodos análogos a los análisis de adultos.

La influencia de su trabajo sobre Melanie Klein y Ana Freud es difícil de valorar, su posición fue intermedia entre ambas. Por una parte sostenía las dificultades del niño, inherentes a su desarrollo, para entrar en análisis. Por otra, utilizaba el juego como medio de acceder al sujeto infantil y señalaba la importancia de la primera entrevista, donde ya aparecía el conflicto nuclear.

Según Hug-Hellmuth el trabajo con el niño gira en torno al análisis del carácter y la educación, siendo el analista pedagogo y terapeuta. La especificidad de las características del niño exige una técnica específica que se puede resumir en tres puntos principales:

1º.- El niño no entra en análisis, como el adulto, por su propia voluntad; sino que es llevado por los padres, cuando por lo general otras medidas se han mostrado insuficientes.

2º.- El adulto enferma a causa de sus experiencias del pasado, el niño enferma por sus experiencias presentes. El cambio constante de los acontecimientos cotidianos produce unas relaciones entre el niño y su entorno en permanente cambio.

3º.- El niño, al contrario que el adulto, no tiene ningún interés en cambiar. El sentimiento de omnipotencia a causa de la presión ejercida sobre las personas de su entorno, mediante sus malos hábitos o resistencias a cumplir las normas, alimenta su narcisismo. Tanto el niño sádico, como el masoquista, necesita los castigos, que no inciden sin embargo en su naturaleza feliz, ya que es capaz de adaptarse a cualquier circunstancia familiar, recordando de todo ello solamente el lado positivo.

Aseguraba, basándose en el trabajo de Freud sobre el pequeño Hans (Freud, 1909), que un análisis como el que se realiza con el adulto es imposible y que solamente se podía aplicar una educación fundada en la teoría psicoanalítica. Mientras que el análisis del adulto tiende al examen completo de los móviles y sentimientos inconscientes, en el niño es suficiente el discurso

sin palabras experimentado a través de una acción simbólica, como el juego y el dibujo. Sus procesos mentales se desarrollan en capas distintas unas de otras y en un encadenamiento diferente, a veces más laxo a veces más rígido, que en el adulto. En el niño muchas impresiones, aunque no alcancen el umbral de la conciencia, dejan señales netas en su psiquismo.

Un análisis no se puede realizar antes de los 7 u 8 años y, aun así, se debe limitar a tener un éxito parcial, evitando atemorizar al niño con una invasión brutal en sus pensamientos o sentimientos, imponiéndole una exigencia de comprensión que no puede cumplir. Entre los niños que comienzan un análisis se encuentran los que rápidamente entienden sus objetivos y aquellos otros que a causa de su edad, en la que parece que no sufren sus síntomas, o bien a causa de otras circunstancias personales, como una constitución débil, no los entienden.

Para Hug-Hellmuth un niño de constitución débil es el retrasado en su desarrollo intelectual, asimilándole al niño pequeño en sus dificultades para seguir un análisis. Los niños más mayores (de 14 a 18 años) pueden seguir un análisis como los adultos y con fenómenos parecidos: transferencia positiva y negativa, resistencias, etc. Con los niños más pequeños se plantea que, a veces, es necesario ocultarles los objetivos del tratamiento, presentándose como una amiga de la familia que viene a charlar con él.

A lo largo de su trabajo (Hug-Hellmuth, 1920) detalla una serie de características técnicas que son, al mismo tiempo, reflejo de su visión pedagógica sobre la infancia y adolescencia y exponentes de los comienzos del trabajo analítico en el campo infantil. Algunas de ellas son, por ejemplo, la necesidad de prescindir del diván y trabajar cara a cara; la afirmación de que el mejor lugar para el análisis es el domicilio familiar, para facilitar la confianza del niño y evitar su huida; el planteamiento de que el juego no es más que un pasatiempo sin importancia, dado que el niño, por sus características, no puede permanecer largo tiempo sin hacer nada, etc.

A pesar de las características protectoras y pedagógicas de su enfoque, pone especial importancia en el primer contacto con el niño, afirmando algo

que después Klein retomará de forma casi idéntica, que la primera comunicación o acción sintomática del niño en la primera sesión, es fundamental porque contiene el complejo nuclear de su neurosis.

Planteaba una terapéutica activa, es decir la prescripción en el curso del tratamiento de pequeñas tareas que apoyaran la confianza del niño. También recomendaba evitar las prohibiciones directas y el intento de trabajar acuerdos entre el analista y el paciente.

Sophie Morgenstern (1927, 1939), primera analista de niños en Francia, proveniente de la escuela de Viena, trabajó los cuentos, sueños, ensueños, juegos y dibujos infantiles, buscando e interpretando el contenido latente bajo el manifiesto. Su mayor aportación fue el análisis de los dibujos. A partir del caso de un niño mutista de 9 años y medio, sistematizó su método aplicándolo después a todos sus pacientes. Consideraba los dibujos como sustitutos de las asociaciones libres de los adultos e interpretaba durante el tratamiento, tanto su significación inconsciente, como los símbolos utilizados para su realización, así como su correlación con el síntoma.

Comprobó que la mayoría de los niños utilizaban a menudo los mismos símbolos para representar sus conflictos, pero utilizándolos de forma distinta. Los dibujos, inspirados por el inconsciente del niño, representan el conflicto en su estado primordial. Su lenguaje visual contiene todos los mecanismos del proceso primario: condensación, desplazamiento, sobredeterminación, simbolización, etc. Son también el soporte de múltiples identificaciones, producidas por los fenómenos transferenciales desarrollados en el tratamiento.

El niño está dirigido por su vida afectiva y su creencia en las fuerzas mágicas. Esto le permite introducir en sus dibujos y manifestaciones lúdicas hechos en apariencia contradictorios o alejados unos de otros. El material gráfico que aparece en su obra sigue siendo, aún hoy, de los más importantes. Pensaba que la expresión de los conflictos a través del juego lúdico y simbólico, delante de un adulto comprensivo, era lo más importante en el proceso analítico.

2.2.1. ANA FREUD Y MELANIE KLEIN

El debate desarrollado por Melanie Klein y Ana Freud dividió durante mucho tiempo a los analistas de niños en dos líneas teóricas y técnicas en permanente enfrentamiento. Nos parece interesante revisar a continuación las principales diferencias entre ambas tendencias, ya que establecieron dos puntos de vista completamente diferentes sobre la estructuración psíquica del niño, dando lugar a dos escuelas que durante mucho tiempo desarrollaron sus investigaciones y trabajos de forma divergente. Se necesitó mucho tiempo y la aparición de otros analistas e investigadores con puntos de referencia distintos para que se produjeran acercamientos teóricos y técnicos, si no de síntesis sí de articulación.

Tanto Klein como A. Freud realizaron su aprendizaje analítico en la teoría y técnica freudiana al mismo tiempo, desde 1915 en adelante y en el mismo lugar, Europa central. Ambas eran judías y de clase media, eran mujeres y de una edad similar. Sin embargo desarrollaron dos formas absolutamente diferentes del análisis de niños.

Donaldson (1996) señala tres razones para explicar tales diferencias:

1ª.- La formación psicoanalítica de A. Freud en Viena la mantenía directamente bajo la influencia de su padre, mientras que Klein, formada en Berlín, tuvo influencias alternativas, en particular de Ferenczi y de Abraham con quienes se analizó.

2ª.- Mientras ambas partieron de los trabajos de Freud, cada una seleccionó diferentes aspectos del amplio y a menudo contradictorio corpus teórico.

3ª.- Y quizás la más significativa, Klein enfatizaba la práctica psicoanalítica, mientras A. Freud lo hacía con la teoría.

Por lo tanto en los términos del debate incidían, como una evidencia de autoridad, la ortodoxia freudiana, la experiencia clínica y la posición personal (Viner, 1996).

A. Freud escogió el modelo paterno sobre el desarrollo infantil como punto de partida. Su énfasis sobre la teoría lo condujo a la conclusión de que la técnica analítica de los adultos no se podía aplicar directamente a los niños y desarrolló una terapéutica alternativa, una forma pedagógica del análisis de niños. Su técnica iba dirigida a un reforzamiento del yo del niño para estimular la represión de los impulsos del ello. Su foco sobre la latencia, como periodo postedípico y su falta de interés en la experiencia temprana de la prelatencia, permitió no cuestionar los planteamientos de Freud sobre el desarrollo psíquico del niño.

Klein por su parte enfatizó la práctica clínica de Freud, viendo el análisis del niño como una traducción directa de la técnica clásica con adultos, incluyendo el desarrollo de una neurosis de transferencia y pidiendo para el analista la misma técnica y disciplina que para el análisis de adultos. El resultado de sus observaciones clínicas lo permitió discutirle a Freud sus planteamientos sobre el desarrollo temprano y ofrecer a cambio su propia teoría.

En 1921 Klein publicó su primer trabajo sobre un niño, en el que todavía no realizaba propiamente un análisis, sino solamente la observación de su conducta diaria, interpretándola después desde un punto de vista psicoanalítico (Klein, 1921). En este trabajo planteaba conclusiones muy diferentes a las de Hug-Hellmuth y A. Freud. Sostenía que el elemento educacional era incompatible con un verdadero análisis y que el complejo de Edipo, que ella fechaba 2 años antes que el propio Freud, debería ser analizado tan profundamente como fuera posible.

En general las nuevas ideas de Klein fueron más atacadas por los analistas varones que por las mujeres, que apoyaban su trabajo.

La primera confrontación entre Klein y A. Freud se produjo en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, en 1924; aunque de forma bastante discreta. Fue posteriormente, con el desarrollo de ambas teorías, cuando se formalizó la disputa en el Simposium sobre el análisis de niños, celebrado en la

sociedad Psicoanalítica Inglesa en 1927. Las diferencias fueron tan profundas que dividieron a los analistas en dos escuelas en permanente controversia. La escuela británica se pronunció por Klein y la vienesa por A. Freud.

Klein (Klein, 1927) argumentaba que la primera relación del niño con su madre formaba las bases de un super yo infantil precoz, de gran fuerza y severidad, que comenzaba a formarse al mismo tiempo que el complejo de Edipo y que era la base de la neurosis del niño. Desde su punto de vista la introyección de la madre, bajo la forma de este super yo infantil, no supone la internalización real de la madre sino la forma en que es percibida por el niño.

Durante las etapas oral y anal las fantasías sádicas del niño son proyectadas sobre la madre e introyectadas como objetos hostiles. El super yo infantil tiñe de esta forma, con sus cualidades sádicas, el mundo fantasmático. Se produce culpa y ansiedad en el niño, que teme el castigo de los padres como retaliación de sus propias fantasías. La ansiedad produce a su vez inhibiciones sobre el niño, que llega a ser incapaz de disfrutar con el juego, o el aprendizaje (Klein, 1926).

El trabajo terapéutico consistía en disminuir la ansiedad, reduciendo la severidad de este precoz super yo. Klein planteaba que las interpretaciones de las fantasías hostiles del niño reducían la ansiedad, y las realizaba con la misma técnica que en el análisis de adultos; aunque con una modificación importante.

En el análisis con adultos la interpretación depende de la libre asociación del paciente, lo que requiere cierta sofisticación lingüística que el niño no tiene. Para resolver esta dificultad Klein trató el juego como un equivalente de la asociación libre, lo que significaba que cualquier niño, lo suficientemente mayor para jugar, podía ser analizado independientemente de su habilidad verbal. Mediante esta técnica exploró ampliamente las relaciones fantasmáticas del niño con sus padres (Klein, 1932). Rechazaba todo papel normativo por parte del analista, así como cualquier participación de los padres en el análisis de su hijo.

La entrada de A. Freud en el psicoanálisis fue, naturalmente, a través

de su padre. Sus primeros contactos fueron las lecturas psicoanalíticas que Freud realizaba hacia 1918, en la Sociedad Psicoanalítica de Viena. También se analizó con él, cuestión que permaneció secreta para la mayor parte de los analistas. Así, mientras Klein estuvo bajo la fuerte influencia de su madre, A. Freud lo estuvo bajo la de su padre. Su lealtad hacia las teorías de Freud, formaría parte de su propia relación transferencial hacia él. En esta situación era prácticamente imposible para ella cuestionar sus preceptos. Frecuentemente, sobre todo al principio, traducía los trabajos de su padre para las revistas. Asistió al primer Congreso de la Sociedad Psicoanalítica de Viena en 1920 y dos años después ya era miembro titular. Parece que fue el propio Freud quien dirigió su atención hacia el análisis de niños. El no tenía experiencia analítica en este campo y necesitaba la evidencia de los análisis de niños para establecer firmemente sus puntos de vista sobre el desarrollo psíquico.

Alrededor de 1924 comenzó a analizar niños con la ayuda de Hughellmuth, aunque se desconoce hasta donde llegó y en que consistió tal ayuda (Donaldson, 1996). Sus primeros pacientes eran hijos de sus colegas y de los de D. Burlingham, que fue su amiga y compañera durante toda su vida. Durante 1926 dio una serie de seminarios a profesores y otros analistas, publicándolos a continuación (A. Freud, 1926-1945). En estos trabajos planteaba la extensión del análisis a los niños bajo una aproximación pedagógica, manteniendo que el análisis kleiniano era imposible.

Sus diferencias con Klein se pueden resumir en cuatro puntos principales: la relación transferencial es imposible con un niño, el papel del analista es educar y no analizar sus fantasías agresivas, el juego no tiene especial significado y sostenía firmemente que no se debía tocar el complejo edípico en el análisis. Como alternativa proponía un periodo preparatorio para ganarse la confianza del niño, mediante una aproximación pedagógica para fortalecer su yo, utilizando el material aportado por los sueños (A. Freud, 1922-1935).

Pensaba que el super yo infantil era demasiado débil e inmaduro y el

niño muy dependiente de sus padres, para tolerar un análisis completo de sus relaciones con ellos. Veía el análisis como un refuerzo del super yo, rechazando la posibilidad de transferencia, en un niño todavía demasiado dependiente de sus primeros objetos de amor y tenía reservas sobre el acierto de las interpretaciones sexuales sobre el juego.

Proponía un rol normativo para el analista, cuyo objetivo era formar parte del super yo del niño y prepararlo para un análisis posterior. Su técnica necesitaba el apoyo activo de los padres y el desarrollo de unas relaciones positivas con el niño, por lo que en este primer periodo limitó el análisis a los hijos de analistas o de analizadas, suponiendo que esta experiencia facilitaría el apoyo al tratamiento.

El único punto en común que sostuvo con la técnica de adultos fue el análisis de los sueños. Según ella los niños sueñan más que los adultos y sus sueños son menos oscuros, ya que la fuerza de la resistencia es menor. Este análisis ofrecía rápidamente datos sobre la vida cotidiana y las figuras familiares significativas de los niños, sirviendo para analizar sus sueños en ausencia de asociaciones libres. Seguía aquí la línea de H. Hellmuth (A. Freud, 1936). Tal modalidad de interpretación concienciaba al niño sobre las razones inconscientes de su mala conducta y no descubría su vida instintiva.

Sus puntos de vista, por más que plantearan una especie de análisis opaco, fueron apoyados por su padre. A pesar de ello, la Sociedad Psicoanalítica Inglesa defendió el enfoque de Klein, declarando de hecho su independencia de la Sociedad de Viena, con la publicación del Simposium sobre el análisis de niños de 1927; en el que Klein se enfrentaba a la línea de A. Freud a través de una extensa exposición de su propia técnica (Klein, 1927).

Como decíamos al principio la disputa abrió un debate profundo entre ambos puntos de vista, que dividió a los analistas y condujo a un desacuerdo permanente sobre los principales fundamentos de la teoría psicoanalítica. Se iniciaron dos caminos que fueron divergentes durante mucho tiempo, el de las relaciones objetales y el de la psicología del yo (Donaldson, 1996).

A pesar del largo enfrentamiento, A. Freud en la reedición de sus Escritos, reconoce un fenómeno transferencial entre el niño y el analista, así como los aspectos negativos de la transferencia. Con anterioridad ya había reconocido la importancia de los dibujos y del juego, porque dejan traslucir las tendencias del ello (A. Freud, 1936). Sin embargo, a pesar del reconocimiento de estos cambios, jamás aceptó los desafíos de Klein a la teoría freudiana y nunca reconoció sus aportaciones.

Debido a su elección de trabajar con niños en edad de latencia, que eran ya capaces de verbalizar sus problemas, extendió el estudio sobre las funciones adaptativas del yo y las líneas del desarrollo (A. Freud, 1936, 1963). Abriendo el camino a la investigación sobre las teorías genéticas del yo y la influencia de las relaciones entre la madre y el bebé en el desarrollo posterior (Spitz 1959; De Groot, 1967; Mahler, 1975).

Klein por su parte, continuó elaborando su propia teoría del desarrollo infantil, en la que tenían especial importancia las relaciones de objeto y las fantasías inconscientes, al tiempo que intentaba mantener un equilibrio difícil con la teoría instintiva de Freud. Sus observaciones clínicas fueron el comienzo del trabajo de los teóricos de las relaciones de objeto como Fairbairn (1952), Winnicott (1958) y Bowlby (1953), que abandonaron finalmente la teoría de las pulsiones.

A. Freud admitía que la crítica de su técnica estaba situada en un debate sobre la validez de su punto de partida de las ideas de Freud. Reconocía que los procedimientos que sostenía contradecían varias reglas de la técnica psicoanalítica clásica. Por su parte Klein afirmaba que se mantenía en la más estricta ortodoxia; ya que su técnica era una traducción directa del método clásico en adultos, de la misma forma que se había desarrollado el análisis del pequeño Hans (Viner, 1996).

Muchos analistas se han quejado, a menudo, de que Freud extrapolaba sus conocimientos sobre el adulto al desarrollo psíquico del niño (Donaldson, 1996); mientras que el trabajo de Klein logró penetrar en las fantasías y el

desarrollo de niños muy pequeños y, tal como afirma Stern (1985), estuvo mucho más cerca que el propio Freud de conocer su verdadero desarrollo. Al fin y al cabo no es lo mismo la neurosis infantil del adulto, que la neurosis del niño. Esta diferencia teórica es fundamental.

Sin embargo existe un problema clínico sin resolver. Los niños muy pequeños no pueden hablar sobre su vida psíquica al analista, es el observador quien debe inferir sus estados mentales a partir de la conducta observable. Aún tomando el juego como un material simbólico del contenido mental Klein subestimó la dificultad del trabajo con los niños que todavía no hablaban y al tiempo evitó el problema, al inferir los estados mentales de sus acciones (Donalson, 1996).

2.3. LAS DIFERENTES TENDENCIAS

En un principio la controversia entre A. Freud y M. Klein impuso, para la mayoría de los analistas, líneas divergentes de trabajo. De esta forma la psicología del yo y las teorías sobre las relaciones de objeto siguieron, al comienzo, caminos opuestos. Sin embargo los trabajos e investigaciones que se fueron desarrollando a lo largo del tiempo (Winnicott, 1945, 1963; Bowlby, 1953, 1973; Heiman, 1956; Bick, 1968; Sperling, 1951; Spitz, 1959, 1965; Groot, 1967; Mahler, 1952, 1975) han elaborado conexiones muy productivas entre ambas tendencias. Se han desarrollado además otras aportaciones, como las de la escuela francesa (Dolto, 1973, 1986; Mannoni, 1979), que han incorporado la dimensión simbólica del código lingüístico, situando al niño como un sujeto que se significa mediante la palabra y el deseo de los padres y que tiene que acceder a lo largo de su desarrollo a un lugar propio; abriendo, de esta forma, caminos nuevos que amplían la comprensión psicoanalítica sobre el niño y el adolescente.

A partir de las aportaciones de los primeros analistas, se han sucedido al menos 80 años de evolución en el pensamiento psicoanalítico, incorporando y reelaborando temas tan importantes como los modelos del desarrollo, los

mecanismos sobre la formación de síntomas y los diferentes enfoques psicoterapéuticos.

Datos empíricos recientes sugieren que la importancia de las tempranas relaciones diádicas sobre el desarrollo del sujeto y del yo, participan activamente en la formación de síntomas. Además sirven tanto como las relaciones triádicas de la constelación edípica, como línea divisoria en el desarrollo mental, con las consecuentes implicaciones para la estructuración del aparato psíquico de acuerdo con el cambio cognitivo y neuropsicológico (Shapiro y Esman, 1992). En esta línea se pueden situar las investigaciones sobre el desarrollo, realizadas sobre observaciones de niños en situaciones naturales y experimentales, que han servido para reconceptualizar las relaciones de objeto centradas en la díada madre-bebé (Kris, 1957; Solnit, 1987). Otros trabajos (Stern, 1985; Emde, 1991; Lewis, 1991) han investigado sobre el desarrollo del afecto como un determinante de la motivación, y han demostrado cómo los niños aprenden a nombrar sus sentimientos y a regular sus emociones.

Los trabajos de los psicoanalistas y los terapeutas de orientación dinámica, han sostenido siempre un punto de vista triple sobre la fenomenología y el significado de los síntomas.

En un primer nivel descriptivo, muy próximo a los primeros planteamientos de Freud, se establece la necesidad de distinguir entre síntomas histéricos y lesiones neurológicas como un precursor necesario de la comprensión del significado (Shapiro y Esman, 1992).

El segundo nivel parte del planteamiento de A. Freud (1963), quien analizó cuidadosamente los síntomas en la infancia a lo largo de las líneas del desarrollo, advirtiendo que sólo se debería empezar un tratamiento, si el niño o adolescente estaba bloqueado en su pauta de desarrollo durante demasiado tiempo o detenido más de lo que sería adecuado, en una etapa anterior, presentando de esta forma problemas de adaptación. Su punto de vista conduce a plantearse la formación de los síntomas como algo transitorio, incluso necesario, en el desarrollo madurativo.

El tercer nivel implica la construcción o reconstrucción de lo que ha generado los síntomas. Este nivel genético del pensamiento se deriva del

punto de vista inicial que planteaba la etiología del síntoma a partir de un suceso traumático, normalmente el incesto. El postulado final de Freud es que el conflicto edípico es nuclear en la estructuración de la neurosis, a consecuencia de que el niño tiene que resolver el deseo primario de ser amado por sus padres, al tiempo que se identifica con ellos a pesar de la frustración de este deseo (Shapiro y Esman, 1992).

La psicoterapia con niños y adolescentes ha experimentado cambios importantes, con el estudio de la influencia de las relaciones interpersonales sobre las variaciones intrapsíquicas y con los nuevos y específicos desarrollos sobre la transferencia y la contratransferencia. Mientras que otras modificaciones teóricas y clínicas se han derivado del trabajo con adultos, como por ejemplo el clásico punto de vista sobre los orígenes, que fue en un principio retrospectivo y reconstructivo.

2.3.1. LAS TEORÍAS SOBRE LAS RELACIONES DE OBJETO

A continuación vamos a realizar un breve recorrido sobre las aportaciones, más significativas, de algunos de los analistas que realizaron su trabajo dentro del enfoque de las teorías de las relaciones de objeto y que han contribuido a la profundización y ampliación del análisis de niños.

DONALD W. WINNICOTT

Dentro de la escuela inglesa Winnicott comenzó trabajando desde la orientación kleiniana, aunque poco a poco y de forma progresiva se alejó de ella y desarrolló sus propias teorías y orientaciones. Interesado fundamentalmente en la relación diádica entre la madre y el bebé, estudió la

importancia de esta relación para explicar los trastornos del desarrollo y las angustias derivadas de los impulsos pregenitales, sin cuestionar el lugar central del complejo de Edipo en la producción de las neurosis (Winnicott, 1958).

Afirmaba que la realidad psíquica es interior, porque pertenece al concepto que el niño tiene de sí mismo; un interior que forma parte del yo y un exterior que es un no yo y que se repudia. De esta forma hay una estrecha conexión entre los mecanismos mentales de la introyección, por un lado, con la función de la alimentación y de la proyección, por otro, con las funciones excretoras del cuerpo, heces, saliva, gritos, etc.

El juego que el niño despliega en la psicoterapia y que constituye el material analizable está relacionado con las relaciones objetales y con los mecanismos de proyección e introyección. Entendiendo estos objetos tanto en su dimensión psíquica interna como externa. El niño se desarrolla y crece rodeado de un contexto y ambos se enriquecen mutuamente mediante estos mecanismos mentales (Winnicott, 1962).

Para Winnicott la aportación más importante de Klein fue la conceptualización de la posición depresiva, aunque da más importancia a la capacidad para la inquietud y la culpabilidad, como un éxito del crecimiento, que al sentimiento depresivo. Sitúa la posición depresiva a la misma altura que el complejo de Edipo. Mientras que éste se refiere a una relación tripersonal, la posición depresiva pone su acento en la relación bipersonal entre el niño y la madre. Cuestiona sin embargo la precocidad propuesta por Klein, ya que el ingrediente fundamental es la presencia de cierto grado de organización del yo infantil (Winnicott, 1962a).

Los mecanismos de proyección e introyección carecen relativamente de importancia, en tanto el yo del niño no haya alcanzado la suficiente madurez, como para recurrir a ellos y controlar los objetos. Para llegar a este grado de organización son fundamentales los cuidados recibidos de la madre. En el caso de que no se den, lo que resulta es un caos, más que la escisión en objeto bueno y malo.

Winnicott reelaboró el desarrollo del aparato psíquico del niño partiendo de la relación madre-bebé. En esta relación sitúa también los objetos transicionales y el juego como conceptos centrales en su teoría del desarrollo (Winnicott, 1963). El niño atraviesa un periodo de narcisismo primario en el que no se diferencia de la madre, en este periodo todavía no es un individuo, no tiene impulsos ni fantasías. El desarrollo emocional primitivo se cumple sólo si la madre le da al niño lo que necesita, gratificación y frustración. En la medida que la madre pueda ser lo que Winnicott llama una madre suficientemente buena, que es totalmente distinto de una madre perfecta, el niño se va a desarrollar bien. Entre las características de esta madre está la capacidad de desilusionar al bebé. El resultado de este proceso será la transformación de la ilusión en vínculo, en relación de objeto (Winnicott, 1945).

JOHN BOWLBY

Bowlby investigó los efectos de la privación maternal, cuando trabajaba para la Organización Mundial de la Salud, confirmando la importancia de las relaciones madre-bebé en los primeros cinco años de vida (Bowlby, 1953). Sostenía que muchas formas de neurosis y trastornos del carácter, tanto en niños como en adultos, se pueden atribuir a la privación maternal de la primera infancia o a las discontinuidades en las relaciones del bebé con su madre (Bowlby, 1969, 1973).

Tal como señalan Shapiro y Esman (1992) la integración realizada por Bowlby entre el modelo etológico y la teoría de las relaciones de objeto, representa el prototipo de la influencia de las nuevas ideas psicoanalíticas sobre la práctica clínica. Su planteamiento de las interacciones tempranas entre la madre y el bebé ha proporcionado la base teórica para posteriores investigaciones, como las de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), que han ofrecido datos objetivos sobre el impacto que las relaciones maternas tienen sobre el desarrollo de la personalidad del niño.

Tales investigaciones operacionalizaron el concepto de apego,

mediante el diseño de una situación experimental que introducía la presencia de un extraño en la díada madre-bebé. Los resultados permitieron afirmar que la seguridad del vínculo en el segundo año de vida, es decir la capacidad del niño para utilizar a su madre como una base segura de exploración, suponía un avance del posterior desarrollo de la competencia. Es más interesante aún la predicción que se puede realizar sobre una posterior psicopatología, o adaptación saludable. Tales adaptaciones se pueden realizar desde la exploración de las características intrapsíquicas de la madre, para desempeñar su rol, o de la madre que ha sido educada de determinada forma por su propia madre (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Cramer y Stern, 1988).

La teoría del apego de Bowlby ha llegado a ser una línea predominante en la psicología del desarrollo, con importantes implicaciones teóricas y clínicas en el trabajo con niños. A pesar de esta influencia las teorías kleinianas conservan un punto de especial controversia. El de la aceptación de la pulsión de muerte en el primer año de la vida del niño.

PAULA HEIMANN

Heimann forma parte de la línea clásica kleiniana. Sus teorizaciones son un fiel exponente de los intentos por articular la teoría freudiana de las pulsiones, con las relaciones de objeto y los mecanismos de introyección y proyección como elementos estructurales del yo.

Heimann planteaba que la enfermedad mental está causada por los conflictos inconscientes, el choque entre pulsión y defensa. La salud mental se recupera con el trabajo consciente sobre dichos conflictos, es decir haciendo consciente lo inconsciente. Este trabajo se realiza mediante la relación emocional con el analista, a través de la transferencia, que se dirige de esta forma hacia el yo del paciente (Heiman, 1956).

De esta forma la definición freudiana de la terapia psicoanalítica, anticipaba sus formulaciones sistemáticas sobre la naturaleza y funciones del yo y su interacción con otros tipos de actividad mental. Como, por ejemplo, la percepción que es la primera y más fundamental actividad del yo y no es una

experiencia pasiva. El yo proyecta algo de sí mismo sobre el objeto para poder percibirlo, catectizándolo activamente.

Siguiendo a Klein, Heimann sostenía que tal catexia libidinal se realiza mediante la proyección, sobre el objeto, de parte del propio amor del yo. La percepción incluye además la introyección. De esta forma la percepción, una de las funciones básicas del yo, está asociada al principal proceso estructural que es el responsable del desarrollo del yo (Heimann, 1956).

La percepción inicia el contacto y este incluye los principales mecanismos estructurales, la introyección y la proyección, que construyen y moldean el yo. El yo es la sede de los sentimientos y emociones, contiene las respuestas afectivas de las percepciones y la carga emocional de los recuerdos. En definitiva es el órgano que expresa la personalidad en su totalidad.

La pulsión de vida está operativa en la percepción, apunta a la unión y al contacto, en contraste con la pulsión de muerte que se dirige a la evitación y rompe el contacto y la unión. La expresión de las pulsiones destructivas también necesita el contacto con un objeto, pero esto no invalida la afirmación de que el contacto sirve fundamentalmente a la pulsión de vida. Si se busca el contacto para atacar y destruir un objeto, es porque produce miedo. La autoconservación necesita derrotar y aniquilar este objeto. De forma completamente opuesta el negativismo, el rechazo a percibir y catectizar el objeto, apartándose de él, es una expresión característica de la pulsión de muerte.

El niño aprende de forma placentera, por introyección, de las figuras amantes y protectoras de sus padres y en primer lugar de su madre. No la imita únicamente, sino que la introyecta, y de esta forma puede sentirse protegido y hacer lo que antes le parecía peligroso, o imposible. Heimann sostiene el planteamiento de Klein, según el cual, esta introyección del pecho bueno de la madre, sería el punto central del desarrollo del yo (Heimann, 1956).

Propone el rol del analista como un yo suplementario del paciente. Su primer objetivo sería capacitar al yo del paciente para percibir sus procesos

intrapésíquicos e interpersonales, tal como ocurren en la situación inmediata.

ESTHER BICK

Bick hace hincapié en las dificultades específicas del análisis de niños, como un problema que ha contribuido a su menor desarrollo, en comparación con los avances conseguidos en el análisis de adultos. El análisis de niños tiene dificultades adicionales al de adultos, como por ejemplo las características del material con el que se trabaja (Bick, 1962). Este material puede ser más difícil de comprender que el de los adultos, ya que es más primitivo, tanto en sus fuentes como en su modo de expresión. Necesita un conocimiento profundo de los primitivos niveles inconscientes.

En el trabajo psicoterapéutico con niños, se producen largos periodos en los que el analista permanece en la oscuridad, hasta que repentinamente algo viene a iluminar lo que está sucediendo. A veces se interpreta sin que el analista pueda saber cómo ha podido llegar a tal conclusión. Esto impone al terapeuta de niños un mayor grado de dependencia de sus propios procesos inconscientes, que le proporcionan las claves del significado del juego y de las comunicaciones no verbales del niño.

La tensión de soportar el sufrimiento del niño es mayor que con adultos, no solo a causa de su yo debilitado, sino también por su demanda de recibir cuidados protectores, como los que recibe de sus padres. En esta situación es particularmente difícil observar la regla de la abstinencia y no ceder al deseo de proporcionar tal atención. Resulta muy doloroso, para un terapeuta, los periodos en los que el niño se siente perseguido por sus objetos internos, y muy particularmente, cuando al probar su capacidad de reparación falla, a causa de sus conflictos internos (Bick, 1968).

ARMINDA ABERASTURY

Aberastury trabajó con niños en Argentina a partir de 1940. En un

principio se basó en los trabajos de A. Freud (1926-1945) y S. Morgenstern (1927, 1939), aunque después se orientó en la línea kleiniana. Utilizaba la técnica de juego de Klein y daba, igual que ella, una especial importancia a la primera hora de juego como instrumento diagnóstico (Aberastury, 1978).

Realizó aportaciones propias centradas en el manejo técnico de las entrevistas con los padres, que le permitía conducir el análisis en una relación bipersonal con el niño, como en el caso de los adultos. En ellas exploraba el motivo de consulta, la historia del niño, tal como los padres la construían, el desarrollo de un día de su vida cotidiana y la relación entre los padres y con los hijos (Aberastury, 1969).

Todo niño, por pequeño que sea, muestra desde la primera sesión la comprensión de su enfermedad y el deseo de curarse. Posee por lo tanto capacidad para establecer una relación terapéutica con el analista, elemento fundamental para el desarrollo de la psicoterapia. Realizó aportaciones técnicas muy interesantes en el campo de la psicoprofilaxis quirúrgica, y amplió el campo de aplicación del psicoanálisis a los grupos con niños, con padres y con técnicas de terapia familiar (Aberastury, 1978a).

2.3.2. LA PSICOLOGÍA DEL YO

Paralelamente a las teorías de las relaciones de objeto otros analistas desarrollaron sus trabajos en la línea de la psicología del yo. Seguidamente revisaremos algunos de los autores e investigaciones más importantes.

MELITTA SPERLING

Sperling trabajó fundamentalmente la relación entre la madre y el niño, y las consecuencias de las perturbaciones de esta relación, para el desarrollo posterior. Los analistas de niños saben perfectamente, que los síntomas

pueden ser totalmente comprendidos en el entorno del niño y, particularmente, en el marco de las relaciones con su madre.

Siguiendo la técnica desarrollada por A. Freud y remitiéndose a las observaciones de otros analistas (Burlingham, 1932; Kris, 1957), Sperling confirmó los efectos sobre el desarrollo psicológico del niño de las madres con trastornos neuróticos severos. Puso el acento en las dificultades del tratamiento analítico del niño, a causa de las resistencias inconscientes de la madre. Su trabajo se centró sobre el análisis simultáneo o consecutivo de niños neuróticos y sus madres (Sperling, 1951).

Para Sperling los síntomas de los niños representan sus respuestas a los deseos inconscientes de sus madres. En estos casos las madres, debido a su propia neurosis, introducen en sus hijos sus propios conflictos infantiles no resueltos, mediante la proyección o la identificación. Esta incapacidad de separarse, produce una dependencia casi hipnótica del hijo hacia la madre y viceversa. Esta clase de relación es posible, gracias a la extraordinaria sensibilidad del niño hacia la conducta de la madre, en una especie de continuación de la fase de la comunicación preverbal, que estos niños parece que han preservado en alto grado.

Según Sperling, sólo el análisis simultáneo de la madre y el niño permite detectar las sombras sutiles de la interacción que, de otra forma, se perderían y revelar y eliminar las fuerzas inconscientes en la madre que sostienen la neurosis del hijo.

RENÉ SPITZ

Uno de los pioneros en el campo de la psicología del yo fue René Spitz, con su teoría genética sobre la formación del yo (Spitz, 1959), línea que continuaron más tarde sus seguidores, entre los que destacan Buchsbaum y Emde (1990).

En su planteamiento teórico hace un paralelismo entre la embriología y la psicología, destacando las fases primarias del desarrollo afectivo, la fase

preobjetal, la del objeto precursor y la del objeto propiamente dicho.

Estas tres primeras fases, que se desenvuelven en el primer año de vida, suponen sucesivos organizadores de la mente del niño (la sonrisa del primer trimestre, la angustia del octavo mes y el ademán negativo). Su aparición se caracteriza por una creciente diferenciación y por un nivel de complejidad cada vez mayor en la estructuración psíquica. Además el inicio de cada fase se caracteriza por la aparición de un comportamiento afectivo específico.

Spitz considera estas fases como posibles puntos de fijación y hace hincapié sobre la importancia de las experiencias tempranas, en el posterior desarrollo psíquico. Señala como objetivos terapéuticos, descubrir la ubicación del punto de fijación y hacer que el paciente vuelva sobre su historia pasada. Es decir el análisis de las defensas y la reconstrucción del pasado a través de la transferencia (Spitz, 1965).

Describe al recién nacido con un umbral muy alto de protección frente a la recepción de los estímulos externos e internos. Recibe los estímulos internos como hambre, sed, etc., y reacciona a ellos con movimientos reflejos, pero no experimenta todavía percepciones sensoriales. Denomina a este sistema de recepción organización cenestésica, en un funcionamiento de modalidad pasiva. Más tarde comenzará a funcionar la organización diacrítica, en una modalidad activa. El niño desarrolla gradualmente su facultad de percibir los estímulos acompañados, ahora sí, de sensaciones displacenteras que es necesario descargar, la descarga de esta tensión produce placer. Ambas organizaciones se instauran gracias a la constante comunicación con la madre que ejerce sobre la psique del niño un permanente moldeamiento. La organización cenestésica funciona según las leyes del proceso primario, mientras que la organización diacrítica modela un proceso secundario de funcionamiento (Spitz, 1959).

JEANNE LAMPL-DE GROOT

Lampl-de Groot (1967) señala la importancia de las relaciones establecidas entre la madre y el bebé. Los rasgos de carácter se forman fundamentalmente en los primeros años de vida, en las fases preedípica y edípica.

Se desarrollan sobre la base de factores genéticamente determinados, inherentes al equipamiento pulsional, pero también sobre las potencialidades de las cualidades del yo; funciones y capacidades que progresan gradualmente. Esta interacción, entre funciones y capacidades, se produce armoniosamente sólo si la relación madre-niño proporciona el clima favorable. Por esta razón es imprescindible trabajar la fase arcaica preedípica, periodo que sigue inmediatamente al nacimiento. Este periodo arcaico es fundamental, si queremos comprender aquellos casos que muestran en la terapia una reacción terapéutica negativa. Según Lampl-de Groot tal síntoma se deriva de un superyo estricto que no permite un estado de bienestar.

El superyo, que se establece como un sistema interno después del pasaje del complejo de Edipo, toma el lugar de las normas y prohibiciones de los padres, pero ésta no es la única fuente de su crueldad. Se apoya en la vuelta de la agresión, sobre sí mismo, que no ha podido ser descargada en el mundo externo. Este proceso tiene sus precursores en la fase preedípica (Lampl-de-Groot, 1967).

El yo se desarrolla en su interacción con el avance de las pulsiones, porque ambos parten inicialmente de una matriz indiferenciada. Ambos están decisivamente influenciados por las primeras relaciones madre-niño, especialmente por las reacciones de éste a los estímulos internos y externos.

La completa dependencia del niño de los cuidados de la madre para sobrevivir, se complica por el hecho de que también es dependiente de su amor para el crecimiento físico y mental. Esto es así, no sólo para las

funciones sensoriales y la respuesta activa a los estímulos (la organización diacrítica de Spitz), sino también para la recepción pasiva desde la temprana organización cenestésica. A lo largo de todo el desarrollo el modo de funcionamiento diacrítico reemplaza más o menos y algunas veces reprime, el temprano modo de funcionamiento cenestésico. Normalmente sin embargo, ambas organizaciones continúan funcionando a lo largo de toda la vida.

MARGARET S. MAHLER

Mahler y sus colaboradores (1975) desarrollaron sus investigaciones sobre el proceso de separación-individuación. Los trabajos de Mahler parten de la idea de que el nacimiento biológico y el psicológico no coinciden en el tiempo. Este último es un proceso intrapsíquico de lento desarrollo al que denomina de separación-individuación, que va desde el cuarto mes hasta los tres años. Gira alrededor del establecimiento de un sentido de separación con respecto al mundo de la realidad y de su relación con él, partiendo de las experiencias del propio cuerpo y de la relación con el objeto primario de amor.

Este proceso sigue a un periodo simbiótico evolutivamente normal e incluye el logro, por parte del niño, de un funcionamiento separado en presencia de la madre, con la disponibilidad emocional de ésta (Mahler, 1963), concepción bastante parecida a la que había planteado Winnicott (Winnicott, 1963).

La separación y la individuación se conciben como dos desarrollos complementarios. La separación consiste en la emergencia del niño de una fusión simbiótica con la madre, y la individuación engloba los logros que jalonan la asunción, por parte del niño, de sus propias características individuales. Ambos desarrollos están entrelazados con los procesos evolutivos, pero son diferentes. Pueden darse de forma divergente, con retraso o precocidad (Mahler, 1952).

El bebé se configura en armonía y contrapunto con la madre. Desde el

punto de vista metapsicológico el conflicto entre el impulso y la defensa es mucho menos importante en los primeros meses de vida que después, cuando la estructuración del aparato psíquico resalta la importancia de los conflictos intra e intersubjetivos.

La tensión, la ansiedad traumática, el hambre y la homeostásis son conceptos biológicos que tienen su mayor importancia en los primeros meses de vida y son precursores de mecanismos con contenido psíquico, la ansiedad, las pulsiones orales, las funciones del yo y los mecanismos de defensa.

El enfoque de Mahler muestra el desarrollo de la relación objetal a partir del narcisismo, en paralelo con la historia vital temprana del yo, ubicada en el contexto del desarrollo libidinal. La consecución de una conciencia de la separación como prerrequisito de la verdadera relación objetal, y el papel de las funciones del yo (movilidad, memoria, percepción, prueba de realidad, etc.) en la promoción de tal conciencia, ocupan un lugar central. La relación objetal se desarrolla a partir del narcisismo simbiótico y se modifica en paralelo, con la consecución de la separación y la individuación del niño. El funcionamiento del yo y el narcisismo secundario, se desarrollan simultáneamente en la matriz de la relación, primero narcisista y más tarde objetal, con la madre (Mahler, 1963).

Además de los desarrollos mencionados hasta ahora, no podemos olvidar otra serie de investigaciones sobre las relaciones madre-bebé (Kris, 1957; Solnit, 1987; Zeanah y col. 1989; Greenspan, 1989) que han tenido efectos importantes en la técnica psicoterapéutica y han apoyado los argumentos de las teorizaciones sobre las relaciones de objeto, minimizando la importancia de la relación tradicional entre pulsión y defensa.

Buchsbaum y Emde (1990) siguiendo a G. Klein (1976), pero también desde el punto de vista experimental, al examinar el marco interaccional del desarrollo del yo y su influencia sobre las formas en las que lo percibimos, abogan por el establecimiento de una especie de yo-nosotros, con tanta importancia como el yo para la terapia dinámica. Pine (1985) por ejemplo, sugiere que el proceso terapéutico es análogo al proceso de desarrollo.

La teoría interpersonal de Sullivan (1953) establece el mismo planteamiento, pero han sido investigaciones como las de Buchsbaum y Emde, las que han demostrado que el tono afectivo de la interacción del niño y su madre, determina el sentido de la confianza básica y que esto se puede demostrar al final del primer año de vida.

También tenemos evidencia directa de que, a los 2 y 3 años los niños pueden disimular, o inventar historias que les justifican de no haber cumplido las normas. De esta forma podemos reconocer, que el conflicto intrapsíquico está ya preformado por esta constelación de conductas preedípicas (Lewis, 1989). Estas ideas apoyan el concepto de un núcleo del yo más organizado, incluso en los primeros meses de vida. Los psicólogos del yo también señalan esta disposición a interactuar desde el nacimiento (Tolpin, 1986).

Según este concepto el niño comienza desde el principio a organizar las experiencias, que contienen ya un sentido, gracias a los cuidadores con los que interactúa. Este planteamiento está en la misma línea en la que Stern (1985) afirma la importancia de los padres en la temprana estructuración mental.

Winnicott (1958) por su parte señala la especial sensibilidad de la madre para descifrar las necesidades, físicas y psíquicas del bebé, gracias a lo cual puede sobrevivir y desarrollarse. Dolto (1973) y Mannoni (1979b), como veremos a continuación, plantean que el sentido de las experiencias vendrá determinado por el lugar que ocupa el niño en el mundo fantasmático de la madre.

2.3.3. LA ESCUELA FRANCESA

Las dos autoras más significativas dentro de la llamada escuela francesa son Françoise Dolto y Maud Mannoni.

FRANÇOISE DOLTO

Dolto comenzó su trabajo con niños a partir de 1939 en Francia. Contemporánea de Lacan estudió sistemáticamente las diferencias entre necesidad y deseo, confundidos con frecuencia tanto por la madre como por el niño. El punto central que humaniza al sujeto es el reconocimiento de su deseo y no su satisfacción, que apunta siempre a la necesidad. El proceso educativo del niño se convierte así, en un desafío permanente al dominio que el adulto tiene sobre su propio deseo.

Para Dolto (1986) el lugar del analista es permitir al niño reencontrarse como sujeto de deseo en el triángulo edípico. Esto implica no sustituir el deseo supuestamente patológico de los padres, por otro deseo (el del analista) supuestamente sano. La propuesta que se hace al niño de jugar, no por placer, sino como forma de expresarse, ya que aún no puede comunicar con palabras sus pensamientos, sentimientos y fantasmas, es la forma de que él alcance su propia comprensión de lo que le hace sufrir. Los dibujos y modelados se producen en la transferencia y están destinados a ser hablados, como en el análisis de adultos los sueños y las fantasías.

En la primera infancia los trastornos son, casi siempre, reactivos frente a dificultades de los padres, o del clima emocional familiar. Cuando son trastornos de la segunda infancia o de la adolescencia, pueden originarse en los conflictos dinámicos del niño frente a las exigencias del medio social y a las dificultades del complejo de Edipo normal. Sin embargo suele suceder, que sus consecuencias den lugar a una reacción de angustia en los padres, que se sienten impotentes de solucionarlos, o avergonzados ante su propio hijo. Surgen entonces reacciones en cadena, decepciones mutuas, angustias recíprocas, procesos defensivos y peticiones inaceptables. Aparece entonces el cuadro clínico.

En términos generales, el medio parental sano de un niño, se basa en que no exista una dependencia preponderante del adulto respecto al niño, que por su parte y en un principio, depende de forma absoluta de él. Para lograr el equilibrio de la estructura del niño, es necesario que exista otro adulto complementario a la madre, que focalice realmente sus sentimientos (Dolto,

1979).

Dolto realiza una reelaboración de las fases libidinales clásicas de Freud, asignando en cada una la necesidad de una castración simbólica específica, que proporciona la capacidad de articulación en un nuevo nivel simbólico, en su conexión con el sistema de lenguaje, donde sitúa la relación sujeto-objeto. Las castraciones dadas al niño, en el curso de su desarrollo, le permiten el acceso a las sublimaciones y al orden simbólico.

El efecto de tales castraciones supone una mutación para el sujeto y un reforzamiento del deseo, ya que se prohíbe en nombre de una ley a la que el mismo adulto está sometido. Las pulsiones así reprimidas experimentan una reestructuración dinámica y el deseo, cuyo fin inicial ha sido prohibido, aborda de esta forma caminos nuevos. Medios que exigen para su satisfacción un proceso de elaboración más complejo (Dolto, 1973).

Retoma el estadio del espejo de Lacan y lo sitúa como el momento de la aparición de la identificación primaria, el origen del narcisismo primario. Antes de esta etapa, el narcisismo del niño se adecua al inconsciente de la madre y se conforma según la forma en que ella lo mira.

MAUD MANNONI

Mannoni se formó con Lacan y Dolto, su trabajo clínico con niños deficientes y gravemente trastornados, es el resultado de una brillante integración de ambas tendencias. Así concibe el crecimiento del niño como un pasaje permanente por conflictos que le son necesarios. Son conflictos identificatorios y no conflictos con lo real. Aunque el mundo exterior es sentido por el niño alternativamente como benévolo o como hostil, no se trata de una situación biológica, sino de una situación imaginaria que poco a poco tiene que llegar a simbolizarse (Mannoni, 1979b).

Retomando conceptos lacanianos, Mannoni define lo imaginario como aquella relación con el otro que se despliega en una situación dual,

fundamentalmente narcisista. Lo dominante en esta etapa es la agresividad y la identificación con la imagen del otro. Lo simbólico es el tercer elemento que interviene para romper una relación imaginaria sin salida. El niño encuentra al nacer este tercer elemento, al entrar en un mundo donde impera el orden de la cultura y de la ley del lenguaje.

El niño ocupa un lugar determinado en el fantasma de cada uno de los padres. En cuanto sujeto, él mismo se encuentra a menudo alienado en el deseo del otro. Por lo tanto siempre hay que contar con los padres, con sus resistencias y con las del propio analista (Mannoni, 1979c). Su discurso revela siempre un tipo particular de relación con la madre. La enfermedad o los síntomas del niño constituyen el lugar mismo de la angustia materna. Una angustia privilegiada que generalmente interfiere con la evolución edípica normal, creando una situación particular en la que el niño tratará de escapar del dominio paterno.

2.4. DIFERENCIAS ENTRE PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA

Aunque no hay una posición unánime en cuanto a las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia dinámica muchos autores plantean que la psicoterapia, si bien se deriva del psicoanálisis, tiene su técnica específica, su propio campo de acción y sus propios objetivos, logrando modificaciones significativas en la estructura psíquica y en la conducta (Wolberg, 1967; Dewald, 1969; Wallerstein, 1975; Malan 1979).

El problema, en parte, se deriva del desarrollo de las prácticas de psicoterapia activa con los adultos que, en los años cincuenta, vino a complicar y a oscurecer el panorama general. Se intentaron establecer diferencias, entre las psicoterapias y el psicoanálisis, por sus limitaciones cuantitativas o cualitativas. Las interpretaciones eran menos frecuentes, más superficiales y las intervenciones simbólicas pasaron a ser una especie de paráfrasis del texto manifiesto. Algunas tendencias apoyaron, incluso, que no siempre era

necesario interpretar la transferencia en las psicoterapias (Diatkine, 1982).

Sin embargo, a pesar de estas tendencias, tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicoanalítica se basan en los mismos principios, sus diferencias fundamentales se sitúan en el distinto manejo técnico (Crawford, 1988).

El psicoanálisis es una teoría sobre la organización del sujeto y su funcionamiento, tanto sano como patológico; es decir va más allá de ser una mera terapéutica. Incluye procesos básicos como el inconsciente, las resistencias, los fenómenos transferenciales y el cambio a través del método de la asociación libre y de la interpretación de la transferencia (Crawford, 1988).

Robbins y Wallerstein (1956) resumen algunos de sus principios básicos: los trastornos clínicos se derivan de conflictos intrapsíquicos, esenciales por otra parte a la organización del propio sujeto. Estos conflictos son en gran parte inconscientes, están relacionados con la vida infantil y representan conflictos infantiles resueltos de forma inadecuada. El objetivo que se persigue es el cambio en los síntomas, incluyendo cambios entre impulso y defensa, cambios estructurales del yo y el aumento en la adquisición de *insight*.

A la hora de precisar las diferencias técnicas entre psicoanálisis y psicoterapia nos encontramos con diferentes posiciones. Schneider (1976), por ejemplo, sostiene que esta diferencia viene marcada por la menor duración del tratamiento, el encuadre menos rígido, las interpretaciones menos profundas y el trabajo cara a cara. Acentúa, además, la importancia de la relación terapéutica que se establece a través de la transferencia y la contratransferencia.

Para Kernberg (1982) la técnica de la psicoterapia psicoanalítica incluye la abreacción, los consejos y sugerencias, la modificación del contexto del paciente y la interpretación parcial y completa. La primera se dirige a los elementos conscientes y preconscientes y la segunda se amplía a algunos elementos inconscientes.

Según Poch y Avila (1998) el nivel de análisis de la transferencia es el elemento central diferenciador de la psicoterapia dinámica de orientación analítica. La relevancia que la psicoterapia psicoanalítica da a la relación paciente-terapeuta queda reflejada en las numerosas investigaciones realizadas sobre el tema. Así como en la sistematización de las técnicas y objetivos específicos (Malan, 1963, 1976; Luborsky, 1984; Henry, Schacht y Strupp, 1986; Luborsky, Crits-Christoph y col. 1988).

Gran parte de la metodología analítica clásica está dirigida a desarrollar una neurosis transferencial mediante la utilización del diván, la no satisfacción de necesidades, la falta de localización sobre los síntomas y la interpretación como casi única forma de intervención del analista. En la psicoterapia no sólo se utilizan estas técnicas, sino que se evita cuidadosamente la regresión transferencial, acentuando la vinculación entre la realidad y las fantasías inconscientes, así como focalizando el trabajo de interpretación, confrontación y clarificación, sobre los síntomas o los conflictos centrales.

Mientras que la psicoterapia utiliza e interpreta la transferencia, cuando es necesario, en sectores parciales de la relación paciente-terapeuta, con límites en la profundidad, el psicoanálisis la analiza hasta las raíces infantiles. El psicoanálisis trabaja sobre la neurosis regresiva transferencial y la psicoterapia lo hace sobre reacciones transferenciales en momentos determinados (Coderch, 1990b). La interpretación de estos fenómenos permite su resolución, refuerza las funciones adaptativas del yo, facilita una mejora del sentido de realidad y promueve un enfrentamiento más positivo con la vida cotidiana del paciente en sus relaciones interpersonales (Gill, 1979).

En términos generales las diferencias fundamentales entre psicoanálisis y psicoterapia dinámica son: el incremento de las intervenciones clarificadoras y la introducción de técnicas más activas como las técnicas de apoyo, recomendaciones o sugerencias, etc. Un tema importante es el incremento de la atención a factores y dificultades de la realidad y la localización de áreas conflictivas. Al mismo tiempo se considera la interpretación no sistemática de la transferencia, de forma que no se llegue a desarrollar una neurosis de

transferencia.

A estas consideraciones generales tendríamos que sumar las características específicas de la psicoterapia con niños y adolescentes. La principal es que el niño es un sujeto en evolución a diferencia del adulto, por lo que presenta conflictos distintos y actuales. La relación paciente-terapeuta viene marcada por la diferencia adulto-niño y no se puede olvidar en ningún caso la relación con los padres, tanto con el niño como con el terapeuta.

La psicoterapia con niños utiliza tres móviles: los medios de expresión (dibujo, modelado y juego), la relación terapéutica y la creatividad del niño. La transferencia según Lebovici (1995) se maneja de forma que facilite una alianza de trabajo y no se interpreta de manera sistemática.

La relación terapéutica con el niño viene marcada por el diferente lugar ocupado por el terapeuta adulto, en referencia a otras relaciones habituales de su vida cotidiana, padres, profesores, etc., que están marcadas por una actitud normativa y pedagógica. En el marco de la relación terapéutica será la escucha del terapeuta lo que establece la diferencia. Como factores curativos se asocian también características afectivas nuevas y positivas, que pueden tener por sí mismas un efecto reparador con respecto a otras experiencias actuales o pasadas (Mazet y Houzel, 1981).

En el marco de la psicoterapia breve, según el modelo de Malan (1991), Bonaminio y Carratelli (1988) recortan la intervención enfocada sobre un conflicto emocional específico del niño y realizada en un periodo de tiempo delimitado y preestablecido de antemano, en general de 30 a 40 semanas, en sesiones semanales. El objetivo es permitir una reparación de los procesos de evolución, ayudando al niño a afrontar un conflicto nuclear determinado.

Consideran el proceso terapéutico en el aquí y ahora, más como una forma de catalizar el proceso de crecimiento, que como un trabajo de reconstrucción, con el que se puede correr el riesgo de transformar la experiencia psicoterapéutica en un aprendizaje intelectual de la historia del niño. Desde este punto de vista la relación terapéutica se considera como un campo bipersonal de cooperación entre el niño y el terapeuta.

CAPITULO III

LA TRANSFERENCIA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

CAPITULO III

LA TRANSFERENCIA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

3.1. APROXIMACION A LA CUESTION

Como cualquier otro concepto psicoanalítico el de la transferencia ha ido experimentando transformaciones, no solo en la medida que el mismo Freud avanzaba en su conocimiento y en el desarrollo de la técnica, sino también gracias a los analistas que se dedicaron al trabajo con niños.

Los distintos desarrollos se han derivado de la necesidad de adaptar la teoría y la técnica a las características específicas del niño y del adolescente; así como a las controversias entre los analistas sobre cómo han concebido el desarrollo y la estructuración psíquica del niño.

Colm (1955) afirma que los niños no tienen otra forma de sentir y conducirse con los adultos más que la que han aprendido con sus padres, determinada en el más amplio sentido de forma inconsciente. Nosotros añadiríamos que no solo con los adultos, sino también con sus iguales, cuestión que frecuentemente se olvida, en una visión una vez más adultomorfica del modo de funcionar de los niños y adolescentes.

En Estados Unidos según afirma Chused (1988) todavía hoy, a pesar de que ha habido muchos cambios al respecto, hay analistas que siguen creyendo que los niños no pueden desarrollar manifestaciones transferenciales, ni neurosis de transferencia como los adultos, ni con la misma frecuencia, duración o profundidad. En realidad la permanencia de tales posturas está determinada por las luchas políticas que han marcado la historia del análisis de niños desde el comienzo, así como a sus características propias, como hemos visto en el capítulo anterior.

Diatkine (1982) señala acertadamente que muchos de los primeros analistas que trabajaban con niños, estimaban que las interpretaciones no jugaban un papel esencial en el proceso terapéutico, acentuando sobre todo la vertiente pedagógica. Esta reserva se apoyaba sobre todo en la duda sobre la posibilidad de los niños, de establecer una verdadera transferencia. Por lo tanto estaban convencidos de que la expresión de los conflictos sobre la vertiente lúdica y simbólica, ante un adulto comprensivo, era lo más importante en el proceso analítico del niño. Sin embargo esto no supone una elaboración de ningún tipo.

En términos generales, la polémica sobre la transferencia con niños, hoy por hoy, no es tanto si se produce o no, sino en qué aspectos difiere de la de los adultos, cómo se establece y desarrolla y cómo se debe manejar (Bick, 1962; Weis y col., 1968; Berlín, 1986).

3.2. LOS ORIGENES DEL CONCEPTO (FREUD)

Freud utilizó por primera vez el concepto de transferencia desde un punto de vista psicoanalítico en Estudios sobre la histeria (1895), aunque ya lo había empleado con anterioridad en el Proyecto de una psicología para neurólogos (1895a), para explicar el desplazamiento de las cargas de energía entre neuronas.

En los Estudios señala, que el paciente transfiere sobre la persona del médico representaciones displacenteras por medio de una falsa conexión, despertándose el mismo afecto que produjo en su día tal representación. La transferencia actuaría como una defensa contra un afecto desagradable en relación con una pulsión inaceptable (Franco, 1987).

Freud observa además que el fenómeno es regular y constante. Etchegoyen (1986) precisa que este fenómeno espontáneo consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual.

En La interpretación de los sueños (1899-1900) Freud afirma que la representación inconsciente es incapaz por sí sola de llegar al preconscious, lo único que puede hacer es exteriorizar un afecto, ligado a una representación preconscious anodina (restos diurnos) a la que transfiere toda su intensidad. Laplanche y Pontalis (1977) señalan que Freud, utilizando el modelo de los sueños, comparaba la figura del analista a una especie de resto diurno, vaciado de sentido y siempre a disposición del paciente.

Más tarde, en el epílogo del caso Dora (1901), se pregunta si el abandono prematuro del análisis no se debió a su descuido en el análisis de la relación transferencial. En sus reflexiones precisa que los fenómenos transferenciales son reediciones de los impulsos y fantasías, que deben ser hechos conscientes durante el análisis.

Algunas de estas transferencias se diferencian de su modelo primitivo únicamente por la sustitución del objeto sobre la persona del médico. Son por lo tanto simples reproducciones o reediciones invariadas. Otras sin embargo han experimentado una modificación de su contenido, una especie de sublimación, siendo reediciones corregidas y no meras reproducciones. En ambos casos la transferencia, aunque en principio pueda suponer un obstáculo, es un factor imprescindible y necesario para el desarrollo del análisis.

El progresivo descubrimiento del complejo de Edipo hizo que Freud se planteara en la Dinámica de la transferencia (1912) que la carga de libido del individuo se orienta hacia el médico, ateniéndose a ciertos modelos,

insertando la figura del analista en una de las "series psíquicas" que el paciente ha formado hasta entonces, idea que más tarde recogerá Lacan. Estos modelos responderían a un prototipo primario que corresponde a la imagen del padre, de la madre, los hermanos, etc.

La repetición de experiencias pasadas no debe tomarse, en ningún caso, en un sentido realista, lo que se transfiere es la realidad psíquica, es decir el deseo inconsciente y los fantasmas con él relacionados. Las manifestaciones transferenciales no son además repeticiones literales, sino equivalentes simbólicos de lo transferido.

En este trabajo (Freud, 1912) diferencia por primera vez la transferencia positiva de la negativa, señalando qué es sobre todo ésta última y la transferencia positiva de impulsos eróticos, las que constituyen el núcleo de la resistencia en el trabajo analítico.

Racker (1966) continua esta línea al plantear que el móvil más importante para que el analizado supere las resistencias es la transferencia positiva sublimada. En cuanto la transferencia se vuelve negativa o adquiere un aspecto erótico, se convierte en resistencia y representa tanto el mayor peligro para el análisis, como su mejor instrumento. Porque el retorno de los procesos infantiles en la transferencia es el mejor medio para recordar las vivencias reprimidas.

En *Recuerdo, repetición y elaboración* (1914) Freud señala que la transferencia es una repetición del pretérito olvidado, no solo sobre el médico, sino sobre todos los factores de la situación presente. Habla también de la neurosis de transferencia como una enfermedad artificial que sustituye a la neurosis primitiva, asequible a la intervención analítica y que se liquida con la terminación del análisis.

En *Más allá del principio del placer* (1920) plantea que mediante el automatismo de repetición, el paciente está obligado a repetir en vez de recordar. Esta reproducción contiene siempre un fragmento de la vida sexual infantil, por tanto del complejo de Edipo y tiene lugar siempre dentro de la transferencia. La transferencia, la neurosis traumática y el juego de los niños se apoyan sobre el automatismo de repetición, que por otro lado trasciende el

principio del placer-displacer. Ideas que ya había anunciado con anterioridad en *La dinámica de la transferencia* (1912).

En *Inhibición, síntoma y angustia* (1925) se refiere indirectamente a la transferencia cuando clasifica las cinco clases distintas de resistencias que tienen como fuente el ello, el yo y el super yo y que se producen a lo largo del trabajo analítico. Las resistencias que se derivan del yo son la represión, la resistencia en la transferencia y el beneficio secundario de la enfermedad. La del ello es la compulsión a la repetición que persiste incluso cuando desaparecen las resistencias del yo. Finalmente la quinta es la que procede del super yo que se deriva de la culpa y de la necesidad de castigo, y que se opone a todo éxito incluso al progreso del tratamiento.

Según Franco (1987) Freud distingue tres formas de transferencia. La primera se identifica con la función de repetición, la segunda con la resistencia y la tercera con la sugestión.

Bick (1962) interesada en apoyar el punto de vista kleiniano, sobre lo innecesario de trabajar con los padres en el análisis de niños, enfatiza uno de los aspectos de la definición freudiana de la transferencia: el que hace relación a que nada de la realidad actual del paciente interviene en los cambios que se pueden producir a lo largo del análisis.

3.3. LAS PRIMERAS TEORIZACIONES

3.3.1. HERMINE HUG-HELLMUTH

Hug-Hellmuth mantuvo siempre una aproximación pedagógica al trabajo analítico con niños y adolescentes, no en vano era maestra. Sostenía que el analista establece una fuerte transferencia positiva por su escucha libre de cualquier afecto y su disponibilidad al diálogo. El primer objetivo del análisis está en lograr una cooperación positiva por parte del niño, como medio para lograr un cambio en su comportamiento. Para ello se puede incluso engañar al

paciente sobre los objetivos del trabajo, es decir no explicitarle la labor analítica (Hug-Hellmuth, 1920).

Entre las características importantes del analista están la intuición y la paciencia. No habla en ningún momento de interpretación sino de explicación bien de forma metafórica, contando un cuento o una historia, bien de forma directa. La aceptación de tal explicación por parte del niño, no implica una aceptación consciente, puesto que la mayor parte del trabajo se realiza en su inconsciente. Solamente el cambio de su comportamiento es la prueba de que el trabajo analítico es eficaz.

Advierte sobre el riesgo de seducción del analista, por parte del niño, en contra de sus padres y afirma que, igual que el adulto, el niño presenta resistencias a terminar su análisis.

La transferencia negativa se manifiesta frecuentemente bajo un temor de traición, de que el analista rompa la regla del secreto con los padres. Debido a que encarna la imago del padre o de la madre, pero de una manera mucho más omnipotente, el niño necesita comprobar que no está del lado de los padres, para poder hablar de todas las fantasías e ideas que le preocupan (Hug-Hellmuth, 1920).

La explicación al niño de la transferencia negativa es mucho más delicada que la positiva, porque en ningún caso está dispuesto, aunque existan razones para ello, a cambiar a sus padres, a los que ama, por un extraño. En esta afirmación parece que se confunden todos los fenómenos transferenciales, en cuanto a las relaciones de objeto con los objetos reales. Se podría desprender la idea de que el analista puede, efectivamente, ocupar el lugar real de unos padres inadecuados.

El juego lo contempla como un pasatiempo en el tiempo de la sesión y no es objeto de interpretación (Hug-Hellmuth, 1920).

3.3.2. LAS DIFERENCIAS ENTRE ANA FREUD Y MELANIE KLEIN

Klein (1927) asumió desde el principio que el niño desarrollaba una completa relación transferencial con el analista y que la interpretación de la transferencia descubría la cualidad de la representación parental desarrollada por la mente del niño. Interpretaba el juego como un símbolo de las ideas inconscientes y admitía la existencia de una neurosis de transferencia igual que en el adulto.

Desarrolló su técnica sobre el conocimiento de que la acción en los niños sanos es más primaria que los pensamientos o las palabras y es la parte principal de su conducta. Por tanto, poniendo a su disposición material de juego, se proporcionaba el medio para expresar de esta forma lo que no se podía formular mediante la palabra. Realizando interpretaciones mutativas de la transferencia se conseguía una modificación en el yo y el super yo del paciente (Klein, 1932).

Elmhirst (1978) plantea que el psicoanálisis de niños con su técnica de juego supone el equivalente del objeto materno, en su rol esencial de potenciar el desarrollo del aparato psíquico. Un aspecto de este rol es el propuesto por Bick (1968), sobre la ayuda del analista para que el paciente desarrolle una especie de piel protectora.

La transferencia negativa tenía para Klein una significación especial, porque eran los impulsos agresivos y hostiles del niño los que le traían al análisis en primer lugar. De esta forma si se quería obtener algún progreso terapéutico, este aspecto de la transferencia debía ser analizado cuanto antes.

Klein (1927) criticaba la actitud de A. Freud, de desviarse en muchos aspectos de las reglas analíticas, porque consideraba muy distintos a los niños de los adultos. Poniendo el acento sobre todo en el consciente y el yo de ambos. Argumentaba que lo que se debe trabajar en el análisis es el inconsciente, aunque se deban hacer ciertas consideraciones necesarias con

respecto al yo. En el inconsciente tanto niños como adultos son exactamente iguales.

Las diferencias de los planteamientos kleinianos con la teoría freudiana clásica fueron criticadas frontalmente por A. Freud, argumentando que las interpretaciones psicoanalíticas eran incompresibles para el niño pequeño. Klein contestaba que utilizando las propias expresiones del niño se podía salvar este obstáculo. Pensaba que el niño era capaz, a menudo, de lograr un *insight* mayor que los adultos, debido a que tenía una conexión mayor entre el sistema inconsciente y el consciente.

A. Freud (1926-1945), siguiendo los planteamientos freudianos, sostenía varios obstáculos insalvables para analizar a un niño. Su incapacidad para establecer una transferencia y para articular sus pensamientos de forma clara. Debido a su inmadurez, no podía contar sus sueños y seguir la regla de la asociación libre. Únicamente después de la resolución del Edipo el niño podía establecer con el analista una relación transferencial. Por tanto trabajaba solamente con niños en edad de la latencia, interpretando fundamentalmente el material de los sueños.

A. Freud (1926-1945) enumera cuatro medios, o recursos para llevar a cabo un análisis con niños, que vienen a ser una mezcla entre el material trabajable y las técnicas a utilizar: los recuerdos conscientes, la interpretación de los sueños, las asociaciones libres y las reacciones transferenciales. Pero a excepción de los sueños señala importantes diferencias entre adultos y niños en cuanto a las posibilidades de utilizar dichos recursos. Para ella son los padres quienes pueden informar al analista sobre la historia de la enfermedad, o su vida cotidiana, lo que puede producir grandes errores e inexactitudes.

Rechazaba el material aportado por el juego, porque no le otorgaba ningún significado. Además de afirmar que la interpretación del material edípico era peligroso, debido a la inmadurez del yo, demasiado frágil para tratar con semejantes impulsos inconscientes. Se limitaba a una interpretación preconsciente del material de los sueños, rechazando el análisis del ello y reforzando el yo (A. Freud, 1922-1935).

Los aspectos negativos de la transferencia eran precisamente lo que el análisis debía corregir, ya que resultaba peligroso para el yo inmaduro permitir que el niño expresara su agresión o hacerlo consciente de sus sentimientos agresivos hacia sus objetos de amor. Su meta era cuidar que los vínculos externos del niño, con los otros significativos, no entraran en competencia con la necesaria relación con el terapeuta. Hoy, al contrario de lo que afirmaba A. Freud, nadie sostiene que la posibilidad de expresar fantasías sádicas, provocadas por la actitud afectuosa del analista, puede entrañar una modificación duradera del funcionamiento mental.

Diatkine (1982) afirma que la transferencia negativa, incluso si no se expresa de manera manifiesta, produce efectos que es preciso reparar y que la expresión de sentimientos positivos, por parte del terapeuta, puede reforzar la represión de movimientos sádicos, repitiendo de esta forma las actitudes culpabilizadoras habituales de los adultos. La transferencia determina un proceso, en el que el paciente puede introyectar las palabras del analista utilizándolas en su propio estilo.

Klein (1927) se posicionó en el polo opuesto sosteniendo que, si el análisis transcurre por medio del análisis de la transferencia, la obtención de información objetiva de la realidad carece de importancia. La información significativa para Klein no son los datos relativos a la vida del paciente o a la historia de su enfermedad, sino la información transferencial. Es decir, lo que más tarde conceptualizará como la historia de las relaciones objetales del paciente y las distintas etapas por las que atraviesa (esquizoparanoide y depresiva).

Sostenía que la transferencia tiene su nacimiento en el mismo tipo de procesos que, en las primeras etapas de la vida, dan lugar al desarrollo de las relaciones objetales. Este concepto de transferencia temprana se apoya sobre todo en el trabajo clínico. Con frecuencia el analista representa a la vez a ambos padres, que son sentidos por el paciente en alianza hostil contra él, constituyendo lo que llama la figura combinada. Klein tardó mucho en sistematizar sus descubrimientos sobre la transferencia, de hecho sólo escribió un artículo sobre el tema ya bastante tarde en 1951 (Klein,

1952).Coderch (1990a) señala siguiendo este planteamiento, que en el curso de la psicoterapia el analista puede desempeñar, a veces simultáneamente, el papel de padre, madre, etc.

A. Freud (1922-1935), aunque admitió finalmente la existencia de reacciones transferenciales, aseguraba que no era posible la formación de una neurosis transferencial, debido tanto a la estructura infantil, como a la figura del analista. El niño no puede reeditar sus vínculos de amor porque no ha agotado sus primitivos objetos amorosos. Los padres existen en la realidad y no sólo en la fantasía. En cuanto a la neutralidad del analista ya es conocida su postura de figura pedagógica. Según Donaldson (1996) este planteamiento olvida la complejidad de la construcción de las relaciones sujeto-objeto y el concepto de realidad psíquica.

Klein (1932) argumentaba que incluso los niños pequeños han sufrido represiones y transformaciones en las relaciones con sus primitivos objetos de amor. Por tanto estos son ahora imagos de los objetos originales. En cuanto a la figura del analista afirma que hace igual que con los pacientes adultos, seguirlos en sus fantasías, sólo que a través de una aparente actividad, es decir con la técnica de juego.

Dinerstein (1987) señala que la famosa etapa introductoria al análisis de A. Freud, de corte claramente pedagógico, no supone más que una resistencia encubierta. La adhesión consciente a los objetivos analíticos no pasa de ser una ilusión encubridora y fuente de todo tipo de resistencias según avanza el análisis. En cuanto a la idea de Klein sobre la transferencia, como un desplazamiento de afectos positivos y negativos, afirma que se remite a una concepción de la transferencia como proyección yoica. Proyección, desplazamiento o transferencia de afectos desde las imagos primitivas a otros objetos.

Parece por lo tanto que si para A. Freud el sujeto es la persona, para Klein es la suma de sus fantasías inconscientes, producto de proyecciones e introyecciones que, articuladas con determinado afecto (angustia persecutoria o depresiva) y dirigidas a un objeto particular (parcial o total), determinará una

posición (esquizoparanoide o depresiva), que supone una tónica del inconsciente estructurado por fantasías imaginarias (Dinerstein, 1987).

Según Klein todo lo que el paciente cuenta sobre la vida cotidiana, sus confidencias y actividades, no indican solamente el modo de funcionamiento de su yo, sino también su inconsciente, ansiedades y defensas que se despiertan en la situación transferencial. Para Franco (1987) la transferencia se concibe, de esta forma, como la exteriorización de la estructura interna de la subjetividad y de las relaciones de objeto. La interpretación por tanto se enfocará sobre la descripción de la situación transferencial, en el aquí y ahora con el analista.

El desarrollo de Bion sobre las ideas de Klein, acerca de los mecanismos mentales infantiles, proporciona una comprensión amplia de cómo experimenta el bebé sus estados emocionales (Bion, 1963). Bion plantea cómo determinados elementos son proyectados por el bebé. La función central de la madre es la de recibir estas proyecciones inimaginables, e impensables por el bebé y transformarlas en experiencias abstractas, elementos que ahora pueden ser pensados.

3.4. EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE TRANSFERENCIA

3.4.1. LAS DISTINTAS APORTACIONES

Según refieren Makari y Michels (1993) en su revisión sobre los trabajos acerca de la transferencia, una de las razones por las que el concepto ha sido ampliamente discutido a lo largo del tiempo es porque tiene una extensión demasiado amplia, incluyéndose en la definición aspectos a veces dispares y controvertidos.

Las primeras concepciones sobre la transferencia comparaban al analista con un espejo o pantalla en blanco, sobre la que el paciente

proyectaba o desplazaba deseos y sentimientos de una figura del pasado, sobre una figura neutral, anónima y abstinente. Este modelo tuvo una amplia aceptación, ya que colocaba los pensamientos y reflexiones del analista en un estatus objetivo. Sin embargo dicha idea ha sido sustituida por concepciones más modernas que reconocen la participación del analista (Cooper, 1987).

Sandler (1983) resume los cambios realizados sobre la transferencia, en los últimos 50 años, como "una extensión del concepto de la transferencia". Sandler, Kennedy y Tyson (1975) en su ya clásico trabajo admiten cinco aspectos complementarios dentro del concepto:

La noción de alianza terapéutica

La repetición encubierta del pasado infantil, dentro del encuadre de tratamiento

La transferencia de defensa y las externalizaciones

Todos los pensamientos, actitudes y fantasías relacionadas con el analista

Todos los aspectos de la relación del paciente con el analista

Más tarde en la última edición de su trabajo (Sandler y col., 1992) añaden una sexta definición más, la externalización de una relación actual de objeto interno. Como se puede apreciar algunos aspectos son especificaciones más precisas de otros más globales; mientras que otras definiciones apuntan más a cuestiones técnicas o bien a las características propias del trabajo con niños. Heimann (1956) considera por su parte, que se han producido cambios fundamentales en el concepto sobre la transferencia desde los primeros planteamientos freudianos, de forma que a veces se ha perdido lo esencial del término.

Uno de los puntos centrales en la técnica psicoanalítica es el lugar que ocupa la fantasía inconsciente en la vida mental y en la transferencia. La transferencia no se puede plantear únicamente como una compulsión a la repetición, o como un mecanismo de desplazamiento de pulsiones libidinales no satisfechas y conflictos no resueltos.

A causa de la fantasía inconsciente, el paciente trata sus ideas, recuerdos de sucesos pasados, deseos y temores, como entidades personificadas localizadas en el interior de sí mismo y transfiere también estos objetos internos sobre el analista. En su evaluación fantaseada de ideas y recuerdos el paciente repite (o retiene) el modo infantil de reacción frente a las sensaciones corporales y a los procesos intrapsíquicos. Siguiendo en parte la conexión con objetos externos reales, los padres, que son los primeros que le han proporcionado palabras e ideas y de los que ha internalizado la actividad del pensamiento.

La fantasía inconsciente es por lo tanto la causa de la transferencia y debe ser considerada, no únicamente como algo que irrumpe ocasionalmente en la relación del paciente con el analista e interfiere con su cooperación, sino que es el resorte de los motivos reales, determina la aparente conducta racional y la aceptación de las interpretaciones, así como el silencio del analista o bien levanta el negativismo y la resistencia desafiante.

El objetivo terapéutico de extender el conocimiento consciente del paciente sobre sí mismo, sus impulsos inconscientes y sus defensas contra la ansiedad y el dolor pasa a través de hacer consciente las fantasías inconscientes de base.

La respuesta a la pregunta que el analista se hace permanentemente, qué está haciendo el paciente ahora, por qué y para quien, constituye la interpretación transferencial. Una parte importante de esta interpretación tiene que ver con la introyección por parte del paciente de su analista.

La introyección de alguna autoridad amigable representa una experiencia terapéutica y puede modificar un superyo estricto. Pero ésta no es la característica específica de la terapia psicoanalítica, supone la extensión de la conciencia del paciente y la ampliación y unificación de su yo. Las

modificaciones realmente validas del superyo resultan de cambios en el yo, debido al trabajo consciente a través de sus impulsos, conflictos y ansiedades. El origen de este cruel superyo, tal como plantea Klein, descansa en las proyecciones infantiles de las propias pulsiones sádicas sobre los padres, como objetos externos e internos.

La unidad funcional de analista y paciente reproduce otras unidades que el paciente ha experimentado en el pasado, primero con el cuerpo de su madre y más tarde con ambos padres. La diferencia fundamental, sin embargo, es evidente: los padres son una ayuda física y emocional suplementaria para el niño y su responsabilidad es máxima, tanto como la dependencia del niño hacia ellos (Heimann, 1956).

Hinshelwood (1989), después de analizar el caso del pequeño Hans, acentúa esta dependencia afirmando que la transferencia también depende del funcionamiento real del objeto externo y de la identificación con él, apoyándose sobre la primera teorización freudiana de la transferencia, que giraba en torno a la repetición compulsiva de recuerdos inconscientes de traumas del pasado, sobre objetos externos reales.

A todas estas modificaciones tendríamos que añadir los desarrollos específicos sobre niños y adolescentes que se han realizado desde la teoría de las relaciones de objeto, así como de la teoría del apego, vinculadas con la importancia de las relaciones tempranas del bebé con sus padres. Otra serie de aportaciones importantes se han realizado desde las investigaciones que articulan las teorías del desarrollo y las capacidades de internalización del niño, con las teorías psicoanalíticas y biologicistas. Son también fundamentales las orientaciones que se dirigen a la relación con los padres en el tratamiento.

Según Sandler, Kennedy y Tyson (1975) el término transferencia se ha derivado del análisis de adultos y se refiere a la forma en que las relaciones de objeto infantiles se expresan en sus actuales percepciones, pensamientos, fantasías, sentimientos, actitudes y conducta, en referencia al analista.

En el análisis de niños la transferencia puede reflejar aspectos de las relaciones actuales con objetos importantes, especialmente los padres. En un

sentido amplio la transferencia incluye varias formas de externalización, en las que el terapeuta puede representar diferentes aspectos de la personalidad del niño, por ejemplo aspectos del superyo, representaciones del yo, etc.

3.4.2. TRANSFERENCIA Y RELACIONES TEMPRANAS

Bowlby (1969, 1973) argumenta que todos los niños llegan a establecer un vínculo en cualquier circunstancia y que esto está garantizado por nuestra biología. Todo lo que se necesita es una persona que interactúe con el niño de forma regular y disponible. Lo que varía no es el hecho en sí, sino la cualidad del vínculo. Será esta cualidad la que establece la eficiencia de los sistemas de mantenimiento del contacto y de las señales, desarrollados por el niño y el adulto, y su mayor o menor eficacia al servicio de la regulación del afecto y la conducta del niño (Bowlby, 1986).

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) desde la teoría del apego, desarrollan un método para delimitar las diferencias individuales en la organización temprana de la conducta.

Sostienen que la sensibilidad del adulto a las señales del niño y su comprensión y respeto a su autonomía, valorada en los cuatro primeros meses de vida, predice la cualidad del vínculo a los 12 meses. En contraste con anteriores puntos de vista sobre el vínculo, que se basaban en la dependencia, las diferencias individuales no son conceptualizadas en términos de intensidad. Afirman que el rechazo en el contexto en el que el niño espera ser cogido (físicamente), distingue un patrón particular de vínculo, caracterizado por la evitación de la madre después de una breve separación.

Sroufe (1983) plantea dos importantes hipótesis derivadas de la teoría del apego. Las diferencias individuales en la cualidad del vínculo son el resultado de la cualidad de los cuidados tempranos, en particular de la disponibilidad psicológica y de la sensibilidad del adulto. Los niños que experimentan un acceso fácil al adulto y respuestas rápidas y fiables a sus

señales de necesidad o malestar, están seguros en sus vínculos. La cualidad de las relaciones vinculares establece la fundación del sentido del yo y en particular la forma en que la persona trata con las relaciones íntimas. Esto incluye el modo de satisfacer las necesidades de dependencia, de alimentar otras necesidades y la forma de tratar con la pérdida o la separación.

La investigación de Sroufe (1983) con preescolares de 4 años, gira en torno a la cualidad del vínculo madre-hijo y su relación con la competencia personal e interpersonal posterior. En sus trabajos demuestra que los niños que han estado seguros, en sus vínculos como bebés, muestran un patrón más competente de funcionamiento autónomo, que los niños que han tenido vínculos caracterizados por la ansiedad. Esto supuso la confirmación explícita de las teorías de Bowlby (1953) y de la idea de Mahler (1975), de que el proceso de individuación está influido por la cualidad de la simbiosis temprana.

Sroufe (1983) confirmó que una predicción razonable y comprobable era que los diferentes patrones de adaptación, mostrados por niños con conductas de evitación, representan significativos resultados del desarrollo y que el conjunto de los patrones de adaptación presentados por estos niños son distintos estadísticamente, del conjunto de patrones encontrados en los niños oposicionistas. La frecuencia del contacto con el adulto no era relevante, era la naturaleza del contacto lo que cobraba importancia significativa.

El vínculo de evitación es un patrón de adaptación dentro de las más significativas relaciones tempranas. Como tal tiene profundas implicaciones para la posterior adaptación del niño. Es decir para la manera de significar las necesidades básicas y tratar con la ansiedad y los desafíos con el entorno pero no es una característica endógena del niño. Parece por tanto que hay a menudo una continuidad en la calidad de los cuidados. Los padres que son incoherentes al responder a las señales del niño, generalmente son incoherentes y confusos en el encuadre y en el mantenimiento de los límites de su bebé.

El desarrollo es jerárquico, no es una pizarra en la que se pueda borrar y escribir encima. Aún cuando el niño cambie profundamente, las sombras de

la adaptación temprana permanecen y en momentos de ansiedad o tensión, el prototipo anterior puede hacer su aparición.

Loevinger (1969) enfatiza desde el punto de vista psicoanalítico, la cualidad de la significación de las relaciones tempranas y como los prototipos o las formas características de tratar con el conflicto se desarrollan dentro de ellas. Cuando se despierta la ansiedad y se desarrolla por consiguiente la sintomatología, estos prototipos no son el resultado de la pulsión, son una señal para el individuo de que existe el peligro de una pérdida interpersonal significativa y en última instancia una amenaza al yo. La variación en los grados de tal ansiedad es común a todos los individuos, pero la historia personal determina el grado y las circunstancias, las formas características de tratar con ella y la vulnerabilidad a la desorganización. Esta posición parece más integrada con una perspectiva biológica moderna.

Para Winnicott (1958a) la transferencia se caracteriza por ser una relación emocional inconsciente en la que aparecen muestras de la pauta personal que sigue la vida emocional o la realidad psíquica del niño. La cooperación inconsciente estaría en el mismo plano que la resistencia, sólo que ésta última corresponde a un elemento negativo de la transferencia, al contrario que la primera. Al analizarla se pone en libertad la cooperación propia de los elementos positivos de la transferencia.

Winnicott (1962) afirma que en la transferencia hay cierta tendencia hacia la ambivalencia, en dirección opuesta a los mecanismos más primitivos (escisión, introyección, proyección, represalias objetales, desintegración, etc.); es decir en el sentido de la integración y fortalecimiento del yo. Aunque estos mecanismos son universales y tienen una vertiente positiva, en el trabajo terapéutico constituyen defensas. La idea está cerca de lo que plantean, posteriormente, los teóricos del desarrollo: las fuerzas del crecimiento empujan hacia la progresión y el cambio.

Winnicott admite, según las necesidades del caso, la posibilidad de actuar como psicoanalista que satisface las necesidades del paciente, esto es desplazando las figuras de los padres o bien haciendo un psicoanálisis

clásico, en cuyo caso actúa como el representante moderno de los padres de la infancia.

En términos generales considera dos clases de pacientes. Los neuróticos, que han establecido relaciones con objetos totales, diferencian lo interno de lo externo, etc., y aquellos que tienen perturbado el desarrollo emocional primitivo. Estos últimos establecen una transferencia temprana totalmente diferente de la neurosis de transferencia de los anteriores, en la que se reproducen situaciones del pasado en el presente. En tal transferencia temprana el presente se ha convertido literalmente en el pasado, lo cual requiere una técnica apoyada fundamentalmente en actitudes más que en interpretaciones, a las que, según Winnicott, no son accesibles (Winnicott, 1945, 1955). Cuando un paciente tiene perturbado el desarrollo emocional primitivo necesita reparar esas fallas mediante experiencias concretas en el análisis que le permitan regresar e integrar nuevas vivencias (Winnicott, 1956).

El planteamiento de Breger (1974), según el cual la tendencia de los individuos a organizar relaciones íntimas es una disposición biológica, supone un intento de integración de las teorías psicoanalíticas, evolucionistas y biológicas. Todo el desarrollo posterior se realizará gracias a los vínculos establecidos en el contexto de esas relaciones.

Las relaciones tempranas son de especial significación porque proporcionan el contexto para la emergencia del yo y porque representan los prototipos para posteriores relaciones. Los prototipos tempranos se desenvuelven mediante actitudes y expectativas que el niño forma, en referencia a la disponibilidad y a las probables respuestas de los otros, así como al resultado de sus propios esfuerzos para tratar con la ansiedad. Una organización conductual prototípica se manifiesta en distintas, aunque coherentes formas, en diversas circunstancias y en diferentes puntos del desarrollo.

Por lo tanto en vez de plantear si las etapas del desarrollo se cumplen o fallan, sería más ajustado pensar que la organización conductual se desenvuelve con respecto a un temprano desarrollo, de carácter positivo o

negativo, que pone las bases para subsecuentes organizaciones conductuales. Un niño con un vínculo seguro, en su desarrollo temprano, será en el futuro más seguro, al resolver los problemas de autonomía (Sroufe, 1983; Sroufe y Waters, 1977; Sroufe y Fleeson, 1986).

Emde (1991) en un intento parecido de integrar, en una teoría clínica, sus investigaciones y las derivadas del psicoanálisis, la neurobiología y la conducta animal, enfatiza las emociones positivas como motivadoras por sí mismas en una línea cercana al principio del placer freudiano.

Lampl-de Groot (1967) por su parte señala la importancia de las observaciones directas sobre los niños, gracias a las que se ha podido comprobar la importancia de la fase preedípica del desarrollo. No sólo del proceso madurativo de las pulsiones instintuales, donde el reconocimiento de las pulsiones agresivas tiene una importancia especial; sino también del desarrollo de las relaciones de objeto y del gradual desenvolvimiento de las funciones del yo.

En el desarrollo de las funciones del yo la gradual organización de las funciones primarias de autonomía, los mecanismos de defensa, las estructuras que conducen a la autonomía secundaria y la emergencia del superyo, como un subsistema de la organización del yo, son fundamentales para comprender tanto el desarrollo armonioso como la patología. La díada madre-hijo determina el bienestar físico y mental del niño e influye en todo el desarrollo posterior.

La comprensión empática del analista permanece incompleta si no puede revivir su propia organización cenestésica. Debe ser capaz de recibir pasivamente las señales producidas por la conducta del paciente, su postura, sus movimientos, su expresión no verbal de emociones y afectos, etc. Esto es especialmente importante en aquellos casos en los que la primera relación entre el recién nacido y su madre ha estado gravemente perturbada. El analista debe, desde luego, poder alternar la organización cenestésica con el modo diacrítico de funcionamiento, para interpretar en palabras lo que está sucediendo en la mente del paciente.

3.4.3. INTERNALIZACIÓN, DESARROLLO Y TRANSFERENCIA

Las teorías psicoanalíticas clásicas sobre el desarrollo moral han argumentado, que la resolución del conflicto edípico es un prelude necesario para la capacidad de la internalización moral (Fenichel, 1945; Rapaport, 1967). Antes de los 5 años se considera que los niños no tienen suficiente identificaciones parentales para ser capaces de internalizar reglas. Sin embargo los psicólogos del yo como Kohut, (1971, 1977) y los teóricos de la teoría del apego como Bowlby (1969, 1973), que han trabajado sobre la importancia de las relaciones diádicas padres-niño a lo largo de todo el desarrollo, observan que antes del periodo edípico se producen importantes identificaciones y se desarrollan capacidades para la internalización.

Para los teóricos del desarrollo la internalización es un concepto central para comprender el sentido de moralidad. Hoffman (1983) y Rest (1983) definen la internalización moral como un proceso capaz de regular los inevitables conflictos entre las necesidades individuales y las obligaciones sociales. Los psicoanalistas establecen una aproximación parecida al afirmar que en el curso del desarrollo los conflictos externos se convierten en internos (A. Freud, 1936; Kennedy y Yorke, 1982).

Numerosas investigaciones establecen que antes de los tres años se produce un considerable nivel de desarrollo moral. Kopp (1982) y Emde y col. (1988) plantean que entre los 7 y los 12 meses son evidentes los precursores conductuales de la internalización moral. Por ejemplo: al intentar cumplir las peticiones de los cuidadores o al producirse la inhibición de conductas previamente prohibidas por ellos.

Zahn-Waxler y col. (1979) señalan que se producen mayores progresos durante el segundo año. Cuando los niños se enfrentan al malestar de otros responden de forma empática con esfuerzos por consolarlos o compartir el malestar. El uso semántico del "no" planteado por Spitz (1957) y la conceptualización del yo en términos de "bueno" y "malo" que señalan Sandler

(1975) y Mahler y col. (1975), son indicadores más amplios del precoz desarrollo moral durante este periodo etario.

Las observaciones de Dunn (1988) indican que la extensión de los conflictos y confrontaciones, durante el tercer año de vida, proporcionan una fuente importante para la internalización de la experiencia. Los intereses propios son negociados dentro del contexto de las relaciones familiares y repetidos en diferentes circunstancias, como un contrapunto de las conductas de cooperación. La complejidad de las negociaciones entre los niños plantean conflictos frente a la necesidad de resolver situaciones que implican términos contradictorios, destrucción, posesión, reglas convencionales y conductas de cuidado e intercambio.

Buchsbaum y Emde (1990) afirman que las tendencias a la internalización moral son biológicas, pero requieren una facilitación y dirección a través de experiencias acumuladas en las relaciones de la infancia. En sus investigaciones encontraron que los niños de 36 meses presentaban conductas de empatía, respuestas prosociales, adherencia a las reglas y, de forma a veces dramática, dilemas morales. Es decir conflictos entre las necesidades internas y la internalización de las normas.

El desarrollo consiste en un cambio ordenado, gobernado por una serie de secuencias a lo largo del tiempo. Tal proceso está determinado por el interjuego entre los factores intrapsíquicos del niño y su entorno, padres e iguales (Neubauer, 1980). El mejor ejemplo de esta idea son las fases del desarrollo libidinal. Freud subrayó primero aquellas secuencias que parecen desarrollarse en fases. Esto implica que una nueva función y la formación de una estructura, se superponen a otras anteriores, estableciendo nuevas jerarquías con conflictos y soluciones nuevas. Aquellas áreas del desarrollo que siguen la nueva fase de organización, siguen leyes de discontinuidad con respecto a la función psíquica y a la estructura anterior.

El punto de vista del desarrollo se refiere al proceso de diferenciación entre el yo el ello desde una fase indiferenciada y más tarde entre el yo y el superyo, entre el yo y el objeto, entre el proceso primario y el secundario, etc. La diferenciación se produce desde una forma difusa hacia una más

articulada, desde un modo sincrético a uno más discriminado, desde un patrón limitado a otro más flexible. La diferenciación incluye todas las áreas: la percepción, el afecto, las ideas y la acción (Neubauer, 1980). Este planteamiento da más importancia a las funciones sincréticas y de integración del yo, que a las funciones de diferenciación.

Cuando se habla de la estructura del yo, como algo global, es necesario diferenciar el desarrollo de las funciones adaptativas del yo de las funciones del yo. Las fases libidinales están basadas en la influencia de las secuencias de la maduración biológica que incluyen la psicomotricidad, la percepción, la inteligencia y el lenguaje, y que parecen desarrollarse de acuerdo a la organización de la fase en cuestión. Aquellas funciones del yo cercanas a las influencias del desarrollo madurativo, parecen estar menos jerárquicamente organizadas, tener una estructura menos estable y ser más sensibles para reflejar las condiciones de los cambios del entorno.

Por lo tanto parece que la organización libidinal y el desarrollo de las funciones adaptativas del yo se modelan a través de fases pero, como señala Mahler (1963) entre otros, aunque se influyen mutuamente y se estructuran de forma similar, no son simultáneas en el tiempo. Otras áreas del yo y del superyo no proceden según el mismo modelo.

La teoría de las relaciones de objeto ha señalado aquellos componentes de la relación madre niño que están vinculados con la transferencia. Hasta ahora la diferenciación del yo y del objeto se ha considerado como el modelo básico de interacción mental, pero se podría plantear si no hay un nivel profundamente inconsciente en el que esta dicotomía no es válida (Neubauer, 1980).

Para comprender el desarrollo de la transferencia se pueden seguir dos direcciones, la progresión del desarrollo, es decir la influencia de la maduración sobre la emergencia y la naturaleza de la transferencia o el punto de vista genético de la reconstrucción del pasado. Los dos elementos ejercen un peso sobre las reacciones del niño frente a las interpretaciones transferenciales, sobre la progresiva capacidad del yo para observar y comprender y como consecuencia sobre la alianza entre el analista y el niño.

Ambos puntos de vista muestran la evidencia de la dicotomía humana, por un lado el desarrollo y la maduración que empujan hacia delante y por otro la influencia de las experiencias pasadas sobre el presente y las funciones futuras, que arrastran hacia atrás. Esta ambivalencia se puede apreciar en los sueños, las fantasías y en las múltiples determinaciones de las relaciones de objeto, que se pueden observar también claramente en la transferencia (Neubauer, 1980).

Scharfman (1978) afirma que son necesarias varias condiciones para que se desarrolle la transferencia. Debe existir una cierta diferenciación entre la representación del yo y la representación de objeto, es decir, un cierto grado de constancia objetal y no una representación fusionada padres-niño, en una línea bastante diferente de la que propone Klein (1932) en su imago fusionada de los padres.

Para poder diferenciar pasado y presente tiene que haber una representación de objeto relativamente estable. Además es necesario poder distinguir al analista como persona real, de su imagen basada en el desplazamiento y la proyección de las representaciones parentales.

Maenchen (1970) afirma que el estado del funcionamiento del yo, de acuerdo con la etapa correspondiente del desarrollo, puede explicar mejor el acercamiento del niño al tratamiento y a la transferencia, más que los síntomas por sí solos.

Las fases libidinales no tienen una delimitación clara. Se puede observar la coexistencia de una fase anterior con otra posterior o síntomas de una etapa anterior que se mantienen mientras, paralelamente, se establece otra fase posterior. Sin embargo se debe diferenciar este proceso de aquellas variaciones en las que un conflicto se modifica y las características de los conflictos posteriores se entremezclan con él.

En cada síntoma se pueden encontrar significados que reflejan varios niveles de desarrollo. Es más, hay estilos de desarrollo que permiten un balanceo entre la progresión y la regresión, en los que se puede observar tanto una gran elasticidad estructural como lo opuesto, un nivel de organización muy rígido (Neubauer, 1980)

En cuanto a los factores de tiempo se puede observar tanto precocidad como retraso en la organización del desarrollo. La noción general de que nuevas estructuras y funciones se superponen a las anteriores en el desarrollo típico, debe ser ajustada en función de las diferencias individuales. Además de estas variaciones primarias hay, por supuesto, fijaciones o regresiones, debidas a la interacción con el entorno.

Se puede por lo tanto asumir que, el concepto de la discontinuidad en el establecimiento de las fases libidinales, debe ser contrastado con las numerosas variaciones en el desarrollo. Es obvio que estas variaciones experimentadas durante la infancia, tendrán influencia en la fluidez o en las fluctuaciones del proceso transferencial (Neubauer, 1980).

Aunque la neurosis del niño indica una internalización estable se debe asumir que, durante este periodo se encuentra fuertemente atado a sus padres por la necesidad de protegerse de sus fantasías y deseos y como soporte de su superyo. El niño lleva al tratamiento tanto sus relaciones reales como las fantaseadas.

Es necesario también establecer las diferencias entre la neurosis del niño y la del adulto. Las manifestaciones neuróticas de la fase edípica no se repiten necesariamente en la neurosis del adulto. Las transformaciones del desarrollo, a través de sucesivas etapas, pueden permitir la resolución de los conflictos o fomentar otros, así como la formación de síntomas nuevos, dependiendo de la emergencia de factores externos o internos.

En la etapa de la latencia, por ejemplo, es frecuente que se den conflictos edípicos y predípicos, pero también durante esta etapa la formación del superyo es todavía fluida, dependiendo del refuerzo externo, mientras que el desarrollo cognitivo está progresando y la autonomía del yo es todavía inestable (Neubauer, 1980).

Dentro de una sesión analítica se pueden observar tanto manifestaciones regresivas, como otras propias de la latencia en un rápido intercambio. Tal fluidez no parece favorecer la neurosis de transferencia de una forma permanente. Según Harley (1971) el conocimiento de las fases preedípicas y pregenitales, ha ampliado y profundizado las influencias que

determinan las experiencias en esos tempranos años y que pueden forzar el futuro curso del yo y el desarrollo pulsional. Pero también es necesario no olvidar la forma en que estas tempranas experiencias contribuyen a moldear las configuraciones edípicas individuales, así como la vulnerabilidad con la que el niño entra en la fase edípica.

Neubauer (1980) propone la diferenciación entre dos elementos principales, el objeto primario y la nueva representación del objeto, que pueden ayudar a entender el complejo fenómeno de la transferencia y que, al tiempo, amplían el concepto.

El fenómeno de la transferencia en la infancia refleja la complejidad de la progresión y la regresión y las dificultades del niño para mantener la realidad externa contra la influencia de los impulsos, así como los problemas para diferenciar entre el nuevo objeto y el objeto primario. El analista, como nuevo objeto, será el foco de los impulsos libidinales y agresivos, emanados del pasado y del presente, al tiempo que es también un objeto real.

Cuando se investiga la progresión del desarrollo y sus efectos sobre la transferencia, se puede ver la lenta emergencia de los primeros fenómenos fragmentados de la transferencia, después su expresión más consolidada y durante la latencia los componentes de la neurosis de transferencia.

La transferencia explora, después de todo, la continua influencia del pasado y por lo tanto el foco se dirige hacia la fijación, la regresión, la inapropiada diferenciación y la indiferenciación. Sin embargo parece que el despliegue de la transferencia y el desarrollo no proceden de forma simétrica, sino en diferentes niveles (Neubauer, 1980).

Sandler y col. (1975) lo plantean de forma similar al asegurar que cada aspecto de la transferencia se debe relacionar con la relación de objeto y la experiencia analítica. La transferencia se puede considerar como una transposición de las relaciones actuales con el objeto primario, hacia el analista. Tal modalidad es la más significativa en la infancia y constituye una modificación de la definición usual de la transferencia.

Desde el punto de vista del desarrollo de las nuevas capacidades del yo es necesario un cierto sentido del sí mismo y del tiempo, que permitan la

restricción de la descarga del impulso, la satisfacción inmediata. Esto ayuda al establecimiento del sentido del control de los sentimientos internos y puede obedecer al proceso secundario de forma más eficaz (Scharfman, 1978).

El concepto del tiempo no se desarrolla repentinamente de una forma ya acabada, sino que sigue un patrón de evolución progresiva. Lentamente el sentido personal del tiempo se vincula con el tiempo objetivo y gradualmente emerge la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro, al tiempo que la inexistencia del tiempo permanece en el proceso primario (Pollok, 1971), sin embargo, como en otros aspectos de la estructuración psíquica, los viejos patrones nunca se abandonan totalmente.

Neubauer (1980) abunda en la paradoja al afirmar que las fases del desarrollo revelan, a través de estructuras psíquicas y de funciones cada vez más diferenciadas, que los viejos conflictos y la organización psíquica se revisan y se reestructuran una y otra vez llegando a reintegrarse en nuevas organizaciones psíquicas, a lo largo de los ciclos de la vida. Estas fluctuaciones son normales y por lo tanto amplían el concepto de la regresión, que estaría al servicio del desarrollo. Visto así los continuos retornos no serían tanto a puntos de fijación anteriores, sino a tempranas organizaciones del desarrollo.

McCarthy (1989) señala que, en un principio, los primeros analistas consideraban las resistencias de los niños como respuestas que reflejaban su narcisismo inherente y su límite de tolerancia a la ansiedad. Más tarde se han caracterizado como una variable central, y al tiempo escondida, de la transferencia, que da cuenta del progreso en el tratamiento o de la reacción terapéutica negativa.

Las acciones de los niños, junto con su expresión facial, expresan los conflictos inconscientes inherentes en sus resistencias. Las resistencias demuestran, además, cómo los padres pueden haber fallado en fomentar la maduración del niño y cómo han formado su carácter y su yo. Las defensas y resistencias de los niños y adolescentes influyen en sus necesidades de crecimiento y en las etapas del desarrollo y son específicas en cada una de ellas. A. Freud (1936) señaló también esta característica, al observar el uso

defensivo de la externalización en el niño y su necesidad de los padres como figuras reales.

La tolerancia a la ansiedad y el nivel cognitivo varían en referencia al nivel de desarrollo, que no está ligado de forma unívoca a la edad cronológica. La habilidad cognitiva y la introspección varían ampliamente entre niños de la misma edad, inteligencia y nivel de adaptación. Los niveles de variabilidad en el desarrollo psicológico y cognitivo son en parte un producto de la influencia familiar. La seguridad y sensibilidad de los padres proporcionan el clima emocional en el que el niño puede, o no, realizar el crecimiento del yo y cumplir las tareas del desarrollo (McCarthy, 1989).

La preferencia de los niños y adolescentes por la acción, sobre el pensamiento y la comunicación verbal, además de su tolerancia limitada hacia fuertes sentimientos de ambivalencia por sus padres, representan importantes fuentes de resistencia.

Los niños y adolescentes se sienten a menudo amenazados por la transferencia negativa, y por sentimientos negativos sobre sus padres, porque necesitan urgentemente mantener una imagen interna positiva de ellos, para enfrentarse tanto a sus conflictos internos como a los familiares. Hablar sobre los padres y sobre determinados aspectos del yo, puede levantar más culpa, vergüenza y temor a la pérdida, que en los pacientes adultos. Los sentimientos de deslealtad y ansiedad de separación acompañan a menudo los cambios positivos en el niño y el adolescente, si la cercanía con el analista se percibe como una separación de los padres no sancionada (A. Freud, 1936).

3.4.4. TRANSFERENCIA Y NEUROSIS DE TRANSFERENCIA

En términos generales la neurosis de transferencia consiste en la intensificación de los síntomas y de las formas de relación dentro del encuadre analítico, junto con la emergencia regresiva de fantasías incestuosas,

conflictos e impulsos, experimentados en relación al analista y centrados en él, al tiempo que se produce una relativa disminución de sus manifestaciones fuera de dicho encuadre (Sandler, Kennedy y Tyson, 1975; Chused, 1988). Bird (1972) acentúa la intensidad del afecto y el sentido de realidad presentes en ella y afirma que, este tipo de neurosis transferencial, es tan frecuente en niños como en adultos.

El desarrollo y utilización de la neurosis de transferencia es una parte esencial del análisis con niños, la cuestión a plantearse es porque a veces no se establece. En el momento en que un niño ha desarrollado la suficiente capacidad para almacenar un recuerdo de la interacción humana y de formar una representación mental de un objeto, tiene capacidad potencial para establecer una relación transferencial.

Siguiendo en esta línea podemos plantear que, cuando tiene suficiente desarrollo estructural para sostener conflictos intersistemas, y su yo es capaz de tolerar, aunque sea mínimamente o de forma transitoria, sentimientos conflictivos, impulsos y fantasías, puede desarrollar una neurosis de transferencia en el marco de una psicoterapia (Chused, 1988). Ahora bien, cómo utilizarla en el trabajo analítico no depende del desarrollo del niño, ni de su psicopatología, sino de la posición teórica del analista, de su neutralidad y de sus expectativas, que influirán naturalmente en su técnica.

A menudo los analistas, acostumbrados a trabajar sólo con adultos, piensan que el trabajo con niños es frustrante o imposible, dejando a los educadores o pediatras el trabajo terapéutico con ellos. Así desde el principio Hug-Hellmuth, A. Freud y Burlingham, las dos últimas claramente influenciadas por la primera, fueron sensibles a las características especiales del niño y pensaron que las herramientas para analizarlos debían ser diferentes a las utilizadas con los adultos. Especialmente la relativa a la abstinencia y neutralidad del analista, ya que consideraban intolerable para el niño iniciar un análisis en condiciones de no obtener gratificación.

Como hemos visto en el capítulo anterior, planteaban que el niño está todavía muy ligado y es muy dependiente de sus objetos originales, por lo que no puede establecer una relación transferencial con el analista (Hug-Hellmuth,

1920; A. Freud, 1922-1935; Burlingham, 1932). En aquel momento la diferencia teórica entre la representación psíquica de las relaciones tempranas del niño con sus padres y la realidad externa de sus relaciones actuales con ellos, no estaba aún elucidada. Pensaban que las relaciones del pasado y del presente todavía eran las mismas y, estando activas en el presente, no eran transferibles. Además el empuje de las necesidades del desarrollo, basadas en el vínculo positivo entre la madre y el niño, alimentó la idea, entre los primeros analistas, de que, para apoyar una mejoría y un progresivo desarrollo, era esencial un vínculo positivo con el analista por encima de todo.

Bick (1962), por el contrario, señala que la transferencia es una recapitulación irracional, en el sentido de no lógica, de las relaciones de la infancia, mediante la interpretación psicoanalítica. Por lo tanto nada de la realidad actual puede validar o invalidar su desarrollo y posterior resolución. Siguiendo a Klein, asegura que el analista tiene que proporcionar un encuadre externo e interno para hacer que el niño sea capaz de reexperimentar las relaciones irracionales de la más temprana infancia. Para Bick es más fácil, en el trabajo con niños, aceptar el encuadre externo que tolerar la tensión producida por la adhesión a la actitud psicoanalítica fundamental, la abstinencia.

Chused (1988) plantea que, en los años 50 y 60, a pesar de que la mayoría de los analistas reconocían las reacciones transferenciales en los niños y la posibilidad de utilizarlas para realizar interpretaciones, todavía permanecían resistentes a reconocer su papel central en el tratamiento. Seguían pensando que la inmadurez de su estructura psíquica y la continua dependencia de los padres, impedían un desarrollo de la neurosis de transferencia. En su lugar se producían manifestaciones fluidas y de corta duración. Solamente cuando empezaron a aparecer en la literatura los análisis de algunos casos clínicos, como los de Kut (1953), Fraiberg (1966) y Harley (1967), el concepto empezó a ganar consistencia. Esta última propone, de forma inequívoca, la existencia de la transferencia en niños (Fraiberg, 1967).

Mannoni (1979), a propósito del caso de Fraiberg, señala la confusión de la analista entre los elementos reales e imaginarios de la transferencia, de

forma que la dimensión simbólica permanece en una zona opaca. Según ella el reducir la noción de transferencia a una referencia directa al analista, en una dimensión exclusivamente imaginaria, impide poner de manifiesto el elemento simbólico, incluido en la relación transferencial.

La transferencia implica el complejo juego de la identificación. No reconocer esta característica conlleva el riesgo de tratar al niño como un otro absoluto, transformándose de esta forma en un objeto extraño. La investigación de los mecanismos de identificación no significa que el analista se defina como padre, madre, etc. Lo que se juega en esta situación es la relación de cada sujeto con el objeto de su deseo, a partir de lo que imagina que es la relación del otro imaginario con él como objeto de deseo (Mannoni, 1979c).

A. Freud (1965), a pesar de que modificó su posición inicial, hizo observaciones muy precisas sobre la conducta de los niños en análisis, que la llevaron a la conclusión de que la neurosis transferencial en los niños, era menos significativa que en los adultos. Su poca habilidad para la asociación libre, la preponderancia de las reacciones transferenciales agresivas, el uso del analista como un objeto real y su tendencia a la externalización de las estructuras psíquicas sobre el terapeuta, son las características principales que impiden el despliegue de la neurosis de transferencia, tal como se produce en los pacientes adultos. Sin embargo parece que se olvida de que muchas de estas características se encuentran también en los análisis de adultos y nadie duda de que, en estas circunstancias, es posible el desarrollo de una neurosis transferencial.

Chused (1988) señala que los factores específicos con niños, que limitan el desarrollo de una neurosis transferencial, surgen de que tanto el analista como el niño responden automáticamente como adulto y niño, cayendo en los roles tópicos de adulto que educa y/o dirige al niño que aprende, se queja o se rebela. Tanto en niños como en adultos, los conflictos edípicos son signos significativos de la neurosis de transferencia, en la que estos conflictos reflejan no sólo experiencias patógenas durante el periodo edípico, sino también organizaciones patológicas derivadas de tempranas

fases preedípicas. Por lo tanto el complejo edípico y los conflictos derivados de él, son elementos centrales a trabajar en el análisis de niños.

Dolto (1987a) sin embargo señala una importante diferencia entre trabajar con estos conflictos y su establecimiento. En el adulto la transferencia se hace con el analista, pero en un niño el Edipo se hace con los padres, por lo tanto no es transferible al analista. Si el niño no ha superado el Edipo es necesario esperar a que lo haga para atenderlo después. Antes del periodo edípico se hace otro tipo de psicoterapia, de corte oral y anal.

La psicoterapia psicoanalítica se basa en el establecimiento de una transferencia, de las relaciones simbólicas del niño, sobre el terapeuta. Se realiza por la expresión libre de las pulsiones reprimidas mediante el dibujo y el juego. Al establecerse, es el analista quien debe descifrarla para el niño, no puede ser utilizada para la represión o la moralización. El analista no puede, ni debe desempeñar en la realidad un papel de educador, este lugar corresponde a los padres (Dolto, 1973).

La percepción del analista como un objeto benevolente puede permitir, a través de la identificación o del deseo de agradarle, el desarrollo de muchas áreas, incluyendo una precocidad cognitiva que puede realzar la comprensión intelectual, lo cual puede ayudar al niño a tolerar sus conflictos internos y a modificar su respuesta afectiva y conductual a ellos. Sin embargo el deseo de agradar ni resuelve el conflicto, ni incrementa la autonomía del yo. A pesar de esto se sigue aludiendo a la transferencia como un ingrediente útil y esencial en el análisis bajo este prisma (Chused, 1988).

Está claro que una percepción del analista como una figura exclusivamente agresiva, destructiva o sobreestimuladora, interfiere en cualquier análisis, particularmente en aquellos de niños con funciones adaptativas inmaduras. Pero lo opuesto también es verdad, la percepción del analista como una figura siempre benevolente, puede contaminar la transferencia y diluir la fuerza hacia el cambio de los impulsos, que producen la ansiedad.

Hay dos tendencias en el análisis de niños, la que da importancia a la experimentación durante el proceso de la cura y que tiende a desarrollar la

transferencia analítica tanto como sea posible, y aquella otra que enfatiza la alianza terapéutica, basada en una relación positiva, cuya meta parece ser la comprensión cognitiva compartida del niño y el analista. Esta última tendencia conlleva el riesgo de que el desarrollo precoz del yo refleje una inclinación a la intelectualización, basada en una identificación parcial con el analista, sin que realmente se resuelvan los conflictos (Chused, 1988).

Berlín (1986) por ejemplo, enfatiza la vertiente positiva de la alianza terapéutica, al señalar el poder de la introspección y de la empatía como herramientas terapéuticas, tal como lo plantea Kohut (1959, 1971) en sus trabajos sobre la psicología del yo y posteriormente Ornstein (1976, 1981) en su trabajo con niños.

La escucha y los señalamientos empáticos apoyan los sentimientos del niño de ser comprendido y valorado. De esta forma la empatía tiende a reducir la resistencia y a neutralizar la transferencia negativa, potenciando la transferencia positiva como una nueva experiencia para el niño. En la medida que se desarrolla una dinámica, con el juego y a través de comunicaciones verbales, se identifica al terapeuta como un adulto comprensivo y facilitador del trabajo terapéutico.

Sin embargo es necesario señalar que el análisis o la psicoterapia analítica, consiste en un tratamiento específico para sujetos cuyo desarrollo y capacidades están bloqueadas o disminuidas por conflictos internos inconscientes y no por interferencias del entorno o por déficits estructurales, a menos que estos últimos sean resultado de fijaciones secundarias a la retirada del conflicto. Si la terapia tiene como objetivo la resolución del conflicto el desarrollo se reanudará, como consecuencia, por sus propios medios y para ello lo más efectivo es el desarrollo de una transferencia en el encuadre analítico, tanto positiva como negativa (Chused, 1988).

Para Aberastury (1978), analista de formación kleiniana, ambas vertientes de la transferencia son centrales para el desarrollo del trabajo analítico. El temor del niño a repetir su relación con el objeto originario es lo que transforma al analista en alguien de quien se desconfía. Este objeto cargado de frustración y miedo, es proyectado sobre el terapeuta

transformándolo en alguien temido y de quien se espera un ataque, al adoptar la misma conducta negativa de sus padres. Los aspectos amados de este mismo objeto, invisten al terapeuta de los atributos necesarios para curarlo. Esta doble fuente de la transferencia debe ser interpretada desde el principio.

En su trabajo la interpretación de la transferencia actúa casi como una experiencia correctora que permite, mediante la vivencia actual con el analista, la transformación de situaciones negativas anteriores experimentadas con los objetos primarios. Considera artificiales las diferencias técnicas entre análisis tempranos, de latentes y adolescentes, porque la dinámica de la transferencia y de la neurosis de transferencia se presenta en todas las edades y su manejo técnico es el mismo (Aberastury, 1969).

Heimann (1956) hace un planteamiento complementario incidiendo en el trabajo del analista. El paciente es incapaz de seguir el principio del placer, repitiendo en la transferencia sólo las partes placenteras de sus pasadas relaciones de objeto. Se reexperimentan los viejos conflictos, con sus ansiedades depresivas y persecutorias concomitantes, pero la repetición se transforma en modificación, porque la relación analítica proporciona algo más que una etapa en la que el paciente reactualiza sus experiencias pasadas.

En el tratamiento el objeto amado del paciente, el analista, no reacciona respondiendo emocionalmente a sus deseos y temores, como lo hicieron sus objetos originales. En esta nueva situación, en la que el paciente repite, el analista contribuye con interpretaciones a la percepción y concienciación de lo que está sucediendo. Esta combinación, el contacto con un objeto y el *insight* de lo que este contacto significa a nivel inconsciente, es lo que distingue la transferencia de la relación original.

La mayoría de las técnicas del análisis de niños se basan en los mismos principios teóricos que las de los adultos, la diferencia fundamental es como se deben utilizar, teniendo en cuenta las diferencias entre el sujeto adulto y el niño. Estas diferencias consisten básicamente en la madurez del yo del niño, que incluye las habilidades cognitivas, la prueba de realidad, la capacidad para la auto observación y su sistema de defensas. También hay

que tener en cuenta la fase de desarrollo del superyo y la intensidad de las necesidades del desarrollo (Chused, 1988).

Tales características, a las que se suma el uso del analista como un objeto real en una fase actual del desarrollo, pueden requerir adaptaciones técnicas, pero no deben ser sin embargo una justificación para abandonar la abstinencia analítica.

Shapiro y Esman (1992), en su revisión sobre el psicoanálisis y la psiquiatría de niños y adolescentes, señalan que recientes trabajos de orientación analítica con adolescentes han proporcionado nuevos cuestionamientos sobre la regla clásica de la neutralidad como una abstinencia total (Franklin, 1990). En lugar de esto, la mayoría de los terapeutas que trabajan con adolescentes, han planteado la importancia de la construcción de una primera relación, que permita la expresión de ideas y fantasías para continuar con el trabajo analítico.

Esta aproximación está apoyada en el conocimiento, cada vez mayor, del mundo del adolescente y sobre el énfasis de los conflictos específicos en este periodo de edad. La consolidación de las relaciones, la necesidad de compartir experiencias con los pares y la normalización de las experiencias internas, mediante la conciencia de que otros adolescentes tienen similares situaciones, son las características centrales de la crisis adolescente (Esman, 1985; Shapiro 1985).

Para que la libertad de expresión no se convierta en una invitación a la acción, el terapeuta debe proporcionar la seguridad de que el pensamiento no conduce necesariamente al acto. El trabajo con adolescentes ha planteado claramente la necesidad de resolver el vínculo conflictivo con el padre del mismo sexo, para liquidar la idealización de las imágenes primitivas y reformular un ideal del yo más realista (Blos, 1985).

Blos (1967) ha comparado la adolescencia con el proceso de separación-individuación cuando ya se ha producido la madurez biológica y es posible la procreación sexual, pero al tiempo y paradójicamente, cuando la sociedad impone una prolongación artificial al proceso.

Para Bonaminio y Carratelli (1988), que trabajan con niños en edad de la latencia, la interpretación de la transferencia es la herramienta principal de trabajo, centrada fundamentalmente en la actitud "pensante" del terapeuta sobre el material verbal o lúdico del niño. El problema es elegir qué es lo que se devuelve al paciente y en qué momento. En su caso se limitan al nivel más evolucionado, es decir el edípico.

Siguiendo la línea de A. Freud piensan que en la relación terapéutica bipersonal, entre el niño y el analista, aparecen configuraciones particulares de la transferencia que corresponden a una gama más o menos evolucionada de las relaciones de objeto. Los niños transfieren sobre el terapeuta, en una serie bastante regular, las relaciones objetales más significativas, con maestros, cuidadores y posteriormente, otras más primarias ligadas a las imagos parentales y en general de carácter negativo.

Sin embargo las características del objeto libidinal elegido, específicas de la organización mental del niño en la edad de la latencia, están dirigidas a reforzar, a través de las relaciones sociales, las identificaciones secundarias con los pares y parecen poner en evidencia una configuración objetal de tipo secundario, dejando en segundo plano los objetos primarios nucleares.

El niño y a veces también el adulto, usan al analista como un objeto transferencial, un nuevo tipo de objeto para reelaborar fases anteriores del desarrollo, así como para llenar necesidades actuales. Pero, en cualquier caso, esta utilización debe guiarse por las necesidades y percepciones del paciente y no por las preconcepciones del analista sobre ellas, esto es, por la realidad psíquica del paciente y no por la conducta real del analista (Chused, 1982).

Así para Lacan (1951) la transferencia no sería nada real en el sujeto, sino "la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituye sus objetos". No habla pues de la relación de objeto sino de las modalidades particulares de cada sujeto para construir sus objetos, que se repetirán en la transferencia. Aunque la transferencia se manifiesta bajo su aspecto emocional, este no toma su sentido más que en función del momento en el que aparece.

Lacan señala (1953-1954) que, según la teoría clásica, se podría entender que hay transferencia cuando la imagen que busca un sujeto se confunde con la realidad. El trabajo del análisis sería entonces una permanente discriminación entre lo real y lo imaginario, pero él introduce otra dimensión partiendo del automatismo de repetición que se produce en la transferencia. En este mecanismo está presente una satisfacción semejante a la satisfacción primitiva. Lo que está en juego precisamente es el tiempo, es decir su situación en sentido estricto fuera del tiempo. La situación actual se ubica en la misma modulación de tiempo que la situación antigua y ésta es la analogía (la falsa conexión de Freud) por la que se produce la transferencia. Los planos que están confundidos entonces son el simbólico y el imaginario. No hay, por lo tanto, sentimientos, ni proyecciones imaginarias.

Según Franco (1987) Lacan considera la transferencia como una transferencia del significante, que es el representante ideativo de Freud y que proporciona un acceso al material inconsciente.

Freud definía la transferencia en *La interpretación de los sueños* (1899-1900), como un fenómeno constituido por el hecho de que no existe traducción directa de un deseo reprimido por el sujeto. El deseo inconsciente, imposible de expresarse, encuentra sin embargo un modo de hacerlo a través de los restos diurnos del sueño vaciados de sentido, es decir, descargados de deseo. Destituidos de su sentido son retomados por otra organización a través de la cual logra expresarse otro sentido, el del deseo inconsciente.

Por otro lado es necesario distinguir las adaptaciones de la técnica, derivadas de las necesidades específicas del niño y de su etapa de desarrollo, de aquellas modificaciones que pueden distorsionar e incluso interrumpir el proceso analítico. Entre estas últimas Harley (1986) enumera, además de la abstinencia analítica mencionada antes, las que se dirigen al cambio del entorno del paciente y aquellas que aportan una explicación sobre las ideas sexuales del niño, sin haber analizado antes las fantasías de base.

Tyson (1978) advierte, como veremos más adelante, que las relaciones con los padres del pasado, tanto reales como fantaseadas, son transferidas a los padres del presente. Este hecho puede contribuir a la producción de

interacciones patológicas por parte del niño y en estas ocasiones la presencia de una neurosis de transferencia puede quedar oscurecida. Sin embargo, como precisa Chused (1988), una vez establecida la relación analítica, las reacciones externas se pueden reconocer como tales y las interacciones patológicas derivadas de la conducta del niño pueden abortarse, a menudo mediante interpretaciones adecuadas.

Aunque sería útil distinguir la transferencia de relaciones pasadas, de los modos habituales de relación o del desplazamiento sobre el analista de los conflictos actuales con los padres, frecuentemente este tipo de distinciones no son fáciles ni claras. Los conflictos actuales con los padres pueden ser una repetición de aspectos de una relación temprana con ellos o bien se pueden precipitar por un desplazamiento de la transferencia analítica o por una división en la transferencia entre los padres y el terapeuta (Tyson, 1978).

Aunque en un sentido diferente al de Tyson, Mannoni (1979a) también sostiene que en el análisis de niños coexisten varias transferencias. Por una parte está la de los padres y la del niño y por otra la contratransferencia del analista, con sus ideas y prejuicios sobre la infancia. Para trabajar con niños es imprescindible situar lo que representa el niño en el mundo fantasmático de los padres, sobre todo de la madre y no quedar cegados por el "niño real" ese que, en principio, es traído al tratamiento por la angustia de los padres.

Entender el puesto que ellos reservan al analista, en su relación con el hijo, ayuda a establecer una transferencia múltiple que, en caso de no ser trabajada, puede llevar a la interrupción prematura del tratamiento. La transferencia se instala aún antes de que aparezca el analista de acuerdo a un proceso inconsciente ya en funcionamiento previamente. Para Mannoni por lo tanto la transferencia es un discurso colectivo que se desarrolla entre el analista, los padres y el niño.

Para realizar un análisis con una consolidación de la transferencia, es necesario tener en cuenta las características específicas del niño. Es preciso que haya conseguido la capacidad de reproducir representaciones internas del yo y de los objetos. Lo cual implica tener intactas las funciones de percepción y memoria, capacidad para la simbolización, la verbalización, la

represión y, al menos, una mínima tolerancia hacia los afectos displacenteros (Chused, 1988). Esta tolerancia a menudo es lábil, los mecanismos de defensa de un niño son más primitivos y menos estables que los de un adulto, por lo tanto el ritmo y profundidad de las interpretaciones requieren un cuidado mayor ya que, incluso las intervenciones dirigidas a un material consciente, pueden desencadenar ansiedad, agresión, etc.

Con niños menores de 7 años, para los que hablar y pensar es lo mismo que hacer, es necesario dedicarse durante bastante tiempo a modular los afectos por medio de las palabras. Algo que no se puede olvidar es que, los niños pequeños no tienen todavía la capacidad de abstracción para experimentar la transferencia y percibirla simultáneamente como sí (Chused, 1988).

Hay que tener en cuenta, que el aprendizaje del análisis no proporciona una base teórica para responder a las necesidades del proceso de desarrollo con la misma claridad que lo hace sobre las demandas dictadas por los conflictos inconscientes. Proceso de desarrollo y conflictos inconscientes son dimensiones diferentes que responden a teorizaciones distintas, aunque ambas entran a formar parte del proceso de la cura.

Tal como plantea Chused (1988) existe otra característica del proceso analítico que dificulta el trabajo con la neurosis de transferencia. Los niños a menudo no tienen el interés y la estructura psíquica necesaria para realizar un trabajo de larga duración. Una vez que se ha resuelto suficientemente una idea conflictiva, aparece una nueva conducta, un síntoma desaparece, o bien la ansiedad disminuye lo suficiente para que una inhibición se levante, entonces la acción se pone en marcha, el equilibrio económico cambia y el conflicto se disuelve. Puede aparecer más tarde en otro contexto, pero no con las repeticiones necesarias para hacer interpretaciones transferenciales como en los adultos. Parece que los niños necesitan repetir menos situaciones conflictivas en la transferencia para conseguir cambios, quizá porque su estructura psíquica es menos rígida y más flexible.

Chused (1988) advierte que, en el momento en que un niño entra en una nueva fase de desarrollo y toma al analista como un objeto real, su

percepción sobre él estará distorsionada, tanto por sus necesidades actuales, cómo por sus conflictos pasados. Es decir el analista no será más real en esta utilización mixta de lo que sería en la expresión de la transferencia sola (sin necesidades actuales). Las reacciones transferenciales y la neurosis de transferencia continuarán existiendo incluso durante un periodo de desarrollo activo. Sus manifestaciones pueden ser diferentes, ya que el equilibrio entre las pulsiones y las defensas cambia y la contribución de las pulsiones desde diferentes zonas libidinales se modifica.

Sin embargo la relación de objeto que se expresa a través de la pulsión continuará distorsionada como antes, reflejando simultáneamente interacciones patológicas del pasado, sobre objetos altamente idealizados, tanto del presente como del pasado. También las percepciones de los objetos primarios resultan distorsionadas por las proyecciones de pulsiones y fantasías libidinales y agresivas del niño (Chused, 1988).

Los educadores han observado que el deseo de agradar y emular a los profesores es un componente que ayuda al progreso en el aprendizaje. De igual forma los pediatras señalan que una relación positiva entre la madre y el bebé es fundamental para el óptimo desarrollo del niño. Sabemos que su tolerancia a la frustración es baja y sus respuestas negativas intensas.

Quizá todas estas características han pesado, en la opinión de los primeros analistas de niños, para sobrevalorar la relación positiva con el analista y asumir cierto grado de gratificación real, emocional o material, para fomentar su participación activa.

A. Freud (1936) consideraba a los pacientes con reacciones terapéuticas negativas como casos difíciles, con una presencia en su estructura mental de un fuerte instinto de agresión o destrucción, que intenta retornar al instinto de muerte primario. Sin embargo Renik (1991) señala que, a pesar de que algunos investigadores contemporáneos siguen este punto de vista, al considerar que las reacciones terapéuticas negativas más refractarias al tratamiento, son expresiones directas de la agresión; en la actualidad se da más importancia a las experiencias traumáticas tempranas y menos al factor constitucional (Lampl-de-Groot, 1967; Levy, 1982).

Renik insiste en que tal énfasis en la agresión responde más bien a los sentimientos de los terapeutas, ante las reacciones terapéuticas negativas, que a los propósitos de los pacientes, quienes al permanecer de esta forma inasequibles al progreso terapéutico provocan, en la mayoría de las ocasiones, que la agresión se vuelva contra ellos.

Klein (1927) como sabemos, reconoció muy pronto la capacidad de los niños para establecer una transferencia, tanto positiva como negativa. Sin embargo, en opinión de Chused, (1988) algunos analistas kleinianos hacen interpretaciones sobre los determinantes inconscientes de la conducta demasiado pronto, lo que, a veces, puede producir una especie de cortocircuito de las defensas y como consecuencia elevar el nivel de ansiedad.

Sus interpretaciones se apoyan en símbolos universales y por lo tanto la historia individual y el nivel de desarrollo del yo tienen poco peso en sus intervenciones, lo cual conduce a trabajar sobre un sujeto demasiado teórico y poco real, olvidando tanto la influencia de los padres, como las necesidades del desarrollo y su interacción con los iguales. Este olvido ha llevado a un rechazo generalizado, aunque injusto, de los descubrimientos y trabajos de Klein.

Dinerstein (1987) en su crítica de la escuela kleiniana, señala la relación que hace Lacan (1951) entre el mecanismo yoico de la proyección y la dimensión imaginaria. La transferencia de afectos se produce efectivamente, pero sólo como dimensión imaginaria del yo. La interpretación kleiniana, al permanecer sólo en este nivel, asimila inconsciente a yo y sujeto del inconsciente a individuo, perdiendo de vista la posibilidad de que, gracias a las conexiones efectuadas a través de la transferencia y de la interpretación, lo más pulsional pueda tomar un lugar en el registro simbólico.

Cuando el niño usa al analista como un objeto transferencial y un nuevo objeto, Chused (1988) advierte que no es necesario interpretar las percepciones que no entran en el conflicto, aunque puedan reflejar una distorsión de la realidad. Sólo es necesario trabajar sobre las identificaciones utilizadas defensivamente como resistencias y no sobre las identificaciones o

relaciones de objeto que forman parte del silencioso proceso de desarrollo y crecimiento de la estructura psíquica.

En el trabajo terapéutico con niños, que son realmente más dependientes que los adultos, es menos probable que se cuestionen los roles del buen doctor y el buen paciente. Para el niño, que está en un proceso de progresiva autonomía, con respecto a sus impulsos internos y al mundo externo, los conflictos sobre la independencia y el control, expresados a través del sometimiento o la rebelión, son los primeros objetivos del análisis.

Por parte del analista las interferencias con las que se puede encontrar en su contratransferencia, están relacionadas con la necesidad de la dependencia real de los niños con respecto a los adultos, de su potencial de crecimiento, su gran vulnerabilidad ante las fuerzas externas y el deseo del adulto de que tengan un desarrollo positivo con el mínimo de sufrimiento (Chused, 1988).

Schowalter (1985) amplía este análisis señalando las diferencias en las manifestaciones contratransferenciales del analista. Por una parte estarían las reacciones contratransferenciales determinadas fundamentalmente por los conflictos inconscientes del terapeuta, consideradas en propiedad como reacciones dentro de la transferencia. Por otra parte, en un concepto más amplio, están las contra-reacciones, consideradas como cualquier reacción estimulada por la situación terapéutica, fundamentalmente por las características del paciente.

Shapiro y Esman (1992) piensan que el enorme interés en las reacciones contratransferenciales, está relacionado con un cuestionamiento radical de la figura del terapeuta como un observador externo. Dicha idea se ha reemplazado por un punto de vista más activo que permite la observación del niño en un campo de juego, junto con el terapeuta como adulto y como objeto proyectado. Tales imágenes múltiples ayudan a los terapeutas a comprender el significado de sus propias emociones y fantasías en el juego.

Gill (1979) distingue claramente entre dos tipos de interpretación de la transferencia. Una es la interpretación de la resistencia a concienciar la transferencia. La otra es una interpretación de la resistencia a la resolución de

la transferencia. A la primera clase de resistencia la denomina transferencia de defensa. A pesar de que este término se utiliza normalmente para referirse a una fase del análisis, caracterizada por una resistencia general a la transferencia de los deseos, se puede utilizar como lo hace Gill, para referirse a una clase más específica de resistencia como es la transferencia de defensa. La segunda clase de resistencia se denomina resistencia de transferencia. Gill insiste en la importancia de diferenciar, entre el concepto general de una interpretación de la resistencia a la resolución de la transferencia y otras variedades de interpretaciones denominadas interpretaciones genéticas de la transferencia. Es decir, las que se centran en interpretar lo inadecuado de una actitud en el presente y su sobredeterminación por el pasado. Ambos tipos de trabajo son diferentes.

Simplificando al máximo se podría decir que en la transferencia de defensa, la transferencia es lo que se resiste, mientras que en la resistencia de transferencia, es la propia transferencia la que ejerce la resistencia. La resistencia se expresa por sí misma en la repetición, tanto dentro como fuera de la situación analítica.

Desde el punto de vista de la repetición la transferencia aparecería al servicio del instinto de muerte. Nos encontraríamos entonces con que la transferencia, que es por definición un vínculo, está al servicio del instinto de muerte que por principio no crea vínculos sino que los destruye. El yo se opone a la repetición y reprime la transferencia porque la repetición es lo aniquilante y destructivo. De esta forma, según Etchegoyen (1986), la transferencia pasa a ser lo resistido y no la resistencia.

En opinión de Racker (1966) hay que tener en cuenta que ambos aspectos forman parte de la transferencia. La transferencia es tanto la resistencia como lo resistido, ya que el paciente repite defensas infantiles a las que podemos considerar como las resistencias de transferencia, para evitar hacer conscientes situaciones del pasado que están por reproducirse en la transferencia (Racker, 1954).

La interpretación de la transferencia de defensa es un intento de transformar la transferencia implícita en explícita, mientras que la

interpretación de la resistencia de transferencia es un intento de que el paciente realice lo que la transferencia explícita ya hace, es decir incluir un determinante del pasado.

El paciente puede realizar actuaciones fuera del encuadre analítico como una resistencia a la transferencia, pero la interpretación de las asociaciones ligadas a ellas revela que, la elección de tales actuaciones, está codeterminada por la necesidad de expresar, de forma indirecta, la transferencia.

En resumidas cuentas la resistencia a la concienciación de la transferencia necesita disfrazarse. Cuando la interpretación consigue desenmascarar el disfraz, queda claro que, a pesar de las inevitables diferencias entre las situaciones externas y el encuadre terapéutico, el contenido es el mismo para el trabajo analítico. De esta forma el análisis de la transferencia y el de la neurosis coincide (Gill, 1979).

Una parte importante del trabajo se centra en la investigación de las suposiciones del paciente sobre las actitudes del analista hacia él. Por ejemplo la adscripción, por parte del paciente, de un interés sexual del analista sobre él, hace más fácil la investigación sobre sus deseos sexuales hacia el analista y genéticamente hacia sus padres. Las resistencias del reconocimiento de estas actitudes son las responsables de los diferentes disfraces en las asociaciones manifiestas y hace más difícil su reconocimiento.

Gill afirma que las manifestaciones de la transferencia están presentes desde el comienzo del tratamiento, aunque todavía no se haya desarrollado una neurosis transferencial. Las primeras manifestaciones corresponden tanto a la transferencia de defensa como a la resistencia de transferencia, aunque el paciente esté hablando aparentemente sin resistencia alguna.

Toda transferencia tiene un vínculo con la realidad de la situación analítica. La atención sobre los estímulos actuales, que contribuyen a la elaboración de la transferencia, evitan la realización de interpretaciones transferenciales mecánicas que no tienen bases plausibles.

La relación de la transferencia con los estímulos actuales forma parte de los esfuerzos del paciente para que su actitud transferencial esté

plausiblemente determinada por el presente. Es una necesidad de ligar los sucesos de la vida cotidiana con los descubrimientos del tratamiento (Gill, 1979).

Otro de los aspectos relacionados con el presente es el hecho de que, en la misma interpretación de la transferencia, el paciente experimenta una nueva vivencia. Se siente tratado de forma diferente a como esperaba. Gill y Hoffman (1982) señalan que los analistas se resisten a reconocer este aspecto, como si pusiera en peligro la eficacia del *insight* y enfatizara, en su lugar, la influencia de la relación interpersonal, como un factor significativo del cambio. Sin embargo son ambas características, la relación de la transferencia con los estímulos actuales y la realidad de una nueva experiencia, las vías más importantes para la resolución de la transferencia en el aquí y ahora.

En la misma línea plantea Strachey (1934) la interpretación mutativa de la transferencia. Es importante diferenciar que la interpretación de la transferencia no es una cuestión de experiencia, al contrario que el *insight*, pero ambos son necesarios para lograr y mantener los deseados cambios en el paciente. El *insight* es un producto de la interpretación de la transferencia en el aquí y ahora.

Rosenfeld (1972), comentando el trabajo de Strachey señala que, la clarificación del material fuera de la transferencia es necesario para saber cual es la interpretación de la transferencia adecuada y que ambas interpretaciones, la genética y la extratransferencial, juegan un papel importante en todo el trabajo terapéutico.

La posición de Gill (1979) es enfatizar el papel del análisis de la transferencia en el aquí y ahora, interpretando tanto la transferencia de defensa como la resistencia a la transferencia y relacionándolas con la situación real. Aunque reconoce también la importancia de las interpretaciones genéticas de la transferencia y del material extratransferencial.

3.4.5. MANIFESTACIONES TRANSFERENCIALES

Tyson y Tyson (1986) están de acuerdo en que la emergencia de la transferencia es una parte integral del proceso analítico y que la interpretación de los conflictos subrayados por ella es lo que conduce a los cambios en la organización psíquica del paciente. El proceso se puede entender en dos sentidos, como fuerzas que contribuyen a la reorganización y como procedimientos que fijan estas fuerzas en movimiento, siendo la transferencia el medio principal mediante el cual interactúan.

Sin embargo advierten que es un error muy extendido considerar, que todo lo que el paciente repite en la transferencia es simplemente una repetición de experiencias reales del pasado. Es necesario tener en cuenta que la recreación de una experiencia es, en realidad, un producto de la percepción y de las reacciones correspondientes al nivel de desarrollo alcanzado por el sujeto en el momento que sucedió. Por lo tanto sería clínicamente más adecuado limitar el concepto a la emergencia de una ilusión específica de los sentimientos del paciente hacia el analista.

Sandler, Kennedy y Tyson (1975) y Tyson y Tyson (1986) proponen cuatro manifestaciones diferentes de los sentimientos y actitudes del paciente hacia el analista, desde la más superficial a la más profunda.

La primera es la forma habitual de relación. Tanto los adultos como los niños tienen una forma automática y característica de relacionarse con los otros que suele aparecer desde la primera sesión y que, además, no es específica hacia el terapeuta.

Estas formas reflejan no sólo el carácter del paciente sino también su edad y la etapa del desarrollo en la que están actualmente. Los niños tienen una relación de dependencia real y actual con los padres. Esto complica la tarea de distinguir entre un patrón fijo de conducta, utilizado con los padres y adultos en general, y la específica reactualización de una experiencia pasada, dentro del contexto de la situación de tratamiento.

La segunda sería la transferencia de relaciones actuales. Especialmente con niños y adolescentes largas etapas del tratamiento son extensiones o desplazamientos defensivos de conflictos, deseos o reacciones actuales con los padres que se desarrollan fuera del tratamiento. Sin embargo un conflicto actual puede reactivar otro antiguo y, de esta forma, elementos sutiles pero importantes del pasado se transfieren o desplazan reflejándose en estas situaciones.

Para distinguir esta modalidad de transferencia de los modos habituales de relación, hay que considerar que la interacción debe ser específica con los padres del niño y desplazada sobre el analista, cuyas intervenciones se dirigen a la interpretación del desplazamiento y después a las contribuciones de experiencias pasadas.

El punto crucial es la distinción entre la reactualización de algo del pasado dentro de la situación analítica, como una consecuencia del proceso analítico y la extensión dentro del análisis de algo del presente activo en la vida del paciente. Las relaciones actuales se extienden dentro del análisis incluyendo tanto manifestaciones regresivas como apropiadas a la fase de desarrollo en curso, tiñendo de esta forma el análisis.

Los niños en prelatencia y los adolescentes presentan problemas técnicos específicos debido a la intensidad de los conflictos y a las reacciones de la maduración. El desarrollo en curso puede invadir el análisis o ser utilizado de forma defensiva. No está claro si es posible reactualizar el pasado en la transferencia, porque los sentimientos negativos ante la regresión despiertan grandes resistencias, principalmente en el adolescente (Sandler, Kennedy y Tyson, 1975).

En tercer lugar se encuentra la transferencia de experiencias del pasado. En esta categoría los sentimientos del niño, hacia el analista, soportan un cambio significativo después de un periodo de tratamiento y son una consecuencia del trabajo de interpretación. El paciente no es consciente de los tempranos orígenes de sus respuestas y las experimenta como si fueran nuevas, actuales y totalmente adecuadas a la situación terapéutica.

Son nuevas ediciones de conflictos antiguos, a menudo acompañados de un descenso en los síntomas.

Uno de los problemas que complican la distinción entre la transferencia de pasadas experiencias y la transferencia de problemas presentes, es el hecho de que el niño desarrolla un vínculo libidinal hacia el terapeuta. El conflicto actual puede entonces extenderse hacia él más fácilmente. Los conflictos actuales contienen patrones de conducta del pasado, absorbido por las fases subsecuentes del desarrollo (Tyson y Tyson, 1986).

El conocimiento del analista sobre el paciente puede ayudar a distinguir entre los habituales modos de relación, la transferencia de un conflicto actual y la de experiencias pasadas. Sin embargo no es fácil. El conflicto actual siempre está vinculado a una situación de privación en el momento presente, por esta razón la libido queda insatisfecha y tiende a cargar las imagos inconscientes, para obtener una satisfacción que la realidad no da. A su vez depende del conflicto infantil, porque cuanto más fijada esté la libido a los objetos arcaicos, más posibilidades hay de sufrir una frustración (Etchegoyen, 1986).

Por último está la neurosis de transferencia. Se desenvuelve partiendo de un adecuado desarrollo psíquico y circunstancias propicias en la situación analítica, transformando los simples elementos de la transferencia de experiencias pasadas en una neurosis de transferencia. La neurosis de transferencia en el análisis de niños no tiene una exacta contrapartida con el análisis de adultos. Lo que se puede observar en los adultos puede darse en breves periodos en el análisis de niños.

Ocurre algo similar con los adolescentes. La neurosis de transferencia, en el sentido de los adultos, quizá no es realmente posible con adolescentes, porque intentan romper los lazos con los padres y actúan estas relaciones con los otros externalizando de esta forma los conflictos del proceso. El punto crucial es la necesidad del adolescente de distanciarse de los objetos parentales (Sandler, Kennedy y Tyson, 1975).

Debido a la falta de acuerdo entre los analistas, Tyson y Tyson (1986) limitan el concepto a la progresiva concentración de los conflictos, deseos y

fantasías infantiles sobre el terapeuta, con una disminución de los síntomas en el exterior. El término implica un factor cuantitativo y cualitativo. El grado en el que el analista está involucrado, mientras las manifestaciones fuera disminuyen, es crucial. También es fundamental un grado suficiente de desarrollo psíquico, de forma que el niño tenga suficiente capacidad para internalizar un conflicto. El factor cualitativo se refiere a la aparición de una nueva conducta o síntoma, limitado al tratamiento y que sólo se manifiesta en relación al analista.

La capacidad de desarrollar una neurosis de transferencia requiere la habilidad de contener un conflicto interno y ésta es una tarea del desarrollo que sólo se logra de una forma gradual. En el niño más pequeño la facilidad con la que se externaliza el conflicto interfiere con el desarrollo de una neurosis de transferencia, porque se utiliza al analista para otros propósitos. En los adolescentes el problema conecta con la necesidad de romper los lazos con los padres. Por lo tanto una dependencia regresiva y una intensa relación con el analista aparecen como peligrosas.

El analista de niños y adolescentes se enfrenta a menudo con una situación en la que una vez que aparece un problema, no está claro si debe ser comprendido como un desarrollo de la transferencia, producto del trabajo analítico, o si se relaciona con un cambio en la disponibilidad de los objetos primarios.

El niño en análisis tiene el problema de tratar con los sentimientos y pensamientos sobre sus padres, tal como emergen en el análisis. Sólo desarrolla gradualmente la capacidad de contener los conflictos, fantasías e impulsos dentro del encuadre analítico. El más pequeño tiene una tendencia natural a la acción y a llevar los productos del trabajo analítico a casa. Los afectos de la interacción de los niños y adolescentes con sus padres dificultan la clasificación de la transferencia, las defensas y las reactualizaciones fuera de la realidad. Por estas razones es importante guiarse en las interpretaciones por los actuales sentimientos del niño. El material puede ser considerado, y si es necesario interpretado, no sólo en relación al terapeuta, sino, cuando es

apropiado, también en relación con los padres del presente, así como con los padres del pasado (Sandler, Kennedy y Tyson, 1975).

Tyson y Tyson (1986) señalan que el concepto de transferencia requiere la distinción clínica de las cuatro categorías descritas.

Parece evidente que la delimitación de una entidad conceptual como la neurosis de transferencia, en el análisis de niños y adolescentes, es mucho más difícil que con adultos. Cuando una parte del material analítico, bien del presente o del pasado, se reactualiza en relación al terapeuta, se debe considerar que hay otros personajes involucrados.

En la situación de tratamiento hay otros aspectos de la relación entre el paciente y el terapeuta que es necesario mencionar, como por ejemplo las relaciones reales (Greenson, 1971). Este término se refiere a las interacciones nuevas, únicas y específicas que no están determinadas por el pasado del paciente y que sirven a las necesidades actuales de adaptación emocional e interpersonal.

En los análisis de adultos las relaciones reales están basadas, en parte, en una relación positiva entre el paciente y el analista, la alianza terapéutica, derivada de la parte más sana del yo y de sus funciones integrativas y de autoobservación. En un tratamiento con niños las manifestaciones transferenciales y los aspectos de las relaciones reales se expresan en medio de un proceso de desarrollo activo. Un niño puede iniciar el tratamiento en determinada etapa del desarrollo y pasar a la siguiente bien de forma natural o como consecuencia de un buen trabajo analítico.

El analista debe ayudar al paciente a comprender estas transiciones realizando lo que Kanzer (1975) llama construcciones del desarrollo, entendiéndolas como manifestaciones del desarrollo y no como constitutivas de conflictos inconscientes. Una vez que se termina un nuevo nivel de desarrollo, los elementos del pasado ejercen su influencia y es necesario distinguirlos, comprenderlos e interpretarlos.

Aunque la mayoría de los niños pueden tener conciencia de su sufrimiento psíquico y desean sentirse mejor, su idea del tratamiento está influida por el pensamiento mágico y a menudo lo perciben como un castigo

por haberse portado mal. A lo largo de la psicoterapia sin embargo, esta idea cambia y la capacidad de autoobservación aumenta siendo más capaces de contribuir al proceso de la cura (Tyson y Tyson, 1986).

No se puede perder de vista, como han observado Piaget e Inhelder (1969), las características derivadas de la inmadurez del yo del niño. El pensamiento egocéntrico, los primitivos conceptos de causalidad y el poco desarrollo e inconsistencia de la capacidad de autoobservación, que precisan un tratamiento y atención específicas. El establecimiento de un contrato con el terapeuta presenta dificultades específicas, ya que el niño tiene una idea distinta a la del adulto sobre la alianza terapéutica y el sentido de sus problemas.

Con frecuencia tratará de utilizar al analista para cubrir sus necesidades del desarrollo, cuando por ejemplo uno de los padres está deprimido, ausente o sufre una larga enfermedad. El terapeuta debe interpretar sus deseos y fantasías sobre estos problemas para proporcionarle lo que Winnicott (1960) llama un entorno de sostén, en el que, a pesar de no cumplir sus deseos, se le pueda ayudar a encontrar alternativas de gratificación y control.

Los niños tienen hambre de nuevas experiencias y un intenso deseo de completar su desarrollo, así como expectativas de que los adultos gratificarán de alguna forma sus deseos y pondrán límite a sus conductas. Estas necesidades y expectativas frecuentemente interactúan con el desarrollo de la transferencia y complican su manejo técnico (Tyson y Tyson, 1986).

En el análisis con niños por lo tanto, los deseos derivados del pasado se expresan en la transferencia e interactúan con diferentes aspectos reales de la relación, es decir no transferenciales, incluyendo aspectos del funcionamiento inmaduro del yo, hambre de nuevas experiencias y necesidades de una fase crucial y específica del desarrollo, no satisfechas en el exterior.

El niño y el analista comparten una relación compleja mezcla de nuevas experiencias y elementos activos transferidos de experiencias pasadas que, a su vez, influyen en las experiencias presentes. La interacción

es un interjuego dinámico de fantasía y realidad, de reactualizaciones, recuerdos del pasado y de percepciones del presente (Tyson y Tyson, 1986).

Chused (1991) intentando precisar los elementos que entran en juego en la relación transferencial, plantea que, entre el paciente y el analista, se producen interacciones simbólicas, que tienen un sentido inconsciente para ambos.

Admite, como algo inevitable, que los pacientes realicen actualizaciones, tanto verbales como no verbales, que generan un impulso correspondiente a la acción por parte del analista, a lo largo de un análisis.

En realidad no es que este tipo de acciones sean terapéuticas por sí mismas. Sin embargo al estar determinadas inconscientemente pueden proporcionar información sobre el contenido de la fantasía, la memoria o el impulso que se está produciendo, permitiendo a los afectos fluir, lo cual puede enriquecer el proceso analítico comprendiendo mejor su significado transferencial. El potencial de tales interacciones se encuentra presente a lo largo de cualquier análisis. Tan pronto como hay transferencia cualquier intercambio dentro de la relación puede provocarlas.

Chused diferencia este tipo de acciones de las actuaciones (*acting out*) y de las repeticiones. Ambos términos se refieren sólo a la conducta del paciente. Implican que el analista es un observador de la experiencia y no participa en ella. Las diferencia también de la identificación proyectiva que admite la respuesta del analista, pero no reconoce su contribución a la experiencia analítica, determinada por sus propios procesos inconscientes.

Las interacciones reciprocas están determinadas por afectos y conductas inconscientes del terapeuta, resultado de los intentos del paciente para crear la representación interaccional de una relación de objeto deseada. Obteniendo una interacción con el analista, el paciente consigue una prueba de realidad para sus fantasías transferenciales. Son actualizaciones de las fantasías transferenciales que obtienen una reacción contratransferencial.

Chused (1991) precisa más cuando afirma, como Sandler lo hizo antes (1976), que tales actualizaciones resultan de una comunicación a través de señales inconscientes, que descansan sobre una señalización afectiva similar

a la que usan los niños muy pequeños antes de poseer la capacidad para la abstracción y la simbolización. Es decir apoyadas prioritariamente sobre el lenguaje gestual y corporal.

Según Harley (1971) las actualizaciones son extensiones del mundo exterior dentro de la situación analítica, a diferencia de la transferencia que es la repetición de experiencias pasadas y conflictos que han surgido en el análisis como derivaciones de la represión y que están dirigidos hacia el analista.

Otra cuestión es si las características y actitudes habituales o los rasgos de carácter manifestados hacia el analista, pueden ser considerados como parte de la transferencia. Podría ser así si los elementos reprimidos que intervienen en su formación se hubieran reavivado y fueran experimentados en relación al terapeuta.

Shapiro y Esman (1992) precisan que las actualizaciones no pueden estar organizadas por pensamientos conscientes. Sobre este punto hay una división parecida a la que plantean los psicólogos cognitivistas entre recuerdos episódicos y semánticos, señalando que los primeros están almacenados como imágenes visuales y no como pensamientos verbales.

Los terapeutas intentan reestructurar los patrones existentes y por lo tanto lograr un impacto en la organización del yo, articulando estas entidades con un lenguaje verbal. Efectivamente las proposiciones verbales tienen un efecto organizador sobre la conducta, como lo hacen los factores interaccionales según el planteamiento de Shapiro (1991) o, como lo argumenta Dolto (1973), se trata de nombrar con palabras las experiencias que de otra forma permanecen desconocidas y amenazantes para el niño. También Winnicott (1960) ha llamado la atención sobre estos tempranos patrones de acción preverbal, incidiendo sobre los aspectos más preverbales de la situación terapéutica.

Stern (1985) y Emde y col. (1976), en sus trabajos sobre la forma de comunicación afectiva que antecede al lenguaje, han demostrado la atracción, claridad y universalidad de tales señales. Sin embargo el que fantasías y deseos conflictivos reprimidos encuentren expresión a través de un modo de

comunicación desarrollado muy precozmente, no significa que los conflictos expresados correspondan a un periodo de vida preverbal, únicamente que un canal más primitivo de comunicación, que se apoya en señales afectivas ocultas, se está activando.

Todos los individuos están sujetos a indicios sutiles contenidos en el gesto, el tono de voz, la expresión facial y el ritmo. Lo que hace único un análisis no es la recepción de tales indicios por parte del analista, sino su capacidad de encontrar palabras para describir su mensaje.

Greenacre (1959) plantea que las manifestaciones transferenciales neuróticas no forman un conjunto de patrones consistentes, su claridad es a menudo menos constante que los síntomas o que cualquier otra manifestación de la neurosis. El grado en el que las actitudes transferenciales se juegan fuera del encuadre analítico, en las actuales relaciones con los demás, también varían considerablemente. Por estas razones prefiere el término de manifestaciones activas de una transferencia neurótica, que neurosis de transferencia.

3.4.6. TRANSFERENCIA Y ALIANZA TERAPÉUTICA

No hay una posición unánime en torno al término alianza terapéutica o alianza de ayuda. Luborsky (1976) la define como la traducción operacional de la transferencia. Algunos autores en la línea de la psicología del yo, como Stone (1967) y Friedman (1969), la entienden como una relación positiva de trabajo fuera de la relación transferencial. Sin embargo otros autores, como Sandler (1969) y Coderch (1990c), plantean que la relación terapéutica forma parte también de la transferencia, siendo la diferencia fundamental entre ambas la forma en que se utilizan desde la técnica. En la psicoterapia las intervenciones no promueven la regresión y cuidan de forma específica la colaboración del paciente.

El primero que abordó la cuestión de la alianza terapéutica fue Sterba (1934), definiéndola sobre la base de una disociación terapéutica del yo en la que se distinguen dos partes, la que colabora con el analista, conectada con la realidad, y la que se le opone, alimentada por los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyo. Mas tarde señala la identificación del paciente con el terapeuta como una poderosa ayuda del trabajo en común (Sterba, 1940).

Zetzel y Meissner (Zetzel, 1956; Zetzel y Meissner, 1974) mantienen que la alianza terapéutica es la base indispensable para el trabajo analítico y la definen como una relación positiva y estable entre analista y paciente, apoyada en las funciones autónomas del yo, pero que también se remite a las primeras relaciones objetales del niño, especialmente con la madre.

Según Greenson (1965) la diferenciación entre la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo es a menudo imprecisa, sin embargo se hace necesaria para analizar y trabajar dos reacciones transferenciales diferentes y fundamentales. Tanto la alianza de trabajo como la neurosis de transferencia son esenciales para la terapia psicoanalítica, para que el tratamiento psicoanalítico tenga éxito el paciente debe ser capaz de desarrollar tanto una neurosis de transferencia, como establecer y mantener una alianza de trabajo fiable.

Greenson la define como "alianza de trabajo" porque pone de relevancia su función central, la habilidad del paciente para trabajar en la situación analítica, pero términos como alianza terapéutica, alianza de ayuda, transferencia racional, y transferencia madura se refieren a fenómenos similares.

La transferencia tiene dos características principales, es una repetición del pasado y debe ser inapropiada en el presente. La neurosis de transferencia engloba algo más que la neurosis infantil, el paciente también reproduce las ediciones y variaciones posteriores de su neurosis original. Los llamados fenómenos flotantes de la transferencia (reacciones esporádicas y transitorias) no pertenecen a la neurosis de transferencia.

La alianza de trabajo se utiliza para designar la relación relativamente no neurótica y racional que el paciente tiene con el analista. Es la parte razonable y objetiva de los sentimientos del paciente hacia el terapeuta lo que contribuye a la formación de la alianza de trabajo. Se puede observar claramente cuando un paciente, inmerso en una intensa neurosis de transferencia, puede todavía mantener una relación de trabajo efectiva con el analista (Greenson, 1965).

El elemento esencial de la alianza de trabajo es la motivación del paciente por superar su enfermedad, su deseo consciente y racional de cooperar y su habilidad de seguir las instrucciones del terapeuta. Se produce por medio de las identificaciones parciales con el método y el planteamiento del analista, como un intento de comprender la conducta del paciente.

Sin embargo la diferencia entre la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo no es absoluta, porque ésta última contiene a veces elementos de la neurosis infantil que pueden precisar análisis. Además la neurosis de transferencia puede invadir la alianza de ayuda y de igual modo ésta última puede ser utilizada defensivamente para mantener fuera del análisis los fenómenos transferenciales más regresivos. A pesar de las diversas combinaciones la separación de ambos fenómenos tiene un alto valor tanto clínico como técnico (Greenson, 1965).

Freud en *La iniciación al tratamiento* (1913) señala que "en el curso del tratamiento se despierta un factor cooperador, el interés intelectual y la comprensión del enfermo" y avisa del peligro de que la cura pierda su contacto con la realidad. Fenichel (1941) describe la transferencia racional en términos parecidos. Stone (1967) se refiere a la transferencia madura como un elemento esencial para el éxito del análisis, opuesta a las reacciones de la transferencia primordial. Gitelson (1962) habla de la relación que se establece al inicio del tratamiento y que eventualmente se transforma en transferencia. Acentúa la necesidad de que el terapeuta se presente como un buen objeto y un yo auxiliar.

A menudo el desacuerdo entre diversos autores se basa en la no distinción entre la alianza de ayuda y los fenómenos transferenciales más

regresivos. Tal como señala Greenson (1972) para que se establezca una alianza de trabajo el paciente debe tener la capacidad para organizar relaciones de objeto, puesto que las reacciones transferenciales son, esencialmente una variedad especial de ellas. Debe ser capaz también de establecer relaciones sublimadas en su vida cotidiana.

Debido a que la alianza de trabajo es un fenómeno transferencial relativamente racional, desexualizado y no agresivo, los pacientes muy narcisistas no podrán establecer una transferencia consistente. Asimismo es necesario que en el curso del tratamiento el paciente pueda regresar a las más primitivas e irracionales reacciones transferenciales, que están bajo la influencia del proceso primario. Sin embargo y paralelamente, debe ser capaz de sostener el proceso secundario y mantener, separada de las reacciones transferenciales más regresivas, una relación de objeto relativamente razonable con el terapeuta.

Por lo tanto es necesario que el analista realice otro tipo de intervenciones, además de las interpretaciones, para crear y mantener una atmósfera analítica productiva (Greenson, 1972). Esto no significa poner en duda el papel central de la interpretación de la transferencia y de las resistencias en el curso de la terapia. Sin embargo, suponer que el trabajo del terapeuta consiste sólo en interpretar, puede entorpecer el desarrollo de la neurosis de transferencia y bloquear la capacidad del paciente para desarrollar relaciones de objeto realistas.

La contribución de la alianza de trabajo depende de dos propiedades antitéticas, la capacidad de mantener contacto con la realidad de la situación analítica y la disposición al riesgo de la regresión a la fantasía. La oscilación entre estas dos posiciones es esencial para el trabajo analítico (Greenson, 1972).

Por las características especiales del niño la alianza terapéutica tiene connotaciones específicas. Según Sandler, Kennedy y Tyson (1975) "la alianza de tratamiento es un producto del deseo consciente o inconsciente del niño para cooperar y de su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para vencer sus dificultades internas y sus resistencias", lo cual significa que el niño

entiende y acepta que tiene problemas y está dispuesto a resolverlos a pesar de sus resistencias y de las que regularmente pueden provenir de los padres.

Etchegoyen (1986) precisa que a menudo el niño expresa claramente su deseo de ser ayudado, mientras que otras veces la alianza es solamente un aspecto de la transferencia positiva, siendo el analista un adulto significativo por el que se deja guiar o bien una especie de figura materna que lo ayuda. A ello se añadiría la experiencia misma del tratamiento, donde el niño se siente escuchado y entendido, despertándole sentimientos positivos.

El superyo participa en la alianza terapéutica haciendo que el niño asuma la responsabilidad de acudir a las sesiones y colaborar con el terapeuta, pero también los padres forman parte de la misma, apoyándolo para que inicie y continúe el tratamiento. Por dicha razón la valoración de la alianza terapéutica en los niños es más difícil y complicada que en los adultos. Puede suceder que el niño acuda a las sesiones obligado por los padres y no por su propia voluntad (Etchegoyen, 1986).

3.5. LA TRANSFERENCIA CON LOS PADRES

Todos los analistas que han trabajado con niños y adolescentes se han planteado la cuestión de la relación con los padres, desde los que no consideran necesaria ninguna relación, hasta los que trabajan en una relación diádica.

Hug-hellmuth (1920) por ejemplo, planteaba que los padres eran colaboradores imprescindibles, sobre todo como informantes objetivos de las vicisitudes de la primera infancia: desarrollo, vida cotidiana del niño, etc., aunque por otra parte advertía también sobre las dificultades que de ello se puede derivar. Señalaba que, a pesar de que se recurra al análisis como último recurso y los padres tengan plena confianza en él, siempre esperan de una forma u otra como un milagro, la rápida desaparición de los síntomas.

Por otro lado el hecho de que el terapeuta pueda enterarse de todos los conflictos familiares, así como los errores educativos cometidos bajo la mejor intención, llena a los padres de angustia y culpa, representando indudablemente una herida narcisista y por tanto una resistencia. A esto hay que añadir el deseo de intervenir de forma activa en el trabajo de la cura y los empeoramientos en la conducta del niño, o la bajada en el rendimiento escolar, producto de las reestructuraciones psíquicas. No es menos importante el malestar que pueden experimentar al comprobar la transferencia positiva del niño con el analista. Todas estas circunstancias pueden producir una interrupción prematura del tratamiento (Hug-hellmuth, 1920).

Aberastury (1978) plantea una línea de trabajo con el niño en una relación bipersonal como con los adultos. No realiza apenas entrevistas con los padres, salvo que el hecho de no hacerlas resulte perturbador para la continuidad del tratamiento. Se abstiene totalmente de dar consejos o sugerencias, en una línea de trabajo muy parecida a la de Klein.

Diferencia problemas específicos en la transferencia con adolescentes (Aberastury, 1969). En estos casos se producen permanentes desplazamientos e identificaciones proyectivas entre el terapeuta y los padres, más intensos e imprevistos que en otros periodos de la vida, porque el proceso de cambio está plenamente activo. La dificultad del terapeuta para trabajar con adolescentes es similar a la de los padres, con los cuales se identifica. Como representante del mundo adulto tiene dificultades específicas frente a este periodo de la vida y los problemas técnicos son inherentes a la adolescencia y no a la relación adolescente-terapeuta.

Bick (1962), en una línea parecida, plantea que el analista de niños tiene un problema constante con sus identificaciones inconscientes. Corre el riesgo de identificarse con el niño en contra de los padres o con los padres en contra del niño o bien puede asumir una actitud parental protectora hacia el niño.

Estos conflictos a menudo conducen a una actitud persecutoria y culpabilizadora hacia los padres, haciendo del analista una figura muy crítica y colocándoles en una situación de dependencia en busca de su aprobación.

Mâle y col. (1975), siguiendo su planteamiento sobre las formas transferenciales entre niño y su madre como una díada inseparable, trabajan con niños menores de 4 años y sus madres, de forma simultánea. Dan consejos y recomendaciones concretas, además de realizar interpretaciones.

La transferencia propia del niño se caracteriza por ser esencialmente variable, poniendo en movimiento una relación transferencial muy arcaica y reparadora, a nivel de la preocupación maternal primaria.

Los elementos transferenciales propios de la madre se caracterizan porque se catectiza rápidamente al terapeuta como una madre omnipotente, refugiándose en una relación infantil de petición de ayuda y consejo. El terapeuta se convierte también en la madre omnipotente que sabe más que la verdadera madre y que amenaza con apoderarse de su hijo.

Chused (1988), por su parte, considera que no se pueden ignorar las relaciones del niño con sus padres y, desde luego, el analista debe relacionarse con ellos de forma completamente distinta a los pacientes adultos. El vínculo entre el niño y el analista puede producir en ellos celos y culpa, y conflictos de lealtad en el niño, que pueden distorsionar la expresión de la transferencia o llevar a los padres a interrumpir el tratamiento, por lo tanto su apoyo y colaboración es esencial.

La transferencia positiva de los niños puede conducir a sentimientos de inadecuación en los padres o a una rivalidad edípica, si se considera al analista como un padre o un rival más adecuado. La transferencia negativa del niño despierta la confirmación de la transferencia negativa de los padres hacia el analista. El compromiso del niño hacia el tratamiento desafía la organización defensiva de los padres, como individuos y como pareja (Chused, 1988).

Según Shapiro y Esman (1992) se puede determinar de forma bastante clara cómo algunos padres proporcionan dobles señales similares al doble vínculo, que conducen a los niños de 3 años a tener un conocimiento amplio de varios sistemas de señales diferentes, de forma que pueden evitar el cumplirlos.

Todas estas capacidades ofrecen continua evidencia, desde la clínica, de que los afectos modulan la conducta y de que las interacciones sociales determinan las disposiciones afectivas. Tales planteamientos vienen a cuestionar los tratamientos realizados por Klein, en los que los padres estaban totalmente al margen o bien la línea de A. Freud, en la que se les utilizaba como supuestos informadores objetivos.

Los datos más recientes sugieren que el lugar de los padres en el tratamiento de niños y adolescentes es central para lograr el éxito terapéutico y evitar una interrupción prematura, parece que lo más indicado es trabajar con ellos de una forma u otra.

CAPITULO IV

LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA TRANSFERENCIA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

CAPITULO IV

LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA TRANSFERENCIA CON NIÑOS y ADOLESCENTES

Como hemos visto en el capítulo anterior el valor de todos los desarrollos teóricos aparecidos hasta la fecha, sobre la transferencia y los fenómenos transferenciales con niños y adolescentes, es considerable. Las investigaciones y observaciones clínicas realizadas han hecho avanzar nuestro conocimiento y precisar, cada vez más, su manejo técnico con pacientes de diferente edad, con diversas patologías y en distintos encuadres psicoterapéuticos.

En términos generales las investigaciones y estudios sobre la transferencia cubren un amplio espectro, han partido de diferentes orientaciones teóricas y han utilizado diversas fuentes metodológicas y técnicas.

La orientación psicoanalítica ha guiado numerosas investigaciones, tanto desde la psicología del yo, como desde la teoría de las relaciones de objeto. Los teóricos del desarrollo han contribuido también a ampliar el campo de investigación, aportando interesantes descubrimientos sobre las diferentes formas de relación en los niños pequeños, así como su importancia en el posterior desarrollo evolutivo, posibles patologías en las que pueden derivar y

su poder pronóstico en el desenvolvimiento de capacidades tanto cognitivas como afectivas.

La metodología más clásica utilizada desde el psicoanálisis ha sido el estudio del caso clínico. Este enfoque, utilizado por todos los grandes analistas desde Freud, ha tratado de desarrollar planteamientos teóricos a partir del análisis pormenorizado del material clínico de un caso determinado. Sin embargo, a pesar de la enorme riqueza de los datos, el problema fundamental ha sido la dificultad de objetivar los descubrimientos de forma unívoca.

Otra fuente importante de datos ha sido la retrospectiva clínica de los recuerdos infantiles de pacientes adultos o de sujetos jóvenes, utilizando también el material de las sesiones. Aunque aquí la duda principal es el límite entre la retrospectiva y la reconstrucción de recuerdos infantiles, que difiere bastante del material obtenido directamente de los niños.

En este sentido es necesario señalar, como lo hacen Fried, Crits-Christoph y Luborsky (1992), la escasez de investigaciones cuantitativas y sistemáticas que utilizan el material psicoterapéutico como base del estudio y que ofrezcan además medidas objetivables para los investigadores. Este hecho es todavía más evidente en el caso de los niños y adolescentes, donde las investigaciones son aún menos frecuentes.

Otro grupo de investigaciones han partido de la observación directa de las relaciones tempranas entre el bebé y su madre, estudiadas en su mayoría en los primeros años de vida o entre niños de la misma edad en guarderías o en el contexto escolar. Los estudios se han planteado tanto desde las teorías de las relaciones de objeto, como desde las teorías del desarrollo.

En ocasiones se han utilizado tests clínicos de valoración cualitativa y otros métodos cualitativos y cuantitativos, como el CCRT, para analizar los esquemas de interacción o patrones de relación entre los sujetos.

En general, sin embargo, la mayoría de las investigaciones han incidido sobre todo en valoraciones y métodos cualitativos y no tanto cuantitativos, lo cual representa un problema importante a la hora de generalizar, aplicar y desarrollar los descubrimientos.

4.1. EL ANALISIS DEL CASO UNICO

Como decíamos anteriormente, el análisis del caso único ha sido la metodología más clásica utilizada desde el psicoanálisis. Prácticamente todos los analistas han seguido esta práctica para estudiar e investigar sobre aspectos teóricos y técnicos y entre ellos siempre ha estado presente el análisis de la transferencia como uno de los elementos centrales del método analítico.

Por citar sólo a unos cuantos mencionaremos a Ana Freud, Melitta Sperling, Sophie Morgenstern, con el análisis de un niño mutista de 9 años (Morgenstern, 1927), Esther Bick, Arminda Aberastury, con su estudio sobre Claudia, niña 19 meses que presentaba graves crisis de ansiedad y fobia a los globos (Aberastury, 1950), Paula Heimann, Rosine Lefort, con su análisis de Roberto, niño psicótico de 4 años, denominado el niño del lobo (Lefort, 1953-54), etc. La riqueza de datos que ofrece esta metodología es incuestionable, el mayor problema es la dificultad de cuantificar y generalizar las observaciones para otros investigadores.

En la historia del análisis y de la psicoterapia de niños y adolescentes hay casos, ya clásicos, que han hecho historia, bien por su metodología innovadora, bien por los descubrimientos a que han dado lugar y por las controversias de las que han sido objeto.

El primer caso conocido es el del pequeño Hans (Freud, 1909), ya varias veces citado. Aunque está considerado como el primer análisis de un niño, en ningún caso supone un prototipo de la cura tipo ni un modelo técnico del tratamiento con niños. Como ya sabemos el análisis se realizó a través del padre, paciente de Freud, que fue el encargado de llevar a cabo el plan de interpretaciones previamente discutidas con él. Freud sólo vio al niño en una ocasión, en presencia del padre, para explicarle el significado edípico de su fobia.

Hoy en día este tipo de trabajo nos parecería un error técnico de primera magnitud, pero también es cierto que han sido precisamente los primeros trabajos de este tipo, los que han permitido avanzar en la teoría y la técnica de los tratamientos psicoterapéuticos.

A Freud no le preocupaba, en aquel momento, las dificultades teóricas o técnicas del análisis de niños sino la confirmación de sus teorías sobre la sexualidad infantil. La fobia del niño a los caballos, analizada de forma minuciosa, le sirvió para confirmar la existencia de la sexualidad infantil y la sobredeterminación del síntoma. El caso planteó la necesidad del estudio y desarrollo del análisis con niños.

Winnicott nos ofrece un ejemplo magnífico del análisis pormenorizado de una niña, el famoso caso "Piggle" (Winnicott, 1980). El mayor valor de este caso es quizá la transcripción literal de todo el material de las sesiones, de las cartas de los padres y de la propia niña, además de las anotaciones y comentarios de Winnicott. Es poco frecuente la publicación del material directo de las sesiones, lo cual da un valor incalculable al estudio, ya que proporciona la posibilidad de que cualquier terapeuta pueda a su vez investigar y analizar todo el curso del tratamiento.

La niña tenía dos años y cuatro meses cuando empezó el tratamiento, que duró dos años y medio. El primer contacto lo iniciaron los padres, en el año 1964, a través de una carta donde describen los síntomas de la niña. Presentaba dificultades para dormir y pesadillas, se aburría y deprimía con facilidad y tenía episodios de rabietas y mal humor. A lo largo del tratamiento podemos observar como se establece la comunicación inicial con Winnicott y, a partir de ésta, como se desarrolla el establecimiento de la transferencia y su liquidación final. En palabras del propio Winnicott de forma adecuada para ambos.

Quizá lo más novedoso del caso es la modalidad del "análisis a pedido". Debido a que la niña y su familia vivían a una distancia considerable de Londres, Winnicott llevó a cabo el tratamiento en sesiones realizadas a petición de la paciente, sosteniendo de esta forma el deseo de ser analizada y trabajar sus conflictos.

De esta forma también la transferencia tuvo un tratamiento particular, sostenida entre sesiones a través de las cartas de la niña y de los padres. Cartas informativas de la evolución de la enfermedad y de las propias angustias paternas, a las que Winnicott contestaba en tono tranquilizador o informativo y en ocasiones también interpretativo.

Como el anterior, el caso Dominique de Françoise Dolto (Dolto, 1987b), también proporciona la transcripción literal del material de las sesiones. La misma autora señala su intención de ofrecer todo el material, como método de aprendizaje, a los nuevos analistas, señalando que los fragmentos de sesiones o sueños, seleccionados para apoyar determinadas teorías, la dejan perpleja.

El paciente, un adolescente de 14 años, llegó diagnosticado de deficiente y señalado como incapaz para el aprendizaje. En realidad la petición de la familia y de la propia institución era la recomendación de un internado apropiado a sus características. Dolto escucha a la madre y toda la historia familiar y emprende un tratamiento que se presupone difícil e incierto. Previamente, a los 6 años, el chico había seguido un tratamiento psicoterapéutico sin mejoría aparente y se le habían realizado numerosas pruebas y tests psicopedagógicos.

En realidad Dominique es un adolescente psicótico, con graves trastornos en el desarrollo e importantes fobias. Dolto lo plantea así desde el primer momento, en una situación transferencial que apela tanto a los padres como al chico y que es capaz de desligar la historia previa de debilidad mental.

El tratamiento duró aproximadamente un año, en principio en un encuadre quincenal, debido a que la familia vivía lejos de París, aunque la periodicidad siempre tuvo sus alteraciones debidas fundamentalmente a las resistencias familiares, incluida su finalización.

Dolto explica las diferencias con encuadres donde las sesiones son más frecuentes y las características técnicas necesarias para trabajar en esta modalidad más espaciada. En primer lugar aclara que la evolución no es más lenta, simplemente el material y el clima emocional son mucho más densos.

La necesidad de interpretación es mayor en cada sesión debido a que los puntos centrales de los conflictos se plantean más rápidamente, de la misma forma que la transferencia se desenvuelve más pronto.

A lo largo del tratamiento nos va dando indicaciones técnicas del manejo de la transferencia, no sólo con el paciente sino, lo que es más interesante, con los padres y en este caso con el hermano mayor. Así Dolto acepta ver a los padres, hermanos o abuelos, siempre que el niño esté de acuerdo y en su presencia o sin él, según su deseo, aclarando que si él no está le comentara lo que se haya hablado. De esta forma el tratamiento de este adolescente se convierte en un manual teórico y técnico, donde el analista es el receptor de los trastornos del paciente en un marco familiar muy perturbado.

A pesar de la mejoría del chico y de la opinión de la propia analista, la familia decide finalizar el tratamiento en un momento en el que parece evidente el pasaje a una sintomatología neurótica. Dolto plantea la necesidad de escuchar la angustia familiar y terminar el tratamiento, ya que no es posible trabajar enfrentándose a los padres. La liquidación de la transferencia con el paciente pasa por la aceptación de los límites familiares en los que él está situado. Desautorizarlos o desvalorizarlos es para ella dejar al paciente sin sus referencias simbólicas.

Melanie Klein nos proporciona varios análisis parciales en su obra *Psicoanálisis de niños* (Klein, 1932). Sus pacientes eran por lo general niños bastante graves. Sirvan como ejemplo Rita de 2 años y 9 meses con terrores nocturnos, fobias y rituales obsesivos, Trude de 3 años y 9 meses, también con terrores nocturnos o Erna, de 6 años, psicótica. Con todos ellos Klein desarrolló sus teorías y su técnica de juego. Quizá el más interesante sea el de Dick (Klein, 1930). Klein nos dice que es un niño de 4 años con un desarrollo madurativo que corresponde a unos 15-18 meses. La descripción clínica es muy precisa, ausencia total de afecto, indiferencia ante la presencia o ausencia de la madre, o de cualquier otra persona, ningún contacto con el medio.

No hay ningún signo de angustia, el niño no jugaba y su lenguaje se reducía a sonidos ininteligibles, ruidos estereotipados y algunas palabras. Klein duda en el diagnóstico entre una demencia precoz o una esquizofrenia infantil, pero está absolutamente segura sobre los rasgos psicóticos de este niño. Hoy en día, gracias a su precisa observación clínica, no dudamos en considerar que este niño era un autista. Se trata pues del primer análisis de un niño autista en unas condiciones realmente difíciles.

No sabemos cuanto tiempo duró el tratamiento, ni con qué periodicidad se realizó. Klein sólo nos ofrece segmentos del análisis, relatos precisos de las conductas del niño durante las sesiones y sus reacciones a las interpretaciones. Nos dice que a los 6 meses de tratamiento la evolución es muy favorable, después de haber podido establecer una relación transferencial, poniendo en movimiento la angustia.

El niño presentaba una ausencia total de relación de objeto, se paseaba totalmente indiferente por el despacho sin observar ni a la analista ni a los juguetes, sólo le llama la atención un tren. A partir de este mínimo interés Klein interpreta en referencia a la triangulación edípica. Es evidente que a partir de este momento el niño establece el primer contacto y se despliega el interés por el mundo que lo rodea, los objetos y las cosas.

A lo largo del tratamiento vemos como aparece la angustia y por lo tanto la dependencia (al comienzo de una sesión llora, por primera vez, cuando se va la niñera). A través de la transferencia el niño puede organizar una mínima relación de objeto.

Nos llama sin embargo la atención la premura de Klein por interpretar, ya en la primera sesión realiza interpretaciones. Ella misma nos dice que debido a las dificultades de este caso tuvo que modificar su técnica. Habitualmente sólo interpretaba el material cuando se había expresado mediante varias representaciones, pero en su paciente la capacidad de expresión era casi nula, por lo que Klein dice que interpreta su conducta en base a sus conocimientos generales sobre los símbolos.

El tratamiento le sirve además para reafirmarse en sus hipótesis teóricas, aclarando que incluso este niño, en el que el yo estaba

rudimentariamente desarrollado, logró evolucionar únicamente a través de la interpretación de los conflictos inconscientes y sin ningún apoyo o sugerencia de tipo educativo.

4.2. LAS OBSERVACIONES DIRECTAS SOBRE LAS RELACIONES TEMPRANAS

Hay una gran cantidad de investigaciones, realizadas mediante la observación directa de las relaciones tempranas, basadas en las teorías de las relaciones de objeto. Algunas de ellas como las de Sroufe y Waters (1977), Sroufe (1983) y Sroufe y Fleesom (1986), parten de la teoría del apego de Bowlby (1973, 1969).

Dichos trabajos, realizados con preescolares de 4 años, están centrados en el vínculo madre-hijo. Comprobando que las diferencias individuales eran resultado directo de los cuidados tempranos, fundamentalmente de la disponibilidad del adulto para entender y atender las necesidades físicas y psicológicas del niño.

Son las cualidades de este desarrollo temprano las que favorecen o entorpecen los desarrollos conductuales posteriores, como por ejemplo la competencia personal e interpersonal.

La continuidad y coherencia en los patrones de relación es evidente en los años tempranos. Luborsky (1987) realizó una comparación sistemática de los cambios en el desarrollo del modelo de imitación, basado en videos sobre la interacción de madres y niños de 1 año, mostrando la evidencia de una mayor diferenciación a los 2 años.

Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) operacionalizaron el concepto de apego valorando, mediante situaciones experimentales, la capacidad de niños entre uno y dos años para utilizar a su madre como una base segura, desde la que se puede explorar el mundo circundante. Encontraron que las relaciones madre-hijo tiene un impacto importante en el desarrollo de su

personalidad y pueden servir como dato predictivo de las posibilidades de desarrollo.

Otros estudios (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Bretherton, Ridgeway y Cassidy, 1990; Bretherton, 1995) han extendido el rango de edad en las investigaciones sobre las relaciones de apego, trabajando con las madres sobre las características internas para desempeñar su rol o investigando la modalidad de educación recibida de sus madres, al tiempo que han explorado los vínculos entre el trabajo interno de las relaciones de apego y la conducta externa. De ellos se ha derivado una forma de entrevista para investigar el vínculo de apego en adultos (George, Kaplan y Main, 1985), y un sistema de clasificación de modalidades de las relaciones de apego en adultos (Main y Goldwyn, 1985).

La entrevista contiene preguntas sobre las relaciones con los padres y precisa la rememoración de recuerdos de la infancia. Las relaciones son valoradas como rechazo de los padres y amor o desamor en la infancia. Las teorías del desarrollo contemplan las necesidades no recíprocas de ayuda, por parte de los padres, como algo central en la temprana infancia y las necesidades de una mutua conexión e intimidad con ellos, como algo que prevalece durante la adolescencia media y tardía (Sullivan, 1953; Erikson, 1959).

La necesidad de dependencia es un pensamiento que prevalece en la temprana infancia, porque el prolongado desvalimiento de los niños les hace confiar, por un largo periodo de tiempo, en el conocimiento y la ayuda de los mayores.

Desde la psicología del yo y las teorías del desarrollo, el microanálisis utilizado por Tronik (1982) sobre el intercambio madre-niño, ha proporcionado mucha información sobre la estructura de su interacción.

Stern (1985, 1989) y Beebe y Lachman (1988) han examinado cómo las representaciones mentales de los patrones de relación influyen en el desarrollo de la personalidad. La relación entre los padres y el niño es fundamental para la temprana estructuración mental. El efecto que se moviliza

en la interacción, determina la forma en que los niños aprenden a nombrar sus sentimientos y a regular e inhibir sus emociones.

Emde (1991) formula interrogantes para posteriores investigaciones. Como en qué grado las experiencias emocionales positivas de la primera infancia, facilitan la adaptación posterior y la resistencia frente a la ansiedad y cómo pueden los déficits o distorsiones de tales experiencias, ser compensados en el desarrollo posterior.

Kris (1957) inició un estudio longitudinal sobre el desarrollo del niño que partía de una muestra de madres embarazadas. Se estudió a los niños desde el nacimiento en diferentes medios, en el contexto escolar y en tratamientos psicoanalíticos, por medio de un equipo interdisciplinario. El objetivo del estudio era confirmar la posibilidad de predicciones en el desenvolvimiento del desarrollo de los niños, mediante la observación de la interacción y de la personalidad de sus madres.

Aunque muchas de las hipótesis no pudieron confirmarse, se comprobó que el comportamiento de las madres podía variar por circunstancias contingentes, que dependían de las características del bebé. Esto demostró la importancia de la influencia del bebé sobre su madre, hasta el punto de variar el pronóstico inicial.

Mahler y col. (1975) trabajaron sobre material recogido de observaciones con niños gravemente trastornados y otros que presentaban un desarrollo normalizado. Su teoría sobre el proceso de individuación-separación, describe y fundamenta la teoría de la evolución de la representación de sí mismo y de la representación de objeto, en el desarrollo del niño. Además define dos tipos de psicosis distintas, la autista y la simbiótica, como alteraciones graves de lo que son dos etapas necesarias en el desarrollo evolutivo.

La investigación dirigida por Lebovici (1988) examina todas las características de las interacciones tempranas entre la madre y el bebé. Tanto desde el punto de vista de las capacidades físicas, como de los potenciales psíquicos, características de la interacción en el contexto familiar, etc. Hace

además una extensa revisión de investigaciones y teorías anteriores sobre la interacción madre-bebé.

4.3. LA RETROSPECCION CLINICA

El método de la retrospectiva clínica ha tenido una larga historia en la intervención con pacientes adultos. El método se apoya en los recuerdos de la infancia, para reconstruir escenas traumáticas que pueden haber influido en la configuración del patrón de relación actual. En esta línea ya hay estudios que han trabajado con sujetos jóvenes sobre acontecimientos de su infancia y adolescencia (Thorne y Hogan, 1992; Thorne, 1995; Thorne, Cutting y Skaw, 1998). Existe una evidencia clínica incuestionable de que una escena traumática temprana actúa como una impronta, de forma que episodios posteriores contienen réplicas de algunos de sus componentes (Crovitz y Schiffman, 1974; Reiser, 1984).

Engel y Reichsman (1956), Carlson (1986) y Tomkins (1987) han señalado un concepto similar, la larga consistencia del patrón de relación que se repite en relaciones posteriores. Otra serie de investigaciones han llegado a la conclusión de que los recuerdos personales son un constante proceso de selección y revisión, basado en acontecimientos actuales que tienen importancia para el sujeto (Bem y McConnell, 1970; Loftus, 1979; Greenwald, 1980; Neisser, 1982; Barclay, 1986).

4.4. LAS INVESTIGACIONES SOBRE PATRONES DE RELACION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Etchegoyen (1986) plantea que el origen de la transferencia se tiene que buscar en ciertos modelos, estereotipos o clichés, que todo el mundo

tiene y que surgen como el resultado de la disposición innata y de las experiencias de los primeros años.

Estos modelos se repiten continuamente a lo largo de la vida aunque pueden variar con nuevas experiencias. Los estereotipos se componen de dos clases de impulsos; los conscientes, que sirven al yo para comprender los hechos del presente con los modelos del pasado, dentro del principio de realidad y que forman parte de la experiencia. Los inconscientes, que están sometidos al principio del placer y que, mediante la transferencia, toman el presente por el pasado en busca de satisfacción y de descarga. Los estereotipos de la conducta son por lo tanto modelos del pasado en los que están presentes, en serie complementaria, estos dos factores.

En la extensión de los conceptos sobre un patrón central de relación se incluye también un "principio central organizador", como el que plantean Meichenbaum y Gilmore (1984), y la "reacción problemática en la descripción de sucesos" de Rice y Greenberg (1984).

Hoy en día la psicoterapia dinámica es capaz de reconocer y usar el concepto bajo la forma de patrón transferencial, dado que los resultados de su método clínico están apoyados en investigaciones que han ido perfeccionando los sistemas de medida (Thorne, 1989).

Halasz (1993) señala que en los últimos años el conocimiento sobre la teoría, la práctica y la investigación, en la psicoterapia de niños y adolescentes, se ha incrementado considerablemente abriendo nuevos caminos y desafíos (García-Villanova, 1998).

El CCRT, método de valoración cualitativa y cuantitativa, ha sido utilizado principalmente con adultos, aunque ya se han realizado algunas investigaciones con niños. Luborsky y col. (Luborsky, Luborsky, Diguier y col, 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998) aplicaron el CCRT a 18 niños de 3 y 5 años, mediante entrevistas sobre situaciones estructuradas, las llamadas Entrevistas de Episodios de Relación (RAP), con una técnica desarrollada por Buchsbaum y Emde (1990) y Bretherton y col. (Bretherton, Prentis y Ridgeway, (1990).

El procedimiento se apoyaba en 10 historias centrales, que planteaban situaciones familiares conflictivas representadas por una familia de muñecos, estimulando al niño para que explicara cual sería la conducta de cada uno de los miembros del grupo familiar. Esta modalidad tenía el efecto de extender hasta los primeros años la habilidad de los niños para contar una historia coherente. Los sujetos de la investigación eran niños "sanos" y el contexto del trabajo no correspondía a un encuadre clínico.

Tal metodología, si bien facilita la obtención de un discurso verbal por parte del niño, no es trasladable a la situación psicoterapéutica, donde el sujeto se encuentra inmerso en una serie de conflictos que le involucran directamente y donde es de suponer existe determinada patología. Además las preguntas, cuando se hacen, sirven al objetivo de situar los problemas o bien a la aclaración de datos oscuros o confusos (Escudero, 1998a).

El objetivo fue comprobar si el Método CCRT se podía aplicar a los niños y si estos tenían también un patrón central de relación en la interacción con sus padres y compararlo con el de los adultos. Los resultados confirmaron dichas hipótesis, además de ofrecer diferencias sustanciales con el patrón de los adultos. También había diferencias entre los niños en base a la edad.

Los resultados encontrados con el CCRT en niños, pueden estar vinculados a los conceptos de Piaget (Piaget e Inhelder, 1969) sobre las transformaciones psicológicas que se producen en el desarrollo. El niño pequeño presenta un pensamiento egocéntrico y el concepto de causalidad todavía es muy primitivo. A lo largo del desarrollo evolutivo se producen cambios cognitivos significativos que producen una estructura diferente.

Loevinger (1969) caracteriza los prototipos o patrones como formas de tratar con el conflicto, señales de peligro que amenazan al yo. Sólo estudios longitudinales podrán ser capaces de diferenciar temas centrales que permanecen a lo largo de la vida, de aquellos que cambian con el tiempo, en la línea que plantea Noam (1991). Conceptos que pertenecen a los planteamientos de Freud y Piaget.

El Test de recuerdos tempranos de Mayman (1968), que es un método de valoración clínica sistemática sobre los patrones de relación, tiene algunas

bases similares con el CCRT. En él se solicita al paciente recuerdos actuales, no historias o fantasías como en el TAT. Se diferencia sin embargo del CCRT en que sólo se trabaja sobre recuerdos tempranos y el método de puntuación es clínico (cualitativo), pero no cuantitativo (Mayman y Faris, 1960).

Los niños pequeños, que están comenzando su desarrollo verbal, tienen dificultades para contar historias si no es proporcionándoles ayuda y una estructura considerable. Una de las técnicas para obtener un discurso verbal, y ayudar a los niños a hablar sobre sus relaciones, es el *Children Apperception Test* (CAT) de Bellak (1954), aunque incluso con este test es difícil obtener relatos antes de los 3 o 4 años.

CAPITULO V

EL METODO DEL CONFLICTO CENTRAL EN LA RELACION (CCRT)

CAPITULO V

EL METODO DEL CONFLICTO CENTRAL EN LA RELACION (CCRT)

5.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

Freud (1895, 1901, 1912, 1912a), en su trabajo clínico, observó que el modelo de relación establecido en la cura por el paciente era personal, específico, repetitivo y duradero y que se producía de la misma forma fuera de la relación analítica. Señaló además que, en este patrón de relación, se producía una transposición sobre el terapeuta de actitudes, sentimiento y deseos experimentados en las relaciones con figuras significativas de la infancia del paciente. Estas observaciones iniciales le proporcionaron las bases para un nuevo concepto, el de la transferencia.

Desde entonces, los psicoterapeutas de orientación dinámica han utilizado el concepto como soporte de sus propias observaciones clínicas. Algunas señalan, de forma inequívoca, que este modelo de relación es un patrón repetitivo que se construye en los primeros años de la vida. Aunque también plantean que es necesario investigar más sobre el momento de su constitución y la profundidad y extensión de la repetición en las relaciones posteriores.

Estas observaciones han permitido a los analistas redescubrir otras concepciones sobre la transferencia, como son los patrones transferenciales o el patrón central de relación. Un concepto similar es el de las escenas nucleares de Tomkins (1979), en las que reaparecen y se condensan recuerdos significativos sobre la vida personal del sujeto.

Murray (1938), destacado estudioso de la personalidad, elaboró el Test de Apercepción Temática (TAT) sobre el principio de que refleja un redescubrimiento del concepto de transferencia de Freud, aunque no fundamentó su idea sobre un patrón central de relación.

Otros investigadores como French y Wheeler (1963) plantean la existencia de un conflicto nuclear en cada paciente, presente siempre de una forma u otra, en las relaciones interpersonales. Un concepto similar fue señalado por Blos (1941a) bajo el término de trauma residual.

La recurrencia de un tema único y repetitivo fue también observado por Arlow (1961), quien sostenía que las fantasías están agrupadas alrededor de deseos instintuales básicos y que se componen de diferentes versiones, pruebas o ensayos, para resolver el conflicto intrapsíquico sobre tales deseos.

5.2. INICIO DEL METODO DEL CONFLICTO CENTRAL EN LA RELACION (CCRT)

Como hemos visto, el concepto del patrón central de relación era conocido y utilizado desde hace tiempo. Sin embargo, su primera traducción operacional, basada en el material del discurso del paciente durante las sesiones, se empezó a investigar de forma sistemática con el Método del Conflicto Central en la Relación (CCRT).

El proceso se inició en la última década de las investigaciones en torno a los resultados de la psicoterapia psicoanalítica del Proyecto Penn de

Psicoterapia, que había comenzado, alrededor de 1967, como continuación y extensión del Proyecto de investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger (Kernberg y col., 1972; Wallerstein, 1986).

El primer esbozo sobre el Método empezó a perfilarse durante las investigaciones de Luborsky (1976, 1977); Luborsky, Mellon, Alexander y col. (1985) y Luborsky, Crits-Christoph y Mellon (1986). Basándose en el concepto de un patrón central de relación, organizado alrededor de un conflicto nuclear, empezaron a trabajar con el material grabado de las sesiones de psicoterapia. El análisis del material se centró sobre los aspectos recurrentes de las interacciones de los pacientes. Los pacientes contaban una y otra vez los mismos conflictos en sus relaciones con diferentes personas y en distintos contextos.

Desde este punto de partida Luborsky y col. coincidiendo con los psicoterapeutas de orientación analítica, destacaban que los conflictos en las relaciones interpersonales producen una variada gama de síntomas clínicos. En consecuencia se planteaban que una mejoría de los síntomas es un indicador de que los conflictos son menos profundos, de que han tenido un cierto nivel de elaboración. En términos más concretos y operativos, los conflictos se repiten menos en el discurso de los pacientes.

Por lo tanto la disminución de la profundidad del conflicto, en el patrón de relación, opera no solo como un factor curativo en el plano clínico mediante la disminución de los síntomas, sino que además el monto del cambio en sí mismo constituye una medida teórica relevante para los resultados de la psicoterapia dinámica. Este es un hecho relevante ya que una de las necesidades más significativa de la investigación en psicoterapia, particularmente en la psicoterapia dinámica, es cómo medir sus resultados de una forma objetiva que se ajuste además a la teoría del cambio.

Los conductistas y los que aceptan los criterios del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), han conducido el campo de la investigación en psicoterapia hacia el uso de medidas básicas de conductas y

síntomas manifiestos, como criterios para verificar resultados.

Para las psicoterapias dinámicas la falta de una medida válida y fiable del cambio psicodinámico, ha forzado estudios para confiar en otros tipos de valoración, tales como los inventarios generales de síntomas o las ratios de mejora global. A pesar de que tales medidas tienen la virtud de la simplicidad y la aplicabilidad, no se han derivado de planteamientos teóricos.

Según Crits-Christoph y Luborsky (1990b) las medidas relevantes, desde el punto de vista teórico, de la psicoterapia psicoanalítica incluirían un cambio en el modelo principal de la relación conflictiva y cambios en la conciencia del paciente sobre su propio patrón. El Método CCRT plantea, en consecuencia, que un índice del cambio para la psicoterapia dinámica es la disminución de la profundidad del patrón inadaptado o desajustado, en las relaciones de un paciente hacia el fin del tratamiento. Este concepto se traduce, por ejemplo, en un descenso a lo largo del tratamiento del porcentaje de episodios de relación en los que este patrón desajustado está presente.

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) iniciaron una investigación con 33 pacientes y 25 terapeutas para valorar la fiabilidad sobre esta medida de cambio y examinar sus relaciones con otras medidas más convencionales, como el Autoinforme de Síntomas (Derogatis, Lipman y col., 1970) y la Escala de Valoración Clínica sobre la Salud-Enfermedad Psicológica (Luborsky, 1962, 1975 y Luborsky y Bachrach, 1974). En los resultados encontraron un elevado acuerdo entre jueces, a la hora de valorar la profundidad y repetición de los principales componentes del CCRT y que el mayor correspondía a los deseos de los pacientes.

Asimismo verificaron que la repetición y la profundidad del patrón descendía desde las primeras sesiones hasta las últimas. Finalmente un descubrimiento importante fue, que este cambio correlacionaba con las puntuaciones del cambio en los síntomas y con las de la escala de salud-enfermedad.

El método CCRT, que se basa en la medida de la repetición y profundidad del patrón, es un sistema guiado de puntuación clínica con fiabilidad interjueces demostrada. Este dato es fundamental porque un método de formulación dinámica, de fiabilidad cuestionable o desconocida, podría obviamente, ser problemático para valorar el cambio en los conflictos dinámicos.

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) utilizaron un concepto directo definido como "el porcentaje de interacciones con otra gente, que contienen el principal tema de relación", que permitía una cualificación fácil y tenía además interés teórico para los clínicos de orientación psicoanalítica. Para valorar los cambios en la profundidad y repetición del patrón contabilizaron las puntuaciones correspondientes a las sesiones del principio y del final de la psicoterapia, comprobando, de esta forma, que los deseos cambiaban menos que las respuestas, tanto del objeto como del sujeto.

Aparentemente los propios deseos, necesidades e intenciones, en las relaciones interpersonales, son relativamente inamovibles. Sin embargo las expectativas de gratificación o bloqueo de los otros al deseo del sujeto, las denominadas respuestas del objeto y las respuestas emocionales del propio sujeto a las acciones o expectativas sobre el objeto, son más flexibles y/o maleables.

A través de una psicoterapia que obtiene buenos resultados, los pacientes aprenden a reconocer y manejar sus patrones de deseo-respuesta de tal forma, que reciben menos respuestas negativas y más positivas de las personas con las que se relacionan. De esta manera, la reducción de la repetición de las relaciones conflictivas se puede contemplar, desde el punto de vista teórico, como un factor curativo crucial.

Las discusiones clínicas de la teoría del cambio, sobre el curso de un psicoanálisis o de una psicoterapia dinámica, ofrecen diferentes puntos de vista. Unos sostiene que los patrones transferenciales y los conflictos que

contienen se resuelven (Ekstein, 1956; Davanloo, 1980). Otros, sin embargo,

mantienen que tanto los patrones como los conflictos permanecen vigentes aun en la psicoterapia con mayor éxito, a pesar de que algunos componentes del patrón cambien (Pfeffer, 1963; Schlessinger y Robbins, 1975).

Los resultados aportados por el CCRT apoyan claramente el segundo punto de vista, lo que al tiempo enfatiza la estabilidad del patrón transferencial. Crits-Christoph y Luborsky (1990b) comprobaron que los cambios en la profundidad y recurrencia, aunque eran pequeños, parecían significativos, como mostraban las correlaciones entre el cambio del patrón del CCRT y la reducción de los síntomas (Luborsky, 1996). Uno de los primeros estudios con el CCRT, en un encuadre grupal, también ofreció resultados similares (Baguet, Gerin y col., 1984).

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) señalan que los datos de esta investigación no pueden aclarar rigurosamente si el cambio dinámico conduce a la reducción de los síntomas o si es únicamente una correlación. Sería necesario valorar ambos cambios, los dinámicos y los sintomáticos, en diferentes tramos del tratamiento para poder probar la hipótesis de sí el cambio dinámico precede y predice el sintomático.

Advierten, sin embargo, que la repetición en el CCRT es solamente una traducción operacional que se puede usar como una medida de resultados para la psicoterapia psicoanalítica o el psicoanálisis. Otros aspectos del proceso psicoanalítico, tales como los cambios en las defensas o en la conciencia del modelo transferencial, necesitan más estudio para establecer nuevos criterios de mejoría.

Luborsky y Crits-Christoph (1988), en sus primeros trabajos, describían y valoraban tres conceptos que después llegaron a desarrollarse como medidas operacionales de conceptos psicoanalíticos. Nos referimos a la alianza terapéutica, el patrón transferencial y la precisión de las interpretaciones.

La selección de la alianza terapéutica, para traducirla como una medida

operacional, estaba basada sobre la teoría del cambio. Luborsky afirma que el desarrollo de una alianza terapéutica positiva está asociada necesariamente con los beneficios proporcionados por la psicoterapia (Luborsky, 1984).

Las primeras investigaciones de Luborsky y col. (1983, 1985) sobre el proceso de la psicoterapia psicoanalítica, que estaban centradas sobre la alianza de ayuda (medida operacional de la alianza terapéutica), utilizaron tres métodos para medir este concepto. La Ratio de la Alianza de Ayuda (*Helping Alliance Rating*), la Alianza de Ayuda en Signos Puntuables (*Helping Alliance Counting Signs*) y el Cuestionario de la Alianza de Ayuda (*Helping Alliance Questionnaire*), cada método valoraba 10 categorías similares.

La tecnología cuantitativa utilizada en estos estudios ha precisado la evidencia de dos factores curativos. Uno es la relación entre la alianza de ayuda positiva y los beneficios que el paciente obtiene de la psicoterapia. El otro se apoya en que la precisión de las interpretaciones está asociada con la mejoría del paciente al final del tratamiento, lo que incluye además el grado de autoconciencia del paciente. La conclusión lógica que se desprendía de estos estudios era que la alianza de ayuda o alianza terapéutica, no era más que una parte específica de un patrón general de relación.

Las investigaciones sobre medidas cuantitativas pueden objetivar además otros factores curativos, como el papel de la internalización, por parte del paciente, de los beneficios del tratamiento. Este factor depende en gran medida de dos elementos. La forma en que se ha realizado la finalización del tratamiento (la liquidación de la transferencia) y la capacidad del paciente para la internalización.

Las evaluaciones clínicas tradicionales, de corte más cualitativo y observacional, han mostrado recientemente no ser demasiado fiables y aun los clínicos expertos no han sido capaces de ponerse de acuerdo, a la hora de establecer el patrón transferencial de un mismo paciente. El estudio de Seitz (1966), en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago y el de DeWitt, Kaltreider, Weiss y Horowitz (1983) sobre los resultados en la psicoterapia, señalan esta

falta de acuerdo.

En contraposición, el Método CCRT ha mostrado bastante estabilidad en el tiempo, demostrando que tiene consistencia a lo largo de un año aproximadamente de psicoterapia, con un sujeto adulto (Crits-Christoph y Luborsky, 1990a). Aunque hay que destacar que su consistencia y estabilidad en la infancia y adolescencia no ha sido examinada todavía.

5.3. QUE ES EL CCRT

El CCRT es un método de análisis de contenido analítico conceptualizado categóricamente, la lógica de la evaluación se constituye básicamente dentro de casos individuales. Trabaja sobre casos observados, con datos provenientes de las transcripciones literales de sesiones de psicoterapia o entrevistas; por lo que no es un método experimental sino clínico (Dahlbender y col., 1993).

Se apoya en el supuesto básico, bien establecido por los lingüistas, de que las experiencias interaccionales específicas son representadas en un relato (Bruner, 1986). Las repeticiones en el discurso representan la estructura de las relaciones importantes sujeto-objeto, como un patrón, que trasciende la perspectiva de la narración individual reconstruida en forma subjetiva.

El método descuida intencionalmente el contexto de la narración y la probable influencia de la situación clínica de investigación, con el fin de acentuar las propiedades estructurales. Está pues en conformidad con la posición psicoanalítica que sostiene que la parte más variable de un impulso es el objeto. Siguiendo a Sandler (1989) se podría decir que el deseo insiste en satisfacerse en distintas situaciones y con objetos diferentes.

El formato del Método CCRT está construido para revelar el foco del conflicto. La secuencia de sus componentes, deseos seguidos por respuestas del objeto y del sujeto, contienen dos tipos de conflicto. El más profundo se da

entre los deseos y el más frecuente entre estos y las respuestas del objeto por un lado y las del sujeto por otro. Es decir que en su formulación enfoca tanto conflictos interpersonales como intrapersonales (Luborsky, 1997).

Los fundamentos del método se apoyan en tres supuestos centrales. Los datos básicos, que aportan información fundamental para extraer el patrón del CCRT, son las narraciones o relatos, contados durante las sesiones y traducidos operacionalmente como episodios de relación (ER). La formulación del CCRT se basa en la frecuencia de los componentes a través de los relatos, más que en criterios derivados de narraciones particulares con una significación clínica especial. Finalmente el patrón extraído es realmente el más significativo y fiable, estando en la base de la aparente variedad de los episodios de relación de los pacientes (Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, 1994).

5.4. ELEMENTOS CUALITATIVOS DEL CCRT

5.4.1. LAS SESIONES

La elección de las sesiones de psicoterapia, como fuente básica de donde extraer los datos, se apoya en el planteamiento freudiano sobre la transferencia, las sesiones eran el material básico del que Freud partía para su formulación.

La primera dificultad que se planteó fue cómo transformar estos datos en medidas objetivas. Las investigaciones anteriores habían trabajado con cuestionarios sobre las relaciones de los pacientes con el terapeuta y con otros objetos, pero aunque esto suponía un ahorro de tiempo, no ofrecía material suficiente sobre la relación transferencial.

En los primeros trabajos con el CCRT se probó a formular los patrones de relación del conjunto de la sesión. Se vio claramente que los jueces

puntuaban, exclusivamente, las narraciones de los pacientes que trataban de sus relaciones con otras personas. Este hecho permitió que el material puntuable se circunscribiera únicamente a los episodios de relación (ER), sin que se perdiera información significativa (Luborsky, 1990c).

La decisión se vio reforzada por las conclusiones de una investigación sobre las ratios de transferencia (Luborsky, Graff y col., 1973). En este estudio se comprobó que las ratios de la transferencia, expresada sobre objetos específicos, alcanzaban un acuerdo inter-jueces mayor que las ratios expresadas en segmentos enteros de la sesión.

5.4.2. LOS EPISODIOS DE RELACIÓN

El CCRT se deriva de la transcripción literal de los relatos o narraciones que los pacientes corrientemente cuentan, e incluso a veces actúan, durante sus sesiones de psicoterapia y a los que se denominan Episodios de Relación (ER). De acuerdo con Luborsky, Barber Schaffler y Cacciola (1990) la media es de 4 por sesión.

Aunque los datos básicos son los acontecimientos sobre las relaciones sujeto-objeto contados por el paciente, de vez en cuando se producen actuaciones, es decir, secuencias de interacciones con el terapeuta dentro de la sesión. Si bien la sesión entera se puede considerar como una interacción entre el paciente y el terapeuta, estas secuencias están limitadas a episodios discretos en ciertas sesiones.

Para el Método CCRT, tanto las narraciones como estas secuencias interaccionales, son consideradas equivalentes. Ofrecen la ventaja de poder comparar la validez de las narraciones con las actuaciones y además incrementan el número de episodios de relación con el terapeuta, categoría que es central para establecer el patrón transferencial. Benjamín (1986), siguiendo este planteamiento, afirma que las cadenas asociativas en un discurso verbal proporcionan una llave para identificar el conflicto dinámico.

Estos episodios se definen como una parte de una sesión en la que hay

una narración clara, acerca de las relaciones con los otros e incluso, a veces, consigo mismo. Cada episodio debe tener una persona principal, fácilmente identificable, con la cual el paciente interactúa. De acuerdo con este criterio son calificados como ERs-sujeto o ERs-otros, según la persona principal sea el propio paciente o bien otras personas como el padre, la madre, los hermanos, etc. y por supuesto el terapeuta.

El reconocimiento de los episodios se hace fácilmente debido a la estructura del relato que tiende a incluir un comienzo, un cuerpo medio y un final, como si se tratara de un guión de cine (Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, 1994). Las narraciones se aprecian a veces de forma explícita, ejemplificando las características de cada paciente y otras se deducen de los hechos que le suceden (Luborsky, Barber y Diguier, 1992).

Según refiere Torres (1993), el grupo de trabajo de la Universidad de Ulm está realizando, desde hace algún tiempo, la evaluación del CCRT directamente de las grabaciones de las sesiones (magnetofónica o audiovisual). Lo que significaría un ahorro importante en el tiempo, así como la posibilidad de valorar otros datos no verbales.

Los ERs pueden cubrir un espacio de tiempo muy amplio, desde los recuerdos más tempranos hasta la vida adulta. Se define como "presente" lo sucedido en la sesión o en las dos semanas anteriores, todo lo demás es considerado "pasado". La delimitación cronológica de los acontecimientos puede originar diferencias significativas en la formulación del CCRT, quizá los acontecimientos más tempranos podrían producir un patrón más profundo. Sin embargo, como señala Torres (1993), en la obra de Luborsky no hay instrucciones concretas para clasificar tales ERs.

5.4.3. SUEÑOS Y FANTASÍAS

Los sueños y fantasías contienen también material informativo, acerca de las relaciones del paciente con otras personas y consigo mismo. Sin

embargo, Luborsky (1990) señala que incluirlos como el resto de los episodios de relación es un interrogante que todavía no está resuelto. Son escasos y no parece que añadan más información de la que se puede obtener con el resto de las narraciones.

5.4.4. LA PERSONA PRINCIPAL

Los jueces que seleccionan los episodios de relación también identifican, en cada uno de ellos, la persona principal con la que el paciente interactúa. Esto permite obtener un CCRT sobre diferentes objetos, de forma que se puede comprender el grado de repetición del patrón a través de diversos tipos de relación.

Además se pueden investigar estas diferencias, agrupadas en función de diversas personas significativas, como pueden ser el padre, la madre o el propio terapeuta. De esta forma se pueden encontrar prototipos específicos que supondrían variaciones del modelo básico, tal como lo formuló Freud a partir de sus observaciones clínicas (Freud, 1912, 1912a).

5.4.5. LOS COMPONENTES

De una forma rápida y clara se comprobó que este patrón central contenía dos tipos de componentes. Lo que el paciente buscaba de los otros o de sí mismo, cómo los otros respondían y cómo el paciente actuaba a su vez (Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, 1994). Es decir, los deseos hacia el objeto y hacia el yo (D), las respuestas del objeto (RO) y las del sujeto (RS).

La formulación del CCRT se apoya en la inferencia de estos dos tipos de componentes que, a menudo, están reflejados en las descripciones de los clínicos sobre el patrón transferencial. En estas observaciones se señala también el conflicto que se da entre ellos, así la coincidencia entre el contenido

del CCRT y la transferencia permite que se pueda usar en la práctica clínica.

El primer componente es el tipo de deseo, necesidad o intención del paciente, lo que en la teoría psicoanalítica se llamaría pulsión derivada. El segundo es la clase de respuesta del objeto y del sujeto, lo que en psicoanálisis se denominaría funciones de control o adaptación del yo (Rapaport y Gill, 1959).

Los deseos y las respuestas representan, en las construcciones psicoanalíticas, las dos entidades principales del aparato mental. Los clínicos tienden a creer que a través de un mayor *insight* del paciente sobre sus propias respuestas y las del objeto, en el curso de la asociación libre, se incrementa el nivel de conflicto, porque los *insights* ofrecen más información sobre las condiciones externas e internas que afectan a las posibilidades de satisfacción del deseo.

Los deseos y las respuestas representan un esquema de secuencias hipotéticas de interacciones que, aunque no aspiran a representar interacciones reales, es decir asociaciones entre ellas, por razones estadísticas son las más frecuentes.

5.4.5.1. LOS DESEOS

Una de las decisiones básicas a la hora de valorar los deseos es el nivel de inferencia adecuado. Se deben distinguir dos niveles, el manifiesto, es decir lo que el paciente directamente verbaliza y que encaja literalmente en cada categoría, y un cierto nivel de inferencia que permita utilizar el conjunto de las categorías. Luborsky (1990) recomienda que sea un nivel de inferencia moderado, porque un nivel muy abstracto, como el que correspondería al concepto de masoquismo por ejemplo, tendería a no ser fiable.

La puntuación sobre el nivel de inferencia sólo se aplica al componente deseo (D) porque tiende a ser más inferencial, o sea más inconsciente. Se

podría aplicar a las respuestas del objeto y a las del sujeto, pero no se obtendría mucha más información nueva como ocurre en el caso de los deseos.

La decisión de permanecer dentro de un moderado nivel de inferencia se basa en los resultados de las investigaciones (Luborsky, 1990) que han demostrado que, cuando es alto, es muy difícil conseguir el acuerdo entre jueces. Sin embargo esta restricción no significa que todos los procesos inconscientes están excluidos, algunas inferencias apuntan a un nivel de conciencia restringido o inconsciente.

5.4.5.2. LAS RESPUESTAS

La dimensión a tener en cuenta para la valoración de las respuestas es la distinción entre respuestas positivas y negativas. Cada respuesta del objeto y del sujeto es calificada de esta forma (RNO-RPO, RNS-RPS), siguiendo la línea de Freud (1912) sobre su concepto de transferencia positiva o negativa. Las respuestas negativas son aquellas que el paciente experimenta como frustración, imaginaria o real, a la satisfacción de sus deseos; mientras que las respuestas positivas son las que representan la satisfacción, fantaseada o real, de los mismos (Luborsky, 1990a).

Posteriormente Brin, Grenyer y Luborsky (1998) perfeccionaron la escala introduciendo dos grados de valoración diferente en cada categoría. NN cuando la respuesta es muy negativa, N moderadamente negativa, P moderadamente positiva y PP muy positiva. A veces es difícil determinar si son positivas o negativas porque no tienen una relación clara con el deseo, en este caso se pueden valorar con un signo de interrogación (RO?-RS?).

Las respuestas del objeto se pueden también calificar como "esperadas" (RO-esp.), cuando el paciente tiene solamente una expectativa o una fantasía de la respuesta del otro, sin que se haya producido en la realidad.

De una forma equivalente las respuestas del sujeto se pueden calificar como "expresadas" (RS-exp.), cuando el paciente señala que su respuesta se

ha producido en la realidad. Esta diferenciación puede ser de gran valor cuando se utiliza como medida del cambio producido en el curso de la psicoterapia.

Según Luborsky (1990a) el cambio en las respuestas, a lo largo de un tratamiento, es un dato especialmente valioso para medir los beneficios de la psicoterapia.

5.4.6. LAS CATEGORÍAS

5.4.6.1. CATEGORÍAS HECHAS A LA MEDIDA

El Método CCRT utilizaba al principio únicamente las Categorías "Hechas a la Medida" (*Tailor-Made Categories*). Es decir, los dos tipos de componentes (D, RO, RS) eran inferidos por cada evaluador, utilizando el lenguaje propio de cada paciente, para describir las cualidades internas de su patrón central de relación (Luborsky, 1990).

En lenguaje psicométrico este sistema se denomina ideográfico, porque cada paciente es descrito con categorías descriptivas específicas.

5.4.6.2. CATEGORÍAS ESTÁNDAR

El desarrollo de las Categorías Estándar supone una aproximación nomotética que pretende resolver las dificultades que se presentan en el uso de valoraciones específicas para cada sujeto, al compararlas entre sí. Se necesitaba un lenguaje común que permitiera comparar cuantitativamente CCRTs de diferentes sujetos, así como valoraciones de diferentes jueces derivadas del mismo sujeto. La utilización de las Categorías Estándar, supuso por lo tanto, una mejora en cuanto a la fiabilidad del método.

Las Categorías Estándar (*Standard Categories*) consisten en listas, con un número limitado de categorías para cada componente, que cada evaluador

utiliza siempre para todos los pacientes. En los trabajos de investigación se suelen aplicar en secuencia ambos tipos. Primero se infiere de los episodios de relación la categoría "hecha a la medida" y después se traduce inmediatamente en una o dos Categorías Estándar.

Barber, Crits-Christoph y Luborsky (1990) describen dos listas diferentes de Categorías Estándar. La Edición 1, elaborada con una muestra de 16 sujetos, incluye alrededor de 15 categorías para cada tipo de componente. Para su elaboración se utilizaron las categorías más frecuentes que aparecían en los episodios de relación de los pacientes.

La Edición 2 (Tablas 5.1, 5.2, 5.3), que se creó para proporcionar a los jueces una lista más representativa que la anterior, tiene 35 deseos, 30 respuestas del objeto y 31 respuestas del sujeto, incluyendo de tres a cinco subcategorías dentro de cada una de las categorías principales.

5.4.6.3. CATEGORÍAS ESTÁNDAR AGRUPADAS

De la Edición 2 de las Categorías Estándar se derivó la versión agrupada. Cada una de las Categorías Estándar fue emparejada con todas las demás analizando la fiabilidad interjueces mediante pares de comparaciones. Finalmente lo que se obtuvo fue la Edición 3 de las Categorías Estándar en su versión agrupada (*Cluster Standard Categories*), con 8 categorías para cada tipo de componente (Tabla 5.4).

El deseo nº 35 de las Categorías Estándar "competir con alguien por el afecto de otra persona" fue añadido, de forma complementaria, a la primitiva lista de Crits-Christoph y Demorest para representar un deseo edípico. Sin embargo finalmente no fue incluido en las Categorías Agrupadas, porque los deseos relacionados con la libido y el masoquismo requieren un mayor nivel de inferencia y abstracción que el recomendado para valorar el CCRT. Aunque se podría incluir en el grupo nº 2 de los deseos (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990). También fue excluida la respuesta del sujeto nº 31 "síntomas somáticos".

TABLA 5.1**CATEGORIAS ESTANDAR DEL CCRT****DESEOS, NECESIDADES, INTENCIONES**

- 1.- SER ENTENDIDO; ser comprendido, empatizar con, ser visto correctamente
- 2.- SER ACEPTADO; ser aprobado por otros, no ser juzgado, recibir afirmación
- 3.- SER RESPETADO; ser tratado justamente, ser valorado, ser importante para otros
- 4.- ACEPTAR A OTROS; ser receptivo a los demás
- 5.- RESPETAR A OTROS; valorar a otros
- 6.- TENER CONFIANZA; ser honesto con los otros, ser autentico con los otros
- 7.- SER APRECIADO; los otros se interesan en mi
- 8.- RECEPTIVIDAD DE OTROS; ser correspondido, hablan conmigo
- 9.- ESTAR ABIERTO A LOS OTROS; ser abierto, poder expresarme
- 10.- DISTANCIARSE DE LOS OTROS; no ser abierto, no expresar mis deseos, no ser molestado
- 11.- ESTAR CERCA DE OTROS; ser tenido en cuenta, no estar solo, ser amigos
- 12.- AYUDAR A OTROS; darse a los otros, educar a los otros, respaldar a otros
- 13.- SER AYUDADO/RECIBIR APOYO; recibir soporte, ser protegido
- 14.- NO SER OFENDIDO; evitar dolor e irritación, evitar rechazo, protegerme, defenderme
- 15.- SER OFENDIDO; ser castigado, ser maltratado
- 16.- HERIR A LOS DEMAS; vengarme, rechazar a los otros, expresar rabia contra los otros
- 17.- EVITAR CONFLICTOS; comprometerme, no disgustar a los otros, estar de acuerdo, ser flexible
- 18.- OPONERME A LOS OTROS; resistirme al dominio de los otros, competir contra los otros
- 19.- TENER CONTROL SOBRE LOS OTROS; dominar, tener poder, hacer las cosas a mi manera
- 20.- SER CONTROLADO POR OTROS; ser sumiso, ser dependiente, ser pasivo, recibir instrucciones
- 21.- TENER CONTROL SOBRE MÍ MISMO; ser consciente, ser racional
- 22.- TENER EXITO; ser competente, hacer lo mejor, ganar
- 23.- SER INDEPENDIENTE; ser autosuficiente, ser autónomo, ser sólido
- 24.- SENTIRME BIEN RESPECTO A MÍ MISMO; tener confianza en mi mismo, sentirme satisfecho, tener autoestima
- 25.- SUPERARME; mejorar, progresar
- 26.- SER BUENO; hacer lo correcto, ser perfecto, ser correcto
- 27.- SER COMO LOS OTROS; identificarme con los otros, parecerme a los otros, dejarme modelar
- 28.- SER YO MISMO; no estar conforme, ser diferente, ser único
- 29.- NO TENER OBLIGACIONES O NO TENER RESPONSABILIDAD; ser libre, no tener compromiso
- 30.- SER ESTABLE; tener seguridad, tener estructura
- 31.- SENTIRME COMODO; relajarme, no sentir malestar
- 32.- SENTIRME FELIZ; divertirme, disfrutar, sentirme bien
- 33.- SER AMADO; tener una relación romántica, tener relaciones sexuales
- 34.- REAFIRMARME A MÍ MISMO; exigir el reconocimiento de mis derechos
- 35.- COMPETIR CON ALGUIEN POR EL AFECTO DE OTRA PERSONA

TABLA 5.2**CATEGORIAS ESTANDAR DEL CCRT****RESPUESTAS DEL OBJETO**

- 1.- ENTIENDEN; son empáticos, son simpáticos, me ven correctamente
- 2.- NO ENTIENDEN; no son empáticos, son antipáticos, son desconsiderados
- 3.- ME ACEPTAN; no rechazan, me aprueban, me incluyen, me tienen en cuenta
- 4.- ME RECHAZAN; desaprueban, son críticos
- 5.- ME RESPETAN; me tratan con justicia, me valoran
- 6.- NO ME RESPETAN; me tratan injustamente, no me valoran, no me admiran
- 7.- NO CONFIAN EN MI; no me creen, sospechan de mí
- 8.- NO SON DE CONFIANZA; me traicionan, me engañan, son deshonestos
- 9.- ME APRECIAN; se interesan en mi
- 10.- NO ME APRECIAN; no se interesan en mi
- 11.- SON ABIERTOS; son expresivos, reveladores, disponibles
- 12.- SON DISTANTES; no corresponden, no están disponibles
- 13.- SON SERVICIALES; apoyan, me dan, explican
- 14.- NO SON SERVICIALES; no confortan, no apoyan, no me dan seguridad
- 15.- ME OFENDEN; son violentos, me tratan mal, son punitivos
- 16.- SON OFENDIDOS; son injuriados, están atormentados, están heridos
- 17.- ME CONTRADICEN; rechazan/bloquean mis deseos, están contra mí
- 18.- SON COOPERADORES; están de acuerdo
- 19.- ESTAN FUERA DE CONTROL; no son de fiar, son inseguros, son irresponsables
- 20.- SON CONTROLADORES; son dominantes, intimidan, son agresivos, se imponen
- 21.- ME DAN INDEPENDENCIA; me dan autonomía, animan, fomentan mi autodirección
- 22.- SON DEPENDIENTES; son influenciados por mí, son sumisos
- 23.- SON INDEPENDIENTES; se dirigen a sí mismos, son inconformistas, son autónomos
- 24.- SON ENERGIOSOS; son superiores, son responsables, son importantes
- 25.- SON MALOS; están equivocados, son culpables
- 26.- SON ESTRUCTURADOS; son rígidos, son severos, son duros/recios
- 27.- ESTÁN ENFADADOS; son irritables, están resentidos, están frustrados
- 28.- SON ANSIOSOS; están asustados, están nerviosos, están preocupados
- 29.- ESTAN FELICES; son divertidos, están contentos, disfrutan
- 30.- ME QUIEREN; están interesados románticamente en mi

TABLA 5.3**CATEGORIAS ESTANDAR DEL CCRT****RESPUESTAS DEL SUJETO**

- 1.- ENTENDER; comprender, percibir, ver correctamente
- 2.- NO ENTENDER; estoy confundido, estoy sorprendido, no me entiendo bien
- 3.- SENTIRME ACEPTADO; sentirme aprobado
- 4.- SENTIRME RESPETADO; sentirme valorado, sentirme admirado
- 5.- APRECIAR A LOS OTROS; ser amistoso
- 6.- NO APRECIAR A LOS OTROS; odio a los otros
- 7.- SOY ABIERTO; me expreso a mí mismo
- 8.- NO SOY ABIERTO; soy inhibido, no soy expresivo, soy distante
- 9.- SOY SERVICIAL; doy soporte, trato de agradar a los otros, doy a los otros
- 10.- HIERO A LOS OTROS; soy violento, actuó hostilmente
- 11.- OPONERSE A LOS OTROS; soy competitivo, rechazo, desconozco, choco con los otros
- 12.- SOY CONTROLADOR; soy dominante, influyo en los otros, manipulo a los otros, soy agresivo
- 13.- ESTOY FUERA DE CONTROL; soy irresponsable, soy impulsivo, soy inseguro
- 14.- ME CONTROLO; soy responsable
- 15.- SOY INDEPENDIENTE; tomo mis propias decisiones, me autodirijo, soy autónomo
- 16.- SOY DEPENDIENTE
- 17.- ME SIENTO INCAPAZ; soy incompetente, soy inadecuado
- 18.- ME TENGO CONFIANZA A MÍ MISMO; soy o me siento triunfador, me siento orgulloso, me siento asegurado
- 19.- ESTOY INDECISO; me siento atormentado, soy ambivalente, me siento en conflicto
- 20.- ME SIENTO DECEPCIONADO; estoy insatisfecho, estoy a disgusto, me siento vacío
- 21.- ME SIENTO ENFADADO; me siento resentido, me siento irritado
- 22.- ME SIENTO DEPRIMIDO; me siento sin esperanza, me siento triste, me siento mal
- 23.- ME SIENTO DESAMADO; me siento solo, me siento rechazado
- 24.- ME SIENTO CELOSO; me siento envidioso
- 25.- ME SIENTO CULPABLE; me siento equivocado
- 26.- ME SIENTO AVERGONZADO; me siento turbado, me siento confundido
- 27.- ME SIENTO ANSIOSO; me siento asustado, me siento preocupado, me siento nervioso
- 28.- ME SIENTO SEGURO; me siento satisfecho, me siento protegido
- 29.- ME SIENTO FELIZ; excitado, me siento bien, me siento alegre, me siento eufórico
- 30.- ME SIENTO AMADO
- 31.- SINTOMAS SOMATICOS; dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor

Edición 2

Barber, Crits-Christoph y Luborsky (1990)

La versión agrupada de deseos parece representar una lista completa de las motivaciones humanas, tal como se revelan en las relaciones interpersonales. Ciertos deseos y necesidades no aparecen, probablemente, porque en nuestra sociedad occidental las necesidades primarias, como la comida y la vivienda, no son fuente de problemas interpersonales o no son problemas que lleven a comenzar una psicoterapia.

Resultados similares fueron encontrados por Horowitz y Vitkus (1986) en una investigación donde solicitaban a los sujetos que agruparan una larga lista de problemas interpersonales bajo los criterios de similaridad. Se encontró también un nivel de similaridad moderado entre las subescalas del Inventario de Problemas Interpersonales (*Inventory Interpersonal Problems*) de Horowitz, Rosenberg, Baer y col. (1988) y la lista agrupada de deseos del CCRT.

Luborsky, Barber y Schaffler (1989) han demostrado que el uso de las Categorías Estándar y de las Categorías Estándar Agrupadas, produce un acuerdo mayor entre jueces que el uso de las categorías "hechas a la medida".

En paralelo al análisis de categorías agrupadas ya descrito, Barber, Crits-Christoph y Luborsky (1989) han desarrollado una lista de categorías de factor analítico extraídas del Cuestionario de Relación Central (*Central Relationship Questionnaire*, Crits-Cristoph, 1986), que incluye 122 deseos, 113 respuestas del objeto y 120 respuestas del sujeto.

Aunque representan variaciones de la Edición 2 de las Categorías Estándar, tienen sin embargo una diferencia importante. La investigación sobre las Categorías Agrupadas estaba basada en valoraciones de los jueces sobre el grado de similaridad de cada categoría, mientras que el estudio sobre el factor analítico se apoyaba en las auto evaluaciones de los propios pacientes con las categorías reflejadas en el cuestionario.

TABLA 5.4**CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS DEL CCRT****DESEOS**

	CONTIENE
1.-Reafirmarme y ser independiente	21,23,28,34
2.-Oponerme, herir y controlar a los otros	16,18,19 (35)
3.-Ser controlado y no ser responsable	13,15,20,27,29
4.-Ser distante y evitar conflictos	10,14,17
5.-Aceptar y estar cerca de los otros	4,5,6,8,9,11
6.-Ser amado y entendido	1,2,3,7,33
7.-Sentirme bien y cómodo	24,30,31,32
8.-Tener éxito y ayudar a los otros	12,22,25,26

RESPUESTAS DEL OBJETO

	CONTIENE
1.-Fueres	23,24,29
2.-Controlan	20,26
3.-Trastornan, alteran, enfadan	16,19,22,27,28
4.-Malos	8,25
5.-Se oponen y están en contra	2,4,6,7,10,12,14,15,17
6.-Ayudan	13,18
7.-Me aprecian	5,9,21,30
8.-Entienden	1,3,11

RESPUESTAS DEL SUJETO

	CONTIENE
1.-Ayudo	1,7,9
2.-No receptivo y cerrado	2,6,8
3.-Respetado y aceptado	3,4,5,28,29,30
4.-Me opongo y hiero a los otros	10,11
5.-Autocontrol y autoconfianza	12,14,15,18
6.-Desamparado	13,16,17,19
7.-Decepcionado y deprimido	20,21,22,23,24
8.-Asustado y avergonzado	25,26,27

Barber, Crits-Christoph y Luborsky (1990)

En términos generales las Categorías "Hechas a la Medida" son más apropiadas para la clínica o para el estudio de casos individuales, porque permiten al psicoterapeuta una formulación psicodinámica específica para cada paciente. Las Categorías Estándar son más apropiadas para la investigación, porque permiten comparar de forma más fácil y fiable selecciones de categorías entre jueces diferentes, así como muestras de sujetos entre sí.

Benjamín (1986) proporciona también una amplia lista de categorías (*SABS Categories*), que tienen ventajas en cuanto a fiabilidad, pero el inconveniente es que su espacio conceptual está limitado a dos dimensiones y no a tres como el CCRT. Crits-Christoph, Demorest, Muenz y Baranackie (1994) han desarrollado una adaptación de las categorías de Benjamín.

5.5. ELEMENTOS CUANTITATIVOS. SISTEMAS DE PUNTUACION

5.5.1. LA FRECUENCIA DE LOS COMPONENTES

El Método CCRT se basa en el principio de que la redundancia de los componentes, a través de las narraciones, es una buena base para valorar el patrón central de relación. Este patrón refleja un esquema de relación significativo para el conocimiento de la estructura de cada persona, que sólo es consciente de forma parcial y que está asociado con los principales conflictos.

El método usual confía sobre la frecuencia más alta de cada tipo de componente, esté o no presente como parte de una secuencia (Luborsky, 1997). Es decir que el CCRT se puede expresar en términos de recurrencia de los componentes o de frecuencia de las secuencias de los componentes (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990).

La frecuencia con la que se expresa un tema, como un buen indicador de su importancia, es un dato investigado desde hace mucho tiempo (Murray, 1938). La mayor frecuencia indica que el tema es el más central, en el sentido de que tiende a ser el lugar del problema de relación más repetitivo y concomitante al mayor conflicto intrapsíquico. Proporcionando además una estructura en la que comprender la red de temas interconexionados.

Otros temas, algunos de ellos claramente subsidiarios, se pueden representar en relación con el tema central, no tanto considerados como subtemas, sino como variaciones o alternativas del patrón central obtenido con el CCRT.

La confianza en la frecuencia no parece interferir con la asociación entre los resultados basados en el CCRT y las bases de las observaciones clínicas sobre la transferencia. La puntuación principal está basada en la repetición de los componentes, es decir, la proporción de episodios de relación (ER) en los que cada Categoría Estándar está presente.

El CCRT global proporciona dos clases de resultados, el contenido y la repetición de cada componente. Expresada ésta última de forma cuantitativa, como una ratio entre el número de ERs en los que el componente aparece y el número total de ERs (Luborsky y Diger, 1994).

En cada episodio de relación sólo se considera una puntuación para cada tipo de componente aunque aparezca más de una vez. El efecto perseguido con esta decisión es enfatizar su grado de redundancia a través de los episodios de relación. Un sistema alternativo podría ser el considerar la frecuencia, contabilizando el número total de veces que aparece cada componente, pero no parece añadir más información (Luborsky, 1990).

5.5.2. LA INTENSIDAD DE LOS COMPONENTES

Otra de las puntuaciones a tener en cuenta es la intensidad de cada

tipo de componente. Se puede puntuar con una escala de 1 a 5, donde 1 es poco o nada y 5 es mucho. Dentro de esta escala se puede medir tanto la intensidad

del afecto, como el grado en el que se ajusta cada componente a la Categoría Estándar correspondiente.

La hipótesis es que hay una correlación entre la intensidad del tipo de componente y la frecuencia de su aparición (Luborsky, 1997). Ambas dimensiones se pueden utilizar dependiendo de los objetivos de la investigación concreta.

5.5.3. LA SECUENCIA DE LOS COMPONENTES

Una medida adicional puede ser el registro de la secuencia de los componentes. Se puede enumerar consecutivamente la secuencia de aparición del deseo-respuesta del objeto-respuesta del sujeto, transcribiendo el número de secuencia en la Hoja de Evaluación. Los resultados de este paso indican que las secuencias están muy estereotipadas (Luborsky, 1990).

5.5.4. EL GRADO DE TOTALIDAD DE LOS ERS

Los episodios de relación deben contener suficiente información para poder establecer el CCRT de forma fiable. El grado de totalidad se valora mediante una escala de 1 a 5 puntos, de forma que los que no hayan alcanzado una puntuación de 2´5 son desechados.

Es importante contar con un número suficiente de episodios, de tal forma que el CCRT sea representativo. La cantidad recomendada es entre 5 y

9 (Luborsky y Diguier, 1994).

5.6. INVESTIGACIONES SOBRE EL CCRT

5.6.1. INVESTIGACIONES SOBRE LA FIABILIDAD

Los estudios sobre la fiabilidad han abordado diferentes aspectos del CCRT. Crits-Christoph, Luborsky, Dahl y col. (1988) en sus primeras investigaciones, abordaron el tema de la fiabilidad para identificar los episodios de relación, comprobando que la correlación para identificar los ERs entre jueces diferentes era alta. Utilizaron tres aspectos diferentes, el grado de totalidad de cada episodio, la elección de la persona principal y la localización del episodio en la transcripción de la sesión.

Se analizó el acuerdo de cada uno de estos tres aspectos, entre jueces independientes, para una muestra de 111 episodios, comprobando que la fiabilidad para identificar el CCRT en su totalidad era buena. La metodología utilizada para identificar los episodios de relación se puede encontrar más detallada en Luborsky, Barber y Diguier (1992).

Otra investigación posterior (Crits-Christoph, Luborsky, Popp y col., 1990) sobre el grado de totalidad de los episodios y la selección de la persona principal, ofreció resultados similares. El estudio examinó, también, el acuerdo sobre la extensión de los episodios de relación contando el número de líneas de texto desde el principio hasta el final. El episodio típico contenía unas 47 líneas de texto. La diferencia entre los jueces ofrecía una media de sólo 4'8 líneas en el principio y 7'9 líneas al final. Otro estudio de Bond, Hansell y Shevrin (1987) sobre la localización de los episodios ofreció resultados parecidos.

Una reciente revisión del Método realizada por Luborsky y Diguier

(1995, 1998), incluye investigaciones sobre la fiabilidad del acuerdo de los jueces en la selección de los episodios de relación y sobre la puntuación del CCRT, en ocho muestras de seis estudios. La fiabilidad a través de los estudios no es

marcadamente diferente de muestra a muestra e incluso de componente a componente.

La fiabilidad de las Categorías "Hechas a la Medida" y de las Categorías Estándar fueron examinadas por Levine y Luborsky (1981). Para comprobar la fiabilidad de ambas categorías utilizaron un sistema controlado, basado en la comparación de pares iguales y desiguales. El resultado fue que la similaridad era significativamente mejor para los pares de comparaciones entre los mismos casos, que para los pares de comparaciones entre casos diferentes.

5.6.2. INVESTIGACIONES SOBRE LA VALIDEZ

Los estudios sobre la validez del CCRT partieron de los escritos de Freud (1895, 1912, 1912a, 1915, 1917, 1937) en los que plantea diferentes aspectos de la transferencia, como son el origen, las funciones y los estímulos que la activan. Asimismo propone un patrón central de relación que se origina en las figuras parentales infantiles y que llega a involucrar al terapeuta. Según Luborsky, Popp, Luborsky y Mark (1994), Freud construyó estos conceptos, no tanto de forma teórica, sino derivados de sus observaciones empíricas, realizando de esta forma inferencias sobre los patrones transferenciales de sus pacientes.

Luborsky y col. iniciaron sus investigaciones sobre la validez, resumiendo los planteamientos de Freud sobre la transferencia en 23 observaciones para verificar la correlación de cada una de ellas con el CCRT (Tabla 5.5).

TABLA 5.5**CORRESPONDENCIA ENTRE LA TRANSFERENCIA Y EL CCRT**

OBSERVACIONES DE FREUD	CCRT
1.- Los deseos hacia el objeto son predominantes	+
2.- Los deseos entran en conflicto con las respuestas del objeto y las del sujeto	+
3.- Es evidente especialmente en las relaciones eróticas	+?
4.- Está parcialmente fuera de la conciencia	+?
5.- Se origina en las relaciones tempranas con los padres	+
6.- Implica al terapeuta	+
7.- Se puede activar al percibir las características del terapeuta	R
8.- Puede distorsionar la percepción	R
9.- Consiste en un patrón central y repetitivo	+?
10.- Aparecen subpatrones de miembros de la familia	+?
11.- Es distintivo para cada sujeto	+?
12.- Permanece consistente a través del tiempo	+
13.- Cambia levemente a lo largo del tiempo	+
14.- Muestra breves fluctuaciones en su activación	R
15.- Las interpretaciones precisas cambian la expresión del patrón	+
16.- El nivel <i>insight</i> está asociado con cambios en el patrón	+?
17.- Puede servir como resistencia	R
18.- Pueden emerger síntomas durante su activación	+?
19.- Se expresa fuera y dentro de la terapia	+
20.- Se pueden distinguir patrones positivos y negativos	+
21.- Se expresa de diferentes formas (sueños y narraciones)	+
22.- La mejoría implica un manejo mayor del patrón	+
23.- La disposición innata juega una parte	R

- + Investigaciones con resultados positivos
 +? Investigaciones preliminares con resultados positivos
 R No se han estudiado

Luborsky (1998a)

Hasta ahora se ha encontrado evidencia de tal correspondencia en 18 de las 23 observaciones. Para once de ellas, la correspondencia ha sido buena (marcadas con +), para otras siete los estudios preliminares han ofrecido resultados positivos, pero es necesario realizar estudios más controlados (marcadas con +?), finalmente para las cinco restantes no se ha realizado todavía ningún estudio (marcadas con R).

Sobre la observación nº 4 acerca de que el patrón está parcialmente fuera de la conciencia Luborsky (1989) y Luborsky, Crits-Christoph, Friedman y col. (1991), han mostrado que los aspectos menos conscientes del CCRT pueden ser valorados de forma fiable, ciñéndose a una serie de guías para identificar tales aspectos.

Algunas de estas investigaciones, revisadas por Luborsky, Kächele, Dahlbender y Diguier (en prensa), han sido vitales para cimentar la validez conceptual del CCRT.

Fried, Crits-Christoph y Luborsky (1990, 1992) trabajaron sobre la observación nº 6 que plantea, que el patrón transferencial del paciente involucra al terapeuta. En su investigación comprobaron que existía una correlación significativa entre el CCRT derivado de los episodios de relación cuya persona principal era el terapeuta, y el obtenido de los que tenían como persona principal a otras personas. Además se estudió también la similitud entre el CCRT del terapeuta y el CCRT de otra gente, mostrando que eran significativamente similares.

Sobre la observación nº 19 que afirma, que el patrón transferencial se expresa tanto dentro como fuera de la psicoterapia, Luborsky, Barber y Diguier (1992) y Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) mostraron que hay una alta consistencia de los componentes del CCRT, derivados de las narraciones verbalizadas al terapeuta durante la psicoterapia, con las contadas a un investigador antes de comenzar la psicoterapia en entrevistas RAP.

La observación nº 21 plantea que el patrón se expresa de diferentes formas. Para establecer esta observación se realizaron diversas

investigaciones que demostraron una similitud significativa entre el CCRT de los sueños y el de las narraciones en la vigilia (Popp, Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Popp, Diguier, Luborsky y col., 1996; Popp, Diguier, Luborsky, Faude, y col., 1998). Los resultados indicaron que el CCRT se podía aplicar de forma fiable a los sueños, ya que valorado por jueces independientes se obtenían formulaciones parecidas.

Una comparación entre los componentes del CCRT basados únicamente en los sueños y posteriormente con las asociaciones de los pacientes en las sesiones, indicó que los jueces hicieron solamente pequeños cambios cuando se les proporcionó este material.

Sin embargo, la consideración sobre la importancia de las asociaciones para llegar a una comprensión del conflicto que se manifiesta en los sueños, indica que serían necesarias más investigaciones en esta línea. Ya que las asociaciones se usan a menudo en la clínica para ayudar a decodificar el contenido manifiesto sobre el que se basan los mecanismos del sueño; tales como la condensación, el desplazamiento y la simbolización (Pulver, 1987).

Ninguna de estas técnicas de decodificación fue utilizada para derivar los temas del CCRT, que fueron obtenidos intencionadamente a un nivel de inferencia sólo un poco más allá de un nivel manifiesto.

Algunas investigaciones han demostrado, con observaciones clínicas, el paralelismo entre la ideación de la vigilia y los sueños (Goldhirsh, 1961; Beck, 1967; Miller, 1970). En este último estudio Beck encontró que el tema general común, en sueños e ideas de la vigilia, era la finalización negativa de una actividad, lo cual tiene muchos puntos en común con la investigación del CCRT.

El paralelismo entre sueños y narraciones, en los términos del CCRT, es consistente con el concepto de un esquema básico de relación que dibuja versiones similares del sí mismo en cada modo de expresión (Popp, Luborsky y Crits-Christoph, 1990).

Los estudios citados parecen avalar la correspondencia entre las observaciones de Freud y el CCRT.

5.6.3. INVESTIGACIONES SOBRE LA CONSISTENCIA DE CCRTS

Se han realizado investigaciones (Crits-Christoph y Luborsky, 1990) para comprobar la consistencia de los CCRTs a lo largo de un período de tratamiento. Los principales resultados muestran que la consistencia y la recurrencia más alta, desde el principio hasta el final de la psicoterapia, es la que corresponde a los deseos.

Eckert, Luborsky, Barber y Crits-Christoph (1990) han realizado estudios para comprobar los cambios en el CCRT, con pacientes diagnosticados de depresión mayor, pero no se han realizado comparaciones con otros tipos de diagnósticos.

Hay unos pocos trabajos que investigan la consistencia del CCRT a través de períodos de la vida. Uno de ellos es el realizado por Luborsky, Luborsky, Diguier y col. (1995) y Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col. (1998) con niños de tres años y con la misma muestra a los 5 años. Encontraron que la consistencia era alta y la mayor correspondía, como en el caso de los adultos, a los deseos. El diseño de la investigación incluía trabajar con los mismos niños a los 8 años de edad. Otro estudio reciente (Waldinger, 1997) trabaja sobre los cambios en las relaciones, desde la adolescencia hasta la edad adulta.

Thorne, Cutting y Skaw (1998) investigaron tres aspectos diferentes de la consistencia en los relatos sobre recuerdos de la adolescencia, de una muestra de sujetos sanos. La consistencia en los temas sobre los que hablaban los sujetos, la consistencia en la selección del período de tiempo en el que los hechos sucedían y la consistencia en la construcción de los recuerdos. Los resultados confirmaban las anteriores investigaciones con muestras clínicas (Luborsky, Mellon, Alexander y col., 1985) y establecían una línea de conexión entre el patrón transferencial del CCRT y los modelos de la

teoría del apego (Bowlby, 1973).

5.6.4. INVESTIGACIONES SOBRE LA PRECISIÓN DE LAS INTERPRETACIONES

La correlación entre la precisión de la interpretación y los beneficios que el paciente recibe en la psicoterapia, han sido investigados por Crits-Christoph, Cooper y Luborsky (1988, 1990). En la segunda investigación se mejoró el método con una mayor operativización del concepto de precisión, en términos de mayor o menor convergencia entre las interpretaciones del terapeuta y el CCRT del paciente. La base para esta mejoría fue la hipótesis de que una medida convincente de la precisión es la extensión en la que las interpretaciones del terapeuta tratan con los principales componentes del CCRT.

Los resultados indicaban que la precisión, con respecto a los principales deseos y respuestas del objeto, estaba significativamente relacionada con los resultados, incluso contrarrestados por errores generales en la técnica del terapeuta y por la calidad de la alianza terapéutica.

En una investigación posterior Crits-Christoph, Barber y Kurcias (1993) examinaron otro aspecto diferente. La relación entre la precisión de las interpretaciones y el desarrollo de la alianza terapéutica, comprobando que ambos aspectos estaban relacionados. Las interpretaciones precisas ayudaban a un mejor y más precoz establecimiento de la alianza terapéutica, uno de los aspectos fundamentales de la relación transferencial.

Estos resultados amplían los de Silberschatz, Fretter y Curtis (1986) quienes estudiaron el impacto inmediato de la precisión de la interpretación. Definiendo la precisión como la mayor o menor convergencia con su Método de la Formulación Diagnóstica del paciente (*Plan Diagnosis*). Encontraron que los componentes más asociados con los mejores resultados eran las

interpretaciones de los deseos y las respuestas del objeto.

Durante mucho tiempo una permanente sucesión de artículos clínicos han mostrado cómo trabaja la precisión de las interpretaciones. Kubie (1952) plantea que la evidencia de la precisión de las interpretaciones se detecta, en primer lugar, por un aumento en la asociación libre del paciente, que puede confirmar su aceptación o rechazo. En segundo lugar, por una alteración de los síntomas y finalmente, aunque en raras ocasiones, por un incremento en la habilidad del terapeuta para predecir la conducta futura.

Grenyer, Luborsky y McKay (1994) han mostrado que el manejo del patrón central de relación correlaciona con los resultados de la psicoterapia.

5.6.5. INVESTIGACIONES SOBRE LOS CONFLICTOS INCONSCIENTES

Una cualidad central del concepto de transferencia, de acuerdo con las observaciones de Freud, es que sólo es consciente en parte. Por lo tanto, una de las necesidades actuales más acuciantes es construir un sistema para evaluar el grado en el que cada uno de los componentes del CCRT está fuera de la conciencia del paciente

En esta línea, Luborsky y col. han formalizado guías clínicas de reflexión para realizar formulaciones sobre los contenidos menos conscientes. Esta sistematización se apoya en cuatro principios, usados como líneas para hacer inferencias de los componentes relativamente conscientes (Luborsky, 1989; Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, 1994).

El principio nº 1 sostiene que los componentes opuestos de los que aparecen con mayor frecuencia en el CCRT, forman parte de los conflictos menos conscientes, como si fueran el negativo de una fotografía. Un deseo principal puede remitir a otros relacionados con él o subsidiarios.

El principio nº 2 plantea que un deseo expresado frecuentemente pero de forma moderada, puede tener una versión similar menos consciente, pero

más intensa.

El principio nº 3 argumenta que, a menudo, algunas instancias de negación pueden revelar parte de un conflicto menos consciente.

El principio nº 4 dirige la atención hacia algunos conflictos típicos con los que el paciente tiene una historia de dificultades, siendo consciente del problema que esto supone a nivel de la conducta manifiesta.

Los estudios de fiabilidad y validez sobre estos principios, para inferir los componentes menos conscientes del CCRT, no se han realizado salvo en casos aislados (Luborsky, Popp, Luborsky, y Mark, 1994). La aplicación del método, en estos casos, es un ejemplo de las significativas consecuencias que se pueden alcanzar, en el uso de principios formales basados en teorías acerca de la represión y de las motivaciones inconscientes; así como de la necesidad de objetivar la valoración de tales teorías.

5.7. LAS ENTREVISTAS DE EPISODIOS DE RELACION (RAP)

La Entrevista de Episodios de Relación o Entrevista RAP (*Relationship Anecdotes Paradigm Interview*) es un método alternativo para obtener narraciones fuera del marco de una psicoterapia (Luborsky, 1990b). El procedimiento tiene similitud con el TAT (Murray, 1938) y su uso es parecido, aunque existe sin embargo una diferencia importante.

Las narraciones RAP giran sobre acontecimientos de experiencias reales con gente real, las historias del TAT son relatos que se basan en personajes y escenas ficticias, representadas por las tarjetas del test. Se puede concluir, por lo tanto, que las entrevistas RAP son menos inferenciales que el TAT, porque están basadas en acontecimientos y sucesos más directos que revelan mejor los patrones de relación de los pacientes. Este procedimiento está en la tendencia más reciente que presta menos atención hacia los tests proyectivos y más hacia la comprobación del diagnóstico (Holt,

1967; Piotrowski y Keller, 1984).

Las entrevistas RAP están especialmente diseñadas para que el paciente hable acerca de sus relaciones con personas significativas. Usualmente se suelen obtener unos 10 episodios de relación, en 35 minutos. Cada episodio proporciona el relato de una interacción con una persona específica.

El paciente es libre de elegir el acontecimiento concreto, presente o pasado. Se le pide que lo describa específicamente y que incluya una muestra de la conversación, qué dijo él y qué contestó la otra persona, qué sucedió y cómo terminó. El hecho de que contengan explicaciones sobre sucesos, da pie a que se puedan valorar en términos de un concepto denominado el estilo explicatorio (Seligman y col., 1984), este estilo se puede entender como un patrón de inferencia causal.

El uso de las entrevistas RAP depende del objetivo de la investigación, puede ser por ejemplo determinar las relaciones con personas concretas o determinado tipo de relación, en la línea de las relaciones objetales. Otro objetivo puede ser investigar la habilidad de un paciente para comprenderse a sí mismo o su patrón de relación, es decir, como un procedimiento de auto-interpretación (Luborsky, 1978).

Se han utilizado también como base para la comparación de diferentes diagnósticos, como la depresión mayor (Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier, 1995; Luborsky, Diguier y col., 1996), la esquizofrenia (Fried y Strauss, en preparación) y con sujetos sin diagnóstico psiquiátrico.

Otras investigaciones con entrevistas RAP se han centrado sobre los patrones de relación en diferentes períodos de edad, niños, adolescentes y jóvenes adultos (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Thorne, 1995, 1995a; Thorne y Michaelieu, 1996). Otros estudios profundizan en las relaciones intergeneracionales, comparando las entrevistas del paciente y las de sus padres sobre el mismo hecho (Waldinger, 1997).

El sistema de puntuación y análisis es el mismo que se utiliza para las narraciones extraídas de las sesiones de psicoterapia. Barber, Luborsky, Crits-

Christoph y Diguier (1995) trabajaron con una muestra de pacientes, a los que se les administró entrevistas RAP antes y después de la psicoterapia, para poder comparar de forma precisa ambos CCRTs. Estos estudios permitieron comprobar que los datos obtenidos fueron los mismos.

Las entrevistas RAP sirven para los mismos propósitos que las narraciones extraídas de una sesión de psicoterapia y se pueden aplicar a cualquier sujeto, tenga o no un diagnóstico psiquiátrico. Dado que las dos fuentes de datos ofrecen similares resultados en términos del CCRT (Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier, 1995) las entrevistas RAP pueden hacer el método más disponible, en el caso de no tener relatos extraídos de sesiones de psicoterapia.

5.8. EL CUESTIONARIO CCRT

El Cuestionario de Relación Central (*Central Relationship Questionnaire*) extraído del CCRT y elaborado por Crits-Cristoph (1986), se ha utilizado en una de las primeras investigaciones sobre los patrones de relación realizada por Crits-Cristoph y Luborsky (1990). En este estudio el propósito fue examinar la posibilidad de obtener información sobre el CCRT directamente, mediante métodos de autoinformes. Las ventajas prácticas de estas medidas pueden ser considerables en ciertos estudios. En los autoinformes, por ejemplo, sería más fácil disponer de un repertorio mayor de episodios de relación.

Además una comparación entre los patrones de relación, derivados de los autoinformes y los obtenidos de puntuaciones por jueces clínicos, podrían ofrecer luz sobre la naturaleza del conflicto central, en la línea de qué aspectos son típicamente conscientes y cuáles están fuera de la conciencia.

La habilidad para observar y describir tales patrones puede, sin embargo, ser una variable importante de diferencia individual, que quizá correlaciona de forma importante con la conciencia psicológica general o con

la conciencia interpersonal general.

En su investigación Crits-Cristoph y Luborsky (1990) examinaron solamente el componente del deseo. Utilizaron tres procedimientos para comparar los resultados. El autoinforme del cuestionario CCRT (*Self-Report-CCRT*), compuesto de 18 Categorías Estándar (Crits-Cristoph, 1986), la autointerpretación de las entrevistas RAP (*Self-Interpretation-RAP*) de Luborsky (1978) y la interpretación de los clínicos sobre las entrevistas RAP.

Los resultados sugerían que los pacientes eran capaces de hacer conscientes los mismos deseos identificados por los jueces clínicos, sin embargo, de esto no se puede concluir que ambas medidas sean intercambiables. Los pacientes no eran capaces de discriminar de forma precisa entre los deseos más importantes y los menos. Además parecía que presentaban variaciones sobre su capacidad de hacer conscientes sus principales deseos, aunque ésta era la mayor tendencia.

Los resultados mostraron, también, que los pacientes no describían el conflicto principal de la misma forma que lo hacían los clínicos. Podría ser importante, por tanto, proporcionarles preguntas específicas sobre sus conflictos, incluyendo una que los definiera en los mismos términos que el terapeuta, más que confiar solamente en preguntas abiertas o cerradas, como se hizo en esta investigación.

A pesar de que se esperaba obtener una conciencia alta sobre otros componentes del CCRT, como las respuestas del objeto y las del sujeto, la secuencia típica, deseo-respuesta del objeto-respuesta del sujeto, que define la naturaleza temática del CCRT, no pudo ser evidente para muchos pacientes.

En otra investigación realizada por Luborsky, Crits-Cristoph y Alexander (1990), se obtuvo una interesante correlación entre las Categorías Estándar del Cuestionario CCRT y el estilo represivo.

Se puede utilizar un procedimiento de autointerpretación (Luborsky, 1964, 1965) para comprender hasta que punto los pacientes son o pueden

llegar a ser conscientes de su CCRT. Este procedimiento se puede usar con las sesiones de psicoterapia o con las entrevistas RAP (Crits-Christoph, 1986).

En la actualidad hay por lo menos tres versiones del cuestionario en diferentes estados de preparación. Uno de Barber (1993), otro de Dahlbender, Torres, Reichert y col., y otro de Leichscensing y Seinfeldt. Sin embargo en su conjunto, el cuestionario no tiene todavía estudios de fiabilidad que lo comparen con el método usual del CCRT.

5.9. EL MÉTODO DEL PATRÓN CENTRAL DE RELACIÓN

El Método del Patrón Central de Relación (*Central Relationship Pattern*) de Dahlbender, Albani, Pokorny y Kachele (1994) se interesa en medir la estructura de las conexiones entre las relaciones, desarrollando el método clásico del CCRT. Es un método de puntuación alternativa que se enfoca únicamente sobre las secuencias bi o tridimensionales de los componentes, en los episodios de relación. El foco está en los momentos situacionales repetitivos y no en la diferenciación de momentos situacionales en las narraciones.

El método implica una visión estructural del CCRT, alejándose del conflicto central en la relación, ya que la secuencia deseo-respuesta del objeto-respuesta del sujeto no tiene porque implicar un conflicto definido.

Comprobando, de todas formas, que los patrones tridimensionales más frecuentes siempre describen secuencias de interacción inadaptadas, en contraste con los patrones escasos que describen las estrategias más exitosas.

5.10. OTROS METODOS ALTERNATIVOS

Hay 18 métodos diferentes (Tabla 5.6) para valorar el patrón central de

relación (Luborsky, 1998). Se han realizado estudios para valorar algunos de estos métodos (Barber y Crits-Christoph, 1993), así como para comparar varios de ellos entre sí, planteando sus características comunes (Luborsky, 1988;

Horowitz, Luborsky y Popp, 1991; Luborsky y Barber, 1994; Luborsky, Popp, Barber y Shapiro, 1994; Luborsky y Luborsky, 1995). Varios de ellos se han utilizado en diversas investigaciones sobre psicoterapia dinámica (Dahl, Kächele y Thoma, 1988; Miller, Luborsky, Barber y Docherty, 1993).

Todos los métodos se tienen que derivar de una muestra de interacciones de relación, tomada de sesiones de psicoterapia u otra clase de entrevistas. La unidad para tales interacciones debe ser el conjunto de la sesión, narraciones dentro de la sesión o unidades de pensamiento más pequeñas (Luborsky y Barber, 1994).

La muestra puede estar también basada en conductas actuadas, entre el paciente y el terapeuta, dentro de la sesión y no sólo en narraciones acerca de interacciones. Esta posibilidad abre una interesante línea de investigación, en la línea de poder aplicar el CCRT a las conductas y juegos de los niños más pequeños.

Las medidas deben enfocar el patrón del conflicto central en la relación, definido como el patrón más repetitivo a través del relato de interacciones.

Los datos de base deben ser, al menos parcialmente, evaluados por un juez clínico y no sólo por autoinformes del paciente. El juez clínico, para hacer inferencias sobre el patrón, se debe guiar por un sistema de análisis cualitativo de contenido clínico. Por último las medidas deben tener algunos datos previos de fiabilidad en las que apoyarse.

TABLA 5.6**MÉTODOS EN TORNO AL PATRÓN CENTRAL DE RELACION**

AÑO	INVESTIGADORES	MÉTODO
1976	Luborsky	<i>Core Conflictual Relationship Method (CCRT)</i>
1977	Weiss, Sampson, Caston y Silberschatz	<i>Plan Diagnosis (PD)</i>
1979	Benjamin Horowitz	<i>Structural Analysis of Social Behavior (SASB)</i> <i>Configurational Analysis (CA)</i>
1981	Teller y Dahl Carlson	<i>Frame Method (FM)</i> <i>Tomkins's Scrip Method (TSM)</i>
1982	Gill y Hoffman Schacht y Binder	<i>Patient's Experience of Relationship with Therapist (PERT)</i> <i>Cyclical Maladaptive Pattern (CMP)</i>
1984	Grawe y Caspar	<i>Plan Analysis (PA)</i>
1985	Kiesler y col.	<i>Impact Message Inventory (IMI)</i>
1986	Bond y Shevrin Maxim	<i>Clinical Evaluation Team (CET)</i> <i>Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema (SPLAS)</i>
1987	Kiesler	<i>Check List of Psychotherapy Transactions-Revised (CLOPT-R)</i> <i>Check List of Interpersonal Transactions-Revised (CLOIT-R)</i>
1989	Perry, Augusto y Cooper Horowitz y col.	<i>Idiographic Conflict Formulation (ICF)</i> <i>Consensual Response Formulation (CRF)</i>
1990	Crits-Christoph, Demorest y Connolly	<i>Quantitative Analysis of Interpersonal Themes (QUAINT)</i>
1992	Demorest y Alexander	<i>Personal Scripts (PS)</i>
1994	Dahlbender, Albani, Pokorny y Kachele	<i>Central Relationship Pattern (CRP)</i>

Luborsky (1998)

5.10.1. EL MÉTODO DE LA FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA

El Método de la Formulación Diagnóstica (*Plan Diagnosis*) desarrollado por Weiss (1986), se apoya en su particular teoría psicoanalítica de la terapia, probada empíricamente por Weiss, Sampson y el Grupo de investigación en psicoterapia del Monte Zion (1986).

El método ha capacitado a los clínicos para desarrollar formulaciones diagnósticas, comprensivas y fiables, que incluyen varios componentes. Entre ellos destacan las metas del paciente en la terapia y los obstáculos internos o creencias patógenas, que impiden o inhiben al paciente para lograr sus metas.

El método se ha aplicado al estudio del psicoanálisis (Caston, 1977, 1986; Curtis y Silberschatz, 1989) y se ha utilizado con una variedad de psicoterapias breves (Rosemberg y col., 1986; Curtis, Silberschatz y col., 1988; Perry, Luborsky, Silberschatz y col., 1989).

Este método ha permitido el desarrollo de medidas sobre la precisión de las interpretaciones del terapeuta (Silberschatz, 1986; Silberschatz, Fretter y Curtis, 1986) y sobre el proceso y resultados de la psicoterapia (Nathans, 1988; Silberschatz, Curtis y Nathans, 1989). Estos estudios han probado el valor del método, demostrando que las intervenciones precisas facilitan el progreso del paciente y el favorable resultado de la psicoterapia.

5.10.2. EL MÉTODO DEL ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA CONDUCTA SOCIAL

El Método del Análisis Estructural de la Conducta Social (*Structural Analysis of Social Behavior*) de Benjamín (1974), se ha utilizado en interacciones familiares y en interacciones diádicas, así como en intervenciones en psicoterapia.

El método se puede usar para trazar una secuencia de las asociaciones del paciente durante una sesión (Benjamín, 1986). Puede rastrear momento a

momento cambios en las asociaciones, así como proporcionar una formulación dinámica sobre los conflictos.

Se realizan tres tipos de valoraciones, el foco del mensaje, si es amigable o no y la interdependencia. Los tres se combinan para encontrar la clasificación del SASB. Es uno de los métodos más antiguos y sofisticados en su cualificación estadística (Benjamín, 1994).

5.10.3. EL MÉTODO DEL ANÁLISIS CONFIGURACIONAL

El Método del Análisis Configuracional (*Configurational Analysis*) de Horowitz (1987) valora patrones básicos de relaciones similares al CCRT. Es una parte de un método más global, el Modelo de Configuración del Rol en las Relaciones (*Role Relationship Models Configuration*, Horowitz, 1991).

Las notas y transcripciones de las sesiones son valorados desde tres puntos de vista interrelacionados, patrones de relación, estados e información. De los tres, el más parecido al CCRT es el primero, que incluye una aproximación según el modelo de configuración del rol en las relaciones interpersonales. El planteamiento ofrece un modelo conceptual sobre el conflicto intrapsíquico, sobre las relaciones y esbozos sobre las interacciones entre el yo y los otros.

El método se ha comparado con el CCRT (Horowitz, Luborsky y Popp, 1991). Diversos estudios han comprobado que su fiabilidad es buena (Horowitz y Eells, 1993; Eells, Horowitz, Singer y col., 1995; Horowitz, Eells, Singer y col., 1995).

5.10.4. EL MÉTODO DEL MARCO

El Método del Marco (*Frame Method*) de Teller y Dahl (1981, 1986) parte de "marcos" o secuencias estructuradas y recurrentes de sucesos, que

representan deseos y creencias significativas de una persona. Los sucesos Pueden incluir procesos mentales, conductas, creencias, conocimientos, deseos y sentimientos. La relación más importante entre estos sucesos es su orden secuencial.

Dahl (1988) propone que estos marcos están representados en la mente en un código no verbal, es decir, en un sistema de código dual de las representaciones mentales (Bucci, 1985). Son secuencias estructuradas de emociones y defensas, residuos de relaciones de objeto muy infantiles y duraderas a lo largo del tiempo.

Aparecen a través de conflictos, objetos y situaciones y pueden interactuar entre ellos. Así se pueden repetir en un amplio espectro de conductas neuróticas, repetitivas e inadaptadas, lo que permite predicciones específicas de deseos y creencias. Proporciona una teoría del cambio que es independiente de la forma en que se puede producir ese cambio (Dahl y Teller, 1993).

Davis utilizó este método para analizar el juego en niños de tres años y las relaciones con sus respectivas madres (Davis, 1989).

5.10.5. EL MÉTODO DEL GUIÓN

El Método del Guión (*Tomkins's Scrip Method*) de Carlson, (1981) está diseñado sobre la teoría de Tomkins del guión de la personalidad. Es un análisis particular que constituye un desarrollo de la medida del patrón de relación.

Carlson describe estos guiones como reglas individuales para predecir, interpretar, responder y controlar experiencias, gobernadas por determinadas escenas relacionadas entre sí.

La teoría de Tomkins (1987) también identifica una escena nuclear o varias, que manifiestan estas reglas. Esta escena se interpreta como un patrón para posteriores episodios de relación.

5.10.6. EL MÉTODO DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LAS RELACIONES CON EL TERAPEUTA

El Método de la Experiencia del Paciente en las Relaciones con el Terapeuta (*Patient's Experience of the Relationship with the Therapist*) de Gill y Hoffman (1982; Hoffman y Gill, 1988), proporciona un esquema codificado para estudiar las transcripciones de las sesiones de psicoterapia (Gedo, 1993).

Este esquema incluye códigos para varios tipos de comunicaciones, enfocando la experiencia del paciente en las relaciones con el terapeuta.

Hay también un código para explicitar fácilmente sucesos observables en la interacción, no verbales, pero que pueden afectar a la experiencia del paciente en sus interacciones inmediatas.

El sistema tiene también un componente para valorar el grado en el que las intervenciones del terapeuta abordan, en un nivel manifiesto y latente, los aspectos principales de la interacción con el paciente. Este esquema codificado surge de una concepción del proceso terapéutico, donde el terapeuta es visto como significativo y codeterminante de la transferencia.

5.10.7. EL MÉTODO DEL PATRÓN CÍCLICO INADAPTADO

El Método del Patrón Cíclico Inadaptado (*Cyclical Maladaptive Pattern*) de Schacht, Binder y Strupp (1984) denominado antes Foco Dinámico (Schacht y Binder, 1982), comprende un sistema con cuatro componentes. Los actos del yo, expectativas de los otros, consecuencias de los actos de los otros hacia el yo, y consecuencias de los actos del yo hacia el yo (Henry, Schacht y Strupp, 1986).

Los componentes parecen ser similares a los del CCRT. Para incrementar su fiabilidad y coherencia teórica, el CMP se ha integrado en los

métodos de medida del Análisis Estructural de la Conducta Social (SASB) con la nueva denominación SASB-CMP, con lo cual la fiabilidad sería la misma que la conseguida por el SASB.

Este sistema de nueva generación reorganiza la información en tres categorías, actos interpersonales, actos introyectivos y expectativas (Schacht, Binder y Strupp, 1984).

5.10.8. EL MÉTODO DEL ANÁLISIS PLANIFICADO

El Método del Análisis Planificado (*Plan Analysis*) de Grawe y Caspar (1984) se basa en la conducta observable y en las conductas no verbales. En este último punto difiere de otros métodos de medida incluido el CCRT.

El método valora especialmente los propósitos o intenciones de interacción que están en conflicto entre ellos. De esta forma incluye elementos intrapsíquicos del funcionamiento del paciente, desde un punto de vista instrumental.

Las bases de información para el análisis son la conducta y las interacciones del sujeto, especialmente la conducta no verbal, la emoción y la acción hacia otra persona, y la conducta y emociones consideradas desde una perspectiva reactiva. Bien negativas, cuando planes importantes están amenazados, bien positivas cuando son apoyados (Grawe, Caspar y Ambül, 1990). Se han realizado estudios de fiabilidad desde el punto de vista de la descripción cualitativa (Caspar, 1989).

5.10.9. EL MÉTODO DEL INVENTARIO DEL IMPACTO DEL MENSAJE

El Método del Inventario del Impacto del Mensaje (*Impact Message Inventory*) de Kiesler y col. (1985), permite caracterizar las conductas

interpersonales de los sujetos que interactúan, incluyendo paciente y terapeuta.

Está derivado empíricamente de la versión del Círculo Interpersonal de Lorr y McNair (1965). El IMI se cumplimenta en el contexto psicoterapéutico por los psicoterapeutas o los observadores. El material básico son las conductas de los pacientes, utilizando informes de contratransferencia objetiva para caracterizar los patrones transferenciales.

Parte de las narraciones de los pacientes como unidades básicas de las sesiones de psicoterapia (McMullen y Conway, 1997). Su consistencia interna y fiabilidad es alta y tiene adecuadas propiedades psicométricas que le hacen muy útil para la investigación y la clínica (Kiesler y Schmidt, 1993).

5.10.10. EL MÉTODO DEL EQUIPO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

El Método del Equipo de Evaluación Clínica (*Clinical Evaluation Team*) de Bond y Shevrin (1986) se basa sobre transcripciones de entrevistas diagnósticas y tests psicológicos. Las líneas que guían las formulaciones clínicas del patrón de relación son la experiencia consciente del paciente y su comprensión del síntoma actual, y las inferencias del terapeuta a cerca de como el conflicto inconsciente puede incidir y causar el síntoma.

Mientras que la mayoría de los sistemas confían en la frecuencia, el CET permite mayor libertad para sopesar información de acuerdo a la inferencia clínica, no sólo en términos de frecuencia, sino también en el sentido de lo que parece estar omitido. Lo cual tiene especial importancia por la intensidad de las asociaciones y otros signos.

El juez clínico puede consultar con un equipo para llegar a una formulación de consenso. Hasta ahora no hay datos de fiabilidad.

5.10.11. EL ESQUEMA DE ANÁLISIS DEL LENGUAJE EN PSICOTERAPIA DE SEATTLE

El Esquema de Análisis del Lenguaje en Psicoterapia de Seattle (*Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema*) de Maxim y col. (1986; Maxim, 1986) analiza textos verbales en términos de unidades cortas. El marco de referencia es el mensaje interpersonal entre el que habla y el que escucha.

En cada unidad se analizan 5 variables principales, el objeto, su punto de vista y el marco de referencia bajo el que se discute, los afectos, los impulsos y las estrategias con las que se les hace frente y, finalmente, el mensaje interpersonal. Es un sistema utilizado en la investigación pero difícilmente adaptable al uso diario de la clínica. El método ofrece una descripción de la interacción ilustrando, especialmente, el cambio a través de diferentes situaciones terapéuticas.

A través de una serie de códigos se analiza la información que expresa el sujeto que habla, en un nivel de metacomunicación (Maxim y Sprague, 1989).

5.10.12. EL INVENTARIO DE VERIFICACIÓN DE TRANSACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS-REVISADO Y EL INVENTARIO DE VERIFICACIÓN DE TRANSACCIONES INTERPERSONALES-REVISADO

El Inventario de Verificación de Transacciones Psicoterapéuticas-Revisado (*Check List of Psychotherapy Transactions-Revised*) y el Inventario de Verificación de Transacciones Interpersonales-Revisado (*Check List of Interpersonal Transactions-Revised*) de Kiesler (1987) están derivados de la

última versión del Círculo Interpersonal (Kiesler, 1983).

Consisten en autoinformes de los sujetos que interactúan (paciente y terapeuta) e informes realizados por un observador de las sesiones de psicoterapia.

Proporciona un perfil de la conducta interpersonal representada por 16 categorías del Círculo Interpersonal, así como un índice del grado de complementariedad presente en la díada paciente-terapeuta.

La consistencia interna de fiabilidad es bastante alta y se han realizado con él importantes aplicaciones clínicas (Kiesler, Goldston y Schmidt, 1991).

5.10.13. EL MÉTODO DE LA FORMULACIÓN DEL CONFLICTO IDEOGRÁFICO

El Método de la Formulación del Conflicto Ideográfico (*Idiographic Conflict Formulation*) de Perry y Cooper (1989) valora cuatro componentes, deseos y temores conscientes e inconscientes y el producto resultante del conflicto entre ellos; objetos o situaciones ansiógenas específicas, a las que el paciente es vulnerable y el mejor nivel de adaptación del paciente al conflicto.

El ICF tiene una lista estándar de deseos y temores para puntuar los cuatro componentes. El método tiene una buena fiabilidad.

5.10.14. EL MÉTODO DE LA FORMULACIÓN DE LA RESPUESTA CONSENSUADA

El Método de la Formulación de la Respuesta Consensuada (*Consensual Response Formulation*) de Horowitz, Rosenberg y col.(1989), presenta la grabación en vídeo de una entrevista diagnóstica a un grupo de clínicos, cada uno de los cuales escribe una formulación dinámica. Después las formulaciones son divididas en unidades de pensamiento. Los más

frecuentes son articulados en una formulación consensuada.

El foco del método está en las observaciones e inferencias consensuadas de los clínicos. En los estudios de validación realizados se ha comprobado la validez del método.

5.10.15. EL MÉTODO DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO DE TEMAS INTERPERSONALES

El Método del Análisis Cuantitativo de Temas Interpersonales (*Quantitative Analysis of Interpersonal Themes*) de Crits-Christoph, Demorest y Connolly (1990) utiliza la estructura de los deseos y respuestas del objeto y del sujeto del CCRT.

Sin embargo se diferencia de él en que utiliza un vocabulario más amplio de categorías, derivado del Análisis Estructural de la Conducta Social (Benjamín, 1974, 1986, 1986a), que cubre conductas interpersonales definidas a través de dimensiones de afiliación, interdependencia y actividad-pasividad.

El método valora las narraciones del paciente, no en el contexto de otras narraciones, sino de forma separada y al azar.

Se han realizado estudios sobre su fiabilidad (Crits-Christoph, Demorest, Muenz y Baranackie, 1994). Se ha utilizado en diversas investigaciones, para estudiar el grado de consistencia de los temas aparecidos en las narraciones de los pacientes (Crits-Christoph, Demorest, Muenz y Baranackie, 1994) y para explorar las similitudes y diferencias de los temas, con el terapeuta y con otra gente (Connolly y Col., 1996).

5.10.16. EL MÉTODO DEL GUIÓN PERSONAL

El Método del Guión Personal (*Personal Scripts*) de Demorest y Alexander (1992) es un método clínico y cuantitativo derivado de la teoría sobre el guión de la personalidad, de Tomkins (1987).

Primero se identifican experiencias emocionales y de ellas se extraen los guiones del sujeto, mediante un doble proceso de abstracción y secuenciación. La abstracción es un proceso que implica la traducción de elementos literales, desde una escena concreta, a una forma abstracta de un guión genérico. La secuenciación implica deducir el orden de los sucesos que el guión genérico trata de predecir.

Se han realizado estudios de fiabilidad sobre ambos procesos (Demorest y Alexander, 1992; Demorest y Siegel, 1996).

5.11. COMPARACIONES CON EL CCRT

De todos estos métodos el CCRT está entre los más avanzados en cuanto a fiabilidad y validez, junto con el SASB de Benjamín. La mayoría de los métodos tienen muchos puntos en común en sus categorías básicas. Uno de ellos es la dualidad entre impulsos y funciones adaptativas del yo. Como por ejemplo deseos, necesidades y metas por un lado, y respuestas esperadas de los otros y del yo. Desde 1988 se han realizado varias investigaciones comparando unos métodos con otros.

Luborsky (1988) comparando el CCRT con el PERT de Gill y Hoffman y con el FM de Teller y Dahl, Hoffman y Gill (1988) Comparando el PERT con el CCRT, Kächele, Luborsky y Thoma (1988) comparando el CCRT y el PERT.

Jhonson, Popp, Schacht y col. (1989) comparando el CCRT y el CMP, Perry, Luborsky y col. (1989) comparando el CCRT con el ICF y con el PD de Weiss y Sampson, Horowitz, Luborsky y Popp (1991) comparando el RRMC con el CCRT.

Los resultados de estos estudios comparativos demostraron que hay una similaridad significativa entre todas las medidas. Hoffman y Gill sugieren, en su estudio, que el PERT está más dirigido hacia el rastreo de los temas transferenciales y de las resistencias, en tanto que afectan al matiz de la comunicación durante el transcurso de la sesión.

Posteriormente Luborsky, Barber, Binder y col. (1993); Luborsky, Popp, Luborsky y Mark (1994) y Luborsky, Popp y Barber (1994) analizaron las similitudes y diferencias entre siete de estas medidas, aplicándolas a la misma entrevista con una paciente.

Los métodos comparados en estas investigaciones fueron el CCRT de Luborsky, el CA de Horowitz, el PD de Weiss y Sampson, el SASB-CMP de Schacht y Binder, el CRF de Horowitz, Rosenberg, Ureno y col., el ICF de Perry, Augusto y Cooper y el FM de Teller y Dahl.

Los resultados demostraron que las dos medidas más similares entre sí eran, el CCRT y el SASB-CMP y las que resultaron ser más diferentes el CA y el PD. También encontraron que los que tienen sistemas de puntuación más fiables son más adecuados para la investigación. En este caso el CCRT, el CRF y el SASB-CMP. Los métodos que necesitaban menos tiempo y ayudaban más en la clínica eran, el CCRT, el SASB-CMP y el PD en su formato simplificado, siendo por tanto los más apropiados para la práctica psicoterapéutica.

Las aplicaciones clínicas de este tipo de medidas incluyen guías de ayuda para realizar formulaciones fiables sobre los patrones centrales de relación. Estas líneas giran en torno a la toma de decisiones, el foco de las intervenciones terapéuticas, la localización de conflictos que están asociados con síntomas recurrentes, y recomendaciones para la formulación de un tratamiento psicodinámico en programas de atención ambulatoria.

5.12. FUNDAMENTOS TEORICOS Y TECNICOS

Los fundamentos teóricos y técnicos del CCRT se apoyan en una serie de investigaciones sobre su validez, fiabilidad y consistencia, ya citadas anteriormente.

Luborsky (1998a) revisa las aportaciones teóricas de Freud sobre la transferencia, reflejadas en las 23 observaciones de la Tabla 5.5, para

examinar su mayor o menor convergencia con el CCRT.

La observación nº 1 "los deseos hacia el objeto son predominantes", gira en torno a la naturaleza de uno de los principales componentes de la transferencia.

Con términos como impulso, instinto y deseo, Freud hacía referencia a las catéxias libidinales que se satisfacen en la relación con el objeto. Los deseos, necesidades e intenciones del CCRT son versiones concretas de estos términos (Luborsky, 1998a). En las investigaciones con el CCRT Crits-Christoph y Luborsky (1990b) encontraron que la categoría del deseo era muy prevalente, aparecía en más del 60% del discurso de los pacientes, tanto en la primera como en la última parte de la terapia. También se comprobó que ofrecía fiabilidad (Crits-Christoph, Luborsky, Popp y col., 1990). La conclusión es que el deseo es una categoría similar al término utilizado por Freud.

La observación nº 2 "los deseos entran en conflicto con las respuestas del objeto y las del sujeto" señala los componentes del concepto de transferencia que emergen, claramente, de la revisión de los ejemplos que Freud proporciona en sus casos clínicos (1895, 1901). El despertar del deseo es parte de un conflicto en el que las respuestas del yo y de los otros están activas.

El CCRT se basa en una dicotomía conflictiva, los deseos entran en conflicto con las respuestas del sujeto y del objeto. Estas categorías se pueden considerar como la contrapartida de la dicotomía conflictiva de Freud. Es decir, los impulsos del Ello (deseos y pulsiones) entran en conflicto con las respuestas del Yo (funciones de adaptación, defensa y acción).

Según Luborsky (1998a) era difícil construir una prueba específica para valorar el grado de convergencia. Era más fácil demostrar que el sistema de puntuación del CCRT, para el componente de los deseos y las respuestas, tenía una frecuencia alta de asociación y era típicamente conflictiva. El conflicto entre los deseos y las respuestas fue especialmente evidente en algunos análisis (Luborsky, Barber, Schaffler, y Cacciola, 1990).

La observación nº 3 señala que la transferencia "es evidente especialmente en las relaciones eróticas". Aunque no hay estudios sistemáticos, Luborsky y Schaffler (1990) encontraron que el patrón transferencial del CCRT estaba presente, tanto en las relaciones eróticas como fuera de ellas, pero en algunos pacientes había una concentración evidente del CCRT dentro de ellas.

La observación nº 4 sostiene que el patrón transferencial "está parcialmente fuera de la conciencia". Freud (1912, 1912a) utiliza el concepto de transferencia en dos sentidos que implican estados de reducción de la conciencia. En ocasiones lo formula como un amplio sistema de memoria inconsciente de relaciones pasadas, y otras veces destaca la activación de este sistema en la experiencia de la relación con el terapeuta. En ambas concepciones una gran parte del patrón está fuera de la conciencia.

La observación parece encajar con los datos del CCRT, pero se necesitan estudios más sistemáticos para definir el grado en el que el patrón está fuera de la conciencia. Crits-Christoph y Luborsky (1990) en su estudio comparativo entre las autointerpretaciones del paciente y la valoración por el clínico del CCRT, señalan que este último tiene un foco más diferenciado sobre los aspectos centrales del patrón.

La observación nº 5 "el patrón se origina en las relaciones tempranas con los padres", implica que debería haber un paralelismo, entre los patrones de las relaciones tempranas con los padres y las actuales con otros objetos, entre ellos el terapeuta. El CCRT ofrece evidencia sobre este tema. Luborsky y col. (1985), comparando CCRTs de episodios de relación que implicaban memorias de recuerdos sobre las figuras parentales de la infancia, y los relativos a otras personas en el presente, comprobaron que ambos patrones eran muy similares.

El patrón del CCRT en el tiempo de la infancia, puede contener correspondencias con escenas traumáticas primarias, en términos de recurrencia de los contenidos; así como fragmentos de tales escenas (Reiser, 1984; Carlson, 1981).

En esta misma línea Main y Goldwyn (1984) utilizaron la entrevista de apego, para medir recuerdos de los adultos sobre su relación en la infancia con sus madres. En su estudio encontraron, que las madres que distorsionaban los recuerdos de sus relaciones infantiles, tenían vínculos de apego con sus hijos

básicamente similares a las que ellas experimentaron con sus propios padres; mientras que las madres que, de forma más realista, habían olvidado gran parte de la relación con sus madres, tenían vínculos más seguros con sus hijos.

Es posible encontrar un patrón central de relación muy precozmente en el desarrollo del niño. El patrón más temprano encontrado con el CCRT, es el correspondiente a una muestra de niños de tres años (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998).

El método de Sroufe (1983) discrimina tales patrones, incluso antes, a través de observaciones conductuales. Sin embargo, no hay todavía suficientes datos empíricos sobre la edad en que comienzan tales patrones y que consistencia tienen en años posteriores (Kagan, 1996).

La adquisición del patrón parece que se desarrolla a través de interacciones recurrentes con las figuras parentales, especialmente en la primera infancia, mediante tres formas. La repetición de experiencias en interacciones con los padres, al levantar expectativas acerca de sus respuestas contingentes, llegan a formar parte del patrón (Stern, 1985; Tronick, 1982). Los padres enseñan directamente algunos aspectos del patrón; y finalmente otros aspectos se adquieren por identificación con las figuras parentales.

Estos modos de adquisición del patrón están motivados tanto por el deseo de agradar, como por el de evitar disgustar a los padres. Ambos deseos tal como señalan Weiss, Sampson y col. (1986) son ampliamente prevalentes y están parcialmente sostenidos por el amor, el temor y la culpa. Estas formas parecen construirse e interactuar con un sustrato de capacidades biológicas,

tales como la empatía (Brothers, 1989) y el temperamento (Kagan, 1989).

Sin embargo, en términos generales, la investigación sobre la influencia de los acontecimientos precoces en el desarrollo posterior de la personalidad, ofrece todavía una falta de evidencia contrastada según la revisión de Kagan (1996).

La observación nº 6 afirma que "el patrón implica al terapeuta". En los términos operacionales del CCRT esta observación significa que, el principal patrón en la relación con los otros se debería también encontrar en los episodios de relación con el terapeuta. Fried, Crits-Christoph y Luborsky (1990) encontraron confirmación de esta convergencia sobre el material de las sesiones de psicoterapia.

La observación nº 7 la transferencia "se puede activar al percibir las características del terapeuta", tiene que ver con la existencia de dos condiciones para la activación del patrón del paciente. La primera es que algunos aspectos de la transferencia son justamente una sustitución, una nueva impresión o reimpresión como dice Freud (1901). Tales reimpresiones pueden ser simplemente la distorsión de la percepción de relaciones actuales, al experimentarlas como una replica de relaciones pasadas.

La segunda condición es que otras activaciones de la transferencia se pueden despertar, e incluso pueden llegar a ser conscientes, sobre las bases de una similitud en la persona o circunstancias del terapeuta.

Sobre esta observación no hay datos derivados del CCRT o de otros métodos alternativos. Los datos disponibles se derivan de un estudio de Singer y Luborsky (1977) en el que la conducta del paciente en realidad estimulaba la conducta del terapeuta, de forma que encajaba en las expectativas transferenciales del paciente. Lo cual tendría que ver con la segunda condición mencionada antes. Hoffman y Gill (1988a) describen también experiencias contratransferenciales estimuladas por el paciente.

La observación nº 8 "el patrón puede distorsionar la percepción" encaja claramente con el pensamiento de Freud, de que la transferencia implica una

distorsión de la percepción. Otras observaciones como la 6 y la 7 e incluso la 15, tienen la misma implicación.

La distorsión implica la percepción del terapeuta como poseedor de atributos que realmente no tiene o la magnificación de un atributo que posee. En ambos casos la distorsión implica, también, la identificación del terapeuta

como alguien similar a otra figura temprana con la que el paciente está vinculado.

No es fácil construir una medida operacional de distorsión de la percepción en relación a la activación de la transferencia (Luborsky, 1998a). Una medida podría ser el grado de paralelismo entre la percepción del terapeuta y la percepción de otra gente, tal como se realizó en la investigación de Fried, Crits-Christoph y Luborsky (1990). Pero es cierto que no todas las comparaciones realizadas se pueden justificar como distorsión.

La observación nº 9 "la transferencia consiste en un patrón central y repetitivo", cuenta con una traducción operacional en términos del CCRT. Cada paciente presenta un tema principal con una frecuencia alta y otros secundarios con frecuencias más bajas. Es decir que los tipos de componentes, en las interacciones del sujeto con los otros, serían altamente repetitivos a través de diferentes episodios de relación.

En los trabajos de Luborsky, Mellon y Col. (1985) y Luborsky, Crits-Christoph y Mellon (1986) se demostró que el deseo con la recurrencia más alta era mucho más repetitivo, a través de las narraciones, que el que le seguía en el orden de frecuencia.

En otra investigación posterior Crits-Christoph y Luborsky (1990b) encontraron mayor evidencia en la existencia de un patrón central de relación altamente repetitivo, principalmente en el componente de los deseos.

El acento sobre un patrón principal señalado por Freud y comprobado por los datos del CCRT, necesita ser considerado en relación a otros trabajos de investigación que plantean múltiples patrones como los de Horowitz (1987) y Singer (1985). La aparente diferencia no es tan grande, ya que el análisis

típico del CCRT señala, además del patrón principal de frecuencia más alta, otros secundarios con frecuencias menores.

La observación nº 10 "aparecen subpatrones de miembros de la familia", se refiere a la afirmación de Freud (1912) de que el patrón no se anuda a un prototipo particular. En lugar de eso hay varios prototipos comunes, entre los que destacan los correspondientes a la imago del padre y de la madre y, en ocasiones, los del hermano o hermana.

La construcción de cada prototipo específico depende de los recuerdos de las relaciones con una figura familiar significativa. La evidencia de prototipos específicos, dentro del CCRT, ha sido examinada ampliamente sólo en un caso (Crits-Christoph y Demorest (1991) en el que se encontraron indicadores de subpatrones.

Son necesarias, sin embargo, más investigaciones para reunir suficientes narraciones acerca de cada uno de los miembros de la familia, que permitan CCRTs separados para cada uno de ellos. La hipótesis, hasta ahora, es que hay un patrón general que corresponde a gente diversa y cualidades distintivas en patrones específicos, para otros significativos.

La observación nº 11, el patrón "es distintivo para cada sujeto" se basa en la afirmación de Freud de que cada persona tiene su propio patrón transferencial. El CCRT ha demostrado alguna evidencia del patrón principal de cada persona (Luborsky, Mellon, Alexander y col., 1985; Luborsky, Crits-Christoph y Mellon, 1986). Esta especificidad es más evidente cuando se compara el patrón basado en los tres componentes, con diferentes sujetos, que si se hacen comparaciones con cada uno de los componentes por separado. Sin embargo son necesarias mayores investigaciones.

La observación nº 12 "el patrón permanece consistente a través del tiempo" sigue las palabras de Freud cuando afirma que, el patrón transferencial se repite constantemente a lo largo de la vida de un sujeto, lo que implica que existe un patrón prototipo para ediciones posteriores.

Las investigaciones realizadas con el CCRT (Crits-Christoph y Luborsky, 1990b) demuestran la consistencia del patrón durante el año de

tratamiento, en el que estuvieron los pacientes de la muestra. Se comprobó, que para estos sujetos, el deseo principal al comienzo del tratamiento seguía siendo el mismo al finalizar. En otros dos estudios (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt, y col., 1998) con niños de tres años, se obtuvieron datos semejantes, al tener la oportunidad de volver a formular el CCRT a los cinco años de edad. El estudio sigue en marcha con la intención de volver a realizar el CCRT a los ocho y a los 15 años. Esta última investigación ayudaría a precisar la consistencia del patrón a lo largo de la vida de cada uno de los sujetos.

La observación nº 13 "el patrón cambia levemente a lo largo del tiempo", se refiere a la creencia de Freud de que aunque el patrón tenía considerable estabilidad, también mostraba plasticidad a lo largo del tiempo.

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) encontraron que, mientras los deseos tenían considerable estabilidad a lo largo del tiempo, mostraban un ligero descenso desde el principio al final de la psicoterapia. Sin embargo se producían mayores cambios en las respuestas negativas, un descenso de un 41% a un 29% en las del objeto y en las del sujeto, de un 42% a un 23%. Este descenso era uno de los resultados esperados, porque la mayoría de los pacientes había mejorado y el grado de mejoría estaba asociado con el cambio en estos dos componentes.

La observación nº 14 "el patrón muestra breves fluctuaciones en su activación", es en parte una faceta de la observación nº 7 (las características del terapeuta pueden activar el patrón). Los cambios en la activación del patrón se pueden observar normalmente en el trabajo clínico. Pueden ocurrir dentro de una sesión o en varias. Hay muy pocos trabajos sobre la forma de construir una medida operacional para esta observación, solamente el trabajo de Gill y Hoffman (1982) representa un intento para medir tales cambios.

La observación nº 15 "las interpretaciones precisas cambian la expresión del patrón", gira en torno al planteamiento de que el patrón cambia a través de las interpretaciones que enfocan la relación transferencial. Luborsky, Crits-Christoph y col. (1988), en su revisión de las diferentes investigaciones

sobre este tema, confirman que un gran número de interpretaciones, combinando las relaciones presentes y pasadas, correlacionan de forma positiva con los resultados de la psicoterapia.

Por otro lado Crits-Christoph, Cooper y Luborsky (1990) en sus propias investigaciones, comprobaron que las interpretaciones precisas que enfocaban

el patrón reflejado en el CCRT, estaban asociadas con mayores beneficios para el paciente, que las que no lo estaban. Piper, Azim y col. (1991) por su parte, han mostrado que la precisión del foco en las interpretaciones es fundamental a la hora de producir cambios.

La observación nº 16 "el nivel de *insight* está asociado con cambios en el patrón", implica que las interpretaciones sobre la transferencia ayudan al paciente a ganar *insight* sobre su propio patrón. Lo que, a su vez, conduce a una disminución de las resistencias basadas en la transferencia y como resultado a la mejoría del paciente.

Las investigaciones con el CCRT ofrecen resultados mixtos (Crits-Christoph y Luborsky, 1990b; Crits-Christoph y Luborsky, 1998). La medida de auto comprensión e *insight* utilizada fue la convergencia entre las auto descripciones del paciente y el CCRT formulado de forma independiente. La hipótesis era que cuanto mayor fuera la convergencia, mayor sería la auto comprensión. En los resultados se constató que el nivel de auto comprensión, de una de las primeras sesiones del tratamiento, correlacionaba de forma significativa con los beneficios del tratamiento para el paciente. Sin embargo el aumento en la auto comprensión no correlacionaba con los beneficios del tratamiento. Los resultados pues fueron ambiguos.

Crits-Christoph y Luborsky (1990b, 1998) apuntan que la medida operacional que eligieron, para medir el aumento en la autocomprensión, no parecía encajar demasiado con la teoría, siendo necesarias medidas más ajustadas.

El grupo de investigación en psicoterapia del Monte Zion (Silberschatz, Fretter y Curtis, 1986; Norville y col., 1996) ha realizado también estudios

sobre esta misma observación y sobre la nº 15 (las interpretaciones precisas cambian la expresión del patrón). El foco de su investigación fue el impacto inmediato de las interpretaciones, definido operacionalmente, como la convergencia de las interpretaciones con su medida del Diagnóstico Planificado.

En contraste con el estudio de Crits-Christoph y Luborsky (1990b, 1998), que se basaba en los beneficios de los resultados de la psicoterapia, la medida del impacto inmediato sobre el paciente, utilizada por el grupo del Monte Zion, consistió en valorar una muestra de la sesión inmediatamente después de una interpretación. Los resultados demostraron que cuanto mayor era la convergencia de la interpretación con el Diagnóstico Planificado, mayor era el beneficio del impacto inmediato, en términos de mayor experiencia e *insight* logrados por el paciente.

La observación nº 17 "el patrón puede servir como resistencia" no ha sido todavía estudiada. Luborsky (1998a) afirma que es todavía un rompecabezas, ya que la transferencia supone la resistencia más poderosa, al menos desde el punto de vista de la profundidad del patrón.

Sobre la observación nº 18 "pueden emerger síntomas durante la activación del patrón" se han encontrado evidencias en las investigaciones con el CCRT. Luborsky y Schaffler (1990) han encontrado algunos ejemplos que cumplen esta observación. En ellos el patrón de relación conflictiva expresado en el formato del CCRT, precede la aparición de síntomas incluidos como respuestas del sujeto. La aparición de un síntoma, durante una sesión de psicoterapia, puede ser considerada como una oportunidad de examinar su contexto y aprender más sobre su significado, como señala Luborsky (1996).

La observación nº 19 "el patrón se expresa fuera y dentro de la terapia" se centra en la idea de que la transferencia es un patrón general, en el sentido de que su expresión no está confinada únicamente al tratamiento.

Van Ravenswaay, Luborsky y Childress (1983) encontraron las primeras evidencias de esta expresión general del patrón, en una pequeña muestra de narraciones, verbalizadas en una entrevista previa al tratamiento,

realizada por una persona diferente al terapeuta. Más tarde Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) confirmaron plenamente esta observación.

La observación nº 20 "se pueden distinguir patrones positivos y negativos", se apoya sobre varias afirmaciones de Freud (1912). En su sentido más específico, Freud identificaba lo positivo con sentimientos afectuosos y lo

negativo con sentimientos hostiles. En términos más generales utilizó positivo y negativo como sinónimos de satisfacción o frustración del deseo.

Diversas investigaciones (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998; Brin, Grenyer y Luborsky, 1998) han trabajado sobre uno de los componentes del CCRT, las respuestas, como medida operacional que se relaciona con la observación de Freud. Las respuestas positivas y negativas del objeto y del sujeto, parecen ser apropiadas para detectar la cualidad afectiva de la relación, porque cuando se dan en uno u otro sentido marcan la totalidad del patrón. En esta investigación el acuerdo interjueces a la hora de calificar las respuestas fue del 95%.

Un descubrimiento inesperado, obtenido con la clasificación positiva o negativa de las respuestas, fue el de su frecuencia. En general, para cada paciente, el número de respuestas negativas excedía al de respuestas positivas; tanto en sesiones de psicoterapia como en entrevistas RAP. Posiblemente esta frecuencia tan alta se deriva de la necesidad de repetir o dominar sucesos negativos o traumáticos.

La observación nº 21 "el patrón se expresa de diferentes formas" significa que un mismo patrón puede aparecer según una variedad de modos de expresión, en la conducta, en narraciones sobre relaciones y en sueños. En las investigaciones de Popp, Luborsky, y Crits-Christoph (1990) y Popp, Diguier, Luborsky, Faude y col. (1998) se encontró que el CCRT extraído de sueños y narraciones era similar.

La observación nº 22 "la mejoría implica un manejo mayor del patrón" aparece en muchos de los escritos y observaciones de Freud (1920). Uno de sus objetivos terapéuticos era proporcionar al paciente mayor libertad, control y

manejo de sus conflictos neuróticos.

Luborsky (1977, 1984) señala que cuando los pacientes mejoran, tienen un mejor manejo del patrón. Grenyer y Luborsky (1996) y Brin, Grenyer y Luborsky (1998a) han estudiado más detalladamente este fenómeno y han encontrado que es un predictor de los resultados de la psicoterapia.

La observación nº 23 "la disposición innata juega una parte" se apoya sobre la afirmación de Freud (1912) de que la constitución juega un papel, junto con el factor de la experiencia temprana. Esta interacción difiere en cada caso individual, porque la experiencia y la constitución operan juntas para determinar el patrón específico. La observación de Freud parece aplicable a las bases del moderno conocimiento sobre genética, pero no hay datos disponibles sobre la herencia en el CCRT.

Las 23 observaciones de Freud tratan del origen, la función y la activación del estímulo de la transferencia, así como de las medidas que pueden circunscribirla o contenerla. Su diversidad y la falta de una única base teórica, suponen un obstáculo para caracterizarlas como un conjunto homogéneo.

La mayoría, más que teóricamente instituidas, se han basado de forma empírica sobre la experiencia del propio Freud para establecer patrones de relación en sus pacientes. Reflejan su inclinación para registrar cuidadosamente observaciones acerca del fenómeno mental (Holt, 1965).

Según Reiser (1986) las observaciones de Freud sobre la transferencia merecen especial atención, ya que forman el núcleo de la ciencia empírica del método psicoanalítico. El estilo de Freud dirigía sus observaciones hacia el funcionamiento de las estructuras profundas. Sin embargo en el curso de sus teorizaciones, cuidaba especialmente no dejarse arrastrar por conceptos que fueran demasiado inferenciales o metapsicológicos (Holt, 1989).

Uno de sus conceptos centrales fue que la transferencia es una representación mental del conocimiento sobre la forma en que una persona se relaciona con el objeto, lo cual guía la conducta de sus relaciones.

El CCRT ha centrado su atención sobre este concepto en todas sus investigaciones, aunque todavía quedan muchas más que realizar. Otros investigadores también han trabajado sobre la misma idea, como son Waelder (1936); Nunberg (1951); Greenacre (1954); Spitz (1956); Arlow y Brenner (1964) y Curtis (1983).

Según Luborsky (1998a) en la lista de observaciones freudianas hay dos grandes principios que organizan subgrupos entre ellas: la amplitud y la estabilidad del patrón transferencial. Cuatro (6, 7, 9 y 21) están relacionadas con la amplitud del patrón. Amplitud que se refiere a varios aspectos, la importancia del patrón central, expresada a través de la frecuencia, los diferentes objetos, presentes y pasados, con los que se da y las múltiples formas de expresión que utiliza.

El segundo principio referido a la estabilidad del patrón a lo largo del tiempo, hace de la transferencia una estructura de la personalidad. Según Rapaport (1951) una estructura de la personalidad es una entidad con bajo nivel de cambio. Las observaciones de Freud acerca de la transferencia cumplen claramente este principio (por ej. 1, 5 y 12), ya que establecen su consistencia desde sus tempranos orígenes hasta la vida adulta y su estabilidad en la marcada persistencia de los deseos.

Luborsky (1998a) sostiene que el principio más claro, para evaluar las 23 características de los conceptos freudianos, es el grado en el que estas características se parecen a los esquemas que Knapp (1991) define, como una estructura simbólica duradera que organiza constelaciones de pensamientos, sentimientos, recuerdos y expectativas acerca del propio sujeto y de los otros.

Tales esquemas sujeto-objeto, yo-otros, se caracterizan por ser profundos, específicos, tenaces, apremiantes, simultáneos y con plasticidad en las manifestaciones exteriores; incluyendo cambios en la conciencia. Todos ellos parecen estar representados en los conceptos de Freud, solo que con otras denominaciones.

Un tema que aparece frecuentemente con el Método CCRT es la

relación que tiene con las defensas. En realidad no hay un lugar formalizado en el sistema de puntuación. La valoración sobre las defensas lógicamente debería estar incluida en las respuestas del sujeto.

Según Luborsky (1998b), una muestra de las defensas más frecuentes y reconocibles se podría incluir en la lista de las Categorías Estándar, para el componente de las respuestas del sujeto. Así lo confirman también Vaillant (1977) y Perry y Cooper (1989). Buenos ejemplos de ello serían la negación, la proyección y el aislamiento, que parecen ser las más fácilmente reconocibles.

En la investigación realizada por Luborsky, Crits-Christoph y Alexander (1990) encontraron que los sujetos que están clasificados como represores, tienden a expresar deseos relacionados con la cercanía, en el sentido de dependencia; y los pacientes que están clasificados como solitarios (aislados) con la independencia y la autonomía. Se puede considerar, por tanto, que las categorías estándar utilizadas en el CCRT pueden ser una buena medida de las defensas.

El estilo del CCRT, de examinar las sesiones de psicoterapia a través de medidas operacionales, contrasta con otras investigaciones anteriores que confiaban en analogías del fenómeno transferencial (Fisher y Greenberg, 1977). El problema obvio de tales analogías es la dificultad de mostrar cuales de ellas reflejan realmente tales fenómenos.

La mayor ventaja del método CCRT es que trabaja sobre el material de las sesiones, que son los datos básicos desde los que se generaron los conceptos teóricos (Rapaport, 1960; Schlesinger, 1974; Holzman, 1985; Eagle y Wolitsky, 1989). Grünbaum (1984) asegura, sin embargo, que la posibilidad de contaminación por parte del terapeuta de la transferencia potencial del paciente, impide que las investigaciones sobre las sesiones de psicoterapia puedan probar nada. Sostiene que el contenido de la sesión es vulnerable a la influencia del terapeuta.

Este argumento refleja el todo o el nada de un lógico. Sin embargo esta cuestión fue examinada por Freud (1914), quien afirmaba que había formas de minimizar estos efectos y de juzgar la distorsión del terapeuta sobre la

transferencia del paciente. Por ejemplo, cuando un paciente comenzaba una sesión del tratamiento con una conducta que se recordaba como una repetición de una experiencia infantil.

A pesar de esta controversia hay numerosos estudios empíricos sobre las sesiones de psicoterapia y los factores que pueden influir en ella (Luborsky, Crits-Christoph y col., 1988; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994). Estos estudios apoyan el punto de vista de que aun considerando el poder del terapeuta, para influenciar el pensamiento del paciente, hay aspectos de este último que son relativamente estables y de esta forma menos sometidos a su influencia. El CCRT puede mostrar una faceta de la resistencia al cambio de la personalidad, a través de los deseos, que son el componente más estable a lo largo del tiempo.

Varias investigaciones han demostrado la estabilidad de los datos extraídos con el CCRT. Crits-Christoph y Luborsky (1990a) y Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) compararon narraciones antes de que el paciente comenzara la psicoterapia y después de unas cuantas sesiones, encontrando considerable consistencia entre ellas. En otras investigaciones (Luborsky, 1988a, 1996) se han comparado los CCRTs de un mismo paciente con diferentes terapeutas, comprobando las similitudes entre los datos de ambos análisis.

Lingüistas como Labor (1972) y Chapman (1980) están de acuerdo en que el discurso del paciente tiene ciertas características. Se pueden distinguir dos tiempos diferentes en una narración, la secuencia temporal del argumento, es decir el tiempo del relato y el de la presentación del relato en el texto, el tiempo del discurso. Los sucesos además tienen una secuencia temporal, lo que significa que hay más de un suceso en la narración. Esto es, el tema de la narración se implica en varios sucesos diferentes dentro de la misma narración.

Otra contribución sobre las narraciones (Toolan, 1989) explora el alcance de sus diferentes formatos. Escritos y hablados, literarios y no literarios y muestra lo que una atención sistemática sobre el lenguaje puede

revelar sobre el discurso, sus agentes y su audiencia.

El patrón central de relación incorpora la inclinación recurrente de gratificar ciertos deseos hacia el objeto. Estos deseos tienden a persistir. Su persistencia se incrementa a causa de la expectativa de respuestas positivas y a pesar de la decepción de las respuestas negativas del objeto y del propio sujeto.

Freud (1914, 1920) definió la compulsión a la repetición como la necesidad de repetir, reexperimentar y reactualizar, recuerdos traumáticos. Hay numerosas investigaciones sobre la repetición de escenas traumáticas Loevinger (1976), Reiser (1984), Horowitz (1986), Tomkins (1987), Marmar y Horowitz (1988). Algunas teorías, relacionadas con la repetición de temas, encajan con el concepto psicoanalítico de la compulsión a la repetición, porque implican un componente automático.

Una de ellas es la repetición basada en la presencia de un esquema previo. Psicólogos cognitivistas como Fiske y Dyer (1985) han realizado investigaciones sobre el funcionamiento de esquemas, mostrando que un esquema, una vez aprendido, establece la etapa para interpretar sucesos posteriores de acuerdo a aquel esquema anterior. El esquema llega a ser gradualmente más inconsciente y general. La persona muestra algún aprendizaje acerca de cuando aplicar el esquema y cuando no, pero la mayor parte de su aplicación a experiencias posteriores es automática (Arbiv, 1995).

La inclinación a repetir ideas o escenas también puede formar parte de un esfuerzo, para encontrar formas de adquirir el control de ciertas situaciones traumáticas (Mayman, 1978). La competencia y el control sobre la propia vida y los problemas de relación es una necesidad humana vital, especialmente para algunas personas (White, 1952). Tal como afirman Seligman (1980) y Seligman y Peterson y col. (1984), el estilo pesimista está asociado con un descenso en el dominio de situaciones y con síntomas depresivos.

La necesidad de repetir, al servicio de la obtención del control de situaciones, se puede relacionar con ciertos descubrimientos realizados con el

CCRT. La mayor frecuencia de componentes negativos podría reflejar la preocupación por resolver conflictos perturbadores en la relación con los otros. Los componentes negativos apuntan al lugar donde reside la fuente de la amenaza y gran parte del contenido de las narraciones se puede entender como un esfuerzo de revisar el acontecimiento para encontrar formas de controlarlo.

Los componentes positivos, que son menos amenazadores, tienden a reflejar situaciones donde el propio control ha tenido éxito. El descenso de los componentes negativos y el aumento de los positivos, durante el curso de una psicoterapia con éxito, supone un incremento del nivel de control (Brin, Grenyer y Luborsky, 1998, 1998a).

Los estudios sobre los efectos de la interpretación de la transferencia muestran evidencias sobre la fuerza de la necesidad de control (Luborsky, 1998a). Las interpretaciones, especialmente las que se realizan sobre la transferencia negativa, tienden a tener un efecto de cambio sobre el patrón, en la dirección de proporcionar un mayor dominio sobre él. Desde este punto de vista, la precisión de las interpretaciones se puede considerar como un soporte para el paciente que está intentando manejar aspectos traumáticos de su patrón.

Las investigaciones sobre el origen del CCRT y de la transferencia han reafirmado cuatro poderosas fuentes y al mismo tiempo motores, del patrón central, en las relaciones sujeto-objeto (Luborsky, 1998b). Serían el aprendizaje del patrón de las figuras parentales, la persistencia de los deseos en la gratificación de ciertos impulsos y la necesidad de continuar repitiendo partes traumáticas del patrón para manejar los conflictos dentro de él. Estas fuentes no operan de forma separada, sino en numerosas y complejas combinaciones que inician y después mantienen la profunda expresión del patrón central de relación, comúnmente conocido como transferencia.

Un quinto factor debe jugar también un papel muy importante en el mantenimiento del patrón, el deseo del sujeto de evitar el riesgo de disgustar a los padres o a las figuras parentales, alterando el viejo patrón, ya que una

alteración podría herir a los padres y como consecuencia se podría recibir el mismo daño de forma retaliativa.

Weiss, Sampson y el Grupo de Psicoterapia del Monte Sión (1986), investigaron sobre este factor, subrayando la necesidad de mantener el patrón para agradar a los padres. Benjamín (1994) plantea una línea similar, cuando afirma que el desarrollo del síntoma puede estar al servicio de la toma en consideración de las necesidades y sentimientos de los padres. Habría que considerar también la importancia del orden que el sujeto ocupa entre los hermanos o el hecho de ser hijo único (Sulloway, 1996).

Todas estas características colaboran en el origen y mantenimiento del patrón de relación, tal y como es medido por el CCRT.

5.13. APLICACIONES CLINICAS

Luborsky (1997) señala que no es apropiado presentar el CCRT entero en una interpretación, dado que es una formulación compleja y proporciona algunas líneas para utilizarlo en la práctica clínica. Recomienda empezar por aspectos con los que el paciente sea capaz de tratar más fácilmente, es decir, más cercanos a la conciencia. Elegir interpretaciones que impliquen especialmente el deseo y la respuesta del objeto correspondiente y realizar algunas interpretaciones que incluyan al síntoma. De esta forma el paciente obtendrá un concepto del contexto en el que el síntoma aparece.

Las interpretaciones deben estar concentradas principalmente en los componentes negativos, tal como recomienda Freud (1912a). Finalmente es necesario utilizar un estilo de interpretación que trabaje sobre la transferencia sin provocar resistencia.

Según Luborsky (1990a) los beneficios del uso clínico del CCRT se derivan de que es un método uniformemente estructurado en líneas claras de trabajo y que ha mostrado ser fiable. Estas características representan ventajas sobre los métodos clínicos sin guía, como han demostrado las

investigaciones de Seitz (1966) y DeWitt, Kaltreider, Weiss y Horowitz (1983). Sin embargo son necesarios más estudios para comparar ambos tipos de sistemas de aproximación teórica y clínica tan diferente.

En esta línea Friedman y Luborsky (1996) han comparado una serie de casos valorados por los mismos terapeutas, primero con métodos de valoración clásicos y después con el CCRT. En esta investigación ya se han confirmado ciertas ventajas, pero es necesario especificar más, tanto la cantidad como la modalidad de estas ventajas.

La aplicación del CCRT en psicoterapia no lleva demasiado tiempo, puntuar una transcripción con 10 episodios de relación supone alrededor de tres horas. En comparación con otros métodos alternativos, vistos anteriormente, es el que menos tiempo necesita. El terapeuta, familiarizado con el método, sólo necesita aplicarlo al discurso del paciente de vez en cuando, realizando una formulación precisa de sus principales conflictos (Luborsky, 1994).

En términos de los componentes del CCRT, las interpretaciones apuntan a las respuestas que el paciente espera de otras personas. Durante la psicoterapia es especialmente valioso para hacer formulaciones sobre el patrón central de relación, como pieza central para decidir el foco del tratamiento.

Puede ayudar también a valorar el momento de la interpretación, aportando al terapeuta el nivel de conciencia del conflicto, de forma que pueda hacer las interpretaciones cuando las indicaciones clínicas sean favorables. Es de especial ayuda cuando aparece un síntoma predominante, porque el formato del CCRT revela los conflictos que están asociados con él (Luborsky, 1994). El procedimiento para realizar formulaciones e interpretaciones precisas está explicado en detalle en Luborsky (1984), y con pacientes deprimidos en Luborsky, Mark, Hole y col. (1995).

En general, cuanto más corto es el tiempo del tratamiento, más útil es un foco consistente alrededor del CCRT. Este foco proporciona un reconocimiento gradual del paciente sobre su patrón y por tanto una mejoría a

través del manejo de los conflictos. El CCRT cobra especial importancia en los tratamientos de pacientes ingresados en unidades hospitalarias, ayudando a mantener objetivos terapéuticos específicos (Luborsky, van Ravenswaay y col., 1993).

Como conclusión, Luborsky (1990a) afirma que la confianza sobre el CCRT se basa en que los resultados apoyan un patrón de relación central y específico para cada sujeto y no una formulación relativamente uniforme para varios pacientes.

5.14. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACION

En la actualidad se está investigando sobre una nueva aproximación para medir la reducción de la conciencia, siguiendo la observación de Freud de que la transferencia está parcialmente fuera de la conciencia.

El sistema para identificar conflictos inconscientes dentro del CCRT proporciona al clínico la formulación final del CCRT, las transcripciones de las sesiones en las que se ha basado y un conjunto de principios para realizar inferencias sobre el tipo y el grado de la reducción de la conciencia, para cada uno de sus componentes. Uno de estos principios es que los deseos más inconscientes se pueden encontrar en lo opuesto de los deseos más explícitos o expresados (Luborsky, 1987a).

Crits-Christoph y Luborsky (1990) encontraron una fuerte similitud entre la comprensión del paciente, sobre su propio CCRT y la comprensión de los clínicos. Aunque este paralelismo aparecía principalmente en términos de reconocimiento de algunos de los mismos tipos de componentes, tanto por parte de los pacientes como por los clínicos. Lo que estos últimos parecían hacer mejor que los pacientes, era identificar los relativos grados de importancia de los componentes. En la investigación se apunta que, proporcionando a los jueces principios para valorar el reconocimiento de los aspectos menos conscientes, se ayuda a producir inferencias fiables acerca de

los aspectos que están más fuera de la conciencia.

Luborsky (1990) señala la necesidad de seguir investigando algunos aspectos para mejorar el método. Uno de ellos sería la discriminación entre los sucesos reales que se producen entre paciente y terapeuta, en las sesiones de psicoterapia y las narraciones de las relaciones, en los acontecimientos de la vida cotidiana del paciente.

Otro aspecto importante sería simplificarlo, de forma que se necesitara menos tiempo para su aplicación. Para ello la meta sería continuar desarrollando las Categorías Estándar y los métodos de cuestionario.

Otra línea de investigación en marcha, que supondría un ahorro de tiempo, es la valoración directa de grabaciones en vídeo sin necesidad de transcribirlas. Además de simplificar el método abriría la posibilidad de valorar elementos no verbales, como son gestos, actitudes corporales y el juego de los niños más pequeños. Extendiendo la posibilidad de aplicar el Método CCRT a edades más tempranas (Luborsky, Kächele, Dahlbender y Diguier, 1998). Este tipo de valoración directa de las grabaciones en vídeo ya se está utilizando, con buenos resultados, en varias investigaciones (Thorne y Hogan, 1992).

Se está investigando sobre las diferencias en los CCRTs según distintos diagnósticos psicopatológicos, trastornos de personalidad, de ansiedad, borderlines, trastornos psicóticos, etc. Otros estudios tratan de aplicar el método en diferentes encuadres psicoterapéuticos, de grupo, de familia y pareja (Baguet, Gerin y col., 1984).

Hay varias investigaciones en marcha sobre las diferencias de género y sobre distintos períodos etarios, infancia, adolescencia, ancianos, etc. (Luborsky, Kächele, Dahlbender y Diguier, 1998).

II PARTE

APLICACION CLINICA

CAPITULO VI
EL ESTUDIO CLINICO

CAPITULO VI

EL ESTUDIO CLINICO

6.1. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO

El objetivo general del presente estudio es comprobar la posibilidad de utilizar el Método CCRT con un grupo de púberes y adolescentes en tratamiento psicoterapéutico, mediante el establecimiento del patrón transferencial. El Método ha sido ampliamente estudiado y utilizado con adultos, pero no así con niños, con los que se ha utilizado una variante de las entrevistas RAP y en un encuadre no clínico. Asimismo nos planteamos analizar las dificultades metodológicas derivadas de las características evolutivas de los sujetos y apuntar, en su caso, las posibles modificaciones técnicas del Método derivadas de ellas.

Las preguntas de investigación que nos hemos planteado contrastar con los resultados son las siguientes:

I.- Comprobar si la capacidad de los niños y adolescentes, para expresar mediante el lenguaje verbal los acontecimientos en los que intervienen, secuencia, desarrollo, personas, etc., es suficiente para comprender las relaciones entre los sujetos y los conflictos planteados.

II.- Comprobar si en los tratamientos psicoterapéuticos con púberes y adolescentes se produce una relación transferencial con el terapeuta, a través del establecimiento de un patrón transferencial. Así como verificar la delimitación de un conflicto central y la presencia de conflictos intrasubjetivos e intersubjetivos en diferentes niveles.

III.- Comprobar si el patrón tiene las dos vertientes fundamentales de la transferencia, características generales y al tiempo específicas para cada sujeto.

IV.- Analizar las características de este patrón y comprobar si es similar al que se produce en las relaciones fuera del tratamiento.

V.- Analizar las características concretas del patrón de relación de los púberes y adolescentes en dos niveles, aspectos comunes con el de los adultos y aspectos específicos.

VI.- Analizar posibles diferencias en el patrón de relación en función del género y la edad en sus tres componentes, deseos, respuestas del objeto y respuestas del sujeto.

VII.- Comprobar si el patrón de relación de los púberes y adolescentes es más positivo que el de los adultos, analizando las respuestas positivas y negativas en la configuración general del patrón transferencial. Discriminar si hay diferencias cuando las relaciones son paritarias, es decir, establecidas entre iguales y cuando se realizan con los adultos.

VIII.- Verificar si el patrón de relación con el terapeuta es más o menos positivo que con otros adultos significativos y compararlo con el patrón transferencial de los adultos.

IX.- Partiendo de la hipótesis de que los púberes y adolescentes no tienen todavía un juicio de realidad y una internalización ética estable y como consecuencia tienen dificultades para mantener la imparcialidad, analizar las características específicas de la valoración de las respuestas que dan y reciben (RS-RO) en función del género y la edad, y contrastarlas con las que se dan en los adultos.

X.- Analizar las relaciones significativas de los niños y adolescentes en base al patrón transferencial y comprobar las hipótesis teóricas que plantean dos ejes significativos, la familia por un lado y el mundo de las relaciones externas con los iguales por otro. Diferenciar si dentro de estos dos ejes hay relaciones más significativas que otras. En la familia el padre o la madre, entre los iguales las relaciones con sujetos del mismo sexo o del opuesto, etc. Comprobar el lugar que ocupan los animales y fantasías en estas relaciones en contraste con el lugar secundario que ocupan para los adultos.

XI.- Comprobar en base al análisis de los temas generales y específicos la importancia de los síntomas somáticos y del deseo edípico, que son dos componentes no incluidos en las categorías estándar agrupadas.

6.2. DISEÑO DEL ESTUDIO CLINICO

6.2.1. CONTEXTO DEL ESTUDIO

El estudio se ha realizado en el Servicio de Salud Mental de Getafe perteneciente al Área Sanitaria nº 10. La población de Getafe según el censo de 1993 es de 142.124 habitantes. La población comprendida entre los 11 y los 16 años, de la que se ha obtenido la muestra objeto de este estudio, es de 14.791 habitantes, de los que 7.573 son varones y 7.218 mujeres.

El Servicio de Salud Mental es un servicio especializado de atención ambulatoria, que tiene a su cargo la cobertura de los trastornos en salud mental de adultos, niños y adolescentes, de la población de Getafe. Está situado en un segundo nivel de atención, por lo que no tiene acceso directo de los pacientes, sino que son otros servicios los que se encargan de realizar las derivaciones. La atención hospitalaria se lleva a cabo en la Unidad de Hospitalización breve, del Hospital General del Área (Escudero, 1993).

La mayor parte de las derivaciones se realizan desde los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud del Insalud. Una parte menor proviene de otros Servicios Especializados Sanitarios, como pueden ser los Servicios de Neurología y Pediatría del hospital y los servicios de urgencias (Escudero, 1990).

Desde el Sistema educativo se reciben derivaciones de los Equipos de Orientación Psicopedagógica del Ministerio de Educación y del Servicio Psicopedagógico Municipal del Ayuntamiento de Getafe. Estos equipos son los encargados de trabajar directamente en los centros escolares y con los Departamentos de Orientación de los institutos. También se reciben derivaciones de los Equipos de Atención Temprana de la Comunidad Autónoma de Madrid que atienden la etapa preescolar. Desde el Sistema de Integración Social se reciben derivaciones de los Equipos de Servicios Sociales de base, así como de otros organismos de la red.

La atención se lleva a cabo por medio de programas específicos estructurados de forma longitudinal y transversal, en dos niveles, clínico-asistencial y comunitario. Uno de los programas transversales es el de atención a la salud mental de niños y adolescentes, en él se atienden todo tipo de trastornos de 0 a 16 años cumplidos (Escudero, García-Villanova y Sánchez, 1996).

El programa está a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por tres facultativos especialistas, dos psicólogos y una psiquiatra, una enfermera y un asistente social. Uno de los psicólogos realiza además las funciones de coordinadora del programa (Escudero, 1981).

El programa está estructurado en varias fases, la primera fase es la de recepción de la demanda. En ella se recogen una serie de datos relativos a la identificación del paciente y de sus padres o adultos a su cargo. También se consigna el Equipo o Servicio que realiza la derivación y el motivo de consulta. Finalmente se da la cita para la primera entrevista y se asigna un facultativo, al tiempo que se dan unas consignas, que forman parte del encuadre institucional. Se solicita, si el niño es menor de 13 años, que ambos padres lo acompañen a la consulta, si es mayor se deja abierta la posibilidad de que asista el solo o acompañado. Los encargados de llevar a cabo esta fase son los administrativos, por medio de unas fichas protocolarizadas e informatizadas (Anexos A y B).

La segunda fase es la de evaluación diagnóstica. En ella se realizan una serie de entrevistas clínicas para analizar la demanda, tanto la de los padres como la del niño o adolescente, para finalmente realizar un diagnóstico y un pronóstico (Escudero, García-Villanova y Rico, 1990). En esta etapa se pueden solicitar informes complementarios, en el caso de que sean necesarios, a otros equipos, bien del entorno escolar, de servicios sociales o a otros servicios especializados. Dependiendo de las características y necesidades del caso se pueden administrar pruebas objetivas, realizar entrevistas libres, o bien hora de juego.

La finalización de esta etapa se concreta con la entrevista de devolución diagnóstica, donde se indica el tratamiento a seguir, en el caso de que proceda. Los encargados de realizar esta fase son los profesionales clínicos, psicólogos y psiquiatra, así como otros profesionales, trabajadores sociales, etc., en el caso de que fueran necesarios informes complementarios. A continuación se realiza el tratamiento y posterior seguimiento si procede.

Los tipos de tratamiento que se realizan en función de las necesidades del caso son: psicoterapia individual, familiar y de grupo, así como consultas terapéuticas y trabajo terapéutico en talleres. En los casos que lo requieren se utiliza también tratamiento farmacológico. Todos los tratamientos

psicoterapéuticos están a cargo de los profesionales clínicos, el trabajo terapéutico en talleres lo pueden realizar otros profesionales.

A través de los programas de coordinación se cuenta con una red de recursos sociocomunitarios a los que se deriva como complemento terapéutico del tratamiento de los casos.

A veces se realizan derivaciones internas a los programas de salud mental de adultos, en los casos en que los padres necesiten de algún tipo de tratamiento. De forma inversa se reciben derivaciones de hijos de pacientes adultos.

El Servicio de S.M. está reconocido como Unidad Docente de la Especialidad de Psicología Clínica y Psiquiatría. En el programa se realizan funciones de investigación y docencia, en el campo de niños y adolescentes, recibiendo periódicamente residentes en Psicología y Psiquiatría, durante seis meses de rotación (Escudero, 1997). Se realizan funciones de supervisión y formación teórica y la coordinadora del programa está nombrada como tutora del Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica.

El Programa mantiene contactos periódicos con diversos Organismos e Instituciones como la Comisión de Tutela del Menor, el Instituto Madrileño de atención a la Familia y al Menor, el Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, la Fiscalía de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, etc.

La realización del estudio se ha llevado a cabo dentro de la estructura de funcionamiento del programa de atención a niños y adolescentes descrita.

6.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

El primer criterio de inclusión/exclusión que se ha tenido en cuenta, para la selección del grupo estudiado, ha sido la edad. Luborsky (1997, y en comunicación personal) indica que el requisito imprescindible es que haya suficiente discurso verbal sobre el que aplicar posteriormente el CCRT.

Luborsky confirma (en comunicación personal) que no es necesaria la validación a sujetos españoles.

Por esta razón se incluyeron en el proceso de evaluación y diagnóstico los pacientes entre 11 y 16 años cumplidos, dado que en edades inferiores el discurso está muy apoyado en otro tipo de material analógico, como son dibujos, juegos y expresión corporal, sobre los que no se iba a aplicar el método CCRT.

El segundo criterio ha sido que todos los casos finalizaran el proceso de evaluación diagnóstica.

El tercer criterio ha sido que todos los casos diagnosticados iniciaran, si ésta era la indicación, un tratamiento de psicoterapia individual, dado que éste es el encuadre tipo sobre el que se iba a aplicar posteriormente el método CCRT.

No se ha tenido en cuenta que finalizaran o no el tratamiento, ya que el objetivo es analizar la relación transferencial en el comienzo del tratamiento y no los resultados de la psicoterapia.

Con estos tres criterios iniciales se ha comenzado la fase de recogida de la muestra. Incluyendo en esta fase todos los casos que han llegado al programa en el período de un año entre los 11 y 16 años.

Los casos incluidos corresponden a los dos psicólogos adscritos al programa de atención a la salud mental de niños y adolescentes.

6.2.3. PROCESO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La fase de recogida de los sujetos del estudio se ha iniciado con el proceso de evaluación y diagnóstico.

Para la realización de este estudio se ha elaborado un protocolo de evaluación diagnóstica en el que se ha recogido toda la información pormenorizada, obtenida de la recepción del caso, así como del proceso de evaluación y diagnóstico. Dentro de la estructura de funcionamiento del

programa de atención a la salud mental de niños y adolescentes del Servicio, descrito antes.

En el proceso de evaluación se han realizado entrevistas semiestructuradas y libres, con los padres y el niño y se han administrado pruebas objetivas. Las entrevistas tienen el objetivo de recoger la información relativa al motivo de consulta y la apertura de la historia clínica del caso. Los datos recogidos están organizados en torno a tres ejes.

La historia del trastorno y dinámica familiar. Embarazo, parto y desarrollo durante la primera infancia y período de latencia. Comienzo y desarrollo de la escolaridad.

La prueba objetiva administrada en este estudio ha sido el PCRS (*Psychodynamic Child Rating Scale*) de Szapocznik y col. (1987, 1987a). Esta escala está compuesta de los siguientes tests de inteligencia y proyectivos.

Cinco subtests del Wisc-R (*Wechsler Intelligence Scale for Children Revised*) de Wechsler (1974), dos verbales y tres manipulativas y el BG (*Bender Gestalt*, 1938).

Los tests proyectivos gráficos son el HTP (*House-Tree-Person*) de Buck (1981), el KFD (*Kinetic Family Drawing*), de Burns (1982) y el KPD (*Kinetic Peer Drawing*) de Alonso (1982).

Para el test proyectivo verbal se han utilizado 5 laminas del TAT (*Thematic Apperception Test*, Murray, 1935). Cuatro de ellas son diferentes para niños y niñas.

Con todos los datos obtenidos y una vez analizadas las pruebas objetivas se ha realizado el diagnóstico y pronóstico del caso, así como la indicación terapéutica.

El diagnóstico se ha realizado, desde el punto de vista nosológico, utilizando el ICD-10 (*Classification of Mental and Behavioural Disorders*, 1992) y desde el punto de vista psicoanalítico utilizando las 22 áreas de evaluación de Boston (1989).

6.2.4. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS

Finalizado el proceso de recogida de los sujetos, se ha realizado la selección de los casos que finalmente han integrado la muestra final, según los criterios de inclusión/exclusión descritos más arriba.

El número de casos entre 11 y 16 años que iniciaron el proceso fue 58. De ellos solamente 44 finalizaron la fase de evaluación, llegando a la indicación psicoterapéutica. De ellos 34 casos, comenzaron un tratamiento de psicoterapia. 27 con un encuadre individual y 7 con otros encuadres diferentes, padres-hijo, madre-hijo, etc.

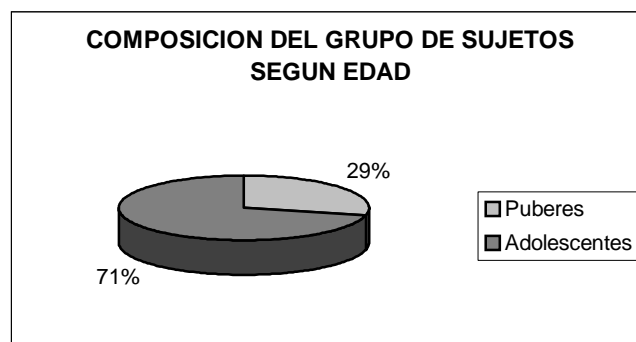
De los 27 casos con encuadre individual, 5 fueron descartados por razones técnicas, como fallos en la grabación de las sesiones o imposibilidad de transcribir el material grabado. Otros 5 también fueron excluidos por no presentar un mínimo de discurso para poder aplicar posteriormente el CCRT.

El grupo de sujetos finalmente seleccionado para el estudio es de 14 casos. Este número se ha considerado adecuado en función de estudios previos con el CCRT que han validado el método (Levine y Luborsky, 1981; Crits-Christoph, Luborsky, Dahl y col., 1988; Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995).

6.3. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE SUJETOS

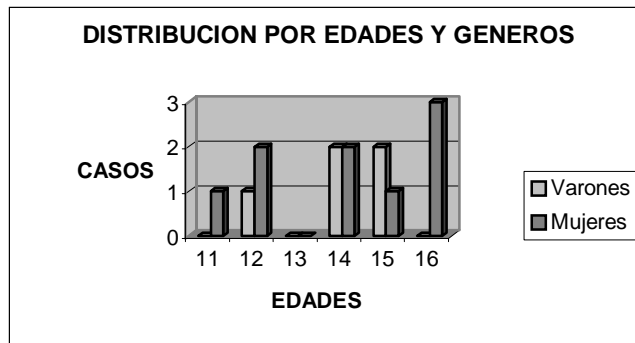
6.3.1. ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN

Se compone de 14 sujetos entre los 11 y 16 años. De ellos 9 son mujeres (64%) y cinco varones (36%), 4 púberes (29%) y 10 (71%) adolescentes.



Entre las mujeres hay tres púberes (una de 11 años y dos de 12) y seis adolescentes (dos de 14, una de 15 y tres de 16). Entre los varones hay un púber de 12 años y cuatro adolescentes (dos de 14 y dos de 15).

Todos los sujetos son de nacionalidad española y raza blanca.



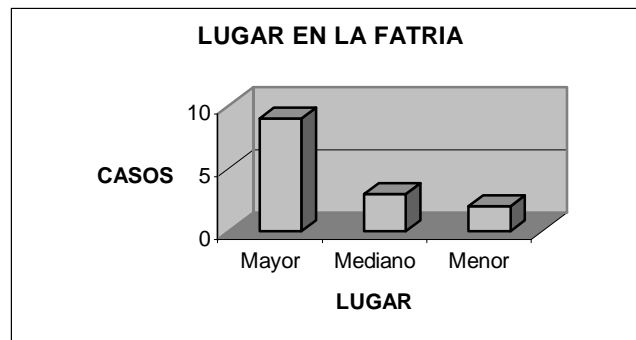
6.3.2. ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS

La edad media de los padres (padre y madre) es de 40 años y la media del tiempo de convivencia de la pareja es de 17 años. En dos de los casos los padres están separados y en uno divorciados.

Ocho casos tienen 1 hermano, cinco casos 2, y un caso 3. Nueve de los pacientes son los hermanos mayores, 3 medianos, y 2 son los menores. En 3 casos los abuelos conviven temporalmente en el domicilio familiar.

El nivel socio-económico de las familias oscila entre medio-bajo, 8 casos, y medio-alto 6 casos. En 7 casos las madres trabajan.





6.3.3. HISTORIA DEL TRASTORNO Y DINÁMICA FAMILIAR

13 casos han sido derivados por los equipos de atención primaria y uno por el Servicio de Neurología del Hospital.

Los motivos de consulta suelen ser múltiples, todos los casos presentan varios síntomas en diferentes áreas.

En el área escolar, retraso, problemas de pronunciación, bajada de rendimiento y dificultades para la concentración.

En la socialización, dificultades en las relaciones con los iguales, tanto en el contexto escolar como familiar.

Alteraciones funcionales y somatizaciones, pérdida de peso y amenorrea, enuresis, vómitos, cefaleas, síncope, insomnio, etc.

Alteraciones en la conducta y en el estado de ánimo, oposicionismo activo y pasivo, inadaptación, llanto fácil, astenia, tristeza, abatimiento, miedos, irritabilidad y excitación.

La evolución del trastorno en la mayoría de los casos es larga entre 1 y 2 años como mínimo y 3 y 6 años como máximo. En dos casos la evolución es de alrededor de 1 mes. En 8 casos se habían realizado consultas previas a otros especialistas y de ellos 5 seguían algún tipo de tratamiento.

Diez casos tenían antecedentes personales de alteraciones o síntomas previos de diferentes índole, espasmo del sollozo, insomnio del lactante, angustia de separación, encoprésis, pérdida de conocimiento, cefaleas, dislexia y retraso en la lectura.

En cuanto a los antecedentes familiares, en 8 casos no se encontraron trastornos psiquiátricos.

En dos casos la madre presentaba síntomas ansioso-depresivos y se encontraba en tratamiento en el mismo Servicio.

En los cuatro casos restantes se encontraron antecedentes de trastornos psiquiátricos y neurológicos en varios miembros de la familia. Uno de ellos presentaba trastornos de corte ansioso-depresivo en la madre, las dos abuelas y el abuelo paterno; todos ellos habían seguido tratamiento en el Servicio.

Otro presentaba trastornos del mismo tipo en la madre y el padre y una sobrina materna era ex-toxicómana. En otro la abuela materna estaba diagnosticada de Alzheimer y un tío materno era alcohólico.

Finalmente en dos casos (hermanos) la abuela materna sufría depresiones y había realizado un intento autolítico.

La dinámica familiar se puede considerar como estable y adecuada en cuanto a las relaciones padres-hijos, presencia de normas e incorporación de la responsabilidad, aunque con escaso dialogo entre los miembros de la familia en 3 casos y con mayor dialogo entre padres e hijos en 7 casos.

En tres casos la dinámica familiar se puede considerar estable pero con escasa relación entre los padres y con los hijos, normas poco adecuadas a las necesidades de estos y con dificultades en la incorporación de responsabilidades.

La dinámica familiar es claramente conflictiva en un caso.

6.3.4. EMBARAZO, PARTO Y DESARROLLO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA

Seis casos manifestaron claramente que los embarazos no habían sido deseados, aunque si aceptados posteriormente. En siete casos los embarazos presentaron problemas de diversa índole, fundamentalmente digestivos.

En seis casos el parto fue problemático principalmente por problemas en la dilatación o ausencia de contracciones.

En cuanto al desarrollo madurativo, en seis casos se detectaron dificultades y trastornos en el desarrollo psicomotor, como deambulación tardía, torpeza motora, hipotonía muscular, etc.

El desarrollo del lenguaje se mostró alterado en cinco casos con trastornos fonológicos (problemas de pronunciación, dislexia, dislalia, etc.) y adquisición tardía del habla.

Tres casos presentaron trastornos de la alimentación en la primera infancia, permaneciendo en la actualidad como fobias discretas de la alimentación.

En tres casos aparecieron trastornos del sueño, dos con insomnio del lactante y uno con hipersomnia.

Finalmente en dos casos aparecieron trastornos en el control de esfínteres.

6.3.5. COMIENZO Y DESARROLLO DE LA ESCOLARIDAD

En cinco casos el comienzo de la escolaridad se había producido en guarderías o escuelas infantiles antes de los 4 años. En nueve habían comenzado a los 4 o 5 años en el ciclo de preescolar.

En siete casos había un buen rendimiento académico y existían buenas

relaciones con los compañeros y/o profesores. Mientras que en otros siete el

rendimiento era mediocre o malo, con repeticiones de curso y las relaciones con los compañeros y/o profesores eran conflictivas.

6.3.6. DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS

En general los diagnósticos no son demasiado homogéneos. Seis casos presentan un único diagnóstico. De ellos dos en la categoría de trastornos neuróticos de adaptación y otros dos en la categoría de trastornos del comportamiento. Los dos restantes están clasificados respectivamente como trastorno de la conducta alimentaria y trastorno depresivo recurrente.

Los ocho restantes tienen al menos dos diagnósticos simultáneos distribuyéndose de la siguiente forma:

Seis en la categoría de trastornos neuróticos de diversa índole, somatoformes, pánico, obsesivo-compulsivo y de adaptación. Todos ellos, excepto uno, acompañados de diferentes trastornos del desarrollo psicológico, bien en la vertiente del desarrollo del habla y del lenguaje, bien en el desarrollo del aprendizaje escolar.

Los dos restantes son trastornos funcionales, uno de control de esfínteres y otro de trastornos del sueño acompañado de un trastorno de adaptación.

Hay también dos diagnósticos complementarios (códigos Z) clasificados como problemas de ajuste a la transición de los ciclos vitales.

En cuanto a los niveles de inteligencia dos casos tienen un nivel alto, siete medio-alto, cuatro medio y uno medio-bajo

DIAGNOSTICOS ICD 10	Nº
F 45.1 Trastorno somatoforme indiferenciado F 80.0 Trastorno específico de la pronunciación Z 60.0 Problemas de ajuste a la transición de los ciclos vitales	1
F 43.23 Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones	1
F 98.0 Enuresis funcional primaria F 98.2 Encopresis funcional secundaria	1
F 45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente F 81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación	1
F 51.0 Trastornos del sueño de origen no orgánico. Insomnio no orgánico F 43.23 Trastorno de adaptación, con predominio de alteración de otras emociones	1
F 41.0 Trastorno de pánico, ansiedad paroxística episódica Z 60.0 Problemas de ajuste a las transacciones de los ciclos vitales	1
F 42 Trastorno obsesivo-compulsivo F 81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación	1
F 43.23 Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones F 81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación	1
F 91.2 Trastorno disocial en niños socializados	1
F 43.23 Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones F 81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar	1
F 33.00 Trastorno depresivo recurrente, episodios actual leve, sin síntomas somáticos	1
F 50.0 Anorexia nerviosa	1
F 43.20 Reacción depresiva breve	1
F 93.8 Otros trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia	1

6.4. LOS TRATAMIENTOS DE PSICOTERAPIA

6.4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Todos los tratamientos están dentro del enfoque de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica (Crawford, 1988), partiendo del marco teórico y técnico del psicoanálisis y con modificaciones específicas para trabajar con niños y adolescentes.

En primer lugar la focalización del conflicto, es decir, el motivo de consulta que trae el paciente. En segundo lugar y como consecuencia del anterior la planificación de los objetivos del cambio.

Finalmente la posición del terapeuta es más activa que en la cura tipo y el trabajo de interpretación se realiza sobre el conflicto actual, manejando la transferencia en su vertiente de relación terapéutica, pero no como material interpretable (Escudero, 1998). Tal como lo plantea Coderch (1990) sería una interpretación extratransferencial, en el sentido de que no se interpreta directamente la relación con el terapeuta.

La duración de los tratamientos oscila desde un mínimo de cuatro meses a un máximo de 20, en encuadres individuales.

La periodicidad de las sesiones es semanal o bien quincenal, con una duración de 30 minutos.

De los 14 pacientes 6 tenían además tratamiento farmacológico.

Todos los tratamientos incluyen entrevistas periódicas con los padres de los pacientes.

Los tratamientos se han realizado por dos de los facultativos del programa (psicólogos clínicos).

6.4.2. INICIO DE LOS TRATAMIENTOS Y REGISTRO DEL MATERIAL

Los tratamientos de psicoterapia se han iniciado a medida que cada caso seleccionado terminaba el proceso de evaluación.

A continuación se ha comenzado la fase de registro del material. Se han grabado en audio las sesiones de tratamiento para su posterior transcripción literal, siendo este el material de base para la aplicación del CCRT.

Debido a las necesidades de concretar el estudio, se ha recortado el análisis de los datos a la primera sesión de tratamiento. Los datos de esta primera sesión son suficientes para comprobar las hipótesis planteadas y no exceden a las posibilidades de la investigación.

Las investigaciones de Luborsky (1976, 1983) y Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) sobre la alianza terapéutica en su medida operacional, la alianza de ayuda, establecida en las primeras sesiones del tratamiento, confirman que este patrón es en sus datos centrales similar al CCRT del tratamiento.

La alianza terapéutica está considerada como una parte del patrón transferencial. Las modificaciones posteriores que se pueden producir como consecuencia del tratamiento sirven para validar los cambios que puede proporcionar, pero no añaden nada nuevo a la validez del patrón.

En nuestra investigación dado que únicamente se ha utilizado la primera entrevista de psicoterapia, se han seleccionado aquellos pacientes que presentaban sesiones con un mínimo de discurso para que los datos fueran fiables.

Operacionalmente este mínimo se ha fijado en 5 episodios de relación, por ser un criterio de fiabilidad contrastado (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990).

CAPITULO VII

METODOLOGIA DE APLICACION Y

ANALISIS DEL CCRT

CAPITULO VII

METODOLOGIA DE APLICACION Y ANALISIS DEL CCRT

7.1. PROCEDIMIENTO DE APLICACION DEL CCRT

Se ha aplicado el CCRT sobre los 14 pacientes de la muestra que pasaron por el proceso de evaluación y diagnóstico y que posteriormente iniciaron un tratamiento de psicoterapia individual.

Como se ha descrito anteriormente, todos reunían los requisitos necesarios para poder aplicar el método, según los criterios de exclusión/inclusión indicados por Luborsky (1997 y en comunicación personal).

La aplicación se ha realizado sobre la primera sesión de psicoterapia de los 14 casos. Por lo tanto se trata de la formulación del CCRT de la sesión de inicio, de cada paciente, y no de la formulación del CCRT del tratamiento.

En primer lugar se han grabado en audio las 14 sesiones de cada paciente y se ha transcrito literalmente el material, a continuación se han seguido los pasos que Luborsky (1990) plantea en la aplicación del método.

Sobre las transcripciones se han localizado los episodios de relación (ERs). La cantidad media de episodios, necesarios para la confiabilidad del método (Luborsky y Schaffler 1990), es 4'1 por sesión. En nuestra muestra la media fue 6'5, con una oscilación de 5 a 9 como se refleja en los resultados globales.

Luborsky (1990) plantea la diferencia entre episodios presentes y pasados. "Presentes" se refieren a lo sucedido en la sesión o en las dos últimas semanas, "pasados" se refieren a todo lo ocurrido con anterioridad. Los episodios pasados se pueden clasificar en niñez y adolescencia.

En nuestra investigación no hemos diferenciado episodios presentes y pasados, debido a que los sujetos de la muestra son púberes y adolescentes y, por lo tanto, la "infancia" y los conflictos derivados de ella están todavía muy presentes en los pacientes.

A continuación se han extraído los episodios para no correr el riesgo de contaminarlos con el contexto de la sesión (Bond, Hansell, y Shevrin, 1987; Crits-Christoph y col., 1988; Luborsky y Diguier, 1995, 1998). El mismo método ha sido utilizado por Luborsky en su estudio sobre patrones de relación en niños de 3 y 5 años (Luborsky, Luborsky, Diguier, y col., 1995). Además, según confirman Gerin, Baguet, Sali y Dazord (en preparación) el cálculo de la fiabilidad y de la validez del CCRT se puede obtener con episodios aislados.

Una vez extraídos se han numerado, conservando el orden de aparición en el discurso de cada paciente y se ha reseñado la persona principal con la que éste interactúa.

La persona principal es fácilmente identificable ya que aparece como protagonista de la narración del paciente. Cuando figuran varias se categorizan como amigos, compañeros, familia o padres. En las ocasiones en que aparecen dos personas pertenecientes a grupos distintos (terapeuta, padres), se consigna en primer lugar la que determina la relación.

Aunque Luborsky (1990) señala no tomar en cuenta las relaciones con animales u objetos inanimados, por su escasa aparición, salvo en terapias con pacientes borderline, y del mismo modo aclara que las fantasías no añaden nada nuevo a las narraciones corrientes; en nuestra muestra valoramos un episodio del primer tipo (pac. 1M) dada la particular relación que los niños tienen con los animales. Así como 2 episodios que contenían fantasías (pac. 3V), ya que las fantasías en los niños tienen un significado de mayor importancia que en los adultos (Escudero, 1998).

Para identificar los episodios en los que la persona principal es el propio sujeto, hemos seguido las indicaciones del grupo de trabajo de Ulm (Torres, 1993), que plantea el reconocimiento de un conflicto interno en el paciente expresado como un deseo contradictorio o bien respuestas del sujeto contradictorias a su propio deseo.

Se ha valorado el grado de totalidad de cada episodio con una escala de 1 a 5, que evalúa desde un mínimo hasta un máximo de información sobre la interacción entre el paciente y la persona principal, siguiendo las indicaciones de Luborsky (1990).

Se han desechado los que no alcanzaban una puntuación de 2'5, ya que no contienen los suficientes elementos para codificar los tres componentes del CCRT.

7.2. EVALUACION DEL CCRT

Para la evaluación del CCRT se han seguido los procedimientos cualitativos y cuantitativos que se describen a continuación.

7.2.1. PROCEDIMIENTOS CUALITATIVOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

La evaluación del CCRT se ha realizado directamente en la parte izquierda de la transcripción de los episodios de relación, una vez extraídos (Anexo C), según las últimas recomendaciones de Luborsky para los investigadores (Luborsky, 1997).

De esta forma es fácil revisar todo el procedimiento y realizar las correcciones necesarias. La evaluación se ha hecho de forma individual para cada paciente.

En primer lugar se han identificado los tres tipos de componentes, Deseos (D), Respuestas del Objeto (RO) y Respuestas del Sujeto (RS), de cada uno de los episodios de relación.

Para ello se ha marcado previamente sobre la transcripción de los episodios (con //), el comienzo y el final de las partes que indican claramente la base de las inferencias para cada uno de los tres componentes. En estas partes aparecen las iniciales de los componentes identificados (ej. NRS).

Para delimitar estas partes llamadas "Unidades de Pensamiento", se han seguido algunas de las directrices de Benjamín (1986). Se ha considerado, como indica Benjamín, cada Unidad de Pensamiento como el conjunto de uno o dos elementos con suficiente información para codificar los componentes. Cada elemento se define como un pensamiento psicológico completo que contiene un sujeto y un verbo junto con un complemento. Cada unidad contiene información acerca del proceso, es decir, de las interacciones entre el paciente y la persona principal y del contenido de esas interacciones.

A diferencia de Benjamín se ha considerado siempre como sujeto al paciente y como objeto la persona o personas principales. En los episodios donde la persona principal es el propio paciente, es considerado sujeto y objeto de su propio discurso y las respuestas están codificadas como respuestas del sujeto.

Luborsky y Schaffler (1990) señalan que las Unidades de Pensamiento suponen un paso opcional, una subunidad dentro de cada episodio, pero en nuestra experiencia nos ha parecido una forma útil y muy operativa para la inferencia de los componentes. Además hay suficiente evidencia que confirma la fiabilidad de este método (Bond, Hansell y Shevrin, 1987).

Para la identificación y clasificación de los tres tipos de componentes se han seguido las directrices de Luborsky (1990). La identificación de las respuestas, tanto del objeto como del sujeto, es bastante fácil ya que se expresan directamente y suelen ser consecuencia de los deseos.

Las respuestas del objeto (RO) y las respuestas del sujeto (RS) se han clasificado como negativas (NRO, NRS) o positivas (PRO, PRS), según el

punto de vista del paciente, es decir, según interfirieran o no con el deseo del sujeto.

En algunas ocasiones (pac. 6M, 12V, 12V, 2M), se han calificado con interrogante (?RO, ?RS) dado que no está claro si responden al deseo del paciente o no.

Aunque en términos generales no es imprescindible que estén directamente relacionadas, nos ha parecido que de esta forma se mostraba más claramente el conflicto de ambivalencia entre los deseos y las respuestas, bien del sujeto, bien del objeto.

En cuanto a los deseos (D) se han distinguido dos niveles. Aquellos que el paciente explicita directamente y los que se pueden deducir de lo que el paciente dice, aplicando un moderado nivel de inferencia.

Según señala Torres (1993) Luborsky no da más precisiones sobre este punto, siendo una de las líneas de investigación en curso para determinar los deseos inconscientes (Luborsky y col.; Shevrin y col., Congreso de Lyon, 1991, citados por Torres, en comunicación personal, 1993).

Para diferenciarlos se han reseñado los explícitos solamente con D y los inferidos con paréntesis (D). Estos últimos son esenciales para la formulación final del CCRT ya que suelen ser más generales y repetirse a través de varios episodios, mientras que los deseos explícitos suelen ser más específicos de cada ER.

A continuación se han codificado, en la parte izquierda de la transcripción, cada uno de los componentes con una frase corta, intentando reflejar las expresiones del propio paciente. Estas codificaciones son las Categorías denominadas "*Tailor-Made*", hechas a la medida, específicas para cada caso (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990).

Debido a las características de las Categorías "hechas a la medida", descritas en el Capítulo 5, hemos optado por utilizarlas para afinar los resultados individuales y codificarlas a continuación en Categorías Estándar, para poder realizar comparaciones entre pacientes y con la muestra total.

Para ello se ha utilizado la lista de Categorías Estándar, Edición 2 de Barber, Crits-Christoph y Luborsky (1990).

Para cada categoría "hecha a la medida" se ha revisado la lista entera de las Categorías Estándar, correspondientes a cada componente, para elegir dos, la primera y segunda que más se ajustan a la expresión del paciente (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990).

Los números que aparecen entre paréntesis, a continuación de cada categoría "hecha a la medida", son los que corresponden a las Categorías Estándar.

El primer número aparece a veces subrayado cuando la categoría se ajusta exactamente a la verbalización del paciente. De esta forma se obtiene el máximo de información y precisión sobre los deseos y respuestas del objeto y del sujeto del discurso del paciente.

Una vez finalizado este paso se ha revisado todo el procedimiento desde el inicio, de forma que los episodios de relación de cada paciente tomaran cuerpo en la repetición de los temas más frecuentes y poder realizar las correcciones necesarias.

Se han identificado todos los componentes cada vez que aparecían en los episodios de relación, aunque se repitieran varias veces.

7.2.2. PROCEDIMIENTOS CUANTITATIVOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

Una vez identificados todos los componentes y transcritas las codificaciones de las categorías "hechas a la medida" (*Tailor-made*) y Categorías Estándar, se ha contabilizado cada tipo de componente para determinar la frecuencia de cada uno. Teniendo en cuenta que, si un mismo tipo de componente se repite dentro del mismo episodio sólo se ha contado una vez, ya que Luborsky (1990) señala repetidamente que el CCRT no varía significativamente en cuanto a la estimación de la fiabilidad.

Para considerar dos componentes como idénticos es necesario que presenten la misma codificación en las dos Categorías Estándar. Si presentan solamente la misma codificación en la primera Categoría se consideran diferentes y se contabilizan por separado, aunque aparezcan en el mismo episodio de relación.

7.3. FORMULACION DEL CCRT

La formulación final del CCRT proporciona dos tipos de resultados. Por un lado la información cualitativa que ofrece el contenido correspondiente a las Categorías Estándar, y por otro el grado de repetición o recurrencia de cada componente, expresado en forma numérica como una ratio (Luborsky y Diguier, 1995, 1998).

La información cualitativa y cuantitativa, necesaria para su formulación, aparece resumida y clasificada en las Hojas de Evaluación del CCRT (Luborsky y Diguier, 1995, 1998) de cada paciente (Cap. 8).

La Hoja de Evaluación del CCRT es individual para cada paciente, en ella se presentan simultáneamente todos los resultados sumados, resumidos y clasificados, siendo de esta forma fácilmente identificables las mayores frecuencias de cada componente y su distribución.

El encabezamiento refleja los datos del paciente concreto, en este estudio una clave alfabética, V si es varón y M si es mujer y un número, según el orden de edad en el que son presentados para garantizar el anonimato. Sexo, edad, fecha y número de la sesión y número total de episodios de relación localizados en ella.

La primera columna de la izquierda es la correspondiente a los deseos, necesidades e intenciones. Los números que aparecen en los encabezados se refieren a los episodios de relación donde ese tipo de componente aparece.

A continuación con mayúsculas, esta la codificación del deseo (D), con paréntesis o sin él, según sea explícito o inferido. Después está la frase o

frases que corresponden a las categorías "hechas a la medida", finalmente los números entre paréntesis corresponden a las Categorías Estándar correspondientes.

La siguiente columna encabezada con ERs, refleja el número total de episodios donde esos tipos de deseos se han dado.

Las siguientes columnas correspondientes a respuestas del objeto y respuestas del sujeto son exactamente iguales. La única diferencia es que se han consignado primero las negativas y a continuación las positivas. Las clasificadas con interrogante (?) se han colocado al final.

Están señaladas la 1ª y 2ª frecuencias de cada tipo de componente.

7.3.1. PROCEDIMIENTOS CUALITATIVOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

En la formulación final del CCRT se han utilizado para expresar el contenido de cada componente las Categorías Estándar, debido a que con ellas aumenta la fiabilidad estándar y los coeficientes de validez. Además de esta forma se facilita el análisis individual entre pacientes y la comparación posterior con todos los sujetos de la muestra.

Se ha realizado la formulación del CCRT para cada paciente de forma individual, para poder analizar los deseos principales y las respuestas del objeto y del sujeto articuladas a ellos (Cap. 8).

De esta forma se han podido identificar los conflictos entre deseos y respuestas o de deseos entre sí, así como los conflictos internos del sujeto y los externos con las personas principales con las que habitualmente se relaciona.

A continuación se han clasificado todas las frecuencias de los componentes en grupos, utilizando las Categorías Estándar Agrupadas, Edición 3 de Barber, Crits-Christoph y Luborsky (1990). Para verificar si existían diferencias de contenido en los resultados obtenidos con las

Categorías Estándar y con las Categorías Estándar Agrupadas y para poder hacer después comparaciones con la muestra total de pacientes.

Para ello se ha revisado cada una de las Categorías Estándar previamente identificadas, para clasificarlas en el grupo correspondiente de las Categorías Estándar Agrupadas (Luborsky, Luborsky, Diguer y col., 1995).

Se han excluido el deseo nº 35 "competir con alguien por el afecto de otra persona" y la respuesta del sujeto nº 31 "síntomas somáticos", ya que Luborsky no las incluye en su análisis de grupos. Además son objeto de análisis específico.

A continuación se ha formulado un CCRT individual para cada paciente, partiendo del contenido de las Categorías Estándar Agrupadas, con el fin de comparar los resultados entre Categorías Estándar y Categorías Estándar Agrupadas (Cap. 8).

7.3.2. PROCEDIMIENTOS CUANTITATIVOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

Para la formulación final del CCRT con las Categorías Estándar se han utilizado la primera y segunda frecuencias más altas de cada tipo de componente (Luborsky, Luborsky, Diguer y col., 1995; Luborsky y Diguer, 1995, 1998), extraídas de las Hojas de Evaluación.

En el caso de los deseos, independientemente de que sean explícitos o inferidos, en el caso de las respuestas del objeto y del sujeto, sean positivas o negativas.

De esta forma se obtienen los CCRTs de cada paciente donde se refleja toda la información. Los datos cuantitativos, la primera y segunda frecuencias más altas de los deseos y respuestas del objeto y del sujeto, expresadas con el número de episodios de relación en los que aparecen, así como el contenido cualitativo de las Categorías Estándar.

En algunos casos (pac. 1M, 3V, 5V, 6M, 8V, 10M, 12V, 13M, 14M) aparecen más de dos frecuencias en un mismo componente porque tienen el mismo valor numérico.

La frecuente repetición de los mismos componentes conduce finalmente a determinar donde están los conflictos principales.

Se ha calculado la ratio correspondiente al grado de recurrencia de cada componente de la formulación final del CCRT, según la fórmula n° de ERs en el que el componente aparece/ n° total de ERs, para comprobar el grado de repetición de cada frecuencia y para confirmar la existencia de un patrón transferencial a través de la repetición de los componentes (Luborsky y Diguer, 1995, 1998).

Para calcular la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas se han contabilizado las frecuencias de la primera y segunda Categoría Estándar de cada componente, que correspondían a los ocho grupos de las Categorías Estándar Agrupadas.

Se ha calculado a continuación la ratio de prevalencia de las frecuencias agrupadas en cada componente, según la fórmula n° de frecuencias por grupo/ n° total de frecuencias en los ocho grupos. Para comprobar el grado de concentración de cada categoría.

Para la formulación del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, se ha utilizado la primera y segunda clasificaciones más altas de los deseos, respuestas del objeto y respuestas del sujeto.

En los casos en los que aparecían más de dos clasificaciones por componente con el mismo valor numérico, se ha seleccionado únicamente uno en base a criterios de mayor representatividad en cuanto al contenido. El procedimiento se explica de forma detallada en el capítulo de resultados individuales (Cap. 8).

Todos los cálculos se han realizado de forma individualizada para cada paciente.

7.4. ANALISIS DE RESULTADOS

7.4.1. PROCEDIMIENTOS CUALITATIVOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

Para realizar el análisis individual de cada caso se han valorado, en primer lugar, los datos de identificación (sexo y edad) y los correspondientes a su composición familiar, número de hermanos, padres separados o fallecidos o cualquier otra circunstancia que suponga una variable de la familia estándar, recogidos en el Protocolo de Evaluación Diagnóstica.

A continuación se ha considerado el motivo de consulta, el diagnóstico y el C.I., con las clasificaciones y pruebas objetivas, incluidas en el Protocolo de Evaluación Diagnóstica.

Se han reseñado también los datos de la anamnesis que aportan información relevante para poder analizar el conflicto subyacente. Por último se ha especificado el encuadre psicoterapéutico aplicado, periodicidad, duración total y el número de entrevistas con los padres; así como el momento del tratamiento en que se realizaron.

Con estos datos y los obtenidos de la formulación del CCRT, con las Categorías Estándar y las Categorías Estándar Agrupadas, se ha realizado un análisis de contenido, para verificar la existencia y especificidad del patrón transferencial y los conflictos internos del paciente y en las relaciones de objeto (Cap. 8).

7.4.2. PROCEDIMIENTOS CUANTITATIVOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

Para la formulación individual del CCRT, con las Categorías Estándar,

se han utilizado la primera y segunda frecuencias más altas de cada tipo de componente (D-RO-RS) extraídas de las Hojas de Evaluación (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky y Diguier, 1995, 1998).

A continuación se ha calculado la ratio de recurrencia para comprobar el grado de repetición de cada componente y verificar la existencia de un patrón transferencial específico.

Se ha realizado también la formulación individual del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, utilizando la primera y segunda clasificaciones más altas de cada uno de los componentes. Se ha calculado la ratio de prevalencia para verificar el grado de concentración de cada categoría por grupos y confirmar la existencia del patrón específico.

Finalmente se ha realizado una comparación entre los resultados obtenidos con las Categorías Estándar y con las Categorías Estándar Agrupadas para ver las similitudes y diferencias.

7.4.3. PROCEDIMIENTOS CUALITATIVOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Los resultados obtenidos con la valoración y formulación individual del CCRT no son comparables entre sujetos. Para poder utilizarlos de forma global con muestras de pacientes, se han aplicado los procedimientos cualitativos que se describen a continuación.

Para el análisis de frecuencias de los tres componentes del CCRT (D, RO y RS) se han clasificado las Categorías Estándar, Edición 2 (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990), utilizadas en los resultados individuales, en Categorías Estándar Agrupadas, Edición 3 (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990).

La clasificación se ha realizado para cada uno de los 14 pacientes incluidos en la muestra, de forma individualizada.

Con este método se han realizado diferentes análisis para delimitar al

máximo las diferencias entre los patrones transferenciales.

Se ha aplicado en primer lugar a la muestra total de 14 pacientes (Tabla 8.1).

Después para verificar si existe alguna diferencia de género se ha dividido la muestra entre varones (5) y mujeres (9) (Tabla 8.2).

Para comprobar si hay diferencias según la edad se han establecido dos grupos, el de púberes (11,12 años) con 4 sujetos, y el de adolescentes (14,15,16 años) con 10 (Tabla 8.3). La distinción entre púberes y adolescentes se apoya en las diferencias, tanto de maduración sexual como de características psicológicas, propias de cada etapa (Blos, 1990).

Se ha realizado también la distribución, según sexo y edad, de los deseos, respuestas del objeto y del sujeto más frecuentes, para precisar los patrones específicos de varones (púberes y adolescentes) y mujeres (púberes y adolescentes) (Tablas 8.4, 8.5 y 8.6). De esta forma se han podido señalar las tendencias marcadas por la edad y el género.

Todas estas comparaciones se han realizado utilizando el análisis de frecuencias sin tomar en cuenta su secuencia. Para comprobar si los componentes con frecuencias más altas tenían una secuencia establecida, es decir, si el deseo más frecuente está seguido de la respuesta del objeto y del sujeto más frecuente, se ha realizado el análisis de la frecuencia de la combinación de los componentes (patrón combinado) (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995).

A partir de los resultados del análisis de frecuencias y con la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas, se han tomado la primera y segunda clasificaciones más altas de frecuencias de los deseos, respuestas del objeto y del sujeto, estableciéndose con ellas diferentes combinaciones.

En primer lugar todas las combinaciones binarias D-RO (Tabla 8.7). Después todas las combinaciones binarias D-RS (Tabla 8.8), y por último todas las combinaciones para la secuencia completa D-RO-RS (Tabla 8.9) para comprobar cuales son las más frecuentes.

Finalmente se ha comparado el análisis de frecuencias y las

frecuencias del patrón combinado para verificar si son similares (Tabla 8.10).

Se han valorado las respuestas positivas y negativas de los episodios de relación de los pacientes, excluyendo aquellos en los que la persona principal era el sujeto, es decir el propio paciente, ya que el objetivo es analizar si el patrón transferencial hacia las personas con las que habitualmente se relaciona el paciente es positivo o negativo.

Se han considerado las respuestas positivas o negativas, dadas o recibidas por el sujeto, según el punto de vista del paciente y no del terapeuta (Luborsky, 1990), en tres combinaciones diferentes. Primero se han tomado en cuenta las respuestas en todos los episodios de relación en conjunto, sin diferenciar el tipo de persona principal, para ver la cualidad del patrón de forma global (Tabla 8.11).

En segundo lugar se han discriminado aquellos episodios en los que la persona principal era un adulto y los que se daban con iguales, para verificar si existen diferencias más o menos positivas o negativas, en las relaciones que se establecen entre los iguales y con los adultos (Tabla 8.12).

En la categoría "Adultos" se han incluido los padres y familiares y el grupo familiar en su conjunto cuando no se podía determinar una persona como principal. En estos casos, aunque intervienen hermanos, las relaciones están determinadas por los adultos. Se han incluido además vecinos, médicos, profesores y el terapeuta, dado que para los púberes y adolescentes todos los adultos en general son figuras de autoridad. Finalmente se incluyeron aquí las fantasías porque se referían también a personajes adultos.

En la categoría "Iguales" se han incluido hermanos y hermanas, compañeros y amigos. Los animales aparecen también aquí, ya que desde el punto de vista teórico, los animales son objetos de identificación además de sustitutos de amigos y hermanos, actuando como depositarios de las relaciones con los iguales (Dolto, 1987).

En tercer lugar se han discriminado los episodios de relación con los adultos en dos categorías, "Terapeuta" y "Otras Personas", para analizar las diferencias cualitativas en la relación transferencial directa (Tabla 8.13). En

otras personas se consideran todos los adultos que no son el terapeuta.

Cuando en los episodios de relación aparecen dos personas principales, se ha tomado en cuenta la que figura en primer lugar, ya que es la que determina la relación.

Debido a que en los niños y adolescentes la valoración positiva o negativa de las respuestas, tanto del objeto como del sujeto, está determinada a menudo por el contexto variando sustancialmente de uno a otro, por las dificultades de introspección sobre su propia conducta y por las necesidades del desarrollo (Winnicott, 1963; Tyson, 1986); se ha realizado además un análisis sobre las diferencias en la valoración positiva o negativa de las respuestas en el objeto y en el sujeto.

Para ello se han revisado primero las 30 respuestas del objeto y 30 de las respuestas del sujeto de la Lista de Categorías Estándar, Edición 2, en base a discriminar aquellas que suponen una interacción recíproca y equivalente entre sujeto y objeto, por ej. "son controladores" - "soy controlador".

De ellas se han seleccionado las que aparecían valoradas como negativas o positivas, bien en el objeto bien en el sujeto, en los ERs de un mismo paciente y siempre que se dieran al menos en dos sujetos. Como consecuencia sólo se tomaron en cuenta los pacientes en los que aparecían dichas categorías, en el objeto y en el sujeto, en su valoración positiva y/o negativa.

Se ha excluido la respuesta del sujeto nº 31 (síntomas somáticos), porque es objeto de un análisis específico que se incluye más adelante. Se han excluido también los episodios de relación en los que la persona principal era el propio paciente, ya que en ellos no aparece ninguna respuesta del objeto.

Las categorías analizadas son seis, en tres pares de combinaciones objeto-sujeto, consideradas equivalentes. La respuesta del objeto nº 15 "me ofenden" y la del sujeto nº 10 "hiero a los otros". La respuesta del objeto nº 17

"me contradicen", en la que se incluyó también la nº 4 "me rechazan", ya que ambas están incluidas en el mismo grupo de las Categorías Estándar Agrupadas, y la respuesta del sujeto nº 11 "oponerse a los otros". Finalmente la respuesta del objeto nº 20 "son controladores" y la del sujeto nº 12 "soy controlador".

El análisis se ha realizado con toda la muestra de pacientes y discriminando varones y mujeres, púberes y adolescentes, para ver las posibles diferencias en edad y género (Tablas 8.14, 8.15, 8.16, 8.17, 8.18, 8.19).

Se han analizado las diferentes personas principales que aparecen en los episodios de relación aplicando las mismas categorías que para las respuestas positivas y negativas (adultos e iguales), de forma individualizada (Tabla 8.20). Por definición se han excluido del análisis los episodios de relación en los que la persona principal era el propio paciente.

Con amigos, compañeros y hermanos, se discriminaron además los que eran del mismo sexo y los del sexo opuesto, para comprobar las diferencias de género. Cuando aparece un grupo mixto se engloban como amigos en general.

La figura del padre y de la madre, dada su especial relevancia para púberes y adolescentes, se valoran en conjunto y de forma diferenciada para varones y mujeres.

Como familia en general se han incluido los padres, tíos y aquellos episodios donde interactúan varios miembros de la familia, sin que se pueda discriminar una persona principal.

Como adultos en general se han categorizado vecinos, médicos y maestros, ya que después de revisar el material se ha comprobado que todos son figuras de parecida importancia para los pacientes. El terapeuta se ha categorizado aparte por su especial importancia.

Animales y fantasías también se han categorizado por separado. Luborsky (1990) señala que los sueños y fantasías deben quedar excluidos debido a que son muy escasos. Sin embargo, dado que para los sujetos de la

muestra (púberes y adolescentes) consideramos que son elementos importantes, así como los animales (Winnicott, 1982; Fingert, 1988), se han valorado de forma discriminada para varones (diferenciando púberes 1 y adolescentes 4) y mujeres (púberes 3 y adolescentes 6) (Tabla 8.21). Se han considerado además las matizaciones introducidas por el equipo de la Universidad de Ulm (Torres, 1993).

La respuesta del sujeto nº 31 "síntomas somáticos" no está incluida en las Categorías Estándar Agrupadas, sin embargo dado que las somatizaciones son una vía privilegiada de expresión de conflictos en la infancia y la adolescencia (Kreisler, Fain y Soulé, 1974), que varían según la edad, se han analizado los tres tipos de trastornos que aparecen en los episodios de relación para comprobar su mayor o menor relevancia.

Se han tomado en cuenta todos los episodios de relación, incluidos aquellos en los que la persona principal es el paciente, ya que los síntomas somáticos aparecen, independientemente de quién sea la persona principal.

Se han registrado tres tipos de síntomas, trastornos del sueño, cefaleas y síncope, siempre que aparecieran en el discurso del paciente, independientemente de que el motivo de consulta se hubiera realizado por algún síntoma somático. Se han analizado para la muestra total y discriminando varones y mujeres (Tabla 8.22).

El deseo nº 35 "competir con alguien por el afecto de otra persona", no está incluido en las Categorías Estándar Agrupadas. Debido a que es un deseo que responde a la conflictiva edípica, frecuente en las edades comprendidas en la muestra (Freud, A., 1922-1935), se ha analizado por separado, discriminando varones y mujeres (Tabla 8.23).

7.4.4. PROCEDIMIENTOS CUANTITATIVOS PARA LA PUNTUACIÓN DE LOS RESULTADOS GLOBALES

Para poder comparar los datos cuantitativamente con toda la muestra de pacientes, se han utilizado también diferentes métodos.

Para todos los cálculos realizados, tanto en los análisis de frecuencias y su distribución según sexo y edad, como en las frecuencias del patrón combinado, se ha utilizado la clasificación más alta de frecuencias para cada sujeto, en vez de las frecuencias aisladas (Luborsky y Diguier, 1995, 1998).

En primer lugar se ha calculado, para cada uno de los 8 grupos de las Categorías Estándar Agrupadas, la frecuencia de aparición de los 3 componentes del CCRT, a través de los episodios de relación de cada paciente, que es la medida usual de recurrencia. Después se han contabilizado la primera y segunda clasificaciones más altas de las frecuencias de cada paciente, para resumir los resultados.

El uso de las clasificaciones evita la incómoda necesidad de convertir las puntuaciones de las frecuencias en puntuaciones estándar, para hacerlas comparables entre sujetos. De esta forma se puede obtener el número global de pacientes, con las clasificaciones más altas en las categorías y sus porcentajes correspondientes.

El procedimiento se ha aplicado en toda la muestra, en las comparaciones entre varones y mujeres, púberes y adolescentes y en las distribuciones de frecuencias.

En los análisis del patrón combinado se ha aplicado la misma clasificación de frecuencias. Se ha contabilizado la primera y segunda clasificación más alta en cuanto a deseos, respuestas del objeto y respuestas del sujeto, en todas las combinaciones binarias y en las secuencias completas. Obteniéndose las clasificaciones más frecuentes en el patrón combinado en cuanto al número de pacientes y sus porcentajes correspondientes. Finalmente se compararon los resultados entre el análisis de frecuencias y el patrón combinado.

En el análisis de las respuestas positivas y negativas se ha contabilizado una respuesta positiva o negativa, cuando la cantidad de respuestas en cada episodio de relación es mayoritariamente positiva o

negativa, tanto del objeto como del sujeto, de esta forma se han obtenido las frecuencias y los porcentajes parciales correspondientes (NRO, PRO, NRS, PRS) (Luborsky, Barber, Schaffler, y Cacciola, 1990; Eckert, Luborsky, Barber

y Crits-Christoph, 1990; Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995). Los porcentajes totales se han calculado sobre doble número de episodios de relación.

Se ha aplicado el mismo procedimiento para todas las comparaciones muestra total, adultos e iguales y adultos-terapeuta.

Para el análisis sobre las diferencias en la valoración positiva y negativa de las respuestas en objeto y sujeto, se han contabilizado todas las respuestas negativas y positivas, tanto en el objeto como en el sujeto, de las seis categorías seleccionadas por episodio de relación. De esta forma se han obtenido las frecuencias y porcentajes globales de cada par de combinaciones, así como sus frecuencias y porcentajes parciales, correspondientes a la valoración positiva o negativa, en el objeto y en el sujeto.

Se ha aplicado este procedimiento para la muestra total y para las distribuciones entre varones y mujeres, púberes y adolescentes, obteniéndose los números y porcentajes correspondientes.

La posibilidad de contabilizar todas las veces que aparecen las respuestas elegidas para calcular las frecuencias, es sugerida por Luborsky en sus trabajos más recientes (Luborsky y Diguier, 1995, 1998).

En el análisis de las diferentes personas principales (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990), se han contabilizado las categorías establecidas, en cuanto al número de pacientes, con sus porcentajes correspondientes y el número de episodios de relación y porcentajes en las que aparecían cada una.

En cuanto a animales y fantasías se han contabilizado además como categorías separadas, en cuanto al número de pacientes, con sus porcentajes correspondientes y discriminando varones y mujeres, púberes y adolescentes.

Para el análisis de los síntomas somáticos se han contabilizado por

separado, los tres síntomas detectados, todas las veces que aparecían por episodio de relación de los pacientes seleccionados. De esta forma se han obtenido los números y porcentajes correspondientes para varones y mujeres y las frecuencias y porcentajes en los episodios de relación.

Para el análisis del deseo nº 35 (competir con alguien por el afecto de otra persona), se ha utilizado el mismo método.

Se han realizado los contrastes estadísticos necesarios para los valores de Chi-cuadrado a un límite de confianza del 95%, con el estadístico de Mantel-Haenszel y la corrección de Yates, aplicándose el test exacto de Fisher cuando los valores son menores de 5 y también el test de McNemar (Carrasco, 1986; Amón 1994). El análisis estadístico de la información se ha realizado con el programa Epi Info Versión 6 en Español Epidemiología con Microordenadores (1996), específicamente diseñado para este tipo de análisis y más manejable en contextos clínicos que el SPSS o el BMDP.

CAPITULO VIII

RESULTADOS

CAPITULO VIII

RESULTADOS

8.1. RESULTADOS INDIVIDUALES

A continuación se incluyen los resultados cualitativos y cuantitativos de cada paciente. Están presentados por orden de edad, desde el más joven al más mayor.

8.1.1. PACIENTE 1 M

Es una púber de 11 años, con una hermana de 8, que acude a consulta por presentar dificultades para la comunicación, tristeza habitual, somatizaciones frecuentes (cansancio habitual, cefaleas, dolores difusos en brazos, espalda y piernas) y bajo rendimiento escolar sin llegar a repetir curso.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 45.1 (trastorno somatoforme indiferenciado), F 80.0 (trastorno específico de la pronunciación) y Z 60.0 (problemas de ajuste a la transición de los ciclos vitales). Presenta además un nivel de inteligencia medio-bajo.

Según la anamnesis presenta retraso en la dentición y está operada de estrabismo. A pesar de haber estado en tratamiento de rehabilitación logopédica, durante más de tres años, todavía tiene dificultades en la pronunciación.

Se la indica psicoterapia individual de periodicidad quincenal. El tratamiento duró siete meses y se realizaron dos entrevistas con los padres y la paciente, al comienzo y al final del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la primera sesión es de 5. Uno de ellos cuya persona principal son "animales". Además en 2 ERs aparece como respuesta negativa del sujeto un síntoma somático, "dolor de cabeza".

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es, "ser apreciado" seguido con la misma frecuencia en 2 ERs por "ser protegido" y "divertirse".

En las respuestas del objeto aparecen dos con la misma frecuencia, en 3 ERs, una negativa "me ofenden" y otra positiva "me apoyan".

La respuesta del sujeto más frecuente en 4 ERs es, "me siento incapaz" seguido con la misma frecuencia en 3 ERs por "hiero a los otros", calificada como negativa y "soy servicial" calificada como positiva.

En cuanto a los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ser apreciado" es de 1 y la de los dos que aparecen en segundo lugar "ser protegido" y "divertirse" de 0'40.

En las dos respuestas del objeto que ocupan el primer lugar "me ofenden" y "me apoyan", la ratio es de 0'60.

La ratio correspondiente a la respuesta del sujeto más frecuente "me siento incapaz" es de 0'80 y la de las dos que ocupan el segundo lugar "hiero a los otros" y "soy servicial" de 0'60.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón transferencial claramente establecido.

Por el contenido de los resultados no parece que exista conflicto alguno entre los tres deseos principales "ser apreciado", "ser protegido" y "divertirse", ya que se pueden considerar como complementarios. Sin embargo hay que señalar que el deseo de ser protegido coloca al sujeto en una actitud pasiva que denota la no resolución de la dependencia afectiva infantil, cuando a esta edad (11 años) es típica ya la problemática dependencia-independencia.

El conflicto aparece claramente entre los deseos y las respuestas que la paciente obtiene de los objetos con los que se relaciona, ya que aunque una de ellas responde a sus deseos "me apoyan", la otra se opone a ellos "me ofenden". Ambas con el mismo grado de recurrencia (0'60). Dada su situación de dependencia parece que se siente apoyada cuando obtiene protección y cariño y ofendida cuando no lo consigue.

En cuanto a las respuestas que la sujeto da, la de mayor recurrencia (0'80) "me siento incapaz", respondería al sentimiento de impotencia y tristeza que provoca el hecho de no obtener cariño siempre que lo necesita. Las otras dos con el mismo grado de recurrencia (0'60), "hiero a los otros" y "soy servicial", responden de forma especular, bien a la agresión, bien al afecto recibido de los otros.

Hay que señalar además la respuesta negativa del sujeto "dolor de cabeza", que aunque no aparece en la formulación final del CCRT, se presenta en 2 ERs. Esta por tanto sería una respuesta somática habitual de la paciente en situaciones en las que no obtiene gratificación afectiva.

En resumen el conflicto se puede formular de la siguiente forma. La paciente desea recibir de los objetos con los que se relaciona aprecio, protección y satisfacción, según un modelo todavía muy infantil, es decir, de forma incondicional como antes lo recibía de sus figuras parentales. En su lugar obtiene respuestas de diversa índole, de acercamiento, desafío o rechazo, que podrían considerarse lógicas en las relaciones cotidianas, incorporando estas últimas como agresiones directas. Parece que ella pide más de lo que los otros pueden darle, no siendo capaz de percibir este límite. Como consecuencia sus respuestas tienen un carácter más negativo que las que recibe del objeto.

La frecuente aparición de respuestas somáticas indica una dificultad para internalizar el conflicto, hecho que se ve potenciado por su nivel de inteligencia límite.

Parece evidente que hay una falla narcisista apoyada en una imagen inconsciente del cuerpo deficitaria (retraso en la dentición, problemas de pronunciación), que requiere una alimentación externa de la figura materna. El hecho de que ya en la primera sesión de tratamiento aparezca la relación con los animales, denota una sustitución importante de los compañeros de juegos por la relación con animales domésticos, fantaseados como proveedores incondicionales de afecto.

Sin embargo hay que destacar la presencia de respuestas positivas, lo que puede indicar un pronóstico favorable.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 1 M
Mujer
Edad: 11

Fecha: 12-4-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 5

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1,3 (D): Ser apreciado, no ser ofendido (7,14) 1,4 (D): Ser apreciado, tener amigos (7,11) 2 (D): Ser apreciado, ser sumiso (7,20)	5 1ª	NEGATIVA 1,2 Gritan, ofenden (15,25) 1 Pegan, rechazan (15,4)	3 1ª	NEGATIVA 1,3 Dolor de cabeza (31) *	2
1 (D): Controlarse, ser amistoso (21,4)	1	1 Se sienten mal, enfadados (27,28)	1	1 Pegar, ser violento (10,13) 1 Pegar, herir (10,23) 1 Pegar, estar enfadado (10,21)	3 2ª
1 (D): Ser protegido, tener amigos (13,11) 5 (D): Ser protegido, apreciado (13,7)	2 2ª	2 No hacen el tonto, no cooperan (17,23) 4 Contradican, controlan (17,20)	2	1 Llorar, estar mal (17,22) 2 Hacer el tonto, sentirse inadecuado (17,19) 2 Sentirse incapaz, confundido (17,26) 2 Sentirse incapaz, insatisfecho (17,20)	4 1ª
2 (D): Ser tonto, ser ofendido (15,20)	1	4 Controlan, son enérgicos (20,24)	1	2,4 No reírse, estar decepcionado (20,21)	2
2,3 (D): Divertirse, no sentir malestar (32,31)	2 2ª	POSITIVA 1 Hacen cosquillas, disfrutan (29,11) 2 Jugar, divertirse (29,9)	2	POSITIVA 1,5 Estar tranquilo, ser amistoso (9,5) 4 Estar de acuerdo, agradecer (9,1)	3 2ª
3 D: Controlar, sentirse bien (19,24)	1	1 Entienden, arreglan (1,9) 4 Están de acuerdo, entienden (1,18)	2	2,3 Jugar, divertirse (29,28)	2

3 (D): Reafirmarse, ser respetado (34,3)	1	1,5 Apoyan, aprecian (13,9) 4 Están de acuerdo, apoyan (13,18)	3 1ª	3 Ser independiente, sentirse satisfecho (15,28)	1
4 (D): Crecer, ser independ. (23,21)	1				
4 (D): Ser como mama, identific. (27,26)	1				

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

D	1:	5	ERs: Ser apreciado
D	2:	2	ERs: Ser protegido
D	2:	2	ERs: Divertirse
NRO	1:	3	ERs: Me ofenden
PRO	1:	3	ERs: Me apoyan
NRS	1:	4	ERs: Me siento incapaz
NRS	2:	3	ERs: Hiero a los otros
PRS	2:	3	ERs: Soy servicial

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Ser apreciado	1
2º Ser protegido	0´40
2º Divertirse	0´40
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Me ofenden	0´60
1ª PRO Me apoyan	0´60
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento incapaz	0´80
2ª NRS Hiero a los otros	0´60
2ª PRS Soy servicial	0´60

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son. "Sentirme bien y cómodo" con una frecuencia de 5 y un grado de prevalencia de 0´16. "Ser controlado y no ser responsable" obtiene una frecuencia de 6 y un grado de prevalencia de 0´20. Finalmente "ser amado y entendido" obtiene una frecuencia de 7 y un grado de prevalencia de 0´23.

En los grupos correspondientes a las respuestas del objeto se ven los siguientes resultados. "Fuertes" y "me aprecian" tienen una frecuencia de 4 y

un grado de prevalencia de 0´14. "Ayudan" tiene una frecuencia de 5 y un grado de prevalencia de 0´17. Finalmente "se oponen y están en contra" tiene una frecuencia de 6 y un grado de prevalencia de 0´21.

En los grupos correspondientes a las respuestas del sujeto se obtienen los siguientes resultados. "Desamparado" tiene una frecuencia de 6 y un grado de prevalencia de 0´20. "Respetado y aceptado" tiene una frecuencia de 7 y un grado de prevalencia de 0´23. Finalmente "decepcionado y deprimido" tiene una frecuencia de 8 y un grado de prevalencia de 0´26.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "ser amado y entendido", seguido por "ser controlado y no ser responsable".

La respuesta del objeto más frecuente es "se oponen y están en contra", seguida por "ayudan".

La respuesta del sujeto más frecuente es "estoy decepcionado y deprimido", seguida por "soy respetado y aceptado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares. Quizá en ésta última formulación aparece de forma más clara la posición de dependencia y las respuestas negativas consecutivas a ella.

PACIENTE 1 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	4	1 Fuertes	4	1 Ayudo	4
2 Oponerme y controlar a los otros	1	2 Controlan	2	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	6 2 ^a	3 Trastornan alteran, enfadan	2	3 Respetado y aceptado	7 2 ^a
4 Ser distante y evitar conflictos	2	4 Malos	2	4 Me opongo a los otros	3
5 Aceptar y estar cerca de los otros	4	5 Se oponen y están en contra	6 1 ^a	5 Autocontrol y autoconfianza	1
6 Ser amado y entendido	7 1 ^a	6 Ayudan	5 2 ^a	6 Desamparado	6
7 Sentirme bien y cómodo	5	7 Me aprecian	4	7 Decepcionado y deprimido	8 1 ^a
8 Tener éxito y ayudar a los otros	1	8 Entienden	3	8 Asustado y avergonzado	1

PACIENTE 1 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme Y ser independiente	0'13	1 Fuentes	0'14	1 Ayudo	0'13
2 Oponerme y controlar a los otros	0'03	2 Controlan	0'07	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	0'20	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'07	3 Respetado y aceptado	0'23
4 Ser distante Y evitar conflictos	0'06	4 Malos	0'07	4 Me opongo a los otros	0'10
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'13	5 Se oponen y están en contra	0'21	5 Autocontrol y autoconfianza	0'03
6 Ser amado y entendido	0'23	6 Ayudan	0'17	6 Desamparado	0'20
7 Sentirme bien y cómodo	0'16	7 Me aprecian	0'14	7 Decepcionado y deprimido	0'26
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'03	8 Entienden	0'10	8 Asustado y avergonzado	0'03

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser amado y entendido

2ª : Ser controlado y no ser responsable

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Se oponen y están en contra

2ª : Ayudan

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Estoy decepcionado y deprimido

2ª : Soy respetado y aceptado

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.2. PACIENTE 2 M

Es una púber de 12 años, con una hermana de 11, que acude a consulta por presentar, desde hace 2 meses a raíz de fracasar en un examen, episodios de vómitos e insomnio cuando tiene que estudiar.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 43.23 (trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones). El nivel de inteligencia es medio-alto.

Según la anamnesis, desde los 6 meses hasta los tres años, presentó episodios repetidos de espasmo del sollozo; lloraba de día y de noche y apenas dormía. Tuvo dificultades con la alimentación hasta la misma edad, sólo quería tomar papillas porque se negaba a masticar, no comía sola. Según la madre pide constantemente muestras de afecto, hasta ponerse insoportable en ocasiones. Tiene pocas relaciones con los iguales porque a la madre le da miedo dejarla salir sola. No se ha producido la menarquía.

Se le indica psicoterapia individual, de periodicidad quincenal. El tratamiento duró tres meses y se realizaron dos entrevistas con los padres y la paciente, al comienzo y al final del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 9. Es interesante señalar que en el grupo de los deseos aparece en 1 ER un deseo edípico, competir con alguien por el afecto de otro.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es "ayudar a los otros" seguido en 4 ERs por "controlar a los otros".

En las respuestas del objeto aparecen con la misma frecuencia en 2 ERs, dos negativas "son inseguros" y "son controladores" y una positiva "me apoyan".

La respuesta del sujeto más frecuente en 6 ERs es "soy servicial", calificada como positiva, seguida por "me siento ansiosa" en 5 ERs, calificada como negativa.

Según los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ayudar a los otros" es de 0´55 y la del deseo nº 2 "controlar a los otros" de 0´44.

En las tres respuestas del objeto que ocupan el primer lugar "son inseguros", "son controladores" y "me apoyan", la ratio es de 0´22.

En las respuestas del sujeto, la que ocupa el primer lugar "soy servicial", la ratio es de 0´66, seguida por "me siento ansioso" con 0´55.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

En principio parecería que no hay conflicto aparente entre los dos deseos principales "ayudar a los otros" y "controlar a los otros", ya que para la paciente la ayuda y el control son complementarios, es decir que ayudar a los demás implica controlarlos. Llama la atención sin embargo que los dos deseos estén formulados en función del supuesto bienestar del objeto, lo que hace suponer que existe un fuerte mecanismo de identificación que es el que proporciona la gratificación del sujeto, su propio bienestar.

Sin embargo las respuestas del objeto señalan un conflicto implícito entre los deseos. Las tres respuestas con el mismo grado de recurrencia (0´22) ofrecen contradicciones. "Son inseguros" y "son controladores", que para la sujeto son negativas, plantean un conflicto en referencia a la dependencia-independencia. Además es interesante señalar que la respuesta del sujeto "ser dependiente", aparece calificada alternativamente de forma negativa, positiva y con interrogación.

La percepción negativa de los otros como inseguros y controladores parece responder a la propia inseguridad y desamparo ante la independencia y a la necesidad de control sobre el afecto, al mismo tiempo que se percibe la dependencia como un impedimento. La paciente puede sentir que los otros "apoyan" cuando en determinadas circunstancias su necesidad de controlar coincide con la inseguridad de los otros.

El conflicto queda matizado por las dos respuestas del sujeto. La más frecuente y positiva "soy servicial" y la segunda negativa "me siento ansioso". Ayudar a controlar a los otros produce ansiedad por identificación.

En resumen el conflicto parece ser el siguiente. La paciente parece encontrarse en la ambivalencia ante el temor y el deseo de la independencia afectiva. La identificación con el objeto controlado la remite a su propia dependencia y a la angustia de sentirse atrapada en una relación especular con las figuras parentales, fundamentalmente con la madre. De hecho es ella quien la impide relacionarse con sus iguales por miedo. La paciente oscila permanentemente entre la posición activa del que controla y la pasiva del que es controlado. Pero ambas posiciones están sujetas la una a la otra de tal forma que en realidad las dos son interdependientes.

Sin embargo la aparición de respuestas positivas puede indicar un pronóstico favorable.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 2 M
Mujer
Edad: 12

Fecha: 21-6-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 9

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1 (D): Ayudar, ser bueno (12,26) 1 (D): Ayudar, estar cerca (12,11) 2,8 (D): Ayudar, identific. (12,27) 5 (D): Ayudar, sentirse bien (12,31)	5 1ª	NEGATIVA 1 Están enfermos (19,14) 1 Están malos, son irresponsables (19,28)	2 1ª	NEGATIVA 3 No entender, estar ambivalente (2,19)	1
2,4 (D): Estar cómodo, divertirse (31,30) 3 (D): Evitar conflictos, no sentir malestar (31,17)	3	1 No dan seguridad, están preocupados (14,28)	1	4 Estar preocupado, mal (27,22) 4,8 Estar preocupada, en conflicto (27,19) 6,8 Estar ansioso, ser impulsivo (27,13)	5 2ª
3 (D): Distanciarse, no tener obligaciones (10,29)	1	7 Contradicen, no son serviciales (17,14)	1	4 Sentirse culpable, confundido (25,26)	1
3 (D): Ser aceptado, apreciado (2,7)	1	4,5 Llaman, controlan (20,28)	2 1ª	4,5 Ser dependiente, servicial (16,9)	2
5 (D): Ser independ., tener confianza (23,24)	1	5 Meten la pata, se equivocan (25,14)	1	6 Enfadarse, estar en conflicto (21,19)	1
6 D: Controlar, identific. (19,27) 6,7 (D): Controlar, estar bien (19,31) 7 (D): Dominar, controlar (19,24)	4 2ª	POSITIVA 1 Cuidan, apoyan (13,23) 2 Ayudan, cooperan (13,18)	2 1ª	POSITIVA 2,8 Apoyar, ser servicial (9,5) 3 Ser servicial, dependiente (9,16) 4,5 Ayudar, ser servicial (9,1) 8 Proteger, ayudar (9,18)	6 1ª
9 (D): Competir por el afecto de otro (35)*	1	4 Están bien, son responsables (23,24)	1	2 Ser independiente, estar seguro (15,28)	1

		9 Bromean, se divierten (29,23)	1	4 Sentirse seguro, dependiente (28,16) 5 Estar seguro, ser responsable (28,14)	2
		9 Aprecian, aceptan (9,3)	1	6 Controlar, estar ansioso (12,27) 7 Controlar, oponerse (12,11) 7 Convencer, controlar (12,18)	3
				9 Sentirse feliz, seguro (29,28)	1
				1 Saber, entender (1,14)	1
				<u>?RS</u> 9 Estar celoso, ser dependiente (24,16)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

D	1:	5	ERs: Ayudar a los otros
D	2:	4	ERs: Controlar a los otros
NRO	1:	2	ERs: Son inseguros
NRO	1:	2	ERs: Son controladores
PRO	1:	2	ERs: Me apoyan
PRS	1:	6	ERs: Soy servicial

NRS 2: 5 ERs: Me siento ansioso

FORMULACION DEL CCRT

Grado de recurrencia

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Ayudar a los otros	0'55
2º Controlar a los otros	0'44
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Son inseguros	0'22
1ª NRO Son controladores	0'22
1ª PRO Me apoyan	0'22
Respuestas del Sujeto	
1ª PRS Soy servicial	0'66
2ª NRS Me siento ansioso	0'55

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "oponerme y controlar a los otros" y "ser controlado y no ser responsable", ambos con una frecuencia de 4 y una ratio de 0'13. "Sentirme bien y cómodo" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'33 y "tener éxito y ayudar a los otros" con una frecuencia de 6 y una ratio de 0'20.

En los grupos correspondientes a las respuestas del objeto los más frecuentes son "fuertes" y "se oponen y están en contra", ambos con una frecuencia de 4 y una ratio de 0'18, y "trastornan, alteran, enfadan" con una frecuencia de 6 y una ratio de 0'27.

En las respuestas del sujeto los grupos con mayor frecuencia son, "ayudo" con una frecuencia de 11 y una ratio de 0'22, "respetado y aceptado" con una frecuencia de 7 y una ratio de 0'14 y "desamparado" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'20.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "sentirme bien y cómodo", seguido por "tener éxito y ayudar a los otros".

En las respuestas del objeto la más frecuente es "trastornan, alteran, enfadan", seguida por "se oponen y están en contra". Se ha elegido ésta para la formulación del CCRT y no "fuertes", que tiene la misma prevalencia, porque ésta última se puede considerar incluida en la anterior, dado que para oponerse es necesario ser fuerte. Además "se oponen y están en contra" parece reflejar mejor el conflicto de la paciente.

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares.

PACIENTE 2 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	1	1 Fuertes	4	1 Ayudo	11 1 ^a
2 Oponerme y controlar a los otros	4	2 Controlan	2	2 No receptivo y cerrado	1
3 Ser controlado y no ser responsable	4	3 Trastornan, alteran, enfadan	6 1 ^a	3 Respetado y aceptado	7
4 Ser distante y evitar conflictos	2	4 Malos	1	4 Me opongo a los otros	1
5 Aceptar y estar cerca de los otros	1	5 Se oponen y están en contra	4 2 ^a	5 Autocontrol y autoconfianza	8
6 Ser amado y entendido	2	6 Ayudan	3	6 Desamparado	10 2 ^a
7 Sentirme bien y cómodo	10 1 ^a	7 Me aprecian	1	7 Decepcionado y deprimido	3
8 Tener éxito y ayudar a los otros	6 2 ^a	8 Entienden	1	8 Asustado y avergonzado	8

PACIENTE 2 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'03	1 Fuentes	0'18	1 Ayudo	0'22
2 Oponerme y controlar a los otros	0'13	2 Controlan	0'09	2 No receptivo y cerrado	0'02
3 Ser controlado y no ser responsable	0'13	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'27	3 Respetado y aceptado	0'14
4 Ser distante y evitar conflictos	0'06	4 Malos	0'04	4 Me opongo a los otros	0'02
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'03	5 Se oponen y están en contra	0'18	5 Autocontrol y autoconfianza	0'16
6 Ser amado y entendido	0'06	6 Ayudan	0'13	6 Desamparado	0'20
7 Sentirme bien y cómodo	0'33	7 Me aprecian	0'04	7 Decepcionado y deprimido	0'06
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'20	8 Entienden	0'04	8 Asustado y avergonzado	0'16

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Sentirme bien y cómodo

2ª : Tener éxito y ayudar a los otros

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Trastornan, alteran, enfadan

2ª : Se oponen y están en contra

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Ayudo

2ª : Desamparado

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia ≅

clasificaciones

8.1.3. PACIENTE 3 V

Es un varón de 12 años, con dos hermanas de 14 y 3 años, que acude a consulta por enuresis y acumulo de heces.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 98.0 (enuresis funcional primaria) y F 98.2 (encopresis funcional secundaria). El nivel de inteligencia es alto.

En la anamnesis aparecen antecedentes de enuresis en el padre hasta los 8 años y en varios miembros de su familia, así como en la familia de la madre. Presentó un desarrollo psicomotor lento (deambulación a los 17 meses) y todavía en la actualidad presenta torpeza en la coordinación motora. Los padres refieren que presenta rabietas cuando no obtiene lo que desea.

Se le indica psicoterapia individual de periodicidad semanal. El tratamiento duró dos años y se realizaron tres entrevistas con los padres y el paciente.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 7. Dos de ellos conteniendo fantasías.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es "ser protegido", seguido en 2 ERs por "estar seguro".

En las respuestas del objeto la más frecuente en 3 ERs, calificada como negativa es "son controladores", seguida por "son ansiosos" y "son malos", ambas en 2 ERs y negativas.

En las respuestas del sujeto aparecen con la misma frecuencia en 5 ERs y negativas "me siento ansioso" y "estoy en conflicto".

Como se puede ver en los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ser protegido" es de 0´71 y la del deseo nº 2 "estar seguro" de 0´28.

La respuesta del objeto más frecuente "son controladores", tiene una ratio de 0´42 y la de las dos que ocupan el segundo lugar "son ansiosos" y "son malos" 0´28.

Las dos respuestas del sujeto que tienen mayor frecuencia "me siento ansioso" y "estoy en conflicto", tienen una ratio de 0'71.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

No parece haber conflicto entre los dos deseos principales ser protegido implica sentirse seguro. Lo que en principio indicaría una posición todavía bastante dependiente, teniendo en cuenta la edad del paciente (12 años).

Sin embargo las respuestas recibidas del objeto, todas negativas, implican que el sujeto los percibe como ansiosos y malos, con la misma recurrencia (0'28) y por lo tanto el control, que es la respuesta más frecuente, no protege sino que es vivido como persecutorio.

Las respuestas del sujeto también negativas reflejan la vivencia de que al no obtener la protección deseada, experimenta ansiedad y conflicto.

El conflicto parece estar planteado en los siguientes términos. El sujeto está en una posición muy infantil donde protección y seguridad no plantean todavía la dimensión interna del control, recordemos sus síntomas (encopresis y enuresis). No aparece ningún indicio de trabajo interno sobre la diferencia como proceso de crecimiento, sino más bien como alejamiento que produce ansiedad. El objeto aparece en dos facetas completamente disociadas, el buen objeto cuando cumple el deseo de protección y el malo que se vive como el extraño cuando no lo cumple. Esta última faceta con características muy persecutorias y que por lo tanto levanta ansiedad y miedo. Es interesante señalar los dos ERs que contienen fantasías de personajes adultos y con poderes mágicos de características mortíferas y de los que hay que protegerse.

El pronóstico no parece muy bueno ya que no hay ninguna respuesta positiva.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 3 V
Varón
Edad: 1

Fecha: 16-12-93
Sesión: 1ª
Número de ERs: 7

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1,5,6 (D): Ser protegido, no sentir malestar (13,31) 2 (D): Ser protegido, tener confianza (13,24) 7 (D): Ser protegido, ser controlado (13,20)	5 1ª	NEGATIVA 1 Están nerviosos, son inseguros (28,19) 5 Están extrañados, asustados (28,16)	2 2ª	NEGATIVA 1 Extrañeza, estar preocupado (27,2) 4,6 Estar asustado, confundido (27,26) 6 Estar asustado, en conflicto (27,19) 7 Estar asustado, ser incapaz (27,17)	5 1ª
2 (D): No estar solo, ser dependiente (11,20)	1	1 Son controladores, no son de fiar (20,19) 1 Son agresivos, son controladores (20,25) 3 Controlan, tratan mal (20,15)	3 1ª	2 Ser dependiente, estar indeciso (16,19) 2 Ser dependiente, incapaz (16,17)	2
2 (D): No tener responsabilidad, no sentir malestar (29,31)	1	1,5 Son raros, no son de fiar (25,19)	2 2ª	2,3 Estar en conflicto, oponerse a los otros (19,18) 4,5 Estar indeciso, preocupado (19,27) 4 Estar indeciso, confundido (19,26)	5 1ª
3 (D): Controlar, oponerse a los otros (19,18)	1	3 Contradicen, rechazan (17,4)	1	3 Estar enfadado, sentirse rechazado (21,23)	1

4 (D): Estar seguro, tener confianza (30,24) 4 (D): Estar seguro, ser ayudado (30,13)	2 2ª	POSITIVA 2 Apoyan, cooperan (13,18)	1	POSITIVA 2 Ser independiente, tener confianza (23,24)	1
				2 Ser distante, ser controlador (12,8) 3 Ser controlador, oponerse a los otros (12,11) 3 Esperar, controlar (12,27)	3

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

D	1:	5	ERs: Ser protegido
D	2:	2	ERs: Estar seguro
NRO	1:	3	ERs: Son controladores
NRO	2:	2	ERs: Son ansiosos
NRO	2:	2	ERs: Son malos
NRS	1:	5	ERs: Me siento ansioso
NRS	1:	5	ERs: Estoy en conflicto

FORMULACION DEL CCRT

Grado de recurrencia

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Ser protegido	0'71
2º Estar seguro	0'28
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Son controladores	0'42
2ª NRO Son ansiosos	0'28
2ª NRO Son malos	0'28
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento ansioso	0'71
1ª NRS Estoy en conflicto	0'71

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3) así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "ser controlado y no ser responsable" con una frecuencia de 9 y un ratio de 0'45 y "sentirme bien y cómodo" con una frecuencia de 8 y un ratio de 0'40.

En las respuestas del objeto están "controlan" y "malos", ambos con la misma frecuencia de 3 y 0'17 de ratio y "trastornan, alteran, enfadan" con una frecuencia de 7 y un ratio de 0'41.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "desamparado" y "asustado y avergonzado", con una frecuencia de 11 y una ratio de 0'32.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "ser controlado y no ser responsable", seguido por "sentirme bien y cómodo".

La respuesta del objeto más frecuente es "trastornan, alteran, enfadan", seguida por "controlan". Se ha elegido ésta última y no "malos", que tiene la misma ratio, porque se puede considerar incluida en la primera "trastornan, alteran, enfadan".

Las respuestas del sujeto más frecuentes son "desamparado" y "asustado y avergonzado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares.

Aunque es preciso señalar que en la formulación con las categorías agrupadas, el deseo de control es sinónimo de protección y no implica contradicción para el sujeto. Siendo el control recibido de los demás el único percibido como negativo y persecutorio.

PACIENTE 3 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	0	1 Fueres	0	1 Ayudo	0
2 Oponerme y controlar a los otros	2	2 Controlan	3 2ª	2 No receptivo y cerrado	2
3 Ser controlado y no ser responsable	9 1ª	3 Trastornan, alteran, enfadan	7 1ª	3 Respetado y aceptado	0
4 Ser distante y evitar conflictos	0	4 Malos	3	4 Me opongo a los otros	1
5 Aceptar y estar cerca de los otros	1	5 Se oponen y están en contra	2	5 Autocontrol y autoconfianza	7
6 Ser amado y entendido	0	6 Ayudan	2	6 Desamparado	11 1ª
7 Sentirme bien y cómodo	8 2ª	7 Me aprecian	0	7 Decepcionado y deprimido	2
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	11 1ª

PACIENTE 3 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0	1 Fueres	0	1 Ayudo	0
2 Oponerme y controlar a los otros	0'10	2 Controlan	0'17	2 No receptivo y cerrado	0'05
3 Ser controlado y no ser responsable	0'45	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'41	3 Respetado y aceptado	0
4 Ser distante y evitar conflictos	0	4 Malos	0'17	4 Me opongo a los otros	0'02
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'05	5 Se oponen y están en contra	0'11	5 Autocontrol y autoconfianza	0'20
6 Ser amado y entendido	0	6 Ayudan	0'11	6 Desamparado	0'32
7 Sentirme bien y cómodo	0'40	7 Me aprecian	0	7 Decepcionado y deprimido	0'05
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	0'32

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser controlado y no ser responsable

2ª : Sentirme bien y cómodo

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Trastornan, alteran, enfadan

2ª : Controlan

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Desamparado

1ª : Asustado y avergonzado

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia ≅ clasificaciones

8.1.4. PACIENTE 4 M

Es una púber de 12 años, con un hermano de 8, que acude a consulta por presentar cefaleas acompañadas de vómitos y síncope, más frecuentes durante el curso escolar, haciendo varias visitas a urgencias, a veces dos en el mismo día. Así como dificultades en la relación con sus iguales.

El diagnóstico según la ICD 10 es F 45.4 (trastorno de dolor somatomorfo persistente) y F 81.9 (trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación). El nivel de inteligencia es medio-alto.

En la anamnesis aparecen antecedentes de angustia de separación cuando inicia el período escolar (4 años), así como dificultades en la lectura entre los 7-8 años, ha repetido 2º de EGB. Cuando está nerviosa todavía se chupa el dedo. No se ha producido la menarquía. La madre y abuela materna padecen jaquecas y episodios depresivos, la abuela paterna presenta depresiones y desmayos.

Se la indica en psicoterapia individual de periodicidad semanal. El tratamiento duró nueve meses y se realizaron cuatro entrevistas con los padres y la paciente.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 5.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es "ser respetado", seguido en 2 ERs por "evitar conflictos".

En las respuestas del objeto las dos negativas, la más frecuente en 6 ERs es "son controladores", seguida por "me ofenden" en 5 ERs.

En las respuestas del sujeto también negativas, la más frecuente en 6 ERs es "me siento incapaz", seguida de "me siento avergonzado" en 3 ERs.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ser respetado" es de 1 y la correspondiente al deseo nº 2 "evitar conflictos", de 0´40.

La respuesta del objeto más frecuente "son controladores" tiene un ratio de 1'20, seguida por "me ofenden" con 1.

La respuesta más frecuente del sujeto "me siento incapaz" tiene un ratio de 1'20, seguida por "me siento avergonzado" con 0'60.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

Aparece un conflicto entre los dos deseos principales. Ser respetado implica una posición activa, mientras que evitar conflictos es pasiva. El ser respetado conlleva la necesidad de resolver, más que de evitar los conflictos.

Las respuestas del objeto "son controladores" y "me ofenden", casi con la misma recurrencia (1'20 y 1), indican un fuerte conflicto con el deseo principal de ser respetado que tiene además un ratio muy alto (1). Además denotan una agresión activa por parte del objeto, frente al deseo del sujeto de rehuir los problemas.

El sujeto parece que responde con sentimientos de incapacidad y vergüenza. Es interesante señalar la respuesta negativa del sujeto "síncope" en 1 ER, aunque no aparezca en la formulación final del CCRT.

Las respuestas de la paciente de impotencia y vergüenza indican que el conflicto está internalizado.

El conflicto parece plantearse alrededor de la necesidad y el temor de redefinirse como sujeto independiente. La sujeto ya púber (12 años), está inmersa en un problema de definición de identidad, donde está comprometida la sexualidad. Llama la atención que con su edad todavía no se haya producido la menarquía, parece que el intento es la definición desde lo activo-pasivo y no desde lo masculino-femenino. Ya que esta línea parece marcada por sus figuras de referencia femeninas, a través de los síntomas somáticos, podría ser una forma de eludir el conflicto que supone definirse como sujeto sexuado independiente. El nivel de rivalidad que presenta es muy infantil.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 4 M
Mujer
Edad: 12

Fecha: 3-3-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 5

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1 (D): No sentir malestar, ser protegido (31,13)	1	NEGATIVA 1,2,5 Hacen daño, son malos (20,25) 2 No me respetan, controlan (20,6) 2 Controlan, desaprueban (20,4) 4 Llevan la razón, son rígidos (20,26)	6 1ª	NEGATIVA 1 Sentirse mal, estar asustado (22,27)	1
1 (D): No decir, evitar conflictos (17,20) 2 (D): Evitar conflictos, ser apreciado (17,7)	2 2ª	2,5 Tratan mal, controlan (15,20) 2,3 Castigan, son malos (15,25) 3 Se ríen, critican (15,4)	5 2ª	1 Estar enfadado, asustado (21,27) 1 Fastidiarse, enfadarse (21,26)	2
2 (D): No intervenir, no tener responsabil. (29,20)	1	4,5 Contradicen, están equivocados (17,25) 5 Mandan, no respetan (17,6)	3	1 No entender, estar confundido (2,26)	1
2 (D): No estar conforme, reafirmarse (28,34)	1	5 No aprecian, ofenden (10,15)	1	1 Síncope (31)*	1
3 (D): Ser valorado, aceptado (3,2) 2,4,5 (D): Ser respetado, entendido (3,1) 5 (D): Ser respetado, reafirmarse (3,34)	5 1ª			1,2,3 Sentirse incapaz, confundido (17,26) 2 Sentirse incapaz, dependiente (17,16) 3 No entender, sentirse incapaz (17,2) 5 No mandar, sentirse incapaz (17,19)	6 1ª

5 (D): Herir, controlar (16,19)	1			2,3 Da corte, sentirse equivocado (26,25) 2 Tener vergüenza, estar inseguro (26,13)	3 2ª
				2 Estar de acuerdo, ser sumiso (20,7)	1
				4 Discutir, oponerse (12,11)	1
		POSITIVA 2 Entienden, me respetan (1,5)	1	POSITIVA 2 Oponerse a los otros, ser respetado (11,4) 5 Mandar, controlar (11,12)	2
				5 Ser independiente, tener confianza (15,18)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

D	1:	5	ERs: Ser respetado
D	2:	2	ERs: Evitar conflictos
NRO	1:	6	ERs: Son controladores
NRO	2:	5	ERs: Me ofenden
NRS	1:	6	ERs: Me siento incapaz
NRS	2:	3	ERs: Me siento avergonzado

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos 1º Ser respetado 2º Evitar conflictos	1 0'40
Respuestas del Objeto 1ª NRO Son controladores 2ª NRO Me ofenden	1'20 1
Respuestas del Sujeto 1ª NRS Me siento incapaz 2ª NRS Me siento avergonzado	1'20 0'60

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3) así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "reafirmarme y ser independiente" con una frecuencia de 3 y una ratio de 0'13, "ser controlado y no ser responsable" con una frecuencia de 4 y una prevalencia de 0'18 y finalmente "ser amado y entendido" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'45.

En las respuestas del objeto están "controlan" con una frecuencia de 9 y una ratio de 0'28, "malos" con una frecuencia de 7 y 0'21 de ratio y "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 14 y una ratio de 0'43.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "desamparado" con 10 de frecuencia y 0'27 de ratio y "asustado y avergonzado" con 12 de frecuencia y 0'33 de ratio.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas el deseo más frecuente es "ser amado y entendido", seguido por "ser controlado y no ser responsable".

Las respuestas del objeto más frecuentes son "se oponen y están en contra" y "controlan".

La respuesta del sujeto más frecuente es "asustado y avergonzado" seguida por "desamparado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares.

Aunque en esta formulación ser respetado implica ser entendido y amado en la diferencia y el evitar conflictos conlleva no ser responsable y por lo tanto ser controlado.

El conflicto aparece planteado de una forma más matizada y al mismo tiempo más polarizada.

PACIENTE 4 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	3	1 Fueres	0	1 Ayudo	1
2 Oponerme y controlar a los otros	2	2 Controlan	9 2 ^a	2 No receptivo y cerrado	2
3 Ser controlado y no ser responsable	4 2 ^a	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	1
4 Ser distante y evitar conflictos	2	4 Malos	7	4 Me opongo a los otros	3
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	14 1 ^a	5 Autocontrol y autoconfianza	4
6 Ser amado y entendido	10 1 ^a	6 Ayudan	0	6 Desamparado	10 2 ^a
7 Sentirme bien y cómodo	1	7 Me aprecian	1	7 Decepcionado y deprimido	3
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0	8 Entienden	1	8 Asustado y avergonzado	12 1 ^a

PACIENTE 4 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0´13	1 Fuerres	0	1 Ayudo	0´02
2 Oponerme y controlar a los otros	0´09	2 Controlan	0´28	2 No receptivo y cerrado	0´05
3 Ser controlado y no ser responsable	0´18	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	0´02
4 Ser distante y evitar conflictos	0´09	4 Malos	0´21	4 Me opongo a los otros	0´08
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	0´43	5 Autocontrol y autoconfianza	0´11
6 Ser amado y entendido	0´45	6 Ayudan	0	6 Desamparado	0´27
7 Sentirme bien y cómodo	0´04	7 Me aprecian	0´03	7 Decepcionado y deprimido	0´08
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0	8 Entienden	0´03	8 Asustado y avergonzado	0´33

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser amado y entendido

2ª : Ser controlado y no ser responsable

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Se oponen y están en contra

2ª : Controlan

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Asustado y avergonzado

2ª : Desamparado

n° de frecuencias por grupo/ n° de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.5. PACIENTE 5 V

Es un varón de 14 años, con tres hermanos varones de 20, 21 y 23 años, que acude a consulta por presentar trastornos del sueño, ansiedad y dificultades en la relación con sus iguales.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 51.0 (trastornos del sueño de origen no orgánico. Insomnio no orgánico) y F 43.23 (trastorno de adaptación, con predominio de alteración de otras emociones). El nivel de inteligencia es alto.

En la anamnesis aparecen antecedentes en toda la familia materna de episodios depresivos que en ocasiones precisaron hospitalización. Primeras poluciones a la edad de 12 años.

Se le indica psicoterapia individual de periodicidad semanal. El tratamiento duró cinco meses y se realizó una entrevista con los padres y el paciente al comienzo del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 5.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es "evitar conflictos", seguido con la misma frecuencia en 2 ERs de "sentirse bien" y "ser aceptado".

En las respuestas del objeto ambas negativas aparecen "están enfadados", la más frecuente en 4 ERs y "están ansiosos" en 3 ERs.

En las respuestas del sujeto también negativas, la más frecuente en 5 ERs es "me siento ansioso", seguida por "no entender" en 3 ERs.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "evitar conflictos" es de 1 y la correspondiente a los dos deseos que ocupan el 2º lugar, "sentirse bien" y "ser aceptado" de 0´40.

La ratio correspondiente a la respuesta del objeto más frecuente "están enfadados" es de 0'80 seguida por "están ansiosos" con 0'60.

La respuesta del sujeto más frecuente "me siento ansioso" tiene una ratio de 1, seguido de "no entender" con 0'60.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

En principio no parecería que hay conflicto entre los tres deseos principales. Aunque el hecho de que el deseo más frecuente, con una recurrencia muy alta 1, sea evitar conflictos podría indicar una actitud de huida, ya que la edad del sujeto (14) es típica de la conflictiva de reafirmación.

El conflicto aparece claramente planteado ante las respuestas del objeto, que no responden al deseo de bienestar y aceptación que el paciente pretende. El deseo de evitar conflictos hace suponer que el paciente tiene una huida ante las supuestas demandas del objeto que no parece capaz de resolver, ya que provocan ansiedad y enfado. Por otro lado las respuestas del propio sujeto son a su vez ansiedad e incomprensión de la situación. Es importante tomar en cuenta la respuesta negativa del sujeto en 1 ER de "soñar", como síntoma somático, aunque no aparece en la formulación final del CCRT, éste es el síntoma clínico que le trajo a consulta.

El conflicto parece plantearse ante la reactivación edípica típica de la edad del paciente (14 años). La necesidad de ser aceptado y reafirmarse como sujeto, levanta la ansiedad de la confrontación con el modelo masculino, representado por el padre y los hermanos, ya mayores. Esta confrontación parece que es vivida por el paciente como peligrosa, percibiendo al objeto como agresivo y produciéndose como consecuencia la derivación de la conflictiva hacia sus iguales. El conflicto parece internalizado.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT**RESUMEN DE TODOS LOS ERs**

Paciente: 5 V
Varón
Edad: 14

Fecha: 13-7-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 5

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1 (D): Relajarse, sentirse bien (31,32) 2 D: Irse, sentirse cómodo (31,1)	2 2ª	NEGATIVA 2 No entienden, no corresponden (12,2) 2 No ayudan, no corresponden (12,14)	2	NEGATIVA 1,2,3 Levantarse, estar ansioso (27,19) 5 Estar asustado, culpable (27,25) 5 Estar asustado, turbado (27,26)	5 1ª
2,3 (D): Ser aceptado, apreciado (2,7)	2 2ª	2,3,5 Se enfadan, son duros (27,26) 3 Están enfadados, insultan (27,15)	4 1ª	1 Estar obsesionado, en conflicto (19,27) 3 Estar indeciso, confundido (19,2)	2
2 (D): Ser aceptado, evitar conflictos (17,2) 2 D: Ayudar, evitar conflictos (17,12) 3,4 (D): No sentir malestar, evitar conflictos (17,31) 5 (D): Defenderse, evitar conflictos (17,14)	5 1ª	2 Están agobiados, ansiosos (28,16) 3 Insultan, están nerviosos (28,15) 4 Son nerviosos, fuera de control (28,19)	3 2ª	1,2 No acordarse, no entender (2,19) 3 No ayudar, no entender (2,11)	3 2ª
3 (D): No tener obligaciones, pasarlo bien (29,32)	1	4 Son irresponsables, están equivocados (19,25) 4 Gritan, pelean (19,27)	2	2 Estar cansado, sentirse mal (22,19)	1
5 (D): Ser apoyado, ser estable (13,30)	1	5 Controlan, no apoyan (20,14)	1	1 Soñar (31)*	1

		POSITIVA 3 Están de acuerdo, entienden (18,1)	1	POSITIVA 1 Dormir, entender (1,14)	1
	1	5 Se divierten, están bien (29,23)	1	1 Controlarse, entender (14,1) 2 Expresarse, controlarse (14,7)	2
	1	5 Apoyan, aprecian (13,9)	1	2 Ayudar, ser servicial (9,5) 2 Ayudar, estar preocupado (9,27)	2
			1	3 Ser independiente, pasarlo bien (15,29)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

D	1:	5	ERs: Evitar conflictos
D	2:	2	ERs: Sentirse bien
D	2:	2	ERs: Ser aceptado
NRO	1:	4	ERs: Están enfadados
NRO	2:	3	ERs: Están ansiosos
NRS	1:	5	ERs: Me siento ansioso
NRS	2:	3	ERs: No entender

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Evitar conflictos	1
2º Sentirse bien	0´40
2º Ser aceptado	0´40
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Están enfadados	0´80
2ª NRO Están ansiosos	0´60
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento ansioso	1
2ª NRS No entender	0´60

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "ser distante y evitar conflictos" y "ser amado y entendido" con una frecuencia de 6 y una ratio de 0´28 y "sentirme bien y cómodo" con una frecuencia de 7 y una ratio de 0´33.

En los grupos correspondientes a las respuestas del objeto los más frecuentes son "controlan", con una frecuencia de 4 y una prevalencia de 0´13, "trastornan, alteran, enfadan" con una frecuencia de 12 y una ratio de 0´40 y "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 7 y una ratio de 0´23.

En las respuestas del sujeto los grupos con mayor frecuencia son "desamparado", con una frecuencia de 8 y una ratio de 0'23 y "asustado y avergonzado" con una frecuencia de 9 y una ratio de 0'26.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "sentirme bien y cómodo" seguido por "ser amado y entendido". Se ha escogido este último en vez de "ser distante y evitar conflictos", que tiene la misma prevalencia, por ser más frecuente en términos generales y porque "ser distante" se puede considerar incluido en el primer deseo, como se ha podido observar en el análisis anterior.

En las respuestas del objeto la más frecuente es "trastornan, alteran, enfadan" seguido por "se oponen y están en contra".

En las respuestas del sujeto la más frecuente es "asustado y avergonzado" seguida por "desamparado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares.

Aunque en esta formulación queda más resaltadas las respuestas del objeto, en el sentido de que el paciente las vive como oposición agresiva a su deseo de bienestar.

PACIENTE 5 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	0	1 Fueres	2	1 Ayudo	5
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	4	2 No receptivo y cerrado	4
3 Ser controlado y no ser responsable	1	3 Trastornan, alteran, enfadan	12 1 ^a	3 Respetado y aceptado	2
4 Ser distante y evitar conflictos	6	4 Malos	1	4 Me opongo a los otros	1
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	7 2 ^a	5 Autocontrol y autoconfianza	4
6 Ser amado y entendido	6 2 ^a	6.- Ayudan	2	6 Desamparado	8 2 ^a
7 Sentirme bien y cómodo	7 1 ^a	7.- Me aprecian	1	7 Decepcionado y deprimido	1
8 Tener éxito y ayudar a los otros	1	8.- Entienden	1	8 Asustado y avergonzado	9 1 ^a

PACIENTE 5 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0	1 Fuertes	0'06	1 Ayudo	0'14
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	0'13	2 No receptivo y cerrado	0'11
3 Ser controlado y no ser responsable	0'04	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'40	3 Respetado y aceptado	0'05
4 Ser distante y evitar conflictos	0'28	4 Malos	0'03	4 Me opongo a los otros	0'02
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	0'23	5 Autocontrol y autoconfianza	0'11
6 Ser amado y entendido	0'28	6 Ayudan	0'06	6 Desamparado	0'23
7 Sentirme bien y cómodo	0'33	7 Me aprecian	0'03	7 Decepcionado y deprimido	0'02
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'04	8 Entienden	0'03	8 Asustado y avergonzado	0'26

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Sentirme bien y cómodo

2ª : Ser amado y entendido

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Trastornan, alteran, enfadan

2ª : Se oponen y están en contra

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Asustado y avergonzado

2ª : Desamparado

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.6. PACIENTE 6 M

Es una adolescente de 14 años, con un hermano de 12, que acude a consulta por presentar episodios paroxísticos de angustia, tristeza y llanto fácil, así como irritabilidad sin causa aparente.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 41.0 (trastorno de pánico, ansiedad paroxística episódica) y Z 60.0 (problemas de ajuste a las transacciones de los ciclos vitales). El nivel de inteligencia es medio.

La anamnesis destaca por no presentar nunca ningún tipo de problema o dificultad, ni a nivel somático ni psíquico. Tiene una relación muy estrecha con la madre a la que cuenta muchas de sus cosas. Primera relación con un chico, cuatro meses antes de la primera consulta, que resultó decepcionante. Menarquía a los 12 años.

Se le indica psicoterapia individual de periodicidad semanal y se le pauta un antidepresivo (50 mg. de imipramina). El tratamiento duró cuatro meses y se realizó una entrevista con la madre y la paciente al comienzo del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 5.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es "ser apreciado", seguido en 3 ERs por "ser como los otros". Hay que señalar que el tercer deseo en frecuencia (2 ERs) es competir con alguien por el afecto de otro, deseo de corte edípico.

En las respuestas del objeto ambas negativas, la más frecuente en 6 ERs es "no me aprecian", seguida en 4 ERs por "me tratan mal".

En las respuestas del sujeto, la más frecuente en 4 ERs, calificada de negativa es "me siento solo", seguida por "no aprecio a los otros" y "estoy confuso" en 3 ERs, también negativas, y por "apreciar a los otros" con la misma frecuencia, calificada como positiva.

Como se puede ver los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ser apreciado" es de 1, seguido por el deseo nº 2 "ser como los otros" con 0´60.

En las respuestas del objeto la más frecuente "no me aprecian", tiene una ratio de 1´20 seguida por "me tratan mal" con 0´80.

En las respuestas del sujeto la más frecuente "me siento solo" tiene una recurrencia de 0´80, seguida con 0´60 por "no aprecio a los otros", "estoy confuso" y "apreciar a los otros".

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

Entre los dos deseos principales se observa una complementaridad y una cierta apreciación de la diferencia con el objeto, ya que la paciente desea ser como los demás, es de suponer que el mecanismo de identificación no se produce con facilidad, manteniéndose a cierta distancia.

Las respuestas obtenidas del objeto muestran esta dificultad ya que la sujeto siente que la tratan mal y no la aprecian. Por lo tanto las respuestas del sujeto son de soledad, la más frecuente (0´80), seguida de confusión, aprecio y rechazo, con la misma recurrencia (0´60).

El conflicto planteado claramente en las relaciones interpersonales, señala una confusión entre la paciente y los demás en las relaciones afectivas. En esta línea es interesante señalar que la respuesta del sujeto "estar decepcionado", aparece calificada alternativamente como positiva, negativa y con interrogante.

La sujeto percibe esta diferencia con el objeto de forma negativa, no ser como los demás, no identificarse con ellos en sus dificultades, la lleva al distanciamiento vivido como rechazo activo y pasivo, al tiempo que la proximidad al otro, la envuelve en el sometimiento sin ninguna posibilidad de diferenciarse. El hecho de que aparezca un deseo de corte edípico indica que la sujeto no ha podido todavía plantearse la discriminación a nivel simbólico con el objeto, y que rivalice por una constancia y fidelidad excesivas. Cualquier diferencia es vivida como abandono, pero la no diferenciación levanta angustia.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 6 M
Mujer
Edad: 14

Fecha: 23-3-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 5

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1 (D): Tener éxito, mejorar (22,25)	1	NEGATIVA 2 Lían, tratan mal (15,17) 2,3,4 Critican, hacen mal (15,25)	4 2ª	NEGATIVA 1 Suspender, sentirse incapaz (17,20) 5 No adaptarse, sentirse incapaz (17,8)	2
1 (D): Pasar, no tener obligaciones (29,31)	1	2,3,4 No aprecian, se alejan (10,12) 2,4 No son amigas, no aprecian (10,15) 3 Se van, no me aprecian (10,25)	6 1ª	2,4 Dejar al otro, no apreciar (6,8) 5 Caer mal, enemistarse (6,10)	3 2ª
2,4,5 (D): Ser apreciado, tener amigos (7,11) 2 (D): Ser apreciado, ser correspond. (7,8) 5 (D): Ser apreciado, tener amigos (7,17)	5 1ª	3 No corresponden, contradicen (12,17)	1	2 Sentirse solo, deprimido (23,22) 4,5 Irse, separarse (23,20) 5 Sentirse solo, estar mal (23,22)	4 1ª
3 (D): Ser entendido, ayudado (1,13)	1	3,4 Enemistar, no son de fiar (8,25)	2	2 Decir, ser hostil (10,24)	1
3 (D): Pasarlo bien, tener amigos (32,11) 4 (D): Ser correspond., sentirse bien (32,8)	2			2,3 No entender, estar confuso (2,19) 4 Pensar mal, estar decepcionado (2,20)	3 2ª
3 (D): Ser sumiso, evitar conflictos (20,17)	1			5 Irse, dejar (8,20)	1
3 (D): Identific., evitar conflictos (27,17) 3 D: Apreciar, valorar al otro (27,5) 5 (D): Adaptarse, ser	3 2ª	POSITIVA 2,3 Salen, son amigos (9,13) 2 Me aprecian, están conmigo (9,11)	3	POSITIVA 1 Estudiar, ser responsable (14,18)	1

como los otros (27,7)				
-----------------------	--	--	--	--

3 D: No gustar, ser diferente (16,28)	1	3 Son majos, abiertos (11,13)	1	2,3,4 Salir, tener amigos (5,9)	3 2ª
2,3 (D): Competir por el afecto de otro (35)*	2			2 Decir, ser hostil (10,24) 2 Dejar a los amigos, alejarse (10,8)	2
				3 Dar igual, ser dependiente (16,17)	1
				<u>?RS</u> 3 Pensar mal, desconfiar (24,20)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

- D 1: 5 ERs: Ser apreciado
- D 2: 3 ERs: Ser como los otros
- NRO 1: 6 ERs: No me aprecian
- NRO 2: 4 ERs: Me tratan mal
- NRS 1: 4 ERs: Me siento solo
- NRS 2: 3 ERs: No aprecio a los otros
- NRS 2: 3 ERs: Estoy confuso

PRS 2: 3 ERs: Apreciar a los otros

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos 1º Ser apreciado 2º Ser como los otros	1 0'60
Respuestas del Objeto 1ª NRO No me aprecian 2ª NRO Me tratan mal	1'20 0'80
Respuestas del Sujeto 1ª NRS Me siento solo 2ª NRS No aprecio a los otros 2ª NRS Estoy confuso 2ª PRS Apreciar a los otros	0'80 0'60 0'60 0'60

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3) así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "ser controlado y no ser responsable" con una frecuencia de 6 y una prevalencia de 0'20, seguido por "aceptar y estar cerca de los otros" y "ser amado y entendido" con una frecuencia de 7 y una ratio de 0'23.

En las respuestas del objeto los más frecuentes son "malos" con una frecuencia de 9 y una ratio de 0'25 y "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 19 y una ratio de 0'52.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "no receptivo y cerrado" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'23 y "decepcionado y deprimido" con una frecuencia de 14 y una ratio de 0'33.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, los dos deseos más frecuentes son "ser amado y entendido" y "aceptar y estar cerca de los otros".

En las respuestas del objeto la más frecuente es "se oponen y están en contra" seguida por "malos".

En las respuestas del sujeto la más frecuentes es "decepcionado y deprimido" seguida por "no receptivo y cerrado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares.

En esta formulación aparece más clara la percepción de la paciente de que los demás se oponen a sus deseos y se presentan como objetos negativos, por lo que la paciente se siente deprimida y se mantiene a distancia.

PACIENTE 6 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	1	1 Fueres	0	1 Ayudo	3
2 Oponerme y controlar a los otros	1	2 Controlan	0	2 No receptivo y cerrado	10 2ª
3 Ser controlado y no ser responsable	6	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	3
4 Ser distante y evitar conflictos	3	4 Malos	9 2ª	4 Me opongo a los otros	4
5 Aceptar y estar cerca de los otros	7 1ª	5 Se oponen y están en contra	19 1ª	5 Autocontrol y autoconfianza	2
6 Ser amado y entendido	7 1ª	6 Ayudan	3	6 Desamparado	6
7 Sentirme bien y cómodo	3	7 Me aprecian	3	7 Decepcionado y deprimido	14 1ª
8 Tener éxito y ayudar a los otros	2	8 Entienden	2	8 Asustado y avergonzado	0

PACIENTE 6 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'03	1. Fuertes	0	1 Ayudo	0'07
2 Oponerme y controlar a los otros	0'03	2 Controlan	0	2 No receptivo y cerrado	0'23
3 Ser controlado y no ser responsable	0'20	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	0'07
4 Ser distante y evitar conflictos	0'10	4 Malos	0'25	4 Me opongo a los otros	0'09
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'23	5 Se oponen y están en contra	0'52	5 Autocontrol y autoconfianza	0'04
6 Ser amado y entendido	0'23	6 Ayudan	0'08	6 Desamparado	0'14
7 Sentirme bien y cómodo	0'10	7 Me aprecian	0'08	7 Decepcionado y deprimido	0'33
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'06	8 Entienden	0'05	8 Asustado y avergonzado	0

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser amado y entendido

1ª : Aceptar y estar cerca de los otros

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Se oponen y están en contra

2ª : Malos

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Decepcionado y deprimido

2ª : No receptivo y cerrado

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.7. PACIENTE 7 M

Es una adolescente de 14 años, con una hermana de 11, que acude a consulta por presentar excitación e irritabilidad permanentes, con frecuentes discusiones en casa, llanto fácil y muy malas relaciones con sus iguales; así como problemas de bajo rendimiento escolar.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 42 (trastorno obsesivo-compulsivo) y F 81.9 (trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación). El nivel de inteligencia es medio.

En la anamnesis se aprecian múltiples dificultades a lo largo del desarrollo. Enuresis primaria hasta los 4 años, múltiples rabietas que en la actualidad se presentan como ira descontrolada. Tiene múltiples fobias alimenticias y frecuentes trastornos del sueño. Todo lo relativo a la esfera de la sexualidad le produce asco. Menarquía a los 10 años muy mal aceptada. Repite 8º de EGB. La madre que padece un grave trastorno de la personalidad se encuentra en tratamiento.

Se le indica psicoterapia individual de periodicidad semanal y se le pauta un antidepresivo (25 mg. de clomipramina) y un ansiolítico (1 mg. de lorazepam). El tratamiento fue abandonado por la paciente a los cinco meses. Se realizó una entrevista con la paciente y sus padres al comienzo del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 9.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 7 ERs es "no tener obligaciones" seguido en 5 ERs por "ser independiente".

Las respuestas del objeto más frecuentes y ambas negativas son "me

rechazan" y "son controladores" en 4 ERs.

Las respuestas del sujeto también negativas en 8 ERs son "me siento incapaz" y "estoy en conflicto".

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "no tener obligaciones" es de 0´77, seguido por el deseo nº 2 "ser independiente" con 0´55.

Las respuestas del objeto más frecuentes con la misma recurrencia 0´44 son "me rechazan" y "son controladores", ambas negativas.

Las respuestas del sujeto más frecuentes y también negativas son "me siento incapaz" y "estoy en conflicto" con 0´88.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

Entre los dos deseos principales hay un claro conflicto. No tener obligaciones implica ser dependiente y permanecer en la infancia donde todavía es posible negar la responsabilidad, en definitiva, ser controlado. Por lo tanto la sujeto quiere y no quiere ser independiente, deseando las ventajas pero no los inconvenientes.

Existe también conflicto ante las respuestas del objeto de rechazo y control, ambas con la misma recurrencia (0´44). La paciente califica el control de los demás como negativo cuando es algo deseado en parte. Por otro lado sus propias respuestas siguen reflejando el conflicto de ambivalencia, la paciente se siente incapaz y en conflicto también con la misma recurrencia (0´88).

El conflicto de ambivalencia ante la propia responsabilidad y asunción de la propia identidad como adolescente en crecimiento es claro. La paciente se resiste a abandonar la infancia y el modelo de goce infantil, donde ella fantasea que es posible disfrutar sin responsabilidades y sin consecuencias. Los mecanismos de sublimación para manejar la angustia no están instalados, por lo que utiliza el control externo para bloquear permanentemente el deseo.

Probablemente está comprometida la identidad sexual (tolera muy mal las reglas), al tiempo que existe una herida narcisista, renovada en la relación con el objeto de forma permanente. Como consecuencia se siente constantemente incapaz e inapropiada, proyectando en el objeto la culpa y la agresión. El conflicto está interiorizado pero no hay percepción real de las respuestas del otro, parecen siempre teñidas por la agresividad y el rechazo de la propia paciente hacia sí misma y hacia los otros.

Dado que todas las respuestas son negativas, el pronóstico no es muy favorable.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 7 M
Mujer
Edad: 14

Fecha: 21-4-94
Sesión: 1º
Número de ERs: 9

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1,2,8,9 (D): Ser buena estudiante (22,25)	4	NEGATIVA 1 Son indiferentes (10,12)	1	NEGATIVA 1 Llevarse mal con los otros (8,11) 1 No apreciar a los otros (8,6)	2
1 (D): Cambiar, crecer, ser adulta (23,24) 1 (D): Ser adulta (23,27) 4,5,6 D: Crecer, tener responsab. (23,25)	5 2ª	1,8 Rechazan (4,6) 3 Desaprobación, rechazo (4,17) 3 Desaprobación, rechazo (4,26)	4 1ª	1 Estar enfadado (21,23) 9 Sentirse enfadado (21,25)	2
1 (D): Ser como los otros (27,25)	1	1 Presumen, se divierten (29,23)	1	1 Sentir envidia (25,24) 1 Sentir vergüenza (25,26)	2
1 (D): No cambiar, no ser adulta (29,21) 1 D: Cambiar y no cambiar, no tener conflictos (29,31) 1 D: No cambiar, ser yo mismo (29,28) 2,4,5,6 D: No tener responsab. (29,20)	7 1ª	1 Cambian, crecen, son adultas (23,24) 1 Cambian, no son de fiar (23,19)	2	1 Ser infantil, no ser adulta (16,17)	1
1 (D): Ser ayudado (13,30) 2,6 (D): Ser ayudado (13,1) 5 (D): Ser ayudado (13,2)	4	1 No ofrece ayuda para crecer (14,4)	1	1 Disgusto, desagrado por cambiar (20,22) 5 Sentirse infeliz, insatisfecho (20,22)	2

1,2 (D): Ser estable (30,31) 2 (D): Estar seguro (30,23) 2 D: Ser estable, no cambiar (30,28)	4	1 Controlan, no dejan pensar (20,4) 3 control, rechazo (20,26) 6 Se oponen a mis deseos (20,17) 6 Castigan (20,15)	4 1ª	1,5,6,2,4,8,9 Sentirse incapaz (17,19) 7 Ser incompetente (17,16)	8 1ª
2 D: Ser amable, no agredir (5,12)	1			1,2,4,6 Sentirse en conflicto (19,17) 2 Sentirse ambivalente, vacío (19,20) 2 Estar confundido (19,2) 4,9 Estar obsesionado, estar en conflicto (19,27)	8 1ª
2 (D): Ser aceptado (2,3) 3 (D): Ser aceptado (2,17)	2			2,4 Contestar, agredir (10,6) 2 Agredir a los otros (10,11)	3
2 (D): Sentirse comprendido (1,13) 6 (D): Ser comprendido (1,2)	2			6 Ser irresponsable (13,16) 9 Sentirse inseguro (13,27)	2
5 D: Divertirse, ser feliz (32,31)	1			2 Sentirse rechazado, no amado (23,27)	1
8 (D): Ayudar a los otros (12,4)	1			9 No dormir (31)*	1
		POSITIVA 1 No crecen, no cambian, no son adultas (22,19)	1	POSITIVA 2,8 Ser amable, no herir (5,9)	2
				6 Ser responsable (14,15)	1
				7 Comprender a los demás (1,9)	1

FORMULACION DEL CCRT**CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)****1ª y 2ª Frecuencias más altas**

D	1:	7	ERs: No tener obligaciones
D	2:	5	ERs: Ser independiente
NRO	1:	4	ERs: Me rechazan
NRO	1:	4	ERs: Son controladores
NRS	1:	8	ERs: Me siento incapaz
NRS	1:	8	ERs: Estoy en conflicto

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º No tener obligaciones	0'77
2º Ser independiente	0'55
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Me rechazan	0'44
1ª NRO Son controladores	0'44
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento incapaz	0'88
1ª NRS Estoy en conflicto	0'88

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "ser controlado y no ser responsable", con una frecuencia de 17 y una prevalencia de 0'27, "sentirme bien y cómodo" con una frecuencia de 11 y una ratio de 0'17 y finalmente "tener éxito y ayudar a los otros", con una frecuencia de 14 y una ratio de 0'22.

En las respuestas del objeto los más frecuentes son "controlan" con una frecuencia de 6 y una ratio de 0'21 y "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 14 y una ratio de 0'50.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "desamparado" con una frecuencia de 33 y una ratio de 0'47 y "decepcionado y deprimido" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'14.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "ser controlado y no ser responsable" seguido por "tener éxito y ayudar a los otros".

Las respuestas del objeto más frecuentes son "se oponen y están en contra" y "controlan".

En las respuestas del sujeto la más frecuente es "desamparado" seguida de "decepcionado y deprimido".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares.

En esta formulación está más clara la contradicción entre los dos deseos, querer ser controlado y simultáneamente ayudar a los otros, en una

percepción no real del conflicto ni de sus posibilidades.

PACIENTE 7 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	8	1 Fuerdes	5	1 Ayudo	4
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	6 2ª	2 No receptivo y cerrado	6
3 Ser controlado y no ser responsable	17 1ª	3 Trastornan, alteran, enfadan	3	3 Respetado y aceptado	2
4 Ser distante y evitar conflictos	1	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	5
5 Aceptar y estar cerca de los otros	2	5 Se oponen y están en contra	14 1ª	5 Autocontrol y autoconfianza	2
6 Ser amado y entendido	9	6 Ayudan	0	6 Desamparado	33 1ª
7 Sentirme bien y cómodo	11	7 Me aprecian	0	7 Decepcionado y deprimido	10 2ª
8 Tener éxito y ayudar a los otros	14 2ª	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	8

PACIENTE 7 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'12	1 Fuentes	0'17	1 Ayudo	0'05
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	0'21	2 No receptivo y cerrado	0'08
3 Ser controlado y no ser responsable	0'27	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'10	3 Respetado y aceptado	0'02
4 Ser distante y evitar conflictos	0'01	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	0'07
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'03	5 Se oponen y están en contra	0'50	5 Autocontrol y autoconfianza	0'02
6 Ser amado y entendido	0'14	6 Ayudan	0	6 Desamparado	0'47
7 Sentirme bien y cómodo	0'17	7 Me aprecian	0	7 Decepcionado y deprimido	0'14
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'22	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	0'11

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser controlado y no ser responsable

2ª : Tener éxito y ayudar a los otros

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Se oponen y están en contra

2ª : Controlan

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Desamparado

2ª : Decepcionado y deprimido

n° de frecuencias por grupo/ n° de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.8. PACIENTE 8 V

Es un varón de 14 años, con una hermana de 15 y un hermano de 9, que acude a consulta por presentar frecuentes discusiones familiares, ánimo triste y múltiples conflictos en el colegio.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 43.23 (trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones) y F 81.9 (trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación). El nivel de inteligencia es medio-alto.

En la anamnesis se aprecian episodios de agresividad hasta los dos años (mordía a todo el mundo). Dos consultas previas, una a los cinco años por presentar fuertes celos con el hermano pequeño y a los 10 años por problemas de lecto-escritura. En los últimos dos años y medio los padres se separan, la abuela materna hace un intento de suicidio, el abuelo paterno muere y un tío materno al que el paciente se siente muy ligado es denunciado por abusos deshonestos a un menor.

La madre ha estado en tratamiento por depresión y la hermana (10 M) está en tratamiento en la actualidad, por presentar malas relaciones familiares y bajo rendimiento escolar. En la vida cotidiana de la familia se observa un desorden generalizado, el paciente y los hermanos duermen con la madre a menudo. Primeras poluciones a los 13 años. Repite 8º de EGB.

Se le indica psicoterapia individual de periodicidad semanal. El tratamiento fue abandonado a los seis meses. Se realizaron dos entrevistas con el paciente y su madre al comienzo y a la mitad del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 9.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 8 ERs es "ser respetado"

seguido en 3 ERs por "ser ayudado" y "ser independiente".

En las respuestas del objeto la más frecuente en 6 ERs, calificada como negativa es "están enfadados", seguida en 3 ERs por "me rechazan", también negativa.

En las respuestas del sujeto la más frecuente en 5 ERs y negativa es "estoy irritado", seguida en 3 ERs por "me siento incapaz" calificada como negativa y "aprecio a los otros" como positiva.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ser respetado" es de 0´88, seguido por "ser ayudado" y "ser independiente" con 0´33.

En las respuestas del objeto la más frecuente "están enfadados" tiene una recurrencia de 0´66, seguida por "me rechazan" con 0´33.

En las respuestas del sujeto la más frecuente "estoy irritado" tiene una ratio de 0´55, seguida por "me siento incapaz" y "aprecio a los otros" con 0´33.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

En principio no parece existir conflicto entre los tres deseos principales, ser respetado y ser independiente son deseos complementarios y la petición de ayuda puede ir en la línea de conseguir el respeto de los demás.

Sin embargo en las respuestas que el sujeto obtiene se percibe un conflicto. Los objetos con los que se relaciona le devuelven rechazo y agresión. Si vemos las respuestas del propio sujeto, irritación y en la misma medida incapacidad y aprecio (0´33), se puede ver que su forma de obtener el respeto no es muy adecuada. Es posible que el respeto y la independencia no se planteen como un objetivo a lograr, sino como una exigencia sin

contrapartida, establecida de forma especular.

El conflicto está planteado ante las dificultades para entender, en un nivel simbólico, el código de intercambio entre sujetos diferentes. Es decir la independencia y el respeto son metas a conseguir sosteniendo el deseo y matizando las posibilidades de su logro. El código utilizado por el paciente y el entorno familiar en el que se mueve, parece responder no al nivel simbólico sino al nivel imaginario y especular.

El sujeto levanta la irritación y el rechazo y responde con irritación e incapacidad. Las normas son percibidas como prohibiciones con el único objetivo de impedir el bienestar. Se puede detectar un problema de identificación masculina, el padre es vivido según el modelo de la madre preedípica, por lo tanto ambas figuras están todavía indiferenciadas.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 8 V
Varón
Edad: 14

Fecha: 23-3-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 9

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1 (D): Estar bien (13,24) 2,3 (D): Ser cuidado, ser apreciado (13,7)	3 2ª	NEGATIVA 3 No aprecian, no son serviciales (14,10) 4 No me apoyan, no me creen (14,7)	2	NEGATIVA 1 Estar irritado (21,27) 2 Estar enfadado, ser violento (21,10) 4 Estar enfadado, sentirse rechazado (21,23) 5,6 Estar enfadado, ser impulsivo (21,13)	5 1ª
3 (D): Evitar conflictos, ayudar a los otros (17,12) 4 (D): Evitar conflictos, protegerse (17,14)	2	1 No se interesan, están enfadados (27,10) 2,3,4,6 Están enfadados, son irresponsables (27,19) 5 Están enfadados, son agresivos (27,20)	6 1ª	4 Ser irresponsable, estar en conflicto (13,19)	1
1,4,8 (D): Ser respetado, ser apreciado (3,7) 2,7 (D): Ser respetado, ser entendido (3,1) 5 (D): Reafirmarse, ser respetado (3,34) 6 (D): Ser respetado, protegerse (3,14) 9 (D): Ser respetado, evitar conflictos (3,17)	8 1ª	1 Desaprueban, critican (4,26) 2 Rechazan, no aprecian (4,9) 3 Desaprueban, tratan injustamente (4,6)	3 2ª	1 Sentirse rechazado, irritado (23,21)	1
5 (D): Oponerse a los otros, controlar (18,19)	1	9 No son de fiar, están asustados (19,28)	1	4,6 Sentirse incapaz, irritado (17,21) 9 Sentirse incapaz, estar en conflicto (17,19)	3 2ª

6 D: Estar feliz, tener amigos (32,11) 6 D: No sentir malestar, estar bien (32,31)	2	POSITIVA 1,4 Cuidan y se interesan (9,13)	2	POSITIVA 5 Ser independiente, sentirse reasegurado (15,18) 8 Sentirse alegre, independiente (15,29)	2
4 D: Estudiar, ser responsable (23,25) 9 (D): Ser independ., evitar conflictos (23,17) 9 (D): Ser independ., ser apreciado (23,7)	3 2 ^a	7 Entienden, me aceptan (1,3)	1	6 Estar alegre, estar bien con los otros (29,9)	1
				7,8,9 Ser amistoso, ser servicial (5,9)	3 2 ^a

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1^a y 2^a Frecuencias más altas

D	1:	8	ERs: Ser respetado
D	2:	3	ERs: Ser ayudado
D	2:	3	ERs: Ser independiente
NRO	1:	6	ERs: Están enfadados
NRO	2:	3	ERs: Me rechazan
NRS	1:	5	ERs: Estoy irritado
NRS	2:	3	ERs: Me siento incapaz
PRS	2:	3	ERs: Aprecio a los otros

FORMULACION DEL CCRT

Grado de recurrencia

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Ser respetado	0'88
2º Ser ayudado	0'33
2º Ser independiente	0'33
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Están enfadados	0'66
2ª NRO Me rechazan	0'33
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Estoy irritado	0'55
2ª NRS Me siento incapaz	0'33
2ª PRS Aprecio a los otros	0'33

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "ser distante y evitar conflictos", con una frecuencia de 6 y una prevalencia de 0'15, seguido por "ser amado y entendido", con una frecuencia de 16 y una ratio de 0'42.

En las respuestas del objeto los más frecuentes son "trastornan, alteran, enfadan" con una frecuencia de 12 y una ratio de 0'40, seguido por "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'33.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "desamparado", con una frecuencia de 8 y una ratio de 0'25 y "decepcionado y deprimido", con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'32.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "ser amado y entendido", seguido por "ser distante y evitar conflictos".

En las respuestas del objeto la más frecuente es "trastornan, alteran, enfadan" seguida por "se oponen y están en contra".

En las respuestas del objeto la más frecuente es "decepcionado y deprimido", seguida por "desamparado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy similares.

En esta formulación el matiz del deseo de ser querido incondicionalmente está más marcado, es decir, que la independencia y el respeto a veces parecen confundirse con el amor sin reservas, acompañado por la evitación y no la resolución de conflictos frente a la oposición del objeto.

PACIENTE 8 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	4	1 Fuertes	0	1 Ayudo	4
2 Oponerme y controlar a los otros	2	2 Controlan	2	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	3	3 Trastornan, alteran, enfadan	12 1ª	3 Respetado y aceptado	5
4 Ser distante y evitar conflictos	6 2ª	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	0
5 Aceptar y estar cerca de los otros	1	5 Se oponen y están en contra	10 2ª	5 Autocontrol y autoconfianza	3
6 Ser amado y entendido	16 1ª	6 Ayudan	2	6 Desamparado	8 2ª
7 Sentirme bien y cómodo	4	7 Me aprecian	2	7 Decepcionado y deprimido	10 1ª
8 Tener éxito y ayudar a los otros	2	8 Entienden	2	8 Asustado y avergonzado	1

PACIENTE 8 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'10	1 Fuentes	0	1 Ayudo	0'12
2 Oponerme y controlar a los otros	0'05	2 Controlan	0'06	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	0'07	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'40	3 Respetado y aceptado	0'16
4 Ser distante y evitar conflictos	0'15	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	0
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'02	5 Se oponen y están en contra	0'33	5 Autocontrol y autoconfianza	0'09
6 Ser amado y entendido	0'42	6 Ayudan	0'06	6 Desamparado	0'25
7 Sentirme bien y cómodo	0'10	7 Me aprecian	0'06	7 Decepcionado y deprimido	0'32
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'05	8 Entienden	0'06	8 Asustado y avergonzado	0'03

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser amado y entendido

2ª : ser distante y evitar conflictos

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Trastornan, alteran, enfadan

2ª : Se oponen y están en contra

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Decepcionado y deprimido

2ª : Desamparado

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.9. PACIENTE 9 V

Es un varón de 15 años, con una hermana de 12 y un hermanastro de 14, que acude a consulta por presentar un alto grado de inadaptación en la vida familiar, escasa relación con sus iguales y bajo rendimiento escolar.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 91.2 (trastorno disocial en niños socializados). El nivel de inteligencia es medio.

En la anamnesis se aprecian múltiples trastornos de conducta desde los cinco años, así como trastornos del lenguaje, con varios tratamientos previos. Los padres están divorciados desde que el paciente tenía tres años, con innumerables juicios por la guardia y custodia, que finalmente obtiene el padre. La madre prácticamente no se ha ocupado de él. En la actualidad el padre convive con otra pareja y el hijo de ésta. Trastornos del aprendizaje, repite 8º de EGB.

Se le indica psicoterapia individual de periodicidad quincenal. El tratamiento duró un año y se realizaron cinco entrevistas con el paciente y sus padres, a lo largo del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 7.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 4 ERs es "no tener obligaciones" seguido en 3 ERs por "oponerse a los otros".

En las respuestas del objeto ambas negativas y con la misma frecuencia en 2 ERs, están "son controladores" y "son estrictos".

En las respuestas del sujeto también negativas y con la misma frecuencia en 3 ERs están "me siento incapaz" y "soy irresponsable".

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT. La ratio correspondiente al deseo nº 1 "no tener obligaciones" es de 0'57, seguido por el deseo nº 2 "oponerse a los otros" con 0'42.

En las respuestas del objeto con la misma ratio 0'28 están "son controladores" y "son estrictos".

En las respuestas del sujeto también con la misma ratio 0'42 están, "me siento incapaz" y "soy irresponsable".

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

Los dos deseos principales parecen estar en consonancia. El sujeto no desea tener obligaciones y el deseo de oposición apoya como consecuencia el de no tener obligaciones, ni normas.

El conflicto aparece con las respuestas del objeto, a los que el paciente califica de forma negativa, como controladores y estrictos con la misma recurrencia (0'28). Es de suponer que estas respuestas las obtiene cuando los otros le plantean la necesidad de obligaciones y normas, es decir cuando se oponen a su deseo principal.

Aunque las respuestas del sujeto, sentimientos de incapacidad e irresponsabilidad, podrían denotar cierta conciencia de conflicto, no parece que esté internalizado. Más bien la incapacidad podría referirse a la no consecución del deseo principal, no tener obligaciones, es decir, el paciente no puede convencer a los otros de la importancia de su deseo.

El conflicto gira alrededor del oposicionismo activo, no como una forma de asentar su identidad de adolescente, sino como una forma de lograr su deseo de no responsabilidad, por lo tanto de no independencia. El empuje normal del desarrollo, que implica la necesidad de responsabilidad y asunción de las normas propias de su edad se mantiene bloqueado, llevándole a plantear conflictos permanentes, tanto en el medio familiar como en el escolar y a no poder mantener relaciones estables con sus iguales.

Se mantiene todavía en una posición muy infantil de dependencia afectiva. No tiene internalizado el simbolismo normativo y deposita la normativización en el objeto, como una acción agresiva directa que le impide realizar su deseo. Se mueve todavía en el principio del placer sin poder someterlo a una reformulación interna, lo que bloquea al mismo tiempo la reelaboración edípica típica del período adolescente.

La sexualidad se manifiesta en la modalidad anal de la agresión. El sujeto califica a veces la respuesta de "soy irresponsable" como positiva, en una formulación todavía muy infantil.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT**RESUMEN DE TODOS LOS ERs**

Paciente: 9 V
Varón
Edad: 15

Fecha: 5-8-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 7

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1 (D): No adaptarse, ser diferente (28,29)	1	NEGATIVA 5 Están cabreados, son agresivos (27,20)	1	NEGATIVA 1 Ser incapaz, estar irritado (17,21) 1 Ser incapaz, estar avergonzado(17,26) 1 Ser incapaz, estar inseguro (17,13)	3 1ª
2 (D): Mejorar, hacer bien (25,26)	1	6 Controlan, son rígidos (20,26) 7 Interrumpen, controlan (20,17)	2 1ª	2 Ser desordenado, irresponsable (13,26) 5 Ser irresponsable, estar irritado (13,21) 6 Tener pereza, sentirse incapaz (13,17)	3 1ª
2,4,5,6 (D): No tener obligaciones, estar cómodo (29,31)	4 1ª	7 Mandan, son estrictos (26,15) 7 Mandan, contradicen (26,17)	2 1ª	6 Chocar con los otros, dominar (11,12)	1
3 (D): Tener amigos, ser abierto (11,9) 3 (D): Divertirse, tener amigos (11,32)	2	POSITIVA 3 Aprecian, están disponibles (9,11)	1	POSITIVA 2 Ordenar, ser responsable (14,15) 4 No desordenar, estar inseguro (14,13)	2
6,7 (D): Oponerse a los otros, controlar (18,19) 7 (D): Oponerse, no estar conforme (18,28)	3 2ª			3 Tener amigos, pasarlo bien (5,29)	1
				4 Trabajar lo menos posible, sentirse satisfecho (13,28)	1
				7 Chocar con los otros, ser irresponsable (11,13)	1

FORMULACION DEL CCRT**CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)****1ª y 2ª Frecuencias más altas**

D	1:	4	ERs: No tener obligaciones
D	2:	3	ERs: Oponerse a los otros
NRO	1:	2	ERs: Son controladores
NRO	1:	2	ERs: Son estrictos
NRS	1:	3	ERs: Me siento incapaz
NRS	1:	3	ERs: Soy irresponsable

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º No tener obligaciones	0'57
2º Oponerse a los otros	0'42
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Son controladores	0'28
1ª NRO Son estrictos	0'28
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento incapaz	0'42
1ª NRS Soy irresponsable	0'42

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "oponerme y controlar a los otros", "ser controlado y no ser responsable" y "sentirme bien y cómodo", con una frecuencia de 5 y un ratio de 0'22.

En las respuestas del objeto las de mayor frecuencia son "controlan", con una frecuencia de 6 y un ratio de 0'50 y "se oponen y están en contra", con una frecuencia de 3 y un ratio de 0'25.

En las respuestas del sujeto están "autocontrol y autoconfianza", con una frecuencia de 4 y un ratio de 0'16 y "desamparado" con una frecuencia de 12 y un ratio de 0'50.

Los resultados de las Categorías Estándar Agrupadas confirman también la existencia de un tema central y de un patrón transferencial de relación.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, los dos deseos más frecuentes son "oponerme y controlar a los otros" y "sentirme bien y cómodo". Se ha elegido éste en vez de "ser controlado y no ser responsable", que tiene el mismo ratio, por considerar que se puede entender incluido en "sentirme bien y cómodo", ya que el sentirse bien queda condicionado a no ser responsable.

En las respuestas del objeto la más frecuente es "controlan" seguida de "se oponen y están en contra".

En las respuestas del sujeto la más frecuente es "desamparado" seguida por "autocontrol y autoconfianza".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son similares, a excepción de la segunda respuesta del sujeto que en principio puede parecer contradictoria.

Aunque esta respuesta de "autocontrol y autoconfianza" puede chocar con las dos obtenidas con las Categorías Estándar (Edición 2), "me siento incapaz" y "soy irresponsable", hay que tener en cuenta que de las categorías agrupadas (12,14,15 y 18) solamente aparecen en este paciente las 12, 14 y 15 de las que la 12 y la 15 tienen una connotación de control sobre los demás y de imposición de las propias decisiones y solamente la 14 tiene un matiz de responsabilidad.

PACIENTE 9 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	2	1 Fuertes	0	1 Ayudo	0
2 Oponerme y controlar a los otros	5 1 ^a	2 Controlan	6 1 ^a	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	5	3 Trastornan, alteran, enfadan	1	3 Respetado y aceptado	2
4 Ser distante y evitar conflictos	0	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	2
5 Aceptar y estar cerca de los otros	3	5 Se oponen y están en contra	3 2 ^a	5 Autocontrol y autoconfianza	4 2 ^a
6 Ser amado y entendido	0	6 Ayudan	0	6 Desamparado	12 1 ^a
7 Sentirme bien y cómodo	5 1 ^a	7 Me aprecian	1	7 Decepcionado y deprimido	2
8 Tener éxito y ayudar a los otros	2	8 Entienden	1	8 Asustado y avergonzado	2

PACIENTE 9 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'09	1 Fueres	0	1 Ayudo	0
2 Oponerme y controlar a los otros	0'22	2 Controlan	0'50	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	0'22	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'08	3 Respetado y aceptado	0'08
4 Ser distante y evitar conflictos	0	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	0'08
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'13	5 Se oponen y están en contra	0'25	5 Autocontrol y autoconfianza	0'16
6 Ser amado y entendido	0	6 Ayudan	0	6 Desamparado	0'50
7 Sentirme bien y cómodo	0'22	7 Me aprecian	0'08	7 Decepcionado y deprimido	0'08
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'09	8 Entienden	0'08	8 Asustado y avergonzado	0'08

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Oponerme y controlar a los otros

1ª : Sentirme bien y cómodo

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Controlan

2ª : Se oponen y están en contra

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Desamparado

2ª : Autocontrol y autoconfianza

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia ≡

clasificaciones

8.1.10. PACIENTE 10 M

Es una adolescente de 15 años, con dos hermanos de 14 y 9, que acude a consulta por presentar muy malas relaciones familiares, bajo rendimiento escolar y pocas relaciones con sus iguales.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 43.23 (trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones) y F 81.3 (trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar). El nivel de inteligencia es medio.

En la anamnesis se evidencian múltiples problemas somáticos, convulsiones y pérdidas de conocimiento, con fiebre muy alta hasta los cuatro años sin una etiología clara, que precisaban visitas a urgencias cada 15 días. A los cinco años neumonía sarampionosa, de carácter grave. Desarrollo del lenguaje tardío (3 años) y muy lento, trastornos de la alimentación hasta los cinco años. Ha presentado trastornos del aprendizaje y en la actualidad después de repetir 8º de EGB y suspender, intenta sacarse el graduado escolar.

Al igual que su hermano (8 V) en los últimos dos años y medio los padres se separan, la abuela materna hace un intento de suicidio, el abuelo paterno muere y un tío materno al que la paciente se siente muy ligada es denunciado por abusos deshonestos a un menor. La madre ha estado en tratamiento por depresión y el hermano de 14 años, está en tratamiento en la actualidad, por presentar frecuentes discusiones familiares, ánimo triste y múltiples conflictos en el colegio. En la vida cotidiana de la familia se observa un desorden generalizado, la paciente y los hermanos duermen con la madre a menudo.

Se la indica psicoterapia individual de periodicidad semanal, que es abandonado a los cuatro meses. Se realizaron dos entrevistas con la paciente y su madre al comienzo y a la mitad del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 6.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), los dos deseos principales en 5 ERs son "oponerse a los otros" y "evitar conflictos".

En las respuestas del objeto ambas negativas están "son irresponsables" en 5 ERs y "me rechazan" en 3 ERs.

En las respuestas del sujeto la más frecuente en 4 ERs es "estoy en conflicto", calificada como negativa, seguida con la misma frecuencia por "estoy enfadado" y "me siento incapaz", ambas negativas y "soy responsable" valorada como positiva.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente a los dos deseos principales "oponerse a los otros" y "evitar conflictos" es de 0'83.

En las respuestas del objeto la más frecuente "son irresponsables" tiene una recurrencia de 0'83, seguida por "me rechazan" con 0'50.

La respuesta del sujeto más frecuente es "estoy en conflicto" con una ratio de 0'66, seguida por "estoy enfadado", "me siento incapaz" y "soy responsable" con 0'50.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

Hay un conflicto interno entre los dos deseos principales que además tienen la misma ratio de recurrencia (0'83). Oponerse a los otros denota una posición activa de rechazo, mientras que evitar conflictos conlleva un matiz de flexibilidad, claramente opuesto. De cualquier forma evitar no supone resolver, sino más bien una postura pasiva de supuesta indiferencia.

Las respuestas del objeto que la paciente obtiene denotan esta ambivalencia al recibir rechazo y conductas calificadas como irresponsables. Parecen respuestas en espejo de su propia confusión.

La paciente responde a su vez sintiéndose incapaz, enfadada y a veces responsable, pero sobre todo en conflicto. Es importante señalar que las tres primeras respuestas tienen el mismo grado de recurrencia (0'50).

Parece que el conflicto central responde a la incapacidad de la paciente para sentirse un sujeto sólido. Sus respuestas son inconsistentes, denotan poca capacidad de reflexión sobre su situación frente a los propios deseos y necesidades y un alto grado de confusión probablemente apoyado por el medio familiar.

La independencia está entendida como oposicionismo activo, probablemente por el temor de sentirse invadida por el objeto que tiene características agresivas e invasoras. La sujeto se siente invadida por la angustia cada vez que intenta definirse como sujeto independiente, optando por la agresión oposicionista en un modelo anal como vía de descarga. En su primera infancia la vía de descarga privilegiada parece que fue la somatización permanente, en ocasiones de cierta gravedad.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 10 M
Mujer
Edad: 15

Fecha: 24-3-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 6

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1,5,6 D: No querer, no tener obligaciones (18,29) 4 (D): Oponerse, controlar (18,19) 6 D: Oponerse, no estar conforme (18,28)	5 1ª	NEGATIVA 1 Pelean, están fuera de control (19,27) 1,6 Son irresponsables, son malos (19,25) 2 No tienen confianza, están preocupados (19,28) 6 Están fuera de control, son violentos (19,15)	5 1ª	NEGATIVA 2 Estar enfadado, sentirse rechazado (21,23) 3 Estar enfadado, en tensión (21,19) 4 Estar irritado, decepcionado (21,20)	3 2ª
1,4 (D): Tener narices, expresar rabia (16,19)	2	1 No respetan, controlan (20,6) 1,4,5,6 Obligan, controlan (20,17) 6 Regañan, tratan mal (20,15)	1	2,3,5 Estar en conflicto, estar mal (19,22) 4 Estar en conflicto, estar decepcionado (19,20)	4 1ª
1,2 (D): Ayudar, evitar conflictos (17,12) 3 (D): No sentir malestar, evitar conflictos (17,31) 3,5 (D): Separarse, evitar conflictos (17,10)	5 1ª	1 Rechazan, contradicen (4,17) 1 Están disgustados, rechazan (4,27) 4 Rechazan, no me aprecian (4,10)	3 2ª	4 Ser un estorbo, ser inadecuado (17,23) 4,5 Irse, sentirse incapaz (17,22)	3 2ª
1 (D): Ser respetado, aceptado (1,3) 4 (D): Ser aceptado, entendido (1,2) 5 D: Ser entendido, ser independ. (1,23)	3	1 Se van, están heridos (16,27)	1		
5 (D): Mejorar, progresar (25,22) 5,6 (D): Mejorar, ser independ. (25,23) 6 D: Estar ilusionada, mejorar (25,32)	4	POSITIVA 1 Apoyan, se interesan (13,9) 2 Son responsables, apoyan (13,18)	2	POSITIVA 1 Oponerse a los otros, ser hostil (11,10) 5 Oponerse, controlar (11,12)	2

		6 Aceptan, aprecian (3,9)	1	1 Sentirse preocupado, culpable (27,25)	1
				2 No estar preocupado, estar seguro (28,1)	1
				2 Ayudar, ser responsable (14,9) 5,6 Seguir las clases, ser responsable (14,15)	3 2 ^a
				6 No ir a clase, ser irresponsable (13,11)	1
				6 Sentirse aceptado, entendido (3,4)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1^a y 2^a Frecuencias más altas

D	1:	5	ERs: Oponerse a los otros
D	1:	5	ERs: Evitar conflictos
NRO	1:	5	ERs: Son irresponsables
NRO	2:	3	ERs: Me rechazan
NRS	1:	4	ERs: Estoy en conflicto
NRS	2:	3	ERs: Estoy enfadado
NRS	2:	3	ERs: Me siento incapaz

PRS 2: 3 ERs: Soy responsable

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Oponerse a los otros	0'83
1º Evitar conflictos	0'83
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Son irresponsables	0'83
2ª NRO Me rechazan	0'50
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Estoy en conflicto	0'66
2ª NRS Estoy enfadado	0'50
2ª NRS Me siento incapaz	0'50
2ª PRS Soy responsable	0'50

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "oponerme y controlar a los otros", con una frecuencia de 10 y una prevalencia de 0'26, "ser distante y evitar conflictos" y "tener éxito y ayudar a los otros" con una frecuencia de 7 y una prevalencia de 0'18.

En las respuestas del objeto los más frecuentes son "trastornan, alteran, enfadan", con una frecuencia de 10 y una ratio de 0'27 y "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 12 y una ratio de 0'33.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "autocontrol y autoconfianza" con una frecuencia de 6 y una ratio de 0'15, "desamparado" con una frecuencia de 9 y una ratio de 0'23 y "decepcionado y deprimido" con una frecuencia de 12 y una ratio de 0'31.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "oponerme y controlar a los otros", seguido por "tener éxito y ayudar a los otros". Se ha elegido este deseo y no "ser distante y evitar conflictos", que tiene la misma prevalencia, porque expresa mejor la ambivalencia del sujeto frente al objeto.

La respuesta del objeto más frecuente es "se oponen y están en contra" seguida por "trastornan, alteran, enfadan".

Las respuestas del sujeto más frecuentes son "decepcionado y deprimido" y "desamparado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy parecidos.

Apareciendo en esta formulación la respuesta de responsabilidad del sujeto como el deseo de tener éxito y ayudar.

PACIENTE 10 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	4	1 Fuertes	0	1 Ayudo	2
2 Oponerme y controlar a los otros	10 1ª	2 Controlan	6	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	3	3 Trastornan, alteran, enfadan	10 2ª	3 Respetado y aceptado	3
4 Ser distante y evitar conflictos	7	4 Malos	2	4 Me opongo a los otros	4
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	12 1ª	5 Autocontrol y autoconfianza	6
6 Ser amado y entendido	5	6 Ayudan	3	6 Desamparado	9 2ª
7 Sentirme bien y cómodo	2	7 Me aprecian	2	7 Decepcionado y deprimido	12 1ª
8 Tener éxito y ayudar a los otros	7 2ª	8 Entienden	1	8 Asustado y avergonzado	2

PACIENTE 10 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'10	1 Fuertes	0	1 Ayudo	0'05
2 Oponerme y controlar a los otros	0'26	2 Controlan	0'16	2 No receptivo y cerrado	0
3 Ser controlado y no ser responsable	0'07	3 Trastoman, alteran, enfadan	0'27	3 Respetado y aceptado	0'07
4 Ser distante y evitar conflictos	0'18	4 Malos	0'05	4 Me opongo a los otros	0'10
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	0'33	5 Autocontrol y autoconfianza	0'15
6 Ser amado y entendido	0'13	6 Ayudan	0'08	6 Desamparado	0'23
7 Sentirme bien y cómodo	0'05	7 Me aprecian	0'05	7 Decepcionado y deprimido	0'31
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'18	8 Entienden	0'02	8 Asustado y avergonzado	0'05

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Oponerme, herir y controlar a los otros

2ª : Tener éxito y ayudar a los otros

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Se oponen y están en contra

2ª : Trastornan, alteran, enfadan

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Decepcionado y deprimido

2ª : Desamparado

n° de frecuencias por grupo/ n° de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.11. PACIENTE 11 V

Es un varón de 15 años, con una hermana de 9, que acude a consulta por presentar dificultades en las relaciones con los iguales, incapacidad para mantener amigos y tristeza.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 33.00 (trastorno depresivo recurrente, episodios actual leve, sin síntomas somáticos). El nivel de inteligencia es medio-alto.

En la anamnesis aparecen trastornos en la esfera alimenticia durante la primera infancia, destete muy lento ya que no aceptaba las papillas, vómitos y múltiples fobias alimenticias, no logrando la autonomía completa hasta los once años. También aparecen dificultades con el sueño, hasta el año no se instaura de forma fija la secuencia sueño/vigilia y tuvo que dormir en la habitación de los padres hasta los dos años, porque no quería estar solo y lloraba continuamente.

Se le indica psicoterapia individual de periodicidad semanal. El tratamiento duró cuatro meses y se realizaron tres entrevistas con el paciente y sus padres a lo largo del mismo.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 5.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es "distanciarse de los otros", seguido por "tener amigos" en 4 ERs.

La respuesta del objeto más frecuente en 5 ERs, calificada como negativa es "no me aprecian", seguida con la misma frecuencia en 2 ERs por "me rechazan" negativa y "me aprecian" positiva.

Las respuestas del sujeto más frecuentes en 5 ERs son "me siento rechazado" negativa y "soy amistoso" positiva.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "distanciarse de los otros" es de 1, seguido por "tener amigos" con 0'80.

La respuesta del objeto más frecuente es "no me aprecian" con una recurrencia de 1, seguida por "me rechazan" y "me aprecian" ambas con una ratio de 0´40.

Las respuestas del sujeto más frecuentes son "me siento rechazado" y "soy amistoso" ambas con una ratio de 1.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

Los dos deseos principales denotan un fuerte conflicto entre el alejamiento y la cercanía hacia el objeto. Ambos deseos tienen una recurrencia muy alta (1 y 0´80).

Las respuestas del objeto de aprecio y rechazo y las del propio sujeto de ser amistoso y sentirse rechazado, también con recurrencias altas (1), son consonantes con este conflicto. Es interesante señalar en esta línea, que la respuesta del sujeto de oponerse a los otros aparece calificada alternativamente como negativa, positiva y con interrogante.

Por lo tanto en este paciente el conflicto se centra en la contradicción entre el deseo de articular una relación con los demás y el de estar alejado. Sin embargo el conflicto está poco internalizado, ya que no parece tener conciencia de su propia ambivalencia, depositando en el objeto el rechazo y valorando que es amistoso con los objetos que así se muestran con él y viceversa. Lo más probable es que sea el propio sujeto con su conducta ambivalente quien produce en los otros el alejamiento.

El conflicto entre el deseo de ser independiente apoyado por el empuje del desarrollo y la necesidad de todo adolescente de separarse del núcleo familiar, parece bloqueado ante la angustia del encuentro con lo desconocido, del reconocimiento del otro como diferente y diferenciado. Probablemente este encuentro supone una herida narcisista que cuestiona su identidad, lo que produce una oscilación pendular entre cercanía y rechazo.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 11 V
Varón
Edad: 15

Fecha: 1-3-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 5

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1 (D): Tener éxito, ser perfecto (22,26)	1	NEGATIVA 2 No aprecian, no apoyan (10,14) 2,3,5 No aprecian, son distantes (10,12) 4 No llama, no aprecian (10,4)	5 1ª	NEGATIVA 1 Estar inseguro, sentirse incapaz (13,17)	1
1 (D): Copiar, ser como los otros (27,22)	1	3 Insultan, son malos (15,25)	1	1 Estar insatisfecho, irritado (20,21) 1 Fallar, estar insatisfecho (20,17) 1,4 Estar decepcionado, en conflicto (20,19)	4
2,3 D: No querer amistad, distanciarse (10,14) 3 (D): Distanciarse, no sentir malestar (10,31) 3,4 (D): Distanciarse, protegerse (10,14)	5 1ª	5 Se pelean, no se entienden (27,2)	1	1 Olvidarse, sentirse culpable (25,26)	1
2,3,4,5 (D): Tener amigos, ser apreciado (11,7)	4 2ª	3,5 Se juntan, rechazan (4,12)	2 2ª	2,4,3 No congeniar, rechazar (11,8) 4 No llevarse bien, rechazar (11,6)	4
4 (D): Sentirse bien, cómodo (32,31)	1			3 Sentirse rechazado, mal (23,22) 3 Enfadarse, sentirse rechazado (23,21) 5,3 Estar solo, ser distante (23,8) 5 No salir, estar celoso (23,25)	5 1ª
				3 No entender, estar en conflicto (2,19)	1

		POSITIVA 3 Son amigos, aprecian (9,13) 3 Juegan, aprecian (9,29)	2 2ª	POSITIVA 1 Estar seguro, aprobar (28,18) 1 Sobresaliente, estar satisfecho (28,29)	2
		4 Son abiertos, aprecian (11,9)	1	2,3 No apreciar, ser distante (11,8) 5 No llevarse bien, rechazar (11,6)	3
				2 Ser amistoso, servicial (5,9) 2,3 Tener amigos, sentirse aceptado (5,3) 3,4 Tener un amigo, sentirse satisfecho (5,28)	5 1ª
		?RO 3 No verse, son distantes (12,14)	1	?RS 3 No verse, ser distante (8,19)	1
				?RS 5 No llevarse bien, rechazar (11,6)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

D	1:	5	ERs: Distanciarse de los otros
D	2:	4	ERs: Tener amigos
NRO	1:	5	ERs: No me aprecian
NRO	2:	2	ERs: Me rechazan
PRO	2:	2	ERs: Me aprecian
NRS	1:	5	ERs: Me siento rechazado

PRS 1: 5 ERs: Soy amistoso

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Distanciarse de los otros	1
2º Tener amigos	0'80
Respuestas del Objeto	
1ª NRO No me aprecian	1
2ª NRO Me rechazan	0'40
2ª PRO Me aprecian	0'40
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento rechazado	1
1ª PRS Soy amistoso	1

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3) así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "ser distante y evitar conflictos" con una frecuencia de 7 y una prevalencia de 0'31, "aceptar y estar cerca de los otros" y "ser amado y entendido", ambos con una frecuencia de 4 y una ratio de 0'18.

En las respuestas del objeto los más frecuentes son "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 18 y una prevalencia de 0'69 y "me aprecian" con una frecuencia de 3 y una prevalencia de 0'11.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "no receptivo y cerrado", "respetado y aceptado" y "decepcionado y deprimido", los tres con una frecuencia de 12 y una prevalencia de 0'21.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "ser distante y evitar conflictos", seguido por "ser amado y entendido". Se ha elegido este deseo en vez de "aceptar y estar cerca de los otros", que tiene la misma prevalencia, porque se puede considerar incluido en el anterior.

Las respuestas del objeto más frecuentes son "se oponen y están en contra" y "me aprecian".

Las dos respuestas del sujeto más frecuentes son "no receptivo y cerrado" y "respetado y aceptado". Se ha elegido ésta última respuesta en vez de "decepcionado y deprimido", que tiene la misma ratio, porque se puede considerar incluida en la primera y de esta forma se refleja con mayor precisión la ambivalencia del conflicto.

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy parecidos.

PACIENTE 11 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	0	1 Fuertes	1	1 Ayudo	1
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	0	2 No receptivo y cerrado	12 1ª
3 Ser controlado y no ser responsable	1	3 Trastornan, alteran, enfadan	1	3 Respetado y aceptado	12 1ª
4 Ser distante y evitar conflictos	7 1ª	4 Malos	1	4 Me opongo a los otros	8
5 Aceptar y estar cerca de los otros	4	5 Se oponen y están en contra	18 1ª	5 Autocontrol y autoconfianza	1
6 Ser amado y entendido	4 2ª	6 Ayudan	1	6 Desamparado	7
7 Sentirme bien y cómodo	3	7 Me aprecian	3 2ª	7 Decepcionado y deprimido	12
8 Tener éxito y ayudar a los otros	3	8 Entienden	1	8 Asustado y avergonzado	3

PACIENTE 11 V**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0	1 Fuentes	0'03	1 Ayudo	0'01
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	0	2 No receptivo y cerrado	0'21
3 Ser controlado y no ser responsable	0'04	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'03	3 Respetado y aceptado	0'21
4 Ser distante y evitar conflictos	0'31	4 Malos	0'03	4 Me opongo a los otros	0'14
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'18	5 Se oponen y están en contra	0'69	5 Autocontrol y autoconfianza	0'01
6 Ser amado y entendido	0'18	6 Ayudan	0'03	6 Desamparado	0'12
7 Sentirme bien y cómodo	0'13	7 Me aprecian	0'11	7 Decepcionado y deprimido	0'21
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'13	8 Entienden	0'03	8 Asustado y avergonzado	0'05

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser distante y evitar conflictos

2ª : Ser amado y entendido

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Se oponen y están en contra

2ª : Me aprecian

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : No receptivo y cerrado

1ª : Respetado y aceptado

n° de frecuencias por grupo/ n° de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.12. PACIENTE 12 M

Es una adolescente de 16 años, con dos hermanos de 20 y 13, que acude a consulta por presentar desde hace un año pérdida de peso y amenorrea que duró nueve meses. Ha experimentado subidas y bajadas de peso, lo que ha provocado tristeza y llanto fácil.

El diagnóstico según el CIE 10 es F 50.0 (anorexia nerviosa). El nivel de inteligencia es medio-alto.

La anamnesis destaca por no presentar ningún problema a lo largo del desarrollo, ni a nivel psíquico ni somático. Menárquia a los 13 años. Tiene muy pocas relaciones con sus iguales y ningún tipo de interés en la esfera sexual. El problema del control de la ingesta se desencadena a raíz de una operación en una pierna que le deja cicatrices de cierta consideración.

Se la indica psicoterapia individual de periodicidad semanal. El tratamiento duró año y medio y se realizaron cinco entrevistas con la paciente y sus padres.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 5.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 6 ERs es "no ser molestado", seguido por "oponerse a los otros" en 3 ERs.

Las dos respuestas del objeto más frecuentes en 3 ERs y ambas negativas son "son controladores" y "me engañan".

La respuesta del sujeto más frecuente en 8 ERs es "oponerse a los otros" calificada como positiva, seguida de "me siento mal" en 6 ERs, negativa.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "no ser molestado" es de 1'20, seguido por "oponerse a los otros" con 0'60.

Las dos respuestas del objeto más frecuentes "son controladores" y "me engañan" tienen una recurrencia de 0'60.

En las respuestas del sujeto la más frecuente "oponerse a los otros" tiene una ratio de 1'60, seguida de "me siento mal" con 1'20.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

Hay cierto conflicto entre los dos deseos principales, ya que no ser molestado implica un alejamiento de los demás, la necesidad de una distancia con respecto al objeto. Mientras que oponerse a los otros indica una relación sí bien opositora bastante cercana.

Las respuestas del objeto de control y engaño denotan características persecutorias y negativas que indican una interferencia con uno de los deseos, pero al mismo tiempo, una respuesta al deseo de oposición de la paciente y claramente una proyección de su propia conducta.

La respuesta del sujeto más frecuente, oponerse a los otros, se califica como positiva dado que es consecuente con el deseo principal, pero indica un conflicto importante en la relación con los demás; como consecuencia la paciente se siente mal.

El conflicto parece centrarse en el deseo opositor como forma de controlar la relación con el objeto, que tiene características persecutorias. En el momento actual este control se ha desplazado hacia la comida sobre la que se ha depositado la capacidad mortífera de deformar el cuerpo.

La imagen inconsciente del cuerpo que necesariamente debe reelaborarse en la adolescencia está comprometida, al quedar bloqueado el camino hacia la identidad sexual. Hay una permanente proyección de sentimientos de control y oposición sobre el objeto y una tendencia importante hacia la autodestrucción, con poca percepción del conflicto que no parece internalizado. La presencia de respuestas negativas y la calificación de positiva, a la respuesta del sujeto de oponerse, indican un pronóstico reservado.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 12 M
Mujer
Edad: 16

Fecha: 4-7-94
Sesión: 1^a
Número de ERs: 5

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	Ers	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1,3,4,5 (D): Adelgazar, no ser molestado (10,31) 5 (D): No ser molestado, no estar conforme (10,28) 5 (D): No ser molestado, oponerse (10,18)	6 1 ^a	NEGATIVA 1,3 Contradican, están equivocados (17,25)	2	NEGATIVA 1 Estar enfadado, en conflicto (21,19) 1,3 Estar enfadado, estar decepcionado (21,20) 1 Oponerse, estar enfadado (11,21)	4
1,2 D: No sentir malestar, disfrutar (31,32)	2	1 Controlan, ayudan (20,13) 1,4 Controlan, están equivocados (20,25)	3 1 ^a	1,2,5 Llorar, estar mal (22,19) 1,2 Estar confundido, estar mal (22,2) 5 Estar mal, estar enfadado (22,21)	6 2 ^a
1,2 (D): Oponerse, no estar conforme (18,28) 3 (D): Oponerse, controlar (18,19)	3 2 ^a	1 Engañan, tratan mal (8,15) 1 Engañan, contradicen (8,17) 4 Engañan, están equivocados (8,25)	3 1 ^a	2 Estar asustado, confundido (27,2) 5 Estar nerviosa, mal (27,22)	2
1,5 (D): Mejorar, ser ayudado (25,13)	2	POSITIVA 1 Están bien, son independientes (29,23)	1	POSITIVA 1 Estar bien, estar seguro (29,28)	1
3 (D): Evitar conflictos, dejarse modelar (17,27)	1			1,4,5 No convencerse, controlar (11,12) 1,2,4 Oponerse, ser irresponsable (11,13) 3,5 Oponerse, estar enfadado (11,21)	8 1 ^a

				3 Comer menos, ser irresponsable (13,19) 5 Ser irresponsable, manipular (13,12)	2
				3 Comer, ser responsable (14,1)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

D	1:	6	ERs: No ser molestado
D	2:	3	ERs: Oponerse a los otros
NRO	1:	3	ERs: Son controladores
NRO	1:	3	ERs: Me engañan
PRS	1:	8	ERs: Oponerse a los otros
NRS	2:	6	ERs: Me siento mal

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º No ser molestado	1'20
2º Oponerse a los otros	0'60
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Son controladores	0'60
1ª NRO Me engañan	0'60
Respuestas del Sujeto	
1ª PRS Oponerse a los otros	1'60
2ª NRS Me siento mal	1'20

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "oponerme y controlar a los otros" con una frecuencia de 5 y una prevalencia de 0'17, "ser distante y evitar conflictos" con una frecuencia de 7 y

una ratio de 0´25 y "sentirme bien y cómodo" con una frecuencia de 8 y una ratio de 0´28.

En las respuestas del objeto los más frecuentes son "malos" con una frecuencia de 8 y una ratio de 0´44 y "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 4 y una prevalencia de 0´22.

En las respuestas del sujeto los más frecuentes son "me opongo a los otros" con una frecuencia de 9 y una prevalencia de 0´18, "desamparado" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0´20 y "decepcionado y deprimido" con una frecuencia de 16 y una ratio de 0´33.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "sentirme bien y cómodo", seguido de "ser distante y evitar conflictos".

La respuesta del objeto más frecuente es "malos", seguido de "se oponen y están en contra".

La respuesta del sujeto más frecuente es "decepcionado y deprimido" seguido por "desamparado".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy parecidos.

Con respecto al segundo deseo "ser distante y evitar conflictos", que en principio podría considerarse opuesto a la formulación del CCRT con las Categorías Estándar; hay que considerar que agrupa a las categorías 10, 14 y 17, y en este caso 6 de las 7 respuestas responden a la categoría nº 10, que tiene el matiz de no ser molestado. Por lo tanto la formulación es muy similar.

Además aclara la ambivalencia existente entre el deseo de alejamiento y el profundo malestar de la paciente que es depositado en el exterior, es decir, en el objeto.

PACIENTE 12 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	3	1 Fuentes	2	1 Ayudo	1
2 Oponerme y controlar a los otros	5	2 Controlan	3	2 No receptivo y cerrado	3
3 Ser controlado y no ser responsable	3	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	2
4 Ser distante y evitar conflictos	7 2 ^a	4 Malos	8 1 ^a	4 Me opongo a los otros	9
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	4 2 ^a	5 Autocontrol y autoconfianza	5
6 Ser amado y entendido	0	6 Ayudan	1	6 Desamparado	10 2 ^a
7 Sentirme bien y cómodo	8 1 ^a	7 Me aprecian	0	7 Decepcionado y deprimido	16 1 ^a
8 Tener éxito y ayudar a los otros	2	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	2

PACIENTE 12 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTA SDEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'10	1 Fuertes	0'11	1 Ayudo	0'02
2 Oponerme y controlar a los otros	0'17	2 Controlan	0'16	2 No receptivo y cerrado	0'06
3 Ser controlado y no ser responsable	0'10	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	0'04
4 Ser distante y evitar conflictos	0'25	4 Malos	0'44	4 Me opongo a los otros	0'18
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0	5 Se oponen y están en contra	0'22	5 Autocontrol y autoconfianza	0'10
6 Ser amado y entendido	0	6 Ayudan	0'05	6 Desamparado	0'20
7 Sentirme bien y cómodo	0'28	7 Me aprecian	0	7 Decepcionado y deprimido	0'33
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'07	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	0'04

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Sentirme bien y cómodo

2ª : Ser distante y evitar conflictos

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Malos

2ª : Se oponen y están en contra

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Decepcionado y deprimido

2ª : Desamparado

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.13. PACIENTE 13 M

Es una adolescente de 16 años, con un hermano de 21, que acude a consulta por presentar desde hace 8 meses cefaleas, dificultades para conciliar el sueño, decaimiento general y bajo rendimiento académico.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 43.20 (reacción depresiva breve). El nivel de inteligencia es medio-alto.

En la anamnesis se evidencia un desarrollo sin ningún trastorno físico ni psíquico. Menárquia a los 12 años. Tiene novio con el que sostiene una buena relación y amigas. El desencadenante del trastorno fue la muerte por infarto de la abuela paterna.

Se la indica psicoterapia individual de periodicidad quincenal. El tratamiento duró cuatro meses y se realizaron dos entrevistas con la paciente y su madre, al comienzo y al final del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 9.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 5 ERs es "ser valorado" seguido en 3 ERs por "superarse".

La respuesta del objeto más frecuente en 4 ERs es "son controladores" calificada como negativa, seguida en 3 ERs por "me contradicen" y "no me valoran" ambas negativas.

La respuesta del sujeto más frecuente en 4 ERs es "me siento incapaz", seguida en 3 ERs por "estoy insatisfecho" calificada como negativa y "soy independiente" como positiva.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ser valorado" es de 0´55, seguido por "superarse" con 0´33.

La respuesta del objeto más frecuente "son controladores" tiene una recurrencia de 0´44, seguida con la misma ratio 0´33 por "me contradicen" y "no me valoran".

La respuesta del sujeto más frecuente "me siento incapaz" tiene una recurrencia de 0´44, seguida con la misma ratio 0´33 por "estoy insatisfecho" y "soy independiente".

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

No hay conflicto entre los dos deseos principales, ser valorado y superarse corresponden a la misma línea de crecimiento e independencia. Sin embargo el conflicto aparece con las respuestas obtenidas del objeto, que claramente son opuestas ya que controlan, contradicen y no valoran al sujeto. Las respuestas de la paciente son consecuentes a esta oposición sintiéndose incapaz e insatisfecha, aunque aparece una positiva que indicaría un buen pronóstico, ya que también en ocasiones se siente independiente.

El conflicto gira pues en torno al deseo no satisfecho de independencia y asunción de una identidad adulta firme. El conflicto parece altamente internalizado, ya que las respuestas de la paciente giran en torno a los propios sentimientos, frente a la respuesta del objeto.

Sin embargo y dado que la paciente se encuentra en un momento depresivo, habría que cuestionar la "realidad" de las respuestas del objeto, ya que en principio ella mantiene una relación sentimental satisfactoria y amigable. Lo más probable es que el objeto, al que la paciente refiere las respuestas de control y poca valoración, responda a una internalización de lo perdido, representado en la muerte de la abuela.

La valoración de este objeto interno es todavía una preocupación central para la paciente, que la hace experimentar sus intentos de independencia como una falla narcisista. El duelo por la muerte de la abuela representa en realidad el duelo por la terminación de la infancia y la entrada en el conflicto adolescente.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 13 M
Mujer
Edad: 16

Fecha: 27-6-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 9

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	ERs
1,2,7 (D): Superarse, aprobar (25,22)	3 2ª	NEGATIVA 3 No entienden, me contradicen (2,17) 3 No entienden, no respetan (2,6)	2	NEGATIVA 1 Suspender, sentirse incapaz (17,25) 4,5 Sentirse incapaz, en conflicto (17,19) 7 Sentirse incapaz, estar deprimido (17,22)	4 1ª
3,4 (D): Ser valorado, ser entendido (3,1) 6,8 (D): Ser valorado, ser apoyado (3,13) 7 (D): Ser valorado, apoyado (3,2)	5 1ª	3 Controlan, bloquean (20,17) 4 Controlan, no entienden (20,1) 5 Controlan, no apoyan (20,14) 5 Controlan, rechazan (20,4)	4 1ª	3,9 Rechazar, oponerse (11,6)	2
3 (D): Ser independ., disfrutar (23,32) 6 (D): Hacer lo que se quiere, ser independ. (23,19)	2	3,4 Bloquean, no apoyan (17,14) 4 No confían, bloquean (17,7)	3 2ª	4,5 Estar deprimido, insatisfecho (20,22) 8 Sentirse insatisfecho, solo (20,23)	3 2ª
4 (D): Evitar problemas, ser entendido (17,1) 5 (D): Evitar conflictos, protegerse (17,14)	2	6,8 No valoran, no apoyan (6,14) 6 No valoran, controlan (6,20)	3 2ª	5 Ser dependiente, estar en conflicto (16,19) 5 Ser dependiente, estar irritado (16,21)	2
4,5 (D): Ser ayudado, ser entendido (13,1)	2	9 Tratan mal, están en contra (15,17) 9 Pegan, ofenden (15,25)	2	6 Estar enfadado, confundido (26,21) 7 Sentirse equivocado, confundido (26,25)	2
8 D: Estar cerca de otros (11,8) 8 D: Estar con otros (11,13)	2			9 Pegar, ser violento (10,12)	1

9 D: Herir a los otros, resistirse (16,18) 9 (D): Vengarse, dominar (16,19)	2	POSITIVA 2 Apoyan, se interesan (13,9) 4 Apoyan, dan independencia (13,21)	2	POSITIVA 1 Triunfar, hacer bien (18,20)	1
		6 Hacen lo que quieren, son independientes (23,24)	1	2,3,5 Ser responsable, ser autónomo (15,14)	3 2 ^a
				3 Estar con otro, sentirse amado (30,5)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1^a y 2^a Frecuencias más altas

D	1:	5	Res: Ser valorado
D	2:	3	ERs: Superarse
NRO	1:	4	ERs: Son controladores
NRO	2:	3	ERs: Me contradicen
NRO	2:	3	ERs: No me valoran
NRS	1:	4	ERs: Me siento incapaz
NRS	2:	3	ERs: Estoy insatisfecho
PRS	2:	3	ERs: Soy independiente

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Ser valorado	0'55
2º Superarse	0'33
Respuestas del Objeto	
1ª NRO Son controladores	0'44
2ª NRO Me contradicen	0'33
2ª NRO No me valoran	0'33
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento incapaz	0'44
2ª NRS Estoy insatisfecho	0'33
2ª PRS Soy independiente	0'33

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "oponerme y controlar a los otros" y "ser controlado y no ser responsable", con una frecuencia de 5 y una prevalencia de 0'13; "ser amado y entendido" con una frecuencia de 11 y una ratio de 0'30 y "tener éxito y ayudar a los otros" con una frecuencia de 6 y una ratio de 0'16.

En las respuestas del objeto las más frecuentes son "controlan" con una frecuencia de 5 y una ratio de 0'14 y "se oponen y están en contra", con una frecuencia de 22 y una ratio de 0'64.

En las respuestas del sujeto las más frecuentes son "autocontrol y autoconfianza" con una frecuencia de 8 y una prevalencia de 0'21, seguida por "desamparado" y "decepcionado y deprimido", ambas con una frecuencia de 9 y una ratio de 0'23.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "ser amado y entendido", seguido por "tener éxito y ayudar a los otros".

Las respuestas del objeto más frecuentes son "se oponen y están en contra", seguida por "controlan".

Las dos respuestas del sujeto más frecuentes son "desamparado" y "decepcionado y deprimido".

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy parecidos.

PACIENTE 13 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	2	1 Fuertes	2	1 Ayudo	0
2 Oponerme y controlar a los otros	5	2 Controlan	5 2ª	2 No receptivo y cerrado	2
3 Ser controlado y no ser responsable	5	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	3
4 Ser distante y evitar conflictos	3	4 Malos	1	4 Me opongo a los otros	3
5 Aceptar y estar cerca de los otros	3	5 Se oponen y están en contra	22 1ª	5 Autocontrol y autoconfianza	8
6 Ser amado y entendido	11 1ª	6 Ayudan	2	6 Desamparado	9 1ª
7 Sentirme bien y cómodo	1	7 Me aprecian	2	7 Decepcionado y deprimido	9 1ª
8 Tener éxito y ayudar a los otros	6 2ª	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	4

PACIENTE 13 M**CLASIFICACIÓN DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'05	1 Fuentes	0'05	1 Ayudo	0
2 Oponerme y controlar a los otros	0'13	2 Controlan	0'14	2 No receptivo y cerrado	0'05
3 Ser controlado y no ser responsable	0'13	3 Trastornan, alteran, enfadan	0	3 Respetado y aceptado	0'07
4 Ser distante y evitar conflictos	0'08	4 Malos	0'02	4 Me opongo a los otros	0'07
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'08	5 Se oponen y están en contra	0'64	5 Autocontrol y autoconfianza	0'21
6 Ser amado y entendido	0'30	6 Ayudan	0'05	6 Desamparado	0'23
7 Sentirme bien y cómodo	0'02	7 Me aprecian	0'05	7 Decepcionado y deprimido	0'23
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'16	8 Entienden	0	8 Asustado y avergonzado	0'10

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Ser amado y entendido

2ª : Tener éxito y ayudar a los otros

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Se oponen y están en contra

2ª : Controlan

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Desamparado

1ª : Decepcionado y deprimido

n° de frecuencias por grupo/ n° de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia \cong clasificaciones

8.1.14. PACIENTE 14 M

Es una adolescente de 16 años, con un hermano de 11, que acude a consulta por presentar tristeza constante con crisis de llanto, insomnio y pérdida importante de apetito, con vómitos ocasionales. Brusco descenso del rendimiento académico desde el inicio del curso anterior, en el que no fue capaz de presentarse a los exámenes.

El diagnóstico según el ICD 10 es F 93.8 (otros trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia). El nivel de inteligencia es medio-alto.

En la anamnesis no aparece ningún trastorno ni físico, ni psíquico. Menárquia a los 14 años, momento en el que comienza la crisis. Repite 1º de BUP.

Se la indica psicoterapia individual de periodicidad semanal y se le pauta un ansiolítico (10 mg. de clorazepato) y un antidepresivo (37 mg. de amitriptilina). El tratamiento duró un año y se realizaron dos entrevistas con la paciente y sus padres, al comienzo y al final del tratamiento.

El número de ERs, como se puede observar en su Hoja de Evaluación, localizados en la sesión es de 6.

Según los resultados de la formulación del CCRT con las Categorías Estándar (Edición 2), el deseo más frecuente en 4 ERs es "ser ayudado", seguido por "tener amigos" en 4 ERs.

La respuesta del objeto más frecuente en 4 ERs es "son serviciales" calificada como positiva, seguida con la misma frecuencia en 3 ERs por "están ansiosos" y "no me aprecian" negativas y "están felices" positiva.

La respuesta del sujeto más frecuente en 5 ERs es "me siento ansioso", seguida en 3 ERs por "me siento incapaz", ambas negativas.

Como se puede ver por los grados de recurrencia o de repetición de los componentes del CCRT, la ratio correspondiente al deseo nº 1 "ser ayudado" es de 0´66, seguido por "tener amigos" con 0´50.

La respuesta del objeto más frecuente "son serviciales" tiene una recurrencia de 0´66, seguida por "están ansiosos", "no me aprecian" y "están felices" con 0´50.

La respuesta del sujeto más frecuente "me siento ansioso" tiene una ratio de 0´83 seguida por "me siento incapaz" con 0´50.

Tanto las frecuencias como los grados de recurrencia correspondientes muestran la repetición de los mismos componentes, por lo que parece evidente la existencia de un tema central, es decir, un patrón trasferencial claramente establecido.

No hay conflicto entre los dos deseos principales, ser ayudado y tener amigos parecen potenciarse entre sí. Sin embargo el deseo de obtener ayuda denota la percepción interna de un conflicto. Este aparece en las respuestas del objeto claramente ambivalentes. Por un lado son serviciales y están felices y por otro están ansiosos y no aprecian al sujeto, estas tres últimas respuestas con el mismo grado de recurrencia (0´50). Además "están ansiosos" es calificada alternativamente como negativa y con interrogante.

Lo más probable es que esta inconsistencia en las respuestas provenga de la propia paciente. Lo cual queda más claramente reflejado en sus propias respuestas de incapacidad y ansiedad. Es interesante señalar que las respuestas del sujeto, estar inseguro y ser dependiente, aparecen calificadas alternativamente como negativas y con interrogante.

El conflicto de la paciente se podría plantear como el temor permanente ante la necesidad de ser independiente y sostener sus propios deseos. Parece abrumada ante el temor de no responder adecuadamente a un modelo ideal, renunciando en parte a la independencia y esperando ayuda permanente del objeto. Este modelo ideal parece responder a la omnipotencia infantil que queda desmontada bruscamente ante el primer fracaso académico. Fracaso por otro lado anticipado, ya que la paciente renuncia a presentarse a los exámenes, evitando en una huida fóbica una situación de confrontación y competencia. De esta forma sus sentimientos de incapacidad se ven reforzados por la ansiedad ante un posible fallo de tipo narcisista y, al mismo tiempo, enmascarados al proceder de una situación "objetiva real".

La menárquia tardía (14 años), que al parecer desencadena la crisis, señala dificultades en la elaboración de la identidad femenina sexuada propia de la etapa adolescente, hay un intento de regresión a la "infancia feliz", período en el que no había problemas y en el que era protegida por las figuras parentales.

HOJA DE EVALUACION DEL CCRT

RESUMEN DE TODOS LOS ERs

Paciente: 14 M
Mujer
Edad: 16

Fecha: 14-2-94
Sesión: 1ª
Número de ERs: 6

DESEO, NECESIDAD, INTENCION	ERs	RESPUESTA DEL OBJETO	ERs	RESPUESTA DEL SUJETO	Ers
1 (D): No tener problemas, estar bien (31,32) 6 (D): No sentir malestar, tener seguridad (31,30)	2	NEGATIVA 1 Están ansiosos, no apoyan (28,14) 1 Están enfermos, ansiosos (28,16) 2 Son sensibles, ansiosos (28,19)	3 2ª	NEGATIVA 1,6 Estar enfermo, ansioso (27,22) 2,5 Tener miedo, estar inseguro (27,19) 6 Estar angustiada, fuera de control (27,13)	5 1ª
1,4,6 (D): Ser ayudado, mejorar (13,25) 1 (D): Ser ayudado, apreciado (13,7)	4 1ª	1 No se preocupan, no apoyan (10,13) 4,5 No son amigas, no aprecian (10,12)	3 2ª	1,3 Perder el tiempo, sentirse mal (22,20) 4 Sentirse mal, en conflicto (22,19)	3 2ª
1 (D): Ser independ., tener confianza (23,24) 2 (D): Ser independ., estable (23,30)	2	1 No hacen lo que quieren, están frustrados (22,27)	1	4 No saber, no ser abierto (17,8) 5 No saber negarse, ser dependiente (17,16)	2
3 (D): Ser apreciado, tener amigos (11,7) 4 D: Divertirse, tener amigos (11,32) 4 D: Hablar, comunicarse (11,9)	3 2ª	2 Critican, controlan (26,20)	1	4 Da reparo, estar avergonzado (26,25)	1
4 D: Distanciarse, ser dependiente (10,20)	1			3,4 Sentirse marginada, sola (23,22)	2

4 (D): Saber estar, ser como los otros (22,27)	1	POSITIVA 1 No tienen problemas, apoyan (13,11) 1 Entienden, apoyan (13,1) 2 No critican, apoyan (13,18) 4 Apoyan, dan independencia (13,21)	4 1ª	POSITIVA 3 Solucionar, ser servicial (9,5)	1
5 (D): Ser yo mismo, ser estable (28,30)	1	2 Son independientes, enérgicos (23,24)	1	6 Estar bien, estar seguro (29,18)	1
		4,5 Hablan, se divierten (29,23) 4 Se conocen, son amigos (29,12)	3 2ª	1,5 ?RS : Contar todo, ser dependiente (7,16)	2
		?RO 1 Cuentan todo, son dependientes (22,16)	1	?RS 5 No contar, estar indecisa (8,19)	1

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR (EDICION 2)

1ª y 2ª Frecuencias más altas

- D 1: 4 ERs: Ser ayudado
- D 2: 3 ERs: Tener amigos
- PRO 1 4 ERs: Son serviciales
- NRO 2: 3 ERs: Están ansiosos
- NRO 2: 3 ERs: No me aprecian
- PRO 2: 3 ERs: Están felices
- NRS 1: 5 ERs: Me siento ansioso

NRS 2: 3 ERs: Me siento incapaz

FORMULACION DEL CCRT**Grado de recurrencia**

COMPONENTES	RATIO
Deseos	
1º Ser ayudado	0'66
2º Tener amigos	0'50
Respuestas del Objeto	
1ª PRO Son serviciales	0'66
2ª NRO Están ansiosos	0'50
2ª NRO No me aprecian	0'50
2ª PRO Están felices	0'50
Respuestas del Sujeto	
1ª NRS Me siento ansioso	0'83
2ª NRS Me siento incapaz	0'50

Como se puede observar en los resultados de las frecuencias por grupos, según la clasificación de las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), así como su ratio de prevalencia correspondiente, la concentración de las frecuencias se da sólo en algunos grupos.

En los grupos correspondientes a los deseos los de mayor frecuencia son "ser controlado y no ser responsable" con una frecuencia de 6 y una prevalencia de 0'21 y "sentirme bien y cómodo" con una frecuencia de 8 y una ratio de 0'28.

En las respuestas del objeto las más frecuentes son "trastornan, alteran, enfadan", con una frecuencia de 9 y una ratio de 0´26 y "se oponen y están en contra" con una frecuencia de 8 y una ratio de 0´23.

En las respuestas del sujeto las más frecuentes son "desamparado" con una frecuencia de 10 y una ratio de 0´29 y "decepcionado y deprimido" con una frecuencia de 9 y una ratio de 0´26.

Según los resultados del CCRT con las Categorías Estándar Agrupadas, el deseo más frecuente es "sentirme bien y cómodo" con una prevalencia de 0´28, seguido por "ser controlado y no ser responsable" con 0´21.

Las respuestas del objeto más frecuentes son "trastornan, alteran, enfadan" con una ratio de 0´26, seguida por "se oponen y están en contra" con 0´23.

Las respuestas del sujeto más frecuentes son "desamparado" con una ratio de 0´29, seguida por "decepcionado y deprimido" con 0´26.

Si se comparan ambas formulaciones del CCRT, con las Categorías Estándar (Edición 2) y con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3), los resultados son muy parecidos.

PACIENTE 14 M**CLASIFICACION DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICION 3)**

DESEOS	FREC	RESPUESTAS DEL OBJETO	FREC	RESPUESTAS DEL SUJETO	FREC
1 Reafirmarme y ser independiente	3	1 Fuertes	7	1 Ayudo	3
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	2	2 No receptivo y cerrado	2
3 Ser controlado y no ser responsable	6 2 ^a	3 Trastoman, alteran, enfadan	9 1 ^a	3 Respetado y aceptado	2
4 Ser distante y evitar conflictos	1	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	0
5 Aceptar y estar cerca de los otros	4	5 Se oponen y están en contra	8 2 ^a	5 Autocontrol y autoconfianza	1
6 Ser amado y entendido	2	6 Ayudan	5	6 Desamparado	10 1 ^a
7 Sentirme bien y cómodo	8 1 ^a	7 Me aprecian	1	7 Decepcionado y deprimido	9 2 ^a
8 Tener éxito y ayudar a los otros	4	8 Entienden	2	8 Asustado y avergonzado	7

PACIENTE 14 M**CLASIFICACIÓN DE LAS FRECUENCIAS POR GRUPOS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)****Grado de prevalencia**

DESEOS	RAT.	RESPUESTAS DEL OBJETO	RAT.	RESPUESTAS DEL SUJETO	RAT.
1 Reafirmarme y ser independiente	0'10	1 Fuertes	0'20	1 Ayudo	0'08
2 Oponerme y controlar a los otros	0	2 Controlan	0'05	2 No receptivo y cerrado	0'05
3 Ser controlado y no ser responsable	0'21	3 Trastornan, alteran, enfadan	0'26	3 Respetado y aceptado	0'05
4 Ser distante y evitar conflictos	0'03	4 Malos	0	4 Me opongo a los otros	0
5 Aceptar y estar cerca de los otros	0'14	5 Se oponen y están en contra	0'23	5 Autocontrol y autoconfianza	0'02
6 Ser amado y entendido	0'07	6 Ayudan	0'14	6 Desamparado	0'29
7 Sentirme bien y cómodo	0'28	7 Me aprecian	0'02	7 Decepcionado y deprimido	0'26
8 Tener éxito y ayudar a los otros	0'14	8 Entienden	0'05	8 Asustado y avergonzado	0'20

FORMULACION DEL CCRT

CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS (EDICIÓN 3)

1ª y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

DESEOS

1ª : Sentirme bien y cómodo

2ª : Ser controlado y no ser responsable

RESPUESTAS DEL OBJETO

1ª : Trastornan, alteran, enfadan

2ª : Se oponen y están en contra

RESPUESTAS DEL SUJETO

1ª : Desamparado

2ª : Decepcionado y deprimido

nº de frecuencias por grupo/nº de frecuencias de los ocho grupos = ratio prevalencia ≙

clasificaciones

8.2. RESULTADOS GLOBALES

La media del grado de totalidad de los 92 episodios de relación de los pacientes es de 3´49 puntos, desde un mínimo de 2´5 hasta un máximo de 5. Medidos con la escala de 1 a 5 puntos, según se refiere en el Capítulo 7.

La media del número de episodios de relación por sesión es de 6´57, oscilando desde un mínimo de 5 a un máximo de 9 episodios por sesión.

La media de la extensión de los episodios de relación es de 19´51 líneas, desde los más breves con 6 líneas hasta los más extensos con 60 líneas.

8.2.1. ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

En la Tabla 8.1 se reflejan los resultados del análisis de frecuencias de los 14 pacientes con las Categorías Estándar Agrupadas.

El total de la muestra es 28, porque se calcula para cada Categoría la primera y segunda clasificaciones más altas de frecuencias. Por tanto se deberá tomar en cuenta que al hablar de la mayor frecuencia se engloban ambas posibilidades. Esta consideración también se aplica a las comparaciones entre varones y mujeres y entre púberes y adolescentes. Así como en la distribución de los deseos y respuestas del objeto y del sujeto más frecuentes.

El deseo más frecuente en 7 pacientes es "ser amado y entendido" (25%), seguido en 6 pacientes por "sentirme bien y cómodo" (21´42%).

En la categoría de las Respuestas del Objeto, la más frecuente en 13 pacientes es "se oponen y están en contra" (46´42%), seguida en 6 pacientes de "trastornan, alteran, enfadan" (21´42%).

De las Respuestas del Sujeto, la más frecuente en 11 pacientes es "desamparado" (39´28%), seguida en 8 pacientes de "decepcionado y deprimido" (28´57%).

TABLA 8.1**ANÁLISIS DE FRECUENCIAS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS**

Total muestra 28

CATEGORIAS	PACIENTES	PORCENTAJES
Deseos		
1.-Reafirmarme y ser independiente	0	0
2.-Oponerme, herir y controlar a los otros	2	7'14
3.-Ser controlado y no ser responsable	5	17'85
4.-Ser distante y evitar conflictos	3	10'71
5.-Aceptar y estar cerca de los otros	1	3'57
6.-Ser amado y entendido	7	25
7.-Sentirme bien y cómodo	6	21'42
8.-Tener éxito y ayudar a los otros	4	14'28
Respuestas del objeto		
1.-Fuertes	0	0
2.-Controlan	5	17'85
3.-Trastornan, alteran, enfadan	6	21'42
4.-Malos	2	7'14
5.-Se oponen y están en contra	13	46'42
6.-Ayudan	1	3'57
7.-Me aprecian	1	3'57
8.-Entienden	0	0
Respuestas del sujeto		
1.-Ayudo	1	3'57
2.-No receptivo y cerrado	2	7'14
3.-Respetado y aceptado	2	7'14
4.-Me opongo y hiero a los otros	0	0
5.-Autocontrol y autoconfianza	1	3'57
6.-Desamparado	11	39'28
7.-Decepcionado y deprimido	8	28'57
8.-Asustado y avergonzado	3	10'71

1ª Y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

8.2.1.1. COMPARACIÓN ENTRE VARONES Y MUJERES

En la comparación entre varones (5) y mujeres (9) se observan algunas diferencias (Tabla 8.2).

Para 3 varones respectivamente los dos deseos más frecuentes, con el mismo porcentaje (30%), son "ser amado y entendido" y "sentirme bien y cómodo". Coincidiendo respectivamente con la primera (25%) y segunda frecuencia (21´42%) de los resultados globales.

Para 4 mujeres respectivamente aparecen tres deseos principales, con el mismo porcentaje (22´22%), "ser amado y entendido", "ser controlado y no ser responsable" y "tener éxito y ayudar a los otros". Donde el primero (ser amado y entendido) coincide con el deseo más frecuente de los resultados globales (25%). Los otros dos ocupan el tercer (17´85%) y cuarto lugar (14´28%) respectivamente.

En las Respuestas del Objeto, la más frecuente para 4 varones es "se oponen y están en contra" (40%), seguida en 3 de ellos por "trastornan, alteran, enfadan" (30%). Coincidiendo respectivamente con la primera (46´42%) y segunda frecuencia (21´42%) de los resultados globales.

Para 9 mujeres la respuesta más frecuente es "se oponen y están en contra" (50%) coincidiendo con la frecuencia más alta de los resultados globales (46´42%). Las dos siguientes, en 3 mujeres respectivamente y con el mismo porcentaje (16´66%) son, "trastornan, alteran, enfadan" y "controlan" que ocupan el segundo (21´42%) y el tercer lugar (17´85%) respectivamente en los resultados globales.

En las Respuestas del Sujeto, la más frecuente para 4 varones es "desamparado" (40%) coincidiendo con la frecuencia más alta en los resultados globales (39´28%), seguida en 2 de ellos de "asustado y avergonzado" (20%) que ocupa el tercer lugar (10´71%).

Para 7 mujeres respectivamente las dos respuestas más frecuentes, con el mismo porcentaje (38´88%) son, "desamparado" y "decepcionado y deprimido" que ocupan el primer (39´28%) y segundo lugar (28´57%) respectivamente en los resultados globales.

Como se puede apreciar, para los varones los dos deseos con mayor porcentaje "ser amado y entendido" y "sentirme bien y cómodo", son también los más frecuentes en los resultados globales. Lo mismo sucede con las dos Respuestas del Objeto más frecuentes "se oponen y están en contra" y "trastornan, alteran enfadan".

Sin embargo en las Respuestas del Sujeto aparecen diferencias. La frecuencia más alta "desamparado" es la misma en los resultados globales, pero la segunda "asustado y avergonzado" ocupa el tercer lugar. La diferencia entre el porcentaje de varones que dan esta respuesta (20%) y el de mujeres (5'55%) aunque es más del doble no es significativa (test de Fisher). Por lo que no podemos afirmar que sea una respuesta específica para varones aunque si parece más frecuente.

En los resultados de las mujeres podemos observar algunas diferencias. En los tres deseos más frecuentes "ser amado y entendido", "ser controlado y no ser responsable" y "tener éxito y ayudar a los otros", solamente el primero coincide con la frecuencia más alta en los resultados globales, los otros dos ocupan el tercer y cuarto lugar respectivamente. Las diferencias en los porcentajes entre mujeres (22'22%) en ambos deseos y varones (10% y 0% respectivamente), aunque son más del doble no son significativas (test de Fisher). Por lo que no podemos afirmar que sean deseos específicos para mujeres aunque si parecen más frecuentes.

En las tres frecuencias más altas de las Respuestas del Objeto "se oponen y están en contra", "trastornan, alteran, enfadan" y "controlan", las dos primeras coinciden con las frecuencias más altas de los resultados globales, ocupando la última el tercer lugar.

Finalmente en las Respuestas del Sujeto las dos frecuencias más altas "desamparado" y "decepcionado y deprimido", son las mismas que en los resultados globales.

En resumen, no hay diferencias significativas a nivel estadístico entre las respuestas de varones y mujeres.

TABLA 8.2**ANALISIS DE FRECUENCIAS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS****COMPARACION ENTRE VARONES Y MUJERES**

CATEGORIAS	VARONES 10		MUJERES 18	
	Nº	%	Nº	%
Deseos				
1.-Reafirmarme y ser independiente	0	0	0	0
2.-Oponerme, herir y controlar a los otros	1	10	1	5'55
3.-Ser controlado y no ser responsable	1	10	4	22'22
4.-Ser distante y evitar conflictos	2	20	1	5'55
5.-Aceptar y estar cerca de los otros	0	0	1	5'55
6.-Ser amado y entendido	3	30	4	22'22
7.-Sentirme bien y cómodo	3	30	3	16'66
8.-Tener éxito y ayudar a los otros	0	0	4	22'22
Respuestas del objeto				
1.-Fuertes	0	0	0	0
2.-Controlan	2	20	3	16'66
3.-Trastornan, alteran, enfadan	3	30	3	16'66
4.-Malos	0	0	2	11'11
5.-Se oponen y están en contra	4	40	9	50
6.-Ayudan	0	0	1	5'55
7.-Me aprecian	1	10	0	0
8.-Entienden	0	0	0	0
Respuestas del sujeto				
1.-Ayudo	0	0	1	5'55
2.-No receptivo y cerrado	1	10	1	5'55
3.-Respetado y aceptado	1	10	1	5'55
4.-Me opongo y hiero a los otros	0	0	0	0
5.-Autocontrol y autoconfianza	1	10	0	0
6.-Desamparado	4	40	7	38'88
7.-Decepcionado y deprimido	1	10	7	38'88
8.-Asustado y avergonzado	2	20	1	5'55

1ª Y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

8.2.1.2. COMPARACIÓN ENTRE PÚBERES Y ADOLESCENTES

En la comparación entre púberes (4) y adolescentes (10) se aprecian también algunas diferencias (Tabla 8.3).

El deseo más frecuente para 3 pacientes, del grupo de púberes, es "ser controlado y no ser responsable" (37'50%) que ocupa el tercer lugar (17'85%) en los resultados globales. Seguido en 2 pacientes respectivamente y con el mismo porcentaje (25%) por "ser amado y entendido" y "sentirme bien y cómodo", coincidiendo respectivamente, con la primera (25%) y segunda frecuencias (21'42%) de los resultados globales.

Para el grupo de adolescentes los dos deseos más frecuentes son, en 5 pacientes, "ser amado y entendido" (25%), y en 4, "sentirme bien y cómodo" (20%), que ocupan el primer (25%) y segundo lugar (21'42%) respectivamente en los resultados globales.

En las Respuestas del Objeto, la más frecuente en 3 púberes es "se oponen y están en contra" (37'50%) que ocupa el primer lugar (46'42%) en los resultados globales. Seguido en 2 pacientes respectivamente y con el mismo porcentaje (25%) por "trastornan, alteran, enfadan" y "controlan", coincidiendo respectivamente con la segunda (21'42%) y tercera frecuencias (17'85%) de los resultados globales.

Para el grupo de adolescentes las Respuestas del Objeto más frecuentes son en 10 pacientes "se oponen y están en contra" (50%) y en 4 "trastornan, alteran, enfadan" (20%), que ocupan el primer (46'42%) y segundo lugar (21'42%) respectivamente en los resultados globales.

En la Categoría Respuestas del Sujeto, las más frecuentes para los púberes son en 3 pacientes "desamparado" (37'50%) y en 2 "asustado y avergonzado" (25%), que ocupan el primer (39'28%) y tercer lugar (10'71%) respectivamente en los resultados globales.

Para los adolescentes la Respuestas del Sujeto más frecuentes son en

8 pacientes "desamparado" (40%) y en 7 "decepcionado y deprimido" (35%), coincidiendo respectivamente con la primera (39'28%) y segunda frecuencias (28'57%) más altas en los resultados globales.

En base a los resultados vemos que las mayores diferencias aparecen en el grupo de púberes. El deseo más frecuente "ser controlado y no ser responsable" ocupa el tercer lugar en los resultados globales. La diferencia en los porcentajes entre púberes (37'50%) y adolescentes (10%) aunque es más del doble no es significativa (test de Fisher), por lo que no podemos afirmar que sea un deseo específico para este grupo de edad, aunque si parece más frecuente. Los dos siguientes en frecuencia "ser amado y entendido" y "sentirme bien y cómodo" coinciden respectivamente con la primera y segunda frecuencia de los resultados globales.

En las Respuestas del Objeto la más frecuente "se oponen y están en contra" ocupa el primer lugar en los resultados globales. En cuanto a las dos siguientes en frecuencia "trastornan, alteran, enfadan" y "controlan", la primera ocupa el segundo lugar en los resultados globales, siendo la segunda la tercera en frecuencia.

La frecuencia más alta en las Respuestas del Sujeto es "desamparado" coincidiendo con los resultados globales. Sin embargo la segunda "asustado y avergonzado" ocupa el tercer lugar en los resultados globales. La diferencia en los porcentajes entre púberes (25%) y adolescentes (5%) aunque es más del doble no es significativa (test de Fisher), por lo que no podemos concluir que sea una respuesta específica para este grupo de edad, aunque si parece más frecuente.

En el grupo de adolescentes las frecuencias más altas en las tres categorías coinciden con los resultados globales. Los deseos más frecuentes son "ser amado y entendido" y "sentirme bien y cómodo". Las Respuestas del Objeto "se oponen y están en contra" y "trastornan, alteran, enfadan". Las Respuestas del Sujeto "desamparado" y "decepcionado y deprimido".

En resumen, no hay diferencias significativas a nivel estadístico entre las respuestas de púberes y adolescentes.

TABLA 8.3
ANÁLISIS DE FRECUENCIAS
CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS
COMPARACION ENTRE PUBERES Y ADOLESCENTES

CATEGORIAS	PUBERES 8		ADOLESCENTES 20	
	Nº	%	Nº	%
Deseos				
1.-Reafirmarme y ser independiente	0	0	0	0
2.-Oponerme, herir y controlar a los otros	0	0	2	10
3.-Ser controlado y no ser responsable	3	37'50	2	10
4.-Ser distante y evitar conflictos	0	0	3	15
5.-Aceptar y estar cerca de los otros	0	0	1	5
6.-Ser amado y entendido	2	25	5	25
7.-Sentirme bien y cómodo	2	25	4	20
8.-Tener éxito y ayudar a los otros	1	12'50	3	15
Respuestas del objeto				
1.-Fuertes	0	0	0	0
2.-Controlan	2	25	3	15
3.-Trastornan, alteran, enfadan	2	25	4	20
4.-Malos	0	0	2	10
5.-Se oponen y están en contra	3	37'50	10	50
6.-Ayudan	1	12'50	0	0
7.-Me aprecian	0	0	1	5
8.-Entienden	0	0	0	0
Respuestas del sujeto				
1.-Ayudo	1	12'50	0	0
2.-No receptivo y cerrado	0	0	2	10
3.-Respetado y aceptado	1	12'50	1	5
4.-Me opongo y hiero a los otros	0	0	0	0
5.-Autocontrol y autoconfianza	0	0	1	5
6.-Desamparado	3	37'50	8	40
7.-Decepcionado y deprimido	1	12'50	7	35
8.-Asustado y avergonzado	2	25	1	5

1ª Y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

8.2.2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD DE LOS DESEOS MÁS FRECUENTES

En la Tabla 8.4 aparece la distribución según sexo y edad de los deseos más frecuentes.

El deseo más frecuente "ser amado y entendido" se da en 7 pacientes, de ellos 3 son adolescentes varones y los 4 restantes mujeres, 2 púberes y 2 adolescentes. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, los porcentajes son 30% en los varones y 22% en las mujeres.

Los porcentajes en el grupo de los varones son 0% en los púberes y 37'5% en los adolescentes. En las mujeres los porcentajes son 33'33% en las púberes y 16'66% en las adolescentes.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por lo tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en los varones adolescentes y en las mujeres púberes.

El segundo deseo en frecuencia "sentirme bien y cómodo" se da en 6 pacientes. De ellos 2 son púberes (varón y mujer) y 4 adolescentes, 2 varones y 2 mujeres. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, se da un porcentaje de 30% para los varones y 16% para las mujeres.

En el grupo de varones los porcentajes son 50% en los púberes y 25% en los adolescentes. En el grupo de mujeres los porcentajes son 16'66%, tanto para púberes como para adolescentes.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por lo tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor para los varones y entre ellos en los púberes. En las mujeres la frecuencia es la misma, tanto en

la pubertad como en la adolescencia.

El tercer deseo en frecuencia "ser controlado y no ser responsable" se da en 5 pacientes. De ellos 1 es varón púber y los 4 restantes mujeres, 2 púberes y 2 adolescentes. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, se da un porcentaje de 10% en los varones y 22'22% en las mujeres.

En el grupo de varones los porcentajes son 50% en los púberes y 0% en los adolescentes. En el grupo de mujeres 33'33% en las púberes y 16'66% en las adolescentes.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por lo tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en las mujeres y entre ellas en las púberes. Para los varones se da con mayor frecuencia en la pubertad.

El deseo "tener éxito y ayudar a los otros", que es el cuarto en frecuencia, se da en 4 pacientes, todas mujeres (22'22%), 1 púber y 3 adolescentes. Los porcentajes son 16'66% en las púberes y 25% en las adolescentes.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por lo tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en las mujeres y entre de ellas en las adolescentes.

TABLA 8.4**DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE LOS DESEOS MAS FRECUENTES****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS**

DESEOS	PAC. 28	VARONES 10		MUJERES 18	
		PUB 2	AD. 8	PUB. 6	AD. 12
	%	%	%	%	%
1º Ser amado y entendido	25	0	37'5	33'33	16'66
2º Sentirme bien y cómodo	21'42	50	25	16'66	16'66
3º Ser controlado y no ser responsable	17'85	50	0	33'33	16'66
4º Tener éxito y ayudar a los otros	14'28	0	0	16'66	25

1ª Y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

8.2.3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD DE LAS RESPUESTAS DEL OBJETO MÁS FRECUENTES

En la Tabla 8.5 se refleja la distribución según sexo y edad de las respuestas del objeto más frecuentes.

La respuesta más frecuente "se oponen y están en contra" se da en 13 pacientes. De ellos 4 son adolescentes varones y los 9 restantes mujeres, 3 púberes y 6 adolescentes. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, los porcentajes son 40% en los varones y 50% en las mujeres.

Los porcentajes en el grupo de los varones son 0% en los púberes y 50% en los adolescentes. En el grupo de mujeres 50%, tanto en púberes como en adolescentes.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en las mujeres, tanto en la pubertad como en la adolescencia y en los varones adolescentes.

La segunda respuesta en frecuencia "trastornan alteran enfadan" se da en 6 pacientes, de ellos 2 son púberes (varón y mujer) y 4 adolescentes, 2 varones y 2 mujeres. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, los porcentajes son 30% para los varones y 16% para las mujeres.

Los porcentajes en el grupo de los varones son 50% para los púberes y 16´66% para los adolescentes. En el grupo de mujeres 16´66%, tanto en la pubertad como en la adolescencia.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en los varones y entre ellos en los púberes. En las mujeres se da con la misma frecuencia, tanto en la pubertad como en la adolescencia.

La tercera respuesta en frecuencia "controlan" se da en 5 pacientes. De ellos 2 son varones, un púber y un adolescente, y los 3 restantes mujeres, 1 púber y 2 adolescentes. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, los porcentajes son 20% para los varones y 16´66% para las mujeres.

En el grupo de varones los porcentajes son 50% en los púberes y 12´5% en los adolescentes. En el grupo de mujeres 16´66%, tanto en la pubertad como en la adolescencia.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en los varones púberes.

TABLA 8.5**DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE LAS RO MAS FRECUENTES****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS**

RESPUESTAS DEL OBJETO	PAC. 28	VARONES 10		MUJERES 18	
		PUB 2	AD. 8	PUB. 6	AD. 12
	%	%	%	%	%
1ª Se oponen y están en contra	46'42	0	50	50	50
2ª Trastornan, alteran, enfadan	21'42	50	16'66	16'66	16'66
3ª Controlan	17'85	50	12'5	16'66	16'66

1ª Y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

8.2.4. DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE LAS RESPUESTAS DEL SUJETO MAS FRECUENTES

En la Tabla 8.6 está la distribución según sexo y edad de las respuestas del sujeto más frecuentes.

La respuesta más frecuente "desamparado" se da en 11 pacientes. De ellos 4 son varones, 1 púber y 3 adolescentes y 7 mujeres, 2 púberes y 5 adolescentes. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, los porcentajes son 40% para los varones y 38% para las mujeres.

En el grupo de varones los porcentajes son 50% en los púberes y 37'5% en los adolescentes. En el grupo de mujeres 33'33% en las púberes y 41'66% en las adolescentes.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en los varones púberes y en las mujeres adolescentes.

La segunda respuesta en frecuencia "decepcionado y deprimido" se da en 8 pacientes. De ellos 1 adolescente varón y los 7 restantes son mujeres, 1 púber y 6 adolescentes. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, los porcentajes son 10% en los varones y 38% en las mujeres.

En el grupo de varones los porcentajes son 0% en los púberes y 12'5% en los adolescentes. En el grupo de mujeres 16'66% en la pubertad y 50% en la adolescencia.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en las mujeres y entre ellas en las adolescentes. En los varones se da con mayor frecuencia en la adolescencia.

La tercera respuesta en frecuencia "asustado y avergonzado" se da en 3 pacientes, de ellos 2 varones (púber y adolescente) y 1 mujer púber. Entre varones y mujeres, sin diferenciar la edad, los porcentajes son 20% en los varones y 5'55% en las mujeres.

En el grupo de varones los porcentajes son 50% en los púberes y 12'5% en los adolescentes. En el grupo de mujeres 16'66% en las púberes y 0% en las adolescentes.

Ninguna de estas diferencias es significativa. Por tanto lo único que podemos señalar es que hay una frecuencia algo mayor en los varones y entre ellos en los púberes. En las mujeres se da con mayor frecuencia en la pubertad.

TABLA 8.6**DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE LAS RS MAS FRECUENTES****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS**

RESPUESTAS DEL SUJETO	PAC. 28	VARONES 10		MUJERES 18	
		PUB 2	AD. 8	PUB. 6	AD. 12
	%	%	%	%	%
1ª Desamparado	39'28	50	37'5	33'33	41'66
2ª Decepcionado y deprimido	28'57	0	12'5	16'66	50
3ª Asustado y avergonzado	10'71	50	12'5	16'66	0

1ª Y 2ª Clasificaciones más altas de frecuencias

8.2.5. PATRÓN COMBINADO

En las Tablas 8.7, 8.8 y 8.9 se reflejan los resultados del patrón combinado de los componentes del CCRT. Se han combinado respectivamente, la primera y segunda clasificaciones más altas de frecuencias de las Categorías Estándar Agrupadas, en cada uno de los tres componentes (Deseos-Respuestas del Objeto-Respuestas del Sujeto). Primero en combinaciones parciales, o binarias (D-RO), (D-RS) y después en combinaciones completas o ternarias (D-RO-RS).

8.2.5.1. COMBINACIONES BINARIAS (D-RO,D-RS)

En la Tabla 8.7 están los resultados correspondientes a la combinación D-RO. El deseo "ser amado y entendido" aparece seguido por la RO "se oponen y están en contra" en 4 pacientes (28´57%) y por "trastornan, alteran, enfadan" en 1 paciente (7´14%).

El deseo "sentirme bien y cómodo" está seguido por la RO "trastornan, alteran, enfadan" en 3 pacientes (21´42%) y por "malos" en 1 paciente (7´14%).

El deseo "ser controlado y no ser responsable" está seguido por la RO "trastornan, alteran, enfadan" y por "se oponen y están en contra" en 1 paciente respectivamente (7´14%).

El deseo "oponerme y controlar" está seguido por la RO "se oponen y están en contra" y por "controlan" en 1 paciente respectivamente (7´14%). Finalmente el deseo "ser distante y evitar conflictos" está seguido por la RO "se oponen y están en contra" en 1 paciente (7´14%).

En base a estos resultados las dos combinaciones más frecuentes son "ser amado y entendido" - "se oponen y están en contra" y "sentirme bien y cómodo" - "trastornan, alteran, enfadan", que corresponden a los deseos y respuestas del objeto con las frecuencias más altas en el análisis de

frecuencias.

TABLA 8.7**PATRON COMBINADO DE COMPONENTES D-RO****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS**

Total muestra 14

DESEOS	RESPUESTAS DEL OBJETO	PAC.	%
Ser amado y entendido	Se oponen y están en contra	4	28'57
Ser amado y entendido	Trastornan, alteran, enfadan	1	7'14
Sentirme bien y cómodo	Trastornan, alteran, enfadan	3	21'42
Sentirme bien y cómodo	Malos	1	7'14
Ser controlado y no ser responsable	Trastornan, alteran, enfadan	1	7'14
Ser controlado y no ser responsable	Se oponen y están en contra	1	7'14
Oponerme y controlar	Se oponen y están en contra	1	7'14
Oponerme y controlar	Controlan	1	7'14
Ser distante y evitar conflictos	Se oponen y están en contra	1	7'14

En la Tabla 8.8 están los resultados correspondientes a la combinación D-RS. El deseo "ser amado y entendido" aparece seguido por la RS "decepcionado y deprimido" en 4 pacientes (28'57%) y por "asustado y avergonzado" en 1 paciente (7'14%).

El deseo "sentirme bien y cómodo" está seguido por la RS "desamparado" en 3 pacientes (21´42%) y por "asustado y avergonzado" y "decepcionado y deprimido" en 1 paciente respectivamente (7´14%).

El deseo "ser controlado y no ser responsable" aparece seguido por la RS "desamparado" y por "asustado y avergonzado" en 1 paciente respectivamente (7´14%). El deseo "oponerme y controlar" está seguido por "decepcionado y deprimido" en 1 paciente (7´14%). Finalmente el deseo "ser distante y evitar conflictos" está seguido por "no receptivo y cerrado" también en 1 paciente (7´14%).

Los resultados muestran que las combinaciones más frecuentes son "ser amado y entendido" - "decepcionado y deprimido" y "sentirme bien y cómodo" - "desamparado", que corresponden a los deseos y respuestas del sujeto con las frecuencias más altas en el análisis de frecuencias.

TABLA 8.8**PATRON COMBINADO DE COMPONENTES D-RS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS**

Total muestra 14

DESEOS	RESPUESTAS DEL SUJETO	PAC.	%
Ser amado y entendido	Decepcionado y deprimido	4	28'57
Ser amado y entendido	Asustado y avergonzado	1	7'14
Sentirme bien y cómodo	Desamparado	3	21'42
Sentirme bien y cómodo	Asustado y avergonzado	1	7'14
Sentirme bien y cómodo	Decepcionado y deprimido	1	7'14
Ser controlado y no ser responsable	Desamparado	1	7'14
Ser controlado y no ser responsable	Asustado y avergonzado	1	7'14
Oponerme y controlar	Decepcionado y deprimido	1	7'14
Ser distante y evitar conflictos	No receptivo y cerrado	1	7'14

8.2.5.2. COMBINACIONES TERNARIAS (D-RO-RS)

En la Tabla 8.9 están los resultados de la combinación D-RO-RS. El deseo "ser amado y entendido" aparece en tres combinaciones diferentes. Seguido por la RO "se oponen y están en contra" y por la RS "decepcionado y deprimido", en 3 pacientes (21'42%). Seguido por la RO "se oponen y están en contra" y por la RS "asustado y avergonzado" en 1 paciente (7'14%). Seguido por la RO "trastornan, alteran, enfadan" y por la RS "decepcionado y deprimido" en 1 paciente (7'14%).

El deseo "sentirme bien y cómodo" se da también en tres combinaciones distintas. Seguido por la RO "trastornan, alteran, enfadan" y por la RS "desamparado", en 2 pacientes (14'28%). Seguido por la RO "trastornan, alteran, enfadan" y por la RS "asustado y avergonzado" en 1 paciente (7'14%). Seguido por la RO "malos" y por la RS "decepcionado y deprimido" en 1 paciente (7'14%).

El deseo "ser controlado y no ser responsable" aparece en dos combinaciones. Seguido por la RO "trastornan, alteran, enfadan" y por la RS "desamparado" en 1 paciente (7'14%). Seguido por la RO "se oponen y están en contra" y por la RS "desamparado" en 1 paciente (7'14%).

El deseo "oponerme y controlar" se da en dos combinaciones. Seguido por la RO "controlan" y por la RS "desamparado" en 1 paciente (7'14%). Seguido por la RO "se oponen y están en contra" y por la RS "decepcionado y deprimido" en 1 paciente (7'14%).

Finalmente el deseo "ser distante y evitar conflictos" seguido por la RO "se oponen y están en contra" y por la RS "no receptivo y cerrado" se da en 1 paciente (7'14%).

Según los resultados las combinaciones más frecuentes son "ser amado y entendido" - "se oponen y están en contra" - "decepcionado y deprimido" y "sentirme bien y cómodo" - "trastornan, alteran, enfadan" - "desamparado", que corresponden a los deseos, respuestas del objeto y del sujeto con las frecuencias más altas en el análisis de frecuencias.

En resumen los porcentajes de las cuatro combinaciones parciales, D-RO y D-RS, son iguales y aceptablemente altas (28'57% y 21'42%, respectivamente). Las dos combinaciones completas, D-RO-RS, también obtienen porcentajes similares (21'42% y 14'28%, respectivamente).

TABLA 8.9**PATRON COMBINADO DE COMPONENTES D-RO-RS****CATEGORIAS ESTANDAR AGRUPADAS****Total muestra 14**

DESEOS	RESP. OBJETO	RESP. SUJETO	PAC.	%
Ser amado y entendido	Se oponen y están en contra	Decepcionado y deprimido	3	21'42
Ser amado y entendido	Se oponen y están en contra	Asustado y avergonzado	1	7'14
Ser amado y entendido	Trastornan, alteran, enfadan	Decepcionado y deprimido	1	7'14
Sentirme bien y cómodo	Trastornan, alteran, enfadan	Desamparado	2	14'28
Sentirme bien y cómodo	Trastornan, alteran, enfadan	Asustado y avergonzado	1	7'14
Sentirme bien y cómodo	Malos	Decepcionado y deprimido	1	7'14
Ser controlado y no ser responsable	Trastornan, alteran, enfadan	Desamparado	1	7'14
Ser controlado y no ser responsable	Se oponen y están en contra	Desamparado	1	7'14
Oponerme y controlar	Controlan	Desamparado	1	7'14
Oponerme y controlar	Se oponen y están en contra	Decepcionado y deprimido	1	7'14
Ser distante y evitar conflictos	Se oponen y están en contra	No receptivo y cerrado	1	7'14

8.2.6. COMPARACIÓN ENTRE EL ANÁLISIS DE FRECUENCIAS Y EL PATRÓN COMBINADO

Comparando el análisis de frecuencias y el patrón combinado se aprecian los siguientes resultados (Tabla 8.10).

El deseo con el porcentaje más alto en el análisis de frecuencias "ser amado y entendido" (25%) y la respuesta del objeto más frecuente "se oponen y están en contra" (46´42%), es la combinación binaria más frecuente en un 28´57% de los pacientes.

Este deseo alcanza la combinación binaria con mayor porcentaje (28´57%) con la respuesta del sujeto "decepcionado y deprimido", que ocupa el segundo lugar (28´57%) en el análisis de frecuencias, obteniéndose el mismo porcentaje en ambos análisis.

El segundo deseo en frecuencia "sentirme bien y cómodo" (21´42%) y la segunda respuesta del objeto "trastornan, alteran, enfadan" (21´42%), están combinados también en segundo lugar (21´42%) coincidiendo los porcentajes en ambos análisis.

Este deseo alcanza la segunda combinación binaria más frecuente (21´42%) con la respuesta del sujeto "desamparado", que en el análisis de frecuencias es la que ocupa el primer lugar (39´28%).

La combinación completa del deseo más frecuente "ser amado y entendido" (25%), la respuesta del objeto más frecuente "se oponen y están en contra" (46´42%) y la segunda respuesta más frecuente del sujeto "decepcionado y deprimido" (28´57%) alcanza el 21´42%.

La combinación completa del segundo deseo más frecuente "sentirme bien y cómodo" (21´42%), la segunda respuesta del objeto más frecuente "trastornan, alteran, enfadan" (21´42%) y la respuesta más frecuente del sujeto "desamparado" (39´28%) alcanza un 14´28%.

Como se puede observar los porcentajes en el análisis de frecuencias y en el patrón combinado son similares, obteniéndose resultados parecidos.

TABLA 8.10**COMPARACION ENTRE EL ANALISIS DE FRECUENCIAS****Y EL PATRON COMBINADO**

ANALISIS DE FRECUENCIAS			
DESEOS			%
Ser amado y entendido			25
Sentirme bien y cómodo			21'42
RESP. OBJETO			
Se oponen y están en contra			46'42
Trastornan, alteran, enfadan			21'42
RESP. SUJETO			
Desamparado			39'28
Decepcionado y deprimido			28'57
PATRON COMBINADO			
DESEOS	RESPUESTAS DEL OBJETO		
Ser amado y entendido	Se oponen y están en contra		28'57
Sentirme bien y cómodo	Trastornan, alteran, enfadan		21'42
DESEOS	RESPUESTAS DEL SUJETO		
Ser amado y Entendido	Decepcionado y deprimido		28'57
Sentirme bien y cómodo	Desamparado		21'42
DESEOS	RESP. OBJETO	RESP. SUJETO	
Ser amado y entendido	Se oponen y están en contra	Decepcionado y deprimido	21'42
Sentirme bien y cómodo	Trastornan, alteran, enfadan	Desamparado	14'28

8.2.7. ANÁLISIS DE RESPUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

En la Tabla 8.11 se refleja el análisis global de las respuestas positivas y negativas encontradas en los episodios de relación (69), de las narraciones de los pacientes. Se han excluido los episodios en los que la persona principal es el propio paciente (23).

En términos globales las respuestas negativas (60´14%) son más numerosas que las positivas (25´36%). Dentro de las negativas se puede observar que la distribución de porcentajes es similar 60´86% en las del objeto y 59´42% en las del sujeto.

En las respuestas positivas también hay una distribución de porcentajes similar, siendo un poco más frecuentes las respuestas positivas del sujeto (30´43%) que las del objeto (20´28%).

Por lo tanto los episodios de relación reflejan un patrón más negativo que positivo.

TABLA 8.11

RESPUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

Total ERs. 69

RESPUESTAS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Respuesta Negativa del Objeto	42	60´86%
Respuesta Negativa del Sujeto	41	59´42%
Total	83	60´14%
Respuesta Positiva del Objeto	14	20´28%
Respuesta Positiva del Sujeto	21	30´43%
Total	35	25´36%

8.2.7.1. COMPARACIÓN ENTRE ADULTOS E IGUALES

A continuación se han comparado las respuestas positivas y negativas, dividiendo los ERs en dos bloques. Aquellos en los que la persona principal es un adulto (50) y los que se dan con iguales (19) (Tabla 8.12). Se han excluido los episodios relativos al sujeto (23).

En términos globales las respuestas negativas vuelven a ser más numerosas que las positivas en ambos bloques. Pasando a un análisis más pormenorizado observamos los siguientes datos.

El porcentaje total de las respuestas negativas es ligeramente mayor, en los episodios de relación con los iguales (76´31%), que con los adultos (64%).

En ambos bloques las respuestas negativas del objeto son algo más numerosas que las del sujeto. En los episodios de relación con los iguales las respuestas negativas del objeto (84´21%) y las del sujeto (68´42%), son algo más numerosas frente a las que se dan con los adultos (72% y 56% respectivamente).

En las respuestas positivas los porcentajes totales de ambos bloques son muy parecidos, 23´68% con los iguales y 26% con los adultos.

En los episodios con los iguales las respuestas positivas del objeto (21%) y las del sujeto (26´31%), obtienen prácticamente el mismo porcentaje de las que se dan con los adultos (20% y 32% respectivamente). En los episodios con los adultos hay una frecuencia algo mayor de las respuestas positivas del sujeto (32%), frente a las del objeto (20%).

A pesar de estas variaciones las diferencias no son significativas. Por lo tanto lo que se puede señalar es que en general el patrón vuelve a ser más negativo que positivo en ambos bloques. Siendo un poco más frecuentes las respuestas negativas con los iguales frente a las que se dan con los adultos, mientras que las positivas son prácticamente iguales en ambos bloques.

TABLA 8.12**RESPUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS****COMPARACION ENTRE ADULTOS E IGUALES**

RESPUESTAS	ERs. ADULTOS 50		ERs. IGUALES 19	
	FREC	%	FREC	%
Respuesta Negativa del Objeto	36	72	16	84'21
Respuesta Negativa del Sujeto	28	56	13	68'42
Total	64	64	29	76'31
Respuesta Positiva del Objeto	10	20	4	21
Respuesta Positiva del Sujeto	16	32	5	26'31
Total	26	26	9	23'68

8.2.7.2. COMPARACIÓN OTROS-TERAPEUTA

A continuación se han comparado las respuestas positivas y negativas, dividiendo los ERs con los adultos en dos bloques. Aquellos en los que la persona principal es el terapeuta (6) y los que corresponden a otras personas (44) (Tabla 8.13). Se han excluido los episodios correspondientes al sujeto (23).

En términos generales se puede observar que las respuestas negativas siguen siendo más numerosas que las positivas en ambos bloques. Sin embargo haciendo un análisis más detallado se pueden observar las siguientes diferencias.

El porcentaje total de las respuestas negativas es prácticamente igual en los episodios de relación con el terapeuta (66´66%) y los que se dan con otras personas (63´63%).

Con el terapeuta el porcentaje, tanto de las respuestas del objeto como las del sujeto es el mismo (66´66%), mientras que con otras personas son un poco más frecuentes las respuestas negativas del objeto (72´72%) que las del sujeto (54´54%).

Los porcentajes de las respuestas negativas del objeto son prácticamente los mismos en los episodios de relación con el terapeuta (66´66%) y los que se dan con otras personas (72´72%). Mientras que las del sujeto son algo más frecuentes con el terapeuta (66´66%) que los que se dan con otras personas (54´54%).

En las respuestas positivas los porcentajes totales son muy parecidos, 25% con el terapeuta y 26´13% con otras personas.

En los episodios con otras personas las respuestas del sujeto y las del objeto obtienen prácticamente los mismos porcentajes (29´54% y 22´72% respectivamente). Mientras que en los episodios con el terapeuta son más frecuentes las del sujeto (50%) que las del objeto (0%). En los episodios de relación con el terapeuta las respuestas positivas del objeto (0%) son menos frecuentes que las que se dan con otras personas (22´72%). Mientras que con

las respuestas del sujeto sucede al revés (50% y 29'54% respectivamente).

A pesar de estas variaciones las diferencias no son significativas. Por lo tanto lo que se puede señalar es que en general el patrón vuelve a ser más negativo que positivo en ambos bloques. Siendo las respuestas negativas y positivas del sujeto algo más frecuentes con el terapeuta que con otras personas, y las positivas del objeto menos.

TABLA 8.13

RESPUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

COMPARACION ENTRE OTRAS PERSONAS Y TERAPEUTA

RESPUESTAS	ERs. OTROS 44		ERs. TERAP. 6	
	FREC	%	FREC	%
Respuesta Negativa del Objeto	32	72'72	4	66'66
Respuesta Negativa del Sujeto	24	54'54	4	66'66
Total	56	63'63	8	66'66
Respuesta Positiva del Objeto	10	22'72	0	0
Respuesta Positiva del Sujeto	13	29'54	3	50
Total	23	26'13	3	25

8.2.8. DIFERENCIAS EN LA VALORACIÓN POSITIVA Y NEGATIVA

8.2.8.1. COMBINACIÓN RO 15-RS 10

En la Tabla 8.14 se refleja el análisis de las diferencias en la valoración positiva y negativa, de la respuesta del objeto nº 15 "me ofenden" y la equivalente del sujeto nº 10 "hiero a los otros", y su distribución entre varones (5) y mujeres (9).

Se han valorado 7 episodios de relación, de los pacientes en los que se daba la combinación, y se han excluido aquellos en los que la persona principal es el propio paciente (3).

La frecuencia global de la combinación de ambas respuestas es 24, dentro de ella el porcentaje más alto (70'8%) es el relativo a la valoración negativa de la respuesta del objeto, seguido por la valoración negativa de la respuesta del sujeto (16'6%). La misma respuesta se considera positiva en el sujeto en un 12'5%, mientras que no aparece valorada como positiva en el objeto en ningún caso. Estas diferencias son significativas al $p=0'01$ (Test de Fisher).

La combinación aparece en 2 pacientes (14'2%), de los cuales ambos son mujeres (22'2%), 1 púber (25%) y 1 adolescente (10%) (Tabla 8.15).

En resumen se puede observar que la misma respuesta "me ofenden" - "hiero a los otros", es valorada mayoritariamente como negativa en el objeto, mientras que en el sujeto aparece valorada como positiva y negativa en porcentajes parecidos. En ningún caso se valora de forma positiva en el objeto.

Los sujetos en los que se da son mujeres, una púber y una adolescente, pero los resultados no son significativos. Por lo tanto lo único que se puede señalar es que hay una frecuencia ligeramente mayor en las mujeres.

TABLA 8.14

DIFERENCIAS EN LA VALORACION POSITIVA Y NEGATIVA

DISTRIBUCION ENTRE VARONES Y MUJERES

RO 15 - RS 10

RESPUESTAS	FREC. GLOBAL 24		PACIENTES 14		VARONES 5		MUJERES 9	
	FREC. PARC.	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NRO 15 Me ofenden	17	70'8	2	14'2	0	0	2	22'2
PRO 15 Me ofenden	0	0						
NRS 10 Hiero a los otros	4	16'6						
PRS 10 Hiero a los otros	3	12'5						

P=0'01

TABLA 8.15

DIFERENCIAS EN LA VALORACION POSITIVA Y NEGATIVA

DISTRIBUCION ENTRE PUBERES Y ADOLESCENTES

RO 15 - RS 10

RESPUESTAS	FRECUENCIA GLOBAL 24		PUBERES 4		ADOLESCENTE S 10	
	FREC.PARC.	%	Nº	%	Nº	%
NRO 15 Me ofenden	17	70'8	1	25	1	10
PRO 15 Me ofenden	0	0				
NRS 10 Hiero a los otros	4	16'6				
PRS 10 Hiero a los otros	3	12'5				

8.2.8.2. COMBINACIÓN RO 17-RS 11

Las diferencias en la valoración positiva y negativa de la respuesta del objeto nº 17 "me contradicen", en la que se incluyó también la nº 4 "me rechazan"; y la respuesta del sujeto nº 11 "oponerse a los otros" y su distribución entre varones y mujeres se puede ver en la Tabla 8.16.

Se han valorado 18 episodios de relación, de los pacientes en los que se daba la combinación, y se han excluido aquellos en los que la persona principal es el propio paciente (5).

La frecuencia global de la combinación de ambas respuestas es 56, dentro de ella el porcentaje más alto (50%) es el que corresponde a la valoración positiva de la respuesta del sujeto, seguido por la valoración negativa de la respuesta del objeto (32'1%). La misma respuesta del sujeto se considera negativa en un 17'8% y en ningún caso aparece valorada como positiva en el objeto. Estas diferencias son significativas al $p=0'000001$ (Corrección de Yates).

La combinación aparece en 5 pacientes (35'7%), 1 varón (20%) y 4 mujeres (44'4%). De ellos el varón es 1 púber (25%) y las 4 mujeres adolescentes (40%) (Tabla 8.17).

Por lo tanto la misma respuesta "me contradicen" - "oponerse a los otros", es valorada significativamente como positiva en el sujeto, seguida por la valoración negativa en el objeto. La valoración negativa en el sujeto es significativamente menor y en ningún caso se valora como positiva en el objeto.

Los pacientes en los que se da son principalmente mujeres adolescentes, ya que sólo aparece en un varón púber, pero los resultados no son significativos. Por lo tanto lo único que se puede señalar es que se da con una frecuencia algo mayor en mujeres adolescentes.

TABLA 8.16**DIFERENCIAS EN LA VALORACION POSITIVA Y NEGATIVA****DISTRIBUCION ENTRE VARONES Y MUJERES**

RO 17 - RS 11

RESPUESTAS	FREC. GLOBAL 56		PACIENTE S 14		VARONES 5		MUJERES 9	
	FREC. PARC.	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NRO 17 Contradice	18	32'1	5	35'7	1	20	4	44'4
PRO 17 Contradice	0	0						
NRS 11 Me opongo	10	17'8						
PRS 11 Me opongo	28	50						

P=0'000001

TABLA 8.17**DIFERENCIAS EN LA VALORACION POSITIVA Y NEGATIVA****DISTRIBUCION ENTRE PUBERES Y ADOLESCENTES**

RO 17 - RS 11

RESPUESTAS	FRECUENCIA GLOBAL 56		PUBERES 4		ADOLESCENTES 10	
	FREC.PARC.	%	Nº	%	Nº	%
NRO 17 Contradicen	18	32'1	1	25	4	40
PRO 17 Contradicen	0	0				
NRS 11 Me opongo	10	17'8				
PRS 11 Me opongo	28	50				

8.2.8.3. COMBINACIÓN RO 20-RS 12

Las diferencias en la valoración positiva y negativa de la respuesta del objeto nº 20 "son controladores" y la del sujeto nº 12 "soy controlador"; y su distribución entre varones y mujeres, se puede ver en la Tabla 8.18.

Se han valorado 12 episodios de relación, de los pacientes en los que se daba la combinación, y se han excluido aquellos en los que la persona principal es el propio paciente (4).

La frecuencia global de la combinación de ambas respuestas es 14, dentro de ella el porcentaje más alto (64'2%) es el que corresponde a la valoración negativa de las respuestas del objeto, seguido por la valoración positiva de las respuestas del sujeto (35'7%). En ningún caso se valoran como negativas en el sujeto, ni como positivas en el objeto. Estas diferencias son significativas al $p=0'0005$ (Test de Fisher).

La combinación aparece en 2 pacientes (14'2%), 1 varón (20%) y 1 mujer (11'1%), ambos púberes (50%), presentando esta diferencia una tendencia a la significación al $p=0'07$ (Test de Fisher) (Tabla 8.19).

Por lo tanto lo más significativo es que la misma respuesta "son controladores" - "soy controlador" aparece valorada como negativa en el objeto y como positiva en el sujeto.

Los sujetos en los que se da son un varón y una mujer, pero no hay significación en cuanto al sexo. Las diferencias en cuanto a la edad presentan una tendencia a la significación, parece que la mayor frecuencia en las respuestas de los púberes podría indicar una diferencia en base a la edad. Teniendo en cuenta además que el número de púberes en la muestra es un 50% menos que el de adolescentes.

TABLA 8.18

DIFERENCIAS EN LA VALORACION POSITIVA Y NEGATIVA

DISTRIBUCION ENTRE VARONES Y MUJERES

RO 20 - RS 12

RESPUESTAS	FREC. GLOBAL 14		PACIENTES 14		VARONES 5		MUJERES 9	
	FREC. PARC.	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NRO 20 Controlan	9	64'2	2	14'2	1	20	1	11'1
PRO 20 Controlan	0	0						
NRS 12 Controlo	0	0						
PRS 12 Controlo	5	35'7						

P=0'0005

TABLA 8.19**DIFERENCIAS EN LA VALORACION POSITIVA Y NEGATIVA****DISTRIBUCION ENTRE PUBERES Y ADOLESCENTES**

RO 20 - RS 12

RESPUESTAS	FRECUENCIA GLOBAL 14		PUBERES 4		ADOLESCENTE S 10	
	FREC.PARC.	%	Nº	%	Nº	%
NRO 20 Controlan	9	64'2	2	50	0	0
PRO 20 Controlan	0	0				
NRS 12 Controlo	0	0				
PRS 12 Controlo	5	35'7				

P=0'07

8.2.9. DIFERENTES PERSONAS EN ERS

En la Tabla 8.20 se reflejan las diferentes personas que aparecen en los ERs (69) de las narraciones de los pacientes (14). Por definición se han excluido los episodios en los que la persona principal es el propio paciente (23).

El primer lugar en importancia, para 6 pacientes respectivamente (42´85%), lo ocupan la madre, los amigos y compañeros del mismo sexo y la familia en general. Aunque los porcentajes en los episodios de relación son diferentes. El más alto es para la figura de la madre (30´43%) y para la familia en general y los amigos y compañeros del mismo sexo es similar (17´39% y 15´94% respectivamente).

Distinguiendo la figura de la madre para varones (5) y para mujeres (9) se observan diferencias. De los 6 pacientes para los que la madre es una figura importante, 5 son mujeres (55´55%) y 1 varón (20%). Esta diferencia no alcanza a ser significativa. Las frecuencias en los episodios de relación son 17 de un total de 44 para las mujeres (38´63%) y 4 de un total de 25 para los varones (16%). Esta diferencia muestra una tendencia a la significación al $p=0´09$ (Corrección de Yates).

El segundo lugar en importancia lo ocupa el terapeuta para 4 pacientes (28´57%), con un porcentaje de 8´69% en los episodios de relación. A continuación aparecen los adultos en general para 3 pacientes (21´42%), en un 7´24% de los episodios.

En cuarto lugar están el padre, los hermanos del sexo opuesto y los del mismo sexo, en 2 pacientes respectivamente (14´28%), con frecuencias ligeramente diferentes en sus relatos. El porcentaje más alto es para la figura del padre (5´79%), seguido por los hermanos del sexo opuesto y del mismo sexo (4´34% y 2´89% respectivamente).

Distinguiendo la figura del padre para varones (5) y para mujeres (9) se observan diferencias aunque no son significativas. El padre figura sólo en 1 varón (20%) y en 1 mujer (11'11%). La frecuencia en sus episodios de relación es 3 de un total de 25 para los varones (12%) y 1 de un total de 44 para las mujeres (2'27%).

Por último para 1 paciente respectivamente (7'14%), aparecen las fantasías, los amigos y compañeros del sexo opuesto, los amigos en general y los animales. Con un porcentaje en los episodios de 2'89% para las fantasías y de 1'44% para los tres restantes.

La distribución de porcentajes, tanto en el número de pacientes, como en la frecuencia de los episodios de relación correspondientes, marca el orden en importancia de las personas significativas.

El primer lugar lo ocupan la madre, los amigos y compañeros del mismo sexo y la familia en general. En segundo lugar está el terapeuta. En tercer lugar los adultos en general. En cuarto lugar el padre y los hermanos, tanto del mismo sexo como del sexo opuesto. Finalmente en quinto lugar, los amigos y compañeros del sexo opuesto y los amigos en general, los animales y las fantasías

Para los varones el padre y la madre son figuras con una relevancia similar. Ofreciendo el mismo porcentaje en cuanto al número de pacientes (20%) y poca diferencia en los episodios de relación (12% y 16% respectivamente).

Mientras que para las mujeres la diferencia de porcentajes entre ambas figuras es mayor. El 55'55% de las pacientes hablan de sus relaciones con la madre, frente a un 11'11% sobre el padre, aunque estos resultados no alcanzan a ser significativos. Pero la mayor frecuencia en los relatos de la figura de la madre (38'63%), frente a la del padre (2'27%) si es significativa al $p=0'00007$ (Corrección de Yates).

Comparando ambas figuras en toda la muestra, sin diferenciar géneros, se pueden observar diferencias. La madre aparece en 6 pacientes (42'85%) y el padre en 2 (14'28%), esta diferencia no es significativa. Las frecuencias en los episodios de relación son 21 para la madre (30'43%) y 4 (5'79%) para el padre, de un total de 69. Esta diferencia es significativa al $p=0'0004$ (Corrección de Yates).

En cuanto a las figuras de los amigos se pueden apreciar diferencias. Los amigos y compañeros del mismo sexo aparecen en 6 pacientes (42'85%), los amigos y compañeros de sexo opuesto y los amigos en general, aparecen en 1 paciente respectivamente (7'14%). Estas diferencias marcan una tendencia a la significación al $p=0'02$ (Chi-cuadrado). Las frecuencias en los episodios de relación son 11 para amigos y compañeros del mismo sexo (15'94%) y 1 respectivamente, para amigos y compañeros del sexo opuesto y amigos en general (1'44%), de un total de 69. Esta diferencia es significativa al $p=0'0002$ (Chi-cuadrado).

En base a los resultados se puede apreciar que la madre es la figura más importante del ámbito familiar, para toda la muestra, señalando además una importancia significativamente mayor para las mujeres. Del círculo extrafamiliar la figura más importante son los amigos y compañeros del mismo sexo.

En la Tabla 8.21 se refleja el análisis diferenciado de animales y fantasías. Los animales aparecen en 1 paciente (7'1%), mujer púber (33'3%) y las fantasías en 1 paciente (7'1%), varón púber (100%). Estos porcentajes son iguales que los de amigos y compañeros del sexo opuesto y amigos en general (Tabla 8.20).

En cuanto a sus porcentajes en los episodios de relación vemos que las fantasías tienen el mismo porcentaje (2'89%) que los hermanos del mismo sexo, estando ligeramente por encima de amigos y compañeros del sexo opuesto y amigos en general (1'44%) (Tabla 8.20).

En el sujeto en el que se dan (varón púber), aparecen en 2 de los 7 episodios de relación.

Los animales obtienen el mismo porcentaje (1´44%) que los amigos y compañeros del sexo opuesto y los amigos en general. En el sujeto en el que se dan (mujer púber), aparecen en 1 de los 5 episodios de relación.

Ambas categorías muestran porcentajes parecidos con los amigos en general y del sexo opuesto y con los hermanos del mismo sexo. Por tanto podrían indicar la importancia que animales y fantasías tienen principalmente para los púberes (50% de la muestra) ya que no se dan en ningún adolescente.

TABLA 8.20**DIFERENTES PERSONAS EN ERs**

PERSONAS	PACIENTES 14		EPISODIOS RELACION 69	
	Nº	%	Nº	%
Amigos y compañeros (mismo sexo)	6	42'85*	11	15'94**
Amigos y compañeros (sexo op.)	1	7'14	1	1'44
Amigos en general	1	7'14	1	1'44
Hermanos (mismo sexo)	2	14'28	2	2'89
Hermanos (sexo op.)	2	14'28	3	4'34
Madre	6	42'85	21	30'43***
Para varones	1 a	20	4 c	16
Para mujeres	5 b	55'55	17 d	38'63****
Padre	2	14'28	4	5'79
Para varones	1 a	20	3 c	12
Para mujeres	1 b	11'11	1 d	2'27
Familia en general	6	42'85	12	17'39
Adultos en general	3	21'42	5	7'24
Terapeuta	4	28'57	6	8'69
Animales	1	7'14	1	1'44
Fantasías	1	7'14	2	2'89

* p=0'02

** p=0'0002

*** p=0'0004

**** p=0'09

**** p=0'00007

a 5 pacientes

b 9 pacientes

c 25 ERs

d 44 ERs

TABLA 8.21**DIFERENTES PERSONAS****Animales y Fantasías**

PERSONAS	PAC. 14		VARONES				MUJERES			
			PUBERES 1		ADOL. 4		PUBERES 3		ADOL. 6	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Animales	1	7'1	0	0	0	0	1	33'3	0	0
Fantasia	1	7'1	1	100	0	0	0	0	0	0
Total	2	14'2	1	100	0	0	1	33'3	0	0

8.2.10. SÍNTOMAS SOMÁTICOS

El análisis de la respuesta del sujeto nº 31 "síntomas somáticos" se muestra en la Tabla 8.22.

Se han valorado todos los episodios de relación (24) de los pacientes que verbalizaban algún síntoma somático.

El número total de pacientes, en los que aparecen los tres tipos de síntomas, es de 4 (28'57%), de los cuales 1 es un varón (20%) y 3 son mujeres (33'33%). La frecuencia global en los 24 ERs es de 10 (41'6%). El porcentaje de pacientes (28'57%) es el mismo que alcanza la segunda respuesta más frecuente del sujeto en el análisis de frecuencias (Tabla 8.1).

El síntoma que aparece en un mayor número de pacientes es el trastorno del sueño, 2 pacientes (14'28%), 1 varón (20%) y 1 mujer (11'11%). Su frecuencia parcial en los episodios de relación es de 3 (12'5%). El

porcentaje de pacientes (14'28%) es similar al de la tercera respuesta más frecuente del sujeto (10'71%) en el análisis de frecuencias (Tabla 8.1).

A continuación están las cefaleas en 1 paciente (7'14%), mujer (11'11%) con una frecuencia en los episodios de relación de 5 (20'8%).

Los síncope aparecen también en 1 paciente (7'14%), mujer (11'11%) con una frecuencia en los episodios de relación de 2 (8'3%).

El porcentaje de pacientes en ambas categorías (7'14%) es el mismo que la cuarta y quinta respuestas del sujeto en el análisis de frecuencias (Tabla 8.1).

Las edades de los pacientes son tanto púberes como adolescentes, con una frecuencia ligeramente mayor en las mujeres, aunque esta diferencia no es significativa. Los síntomas están valorados, en todas las ocasiones, como respuestas negativas del sujeto.

En base a los resultados los síntomas somáticos alcanzan una frecuencia suficiente para ser considerados como una vía de expresión de conflictos para niños y adolescentes.

TABLA 8.22

SINTOMAS SOMATICOS

RS nº 31

SINT. SOMAT.	PACIENTES 14		VARONES 5		MUJERES 9		ERs. 24	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	FREC	%
Trastornos sueño	2	14'28	1	20	1	11'11	3	12'5
Cefalea	1	7'14	0	0	1	11'11	5	20'8
Síncope	1	7'14	0	0	1	11'11	2	8'3
Total	4	28'57	1	20	3	33'33	10	41'6

8.2.11. DESEO EDÍPICO

En la Tabla 8.23 se refleja el análisis del deseo nº 35 "competir con alguien por el afecto de otra persona", considerado como un deseo de corte edípico.

Se han valorado todos los episodios de relación (14) de los pacientes en los que aparecía dicha categoría.

Este deseo aparece en 2 pacientes (14'28%), mujeres (22'22%) y su frecuencia en los 14 ERs es de 4 (28'57%). El porcentaje de pacientes es similar al del tercer deseo más frecuente (17'85%) en el análisis de frecuencias (Tabla 8.1) y el mismo que el cuarto (14'28%).

Una de las pacientes es una púber, el deseo aparece en 1 de los 9 episodios de relación en los que la persona principal son los padres.

La otra paciente es una adolescente, el deseo se formula en 2 de los 5 episodios de relación en los que la persona principal son las amigas.

Hay una frecuencia algo mayor para las mujeres, pero la diferencia no es significativa. Los resultados indican posibles diferencias, según la edad, en cuanto a los objetos a los que se dirige el deseo, pero los datos no son suficientes como para confirmar esta hipótesis.

En base a los resultados el deseo nº 35 presenta una frecuencia suficiente para considerar la importancia del conflicto edípico en niños y adolescentes.

TABLA 8.23**DESEO EDIPICO****Deseo nº 35**

DESEO	PACIENTES 14		VARONES 5		MUJERES 9		ERs. 14	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	FREC	%
Competir por el afecto de otro	2	14'28	0	0	2	22'22	4	28'5

CAPITULO IX

DISCUSION

CAPITULO IX

DISCUSION

9.1. RESULTADOS INDIVIDUALES

A la vista de los resultados individuales, de los 14 sujetos que componen la muestra, podemos observar que la concentración de las frecuencias de cada uno de los componentes se produce solamente en algunos grupos, tal como nos señalan tanto el grado de recurrencia con las Categorías Estándar (Edición 2), como el grado de prevalencia con las Categorías Estándar Agrupadas (Edición 3). Por tanto podemos confirmar la existencia de un patrón transferencial claramente establecido alrededor de un conflicto central, en cada paciente.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Luborsky, Luborsky, Diguier y col. (1995) y Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col. (1998), en su investigación con 18 niños de 3 y 5 años, donde confirman la existencia de un tema central para cada sujeto al encontrar el mismo tipo de agrupamiento.

Aunque los CCRTs individuales parecen muy diferentes, cuando se comparan con los resultados globales de las principales frecuencias, son bastante semejantes. El contraste entre los patrones individuales y las frecuencias globales confirman las dos características generales más importantes de la transferencia: la generalidad del patrón y al tiempo su especificidad para cada sujeto (Freud, 1912).

Cada paciente tiene su propio patrón, hay diferencias y similitudes, marcados por la historia individual, el contexto familiar, la edad y el género que son las características particulares que contribuyen al planteamiento individual y personal de los conflictos y a los intentos de resolución.

Como sabemos el CCRT focaliza el conflicto en dos niveles: el más profundo que se da entre los deseos del sujeto y el más frecuente entre los deseos y las respuestas del objeto por un lado y las del sujeto por otro. Es interesante señalar que solamente 5 de los 14 sujetos presentan conflictos entre los deseos, de ellos 4 mujeres y un varón (4M, 7M, 10M, 11V y 12M).

Los resultados son diferentes a otras investigaciones con adultos (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1998; Luborsky y Friedman, 1998) donde lo más frecuente es el conflicto entre los dos deseos con mayores porcentajes. En nuestra opinión, esta diferencia viene determinada por las características evolutivas propias de los sujetos de nuestra muestra. Los púberes y adolescentes tienen dificultades importantes para la introspección y sus mecanismos de defensa más frecuentes son la proyección de sus conflictos en el exterior, es decir en la vertiente de las relaciones interpersonales y la negación, en los más mayores aparece además la racionalización. Características que se correlacionan con los resultados más frecuentes de los patrones individuales, la mayoría de los conflictos se localizan en la vertiente intersubjetiva (9 sujetos).

Encontramos también que la mayoría de los deseos expresados corresponden a lo que podemos denominar como “socialmente aceptables”, ser amado y entendido y sentirse bien y cómodo. Solamente aparecen temas menos aceptables socialmente en las respuestas del objeto, que son de corte agresivo y en las respuestas del sujeto entendidas como una consecuencia de las anteriores.

Los datos coinciden en este sentido con otros estudios (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1998), lo que parece confirmar que es una tendencia general relacionada con el deseo del propio paciente de presentarse

a sí mismo, en su relación con los otros, como adecuado y en espera de aprobación por parte del terapeuta.

Un tema común en prácticamente todos los patrones es el que gira en torno a la problemática edípica, aunque solamente aparece de forma explícita en dos casos, las dos mujeres (2M y 6M). En ambas se da a través de la rivalidad fraterna, con un hermano y con las amigas. Tal como señalan otros investigadores (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1998) el tema edípico no es obvio inmediatamente en las primeras sesiones de tratamiento, siendo lo más frecuente una expresión indirecta, a través del deseo de ser querido por ejemplo. Datos que vuelven a coincidir con nuestros propios resultados, máxime cuando los CCRTs corresponden a la primera sesión de tratamiento. El conflicto se explicita mucho más en las sesiones más avanzadas cuando la transferencia está ya más firmemente establecida.

Otro tema frecuente, en los patrones individuales, es el que gira alrededor de las relaciones con la familia y los amigos y la dependencia-independencia del propio sujeto en ambos contextos. Los datos nos confirman la importancia de ambos ejes en la conformación de la identidad y la estructuración del tipo de vínculo sujeto-objeto, como han puesto en evidencia otros autores (Manonni, 1979; Thorne, 1989, 1995a).

Por último un aspecto también recurrente es el de las transformaciones del cuerpo a veces expresadas a través de síntomas somáticos (1M, 5V, 4M y 7M), considerados como respuestas negativas, es decir, vividos como cuerpos extraños e incontrolables para propio sujeto.

9.2. RESULTADOS GLOBALES

Como veremos de forma pormenorizada nuestros resultados coinciden con los datos de otras investigaciones, lo cual confirma con más peso algunas de nuestras hipótesis, mientras que se plantea la necesidad de obtener más información para corroborar otras.

Nuestros datos, en cuanto al grado de totalidad de las narraciones, son similares a las investigaciones antes citadas de Luborsky, Luborsky, Diguier y col. (1995) y Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col. (1998) con niños, alrededor de 4 puntos. Por lo tanto podemos asegurar que los púberes y adolescentes son capaces de expresar mediante el lenguaje verbal los acontecimientos en los que intervienen, cual ha sido el acontecimiento y como se ha desarrollado, qué personas han intervenido, etc., con la suficiente información.

La media del número de Episodios de Relación por sesión y su oscilación desde un mínimo hasta un máximo, es similar a otros estudios realizados con adultos (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990) en los que se obtiene una media de 4´1 y una oscilación de 1 a 7. En nuestra investigación, dado que se ha utilizado la formulación del CCRT de la sesión de inicio del tratamiento, se han seleccionado aquellos pacientes que presentaban sesiones con un mínimo de 5 ERs, para que los datos fueran fiables. Por esta razón las medias son más altas que en la investigación de Luborsky y col. antes citada, en la que utilizaron dos sesiones.

La extensión de los ERs, así como el mínimo y el máximo de longitud, es menor que la encontrada en otros estudios con adultos, Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990) señalan una media de 51´1 líneas y una oscilación de 7 a 207. Crits-Christoph, Luborsky, Popp y col. (1990) encuentran que el episodio típico contiene unas 47 líneas de texto.

En nuestra opinión estas diferencias se derivan de las características evolutivas de los sujetos que integran ambas muestras. Los adultos son sujetos que han completado su desarrollo y por lo tanto utilizan en toda su amplitud el lenguaje verbal para comunicarse y expresarse. Los sujetos de nuestra investigación, púberes y adolescentes, se encuentran en una etapa de transición hacia el pensamiento lógico-abstracto (Piaget e Inhelder, 1969) y por lo tanto, presentan dificultades para generalizar y utilizar el lenguaje en toda su riqueza expresiva.

Todos los ERs valorados corresponden a situaciones conflictivas en las que se ha movilizó la angustia, en tales situaciones como señalan distintos autores (A. Freud, 1936; Winnicott, 1955; Blos, 1990), los púberes y adolescentes pierden parte de sus capacidades de expresión verbal. En estas edades el lenguaje gestual es tan importante o más que el verbal y el CCRT no recoge tal tipo de material.

9.2.1. EL PATRÓN TRANSFERENCIAL

Los porcentajes obtenidos, en los tres componentes (D-RO-RS) (Tabla 8.1), de los resultados del análisis de frecuencias con toda la muestra, son parecidos a otras investigaciones realizadas con niños y adultos.

En la investigación de Luborsky y col., antes citada, con niños (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998) se obtiene para el deseo más frecuente un porcentaje de 41'6% a los 3 y a los 5 años. El segundo en frecuencia obtiene un porcentaje de 27% a los 3 años y 33'3% a los 5. La RO más frecuente obtiene un porcentaje de 44'4% a los 3 y 5 años, y la segunda en frecuencia 41% a los 3 años y 44'4% a los 5. La RS más frecuente obtiene un porcentaje de 38% a los 3 años y 44% a los 5, y la segunda en frecuencia 19% a los 3 años y 27'7% a los 5 (Tabla 9.1).

Otras investigaciones con sujetos adultos (Eckert, Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990) obtienen frecuencias parecidas. El último citado, realizado con una muestra de 33 sujetos, obtiene unos porcentajes para los dos deseos más frecuentes de 39% y 36%, para las dos RO más frecuentes 42'42% y 36% y para las dos RS más frecuentes 45% y 42'42% (Tabla 9.1). Popp, Diguier, Luborsky, Faude y col. (1998), con 13 sujetos adultos obtienen los siguientes porcentajes, para los dos deseos más frecuentes 31% y 38%, para las dos RO más frecuentes 69% y 23% y para las dos RS más frecuentes 62% y 23% (Tabla 9.1).

Comparados con nuestros propios resultados no hay diferencias significativas. Por lo tanto podemos confirmar la existencia de un patrón transferencial, claramente establecido, a través de la repetición de los principales componentes.

Los resultados del patrón combinado de los componentes (Tablas 8.7, 8.8 y 8.9), vuelven a confirmar la existencia de un patrón transferencial al concentrarse las frecuencias en seis combinaciones concretas. Tanto las cuatro combinaciones binarias más frecuentes (D-RO, D-RS) como las dos ternarias más frecuentes (D-RO-RS) ofrecen resultados parecidos a las frecuencias de las categorías por separado (Tabla 8.10). Por lo tanto, dado que el patrón combinado es una variación del análisis de la secuencia de los componentes, se apoya la confirmación de la hipótesis de que los deseos y respuestas más frecuentes también se combinan entre sí con mayor frecuencia.

Los resultados también son similares a los encontrados en otras investigaciones con niños y adultos (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990; Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998). En esta última investigación se realizó un análisis de la secuencia de los componentes, encontrándose los siguientes porcentajes: para las dos combinaciones binarias más frecuentes (primero y segundo deseo más frecuente y RO más frecuente) 24'4%, (primero y segundo deseo más frecuente y la primera y tercera RS más frecuente) 44'2%. La combinación ternaria más frecuente (primero y segundo deseo más frecuente, RO y RS más frecuente) es de 11'6%.

Se confirma además la existencia y articulación de la transferencia desde la primera sesión del tratamiento para los niños y adolescentes. Es más, aunque no ha sido objeto de esta investigación, nos atreveríamos a afirmar que la relación transferencial estaba ya articulada desde el momento en que los padres pidieron la primera cita, es decir, antes de la toma de contacto inicial con el paciente.

Esta afirmación se basa en las peculiares características del campo de trabajo (niños y adolescentes), donde la transferencia se vehiculiza a través de lo que denominamos la demanda por un tercero.

El sujeto de la demanda (los padres) la realizan sobre otro (el hijo) que es el objeto de su demanda, en este primer paso se instala la transferencia directa con los padres y de forma indirecta con el niño. Para que se produzca una relación transferencial directa con el niño es necesario que éste pueda pasar, de ser el objeto de la demanda de los padres, a ser sujeto de su propia demanda. En tal movimiento veremos instaladas, al menos, dos tipos de transferencias y dos demandas diferentes (Escudero, 1998). Tal como sostiene Mannoni (1979a), en los tratamientos con niños existe una transferencia múltiple que se instala, aun antes de que aparezca el analista, de acuerdo a un proceso inconsciente ya en funcionamiento que se moviliza con el mero hecho de solicitar una entrevista. Como señalan Morris y Kendall (1991), en los tratamientos con niños y adolescentes, es necesario tener claro quién es el paciente y en que forma la relación terapéutica contribuye al desarrollo de la terapia.

Luborsky y colaboradores (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998) encuentran que a la edad de 3 años los niños ya muestran un patrón transferencial en las relaciones cercanas con las figuras parentales. Estos patrones son parecidos a los que se describen bajo la concepción de la teoría del apego (Bowlby, 1986) o de los modelos de trabajo interno (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Bretherton, Prentiss y Ridgeway, 1990; Bretherton, Ridgeway y Cassidy, 1990) que parecen mostrar modelos conceptuales muy parecidos bajo aparentes diferencias.

9.2.2. DIFERENCIAS EN LA CONFIGURACIÓN DEL PATRÓN

El patrón transferencial se configura en nuestra investigación de la siguiente forma:

DESEOS	RESPUESTAS DEL OBJETO	RESPUESTAS DEL SUJETO
Ser amado y entendido Sentirme bien y cómodo	Se oponen y están en contra Trastornan, alteran, enfadan	Desamparado Decepcionado y deprimido

En cuanto a los deseos ambos coinciden con los dos deseos más frecuentes en los estudios con niños antes citados (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998), pero no ocurre lo mismo con las respuestas del objeto y del sujeto.

En nuestra investigación las dos RO más frecuentes son: "se oponen y están en contra" y "trastornan, alteran, enfadan", y las RS "desamparado" y "decepcionado y deprimido". En el estudio de Luborsky y col. las RO más frecuentes son "ayudan" y "entienden", y las del sujeto "autocontrol y autoconfianza" y "ayudo". En resumen parece que la configuración del patrón transferencial en el caso de la muestra de Luborsky no señala ningún conflicto, los sujetos desean ser amados y sentirse bien y las respuestas del objeto que reciben son de ayuda y entendimiento, correspondiéndose con las que ellos mismos dan, ayudan y entienden.

La configuración del patrón transferencial en los sujetos de nuestro estudio es claramente conflictivo, desean también ser amados y sentirse bien, pero las respuestas del objeto que obtienen son de oposición y trastorno, en correspondencia los sujetos se sienten desamparados y decepcionados.

Estas importantes diferencias son planteadas y discutidas por el propio Luborsky al comparar los resultados de su estudio con niños, con otras investigaciones realizadas por él mismo y sus colaboradores con pacientes adultos sometidos a tratamiento (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990; Eckert, Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; Popp, Diguier, Luborsky, Faude y col., 1998). En estos estudios hay más similitudes que diferencias con nuestros propios resultados.

En dichas investigaciones los deseos más frecuentes son "ser amado y entendido", "aceptar y estar cerca de los otros" y "ser distante y evitar

conflictos". Como se puede apreciar el primero es también uno de los más frecuentes en nuestra propia muestra, pero no así los otros dos que pensamos requieren una madurez mayor, en cuando al desarrollo e independencia del yo, del que pueden tener los sujetos de nuestra investigación debido a la edad; en los que prima fundamentalmente sentirse bien, es decir un deseo todavía fundamentalmente egocéntrico.

En cuanto a las RO las más frecuentes son: "se oponen y están en contra", "trastornan, alteran, enfadan" y "controlan"; y las RS más frecuentes "decepcionado y deprimido", "asustado y avergonzado" y "no receptivo y cerrado". Como se puede apreciar son prácticamente las mismas que en nuestra investigación (Tabla 9.1). Por lo tanto los conflictos centrales en cuanto al patrón general son muy parecidos en nuestra muestra, niños sometidos a tratamiento, con los de los adultos también sometidos a tratamiento, centrándose en la contraposición entre los deseos y las respuestas del objeto y del sujeto. Todos los sujetos desean ser amados, sentirse bien, estar cerca de los otros o controlar el acercamiento para evitar conflictos. Las respuestas que obtienen del objeto no se ajustan a sus deseos ya que reciben oposición, les trastornan y alteran o bien les controlan. A su vez los sujetos se sienten desamparados, decepcionados o asustados.

Los estudios citados con adultos tienen en común con el nuestro el hecho de que los sujetos son pacientes sometidos a tratamiento psicoterapéutico, es decir, en situación de conflicto. La muestra utilizada por Luborsky y col. en su investigación con niños, la única que conocemos por el momento, está extraída de una población sana. Siendo ésta una de las razones que en nuestra opinión apoya la diferencia en la configuración del patrón transferencial.

El tipo de narraciones que los niños contaban puede haber contribuido al tipo de respuestas, dado que era una variante de entrevistas RAP, ya descritas en el Capítulo 5, y contenían una mezcla de representaciones de relaciones reales y fantasías. Es decir, se basaban en situaciones ficticias más que en acontecimientos reales, lo cual da pie a mayores idealizaciones.

Podríamos añadir además que la edad de los sujetos (3 y 5) años y las situaciones planteadas, todas en el contexto familiar, apoyaban la necesidad y el deseo de protección, ayuda y comprensión de las figuras parentales, así como una respuesta ajustada, un comportamiento esperable conforme a la norma, por parte de los niños. En resumidas cuentas una evitación del posible conflicto. En nuestra investigación los pacientes hablan sobre sucesos reales, conflictivos, en el transcurso de un tratamiento psicoterapéutico.

Luborsky y col. (Luborsky, Luborsky, Diguer y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguer, Schmidt y col., 1998) señalan la posibilidad de que la tendencia de los niños hacia un patrón transferencial más positivo que el de los adultos, sea una de las características del desarrollo. Seligman (1991) y Seligman y col. (1988) apuntan en este sentido cuando afirman que los niños son más optimistas que los adultos en sus explicaciones sobre las causas de acontecimientos negativos.

Los resultados de nuestra propia investigación coinciden en parte con estas opiniones. Es cierto que las fuerzas del desarrollo empujan de forma positiva hacia la necesidad de resolver conflictos pero, cuando estos se plantean, el patrón transferencial refleja, como en el caso de los adultos, las tendencias negativas. Sin embargo sí hay diferencias que plantearemos más adelante cuando consideremos los resultados de las respuestas positivas y negativas.

Los resultados señalan también los conflictos centrales que se dan en las relaciones sujeto-objeto y más pormenorizadamente los conflictos intrasujeto, como se ha mostrado en el análisis individualizado de cada paciente (Capítulo 8).

Hay que señalar por último que el deseo de "ser amado y entendido" aparece como el deseo más frecuente o el segundo en frecuencia en todas las investigaciones citadas incluida la nuestra, tanto en niños como en adultos, sean sujetos sanos o en tratamiento.

TABLA 9.1
INVESTIGACIONES CON EL CCRT

CATEGORIAS	PRESENTE ESTUDIO	LUBORSKY Y COL. 1995		LUBORSKY Y COL. 1990	POPP Y COL. 1998
	%	%		%	%
		3 a	5 a.		
Deseos					
Ser amado	25	27	41'6	36	38
Sentirme bien	21'42	41	33'3		
Aceptar y estar cerca				39	
Ser distante					31
Respuestas del objeto					
Se oponen	46'42			42'42	69
Trastornan	21'42				23
Controlan	17'85			36	
Ayudan		41	44'4		
Entienden		44	44'4		
Respuestas del sujeto					
Desamparado	39'28				
Decepcionado	28'57			45	23
Asustado	10'71				62
Autocontrol		38	27'7		
Ayudo		19	44		
Cerrado				42'42	

Presente Estudio

n=14

11-16 años

Luborsky y Col. 1995

n=18

3 y 5 años

Luborsky y Col. 1990

n=33

Adultos

Popp y Col. 1998

n=13

Adultos

9.2.3. VARIACIONES EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Aunque los resultados obtenidos en la comparación entre varones y mujeres (Tabla 8.2) no ofrecen diferencias significativas, nos parece interesante consignar las variaciones que se producen en la configuración del patrón.

Para los varones estas variaciones se dan principalmente en las respuestas del sujeto. Parece que la RS “asustado y avergonzado” es más frecuente para ellos que para las mujeres, mientras que para estas últimas las variaciones aparecen en los deseos. “Ser controlado y no ser responsable” y “tener éxito y ayudar a los otros” parecen ser más frecuentes para las mujeres. En cuanto a las respuestas del objeto son comunes a ambos.

VARIACIONES EN LOS PATRONES EN FUNCION DEL GENERO		
DESEOS	RESPUESTAS DEL OBJETO	RESPUESTAS DEL SUJETO
Varones		
Ser amado y entendido Sentirme bien y cómodo	Se oponen y están en contra Trastornan, alteran, enfada	Desamparado Asustado y avergonzado
Mujeres		
Ser amado y entendido Ser controlado y no ser responsable Tener éxito y ayudar a los otros	Se oponen y están en contra Trastornan, alteran, enfadan	Desamparado Decepcionado y deprimido

Pensamos que los deseos por parte de las mujeres de ser controladas, tener éxito y ayudar a otros, podrían responder a una actitud de pasividad, dentro de la línea que Freud (1905) plantea de activo-pasivo, masculino-femenino, derivando hacia una conflictiva edípica más compleja y difícil de resolver que en los varones (Bleichmar, 1997). En los varones se aprecia que su respuesta de temor y vergüenza podría responder no sólo a un sentimiento

interno, sino que estaría relacionado con la imagen que se da ante los demás, cuando se falla en el cumplimiento de un modelo socialmente determinado. Es decir, que en las mujeres el deseo de ser amadas y sentirse bien parece que se acompaña del control, el éxito y la ayuda al otro, mientras que en los varones ser amados es suficiente para sentirse bien.

Ante las mismas respuestas del objeto, que contradicen sus deseos, las mujeres se sienten desamparadas y deprimidas y los varones se sienten desamparados y avergonzados, es posible que ante su sentimiento de desamparo. Aunque ambas respuestas responden a una conflictiva narcisista, en el caso de las mujeres apunta a un sentimiento de ausencia de la fuente de afecto y en los varones además a un sentimiento de impotencia (Faure-Oppenheimer, 1986).

Las investigaciones antes mencionadas (Luborsky, Luborsky, Diguier y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col., 1998) ofrecen más similitudes que diferencias en cuanto al género. Aunque los investigadores señalan que el tamaño de la muestra (11 niñas y 7 niños) no podía ofrecer diferencias significativas. A pesar de estas observaciones encontraron que el deseo de "ser amado y entendido" era más frecuente para las niñas, y el de "sentirme bien y cómodo" más frecuente para los niños, mientras que las diferencias en las respuestas del objeto y del sujeto fueron pequeñas. Los autores plantean que estas variaciones pueden involucrar diferencias en las características entre mujeres y hombres en cuanto a las relaciones con los otros.

Las investigaciones sobre el desarrollo de hombres y mujeres en nuestra cultura señala los tres años como el comienzo de los grupos de juegos separados por sexos, con la emergencia de la identidad de género (Maccoby y Jacklin, 1974). Sobre esta edad los varones comienzan a jugar juntos en grupos extensos y las mujeres en grupos más pequeños, frecuentemente en diadas que se cierran a la intrusión de los otros (Lever, 1976).

Thorne y Michaelieu (1996) señalan interesantes diferencias entre varones y mujeres. Por ejemplo la autoestima parece estar asociada con

diferentes orientaciones sociales para unos y otras. Los varones con alta autoestima tienden a estar preocupados por superar a los otros, mientras que las mujeres con alta autoestima se preocupan por conectar afectivamente con los otros.

En otra investigación Josephs y col. (1992) encontraron que la autoestima de los varones estaba vinculada a un proceso de individuación en el que se destacaban los logros individuales, mientras que en las mujeres se vinculaba a un proceso donde las conexiones y vínculos con los otros era lo más valorado. En otro estudio de Block y Robins (1993) con adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres con alta autoestima se describían como más cálidas, gregarias, generosas y con tendencia a ayudar a los otros que sus compañeros varones.

El auto concepto de sí mismo de los varones y las mujeres parece divergir parcialmente como resultado de diferentes patrones de interacción y experiencias de socialización. En la mayoría de las culturas occidentales esta diferencia comienza bastante pronto, alrededor de los 2 o 3 años. Las actividades de juego de los niños enfatizan la competencia y el dominio sobre los demás, mientras que las actividades de juego de las chicas enfatizan el acercamiento y la sensibilidad social (Block, 1983; Leaper, 1994; Lever, 1976).

A pesar de todas estas investigaciones, en base a nuestros resultados coincidimos con Luborsky en que hay más similitudes que diferencias entre niños y niñas, ya que el tamaño de la muestra (5 varones y 9 mujeres) no puede ofrecer diferencias significativas, aunque sí aparecen variaciones que plantean la necesidad de investigar en esta línea para corroborar posibles diferencias.

9.2.4. VARIACIONES EN FUNCIÓN DE LA EDAD

De forma parecida a lo que ocurría con el género los resultados obtenidos en la comparación entre púberes y adolescentes no ofrecen

diferencias significativas (Tabla 8.3). Sin embargo las variaciones en la configuración del patrón abren líneas de investigación interesantes. Para los púberes estas variaciones se dan en primer lugar en los deseos. El deseo "ser controlado y no ser responsable" parece más frecuente en este grupo de edad que en los adolescentes. Se encuentran también variaciones en las RS, "asustado y avergonzado" parece más frecuente para los púberes que para los adolescentes. En cuanto a las RO son comunes a ambos.

En el grupo de adolescentes las frecuencias más altas en las tres categorías coinciden con los resultados de toda la muestra. Es posible que esta coincidencia sea debida al mayor número de adolescentes, más del doble que púberes, y por lo tanto que los resultados totales inclinen más la balanza hacia el patrón adolescente.

VARIACIONES EN LOS PATRONES EN FUNCION DE LA EDAD		
DESEOS	RESPUESTAS DEL OBJETO	RESPUESTAS DEL SUJETO
Púberes		
Ser controlado y no ser responsable	Se oponen y están en contra	Desamparado
Ser amado y entendido	Trastornan, alteran, enfadan	Asustado y avergonzado
Adolescentes		
Ser amado y entendido	Se oponen y están en contra	Desamparado
Sentirme bien y cómodo	Trastornan, alteran, enfadan	Decepcionado y deprimido

Por tanto las diferencias en base a la variable edad, se dan sobre todo en los púberes. El deseo de ser controlado y la respuesta del sujeto de sentirse avergonzado son las más distintivas de este grupo de edad.

Parece que en la pubertad habría una necesidad mayor de ser controlado porque es el momento en que se empieza a sentir el empuje de las pulsiones, las primeras señales del cambio adolescente y por lo tanto la inseguridad frente al propio control es menor. La respuesta de vergüenza es

acorde con los sentimientos frente a la naciente sexualidad, el acercamiento hacia el otro sexo, que frecuentemente se vive como un rechazo, y frente a los propios cambios corporales. Características que producen inseguridad ante la propia conducta, ya que los patrones de la infancia se muestran inadecuados, pero todavía no se han podido sustituir por otros nuevos y más maduros (Aberastury, 1969).

9.2.5. VARIACIONES EN FUNCIÓN DEL GÉNERO Y LA EDAD

En la distribución de frecuencias según sexo y edad de los deseos, las respuestas del objeto y del sujeto volvemos a observar un fenómeno parecido (Tablas 8.4, 8.5 y 8.6). No hay diferencias significativas, pero las variaciones en la configuración del patrón plantean interrogantes para futuros estudios.

El deseo más frecuente en la muestra total "ser amado y entendido" se da con mayor frecuencia en los varones adolescentes y en las mujeres púberes. El segundo deseo "sentirme bien y cómodo" es más frecuente en los varones y entre ellos en los púberes. El tercero "ser controlado y no ser responsable" es más frecuente en las mujeres y entre ellas en las púberes, pero en el grupo de los varones aparece sólo en los púberes. Finalmente el cuarto "tener éxito y ayudar a los otros" también es más frecuente en las mujeres y entre ellas en las adolescentes, con la peculiaridad de que no se da en ningún varón.

Según estas variaciones los varones púberes desearían sentirse bien y cómodos y ser controlados, mientras que en la adolescencia desean ser amados y entendidos y sentirse bien. Las mujeres púberes por su parte desearían ser amadas y entendidas y ser controladas y las adolescentes tener éxito y ayudar a los otros, ser amadas y ser controladas.

Nuestros resultados son parecidos a los encontrados por Luborsky y colaboradores con niños (Luborsky, Luborsky, Diguer y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguer, Schmidt y col., 1998). En esta investigación encontraron

que el deseo de "ser amado y entendido" era más frecuente a la edad de 3 años en las niñas (36%) que en los niños (14%), pero prácticamente se igualaba a la edad de 5 años: 36% en los niños y 45% en las niñas. Mientras que las niñas mostraban un descenso, en comparación con los niños, en el deseo de "sentirme bien y cómodo", tanto a los 3 como a los 5 años.

En nuestro estudio, como hemos visto, el deseo de "ser controlado y no ser responsable" es más frecuente en las mujeres, principalmente en la pubertad, mientras que los varones sólo lo presentan en la pubertad. Estas variaciones son acordes con las diferencias que hemos comentado anteriormente, de forma independiente, en función del género y la edad.

Parece claro que la pubertad es un periodo de cambio en el que, tanto los varones como las mujeres, necesitan un control externo que les sirva de contención ante el empuje de las pulsiones. Este control les reasegura frente al temor de desbordamiento y ante la labilidad de los mecanismos de defensa, pero también parece que las mujeres siguen teniendo este deseo en la adolescencia, aunque con menor frecuencia que en la pubertad. Por tanto dicha tendencia podría ser una característica femenina relacionada con las dificultades de la resolución del Edipo en las mujeres (Freud, 1905).

"Tener éxito y ayudar a los otros" es un deseo que aparece únicamente en las mujeres y como deseo principal, aunque con mayor frecuencia en la adolescencia. Thorne (1995) encontró que el deseo de ser ayudado decrecía significativamente con la edad y que este descenso era más rápido para los varones después de la primera infancia, mientras que para las mujeres subía ligeramente con la edad. Señala asimismo que los varones relataban episodios donde deseaban la ayuda de los padres en la primera infancia, mientras que las mujeres mostraban una mayor frecuencia del deseo de ayudar y tener amigos.

El deseo de ayudar a los otros, para las mujeres, podría suponer una capacidad mayor de identificación con las necesidades del objeto y una asunción de las mismas como propias. En el grupo de los varones la característica principal es quizá la polarización de los deseos en torno a tres

ejes: ser amado, sentirse bien y ser controlado. En la pubertad los dos deseos asociados son: ser controlado y sentirse bien y en la adolescencia ser amado y sentirse bien. En este sentido la posición activa para los varones apuntaría al distanciamiento y para las mujeres al acercamiento.

Otros autores (Gilligan, 1982; Faure-Oppenheimer, 1986) apuntan también posibles diferencias de género en la relación con los otros, en el sentido de que las mujeres serían más sensibles que los hombres a las necesidades del objeto, mientras que los hombres valoran al objeto en la medida que puede cumplir sus necesidades de afecto.

En la categoría de las RO observamos las siguientes diferencias. La respuesta más frecuente en la muestra total "se oponen y están en contra" es también más frecuente para las mujeres, tanto en la pubertad como en la adolescencia, mientras que en los varones sólo aparece en la adolescencia. La segunda "trastornan, alteran, enfadan" y la tercera "controlan" son más frecuentes para los varones principalmente en la pubertad, mientras que en las mujeres se dan con una frecuencia menor tanto en la pubertad como en la adolescencia.

Estas diferencias podrían indicar la mayor sensibilidad de las mujeres en percibir la oposición del objeto a sus deseos, tanto en la pubertad como en la adolescencia, mientras que en los hombres esta percepción aparece más tardíamente en la adolescencia. Por otra parte parecen más sensibles a los sentimientos que se producen en ellos frente a la no consecución del deseo.

En la categoría de las RS observamos las siguientes diferencias. Para los varones púberes las dos respuestas más frecuentes son "desamparado" y "asustado y avergonzado", mientras que en la adolescencia hay una distribución más uniforme entre el desamparo, la decepción y la vergüenza. En el grupo de las mujeres, las púberes tienen una distribución parecida a la de los varones adolescentes, mientras que en la adolescencia prima sobre todo la decepción y el desamparo.

Podría ser que en los varones el sentimiento de impotencia ante la no consecución del deseo provoca desamparo, temor y vergüenza, mientras que

para las mujeres la misma situación provoca desamparo y decepción. La madurez evolutiva se caracteriza tal vez para las mujeres por una capacidad mayor para incorporar mediante la identificación con el objeto los sentimientos de soledad, mientras que para los varones pesa más la discriminación y valoración del objeto hacia sí mismo. Las mujeres tienden más a confundirse con el objeto y los varones a discriminarse.

Estos resultados se pueden entender desde el punto de vista de la estructuración dinámica que supone el tránsito por la pubertad y adolescencia, que supone una reestructuración profunda del sujeto y sus deseos (Freud, 1905). El proceso se desarrolla mediante mecanismos de defensa como la escisión, la proyección, la negación, etc. El objeto parece ser, en esta dinámica, una entidad privilegiada de depositaciones, de proyecciones de fuertes conflictos internos, el receptáculo de los aspectos negativos que no cambian. Representando el sujeto, mediante un mecanismo de escisión, los cambios dinámicos en cuanto al desarrollo libidinal y al logro de una identidad como sujeto independiente y sexuado. El empuje de las fuerzas del desarrollo priman en esta etapa de forma imperiosa, como una transición al sujeto maduro (Dolto, 1973).

9.2.6. LAS TENDENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

Los resultados del análisis de las respuestas positivas y negativas con toda la muestra (Tabla 8.11) señalan que, en términos generales, el patrón de relación es más negativo que positivo. El hecho de que la emoción dominante sea negativa nos indica que los pacientes sienten y valoran que sus deseos son frustrados.

Comparando nuestros resultados con la investigación con niños mencionada anteriormente (Luborsky, Luborsky, Diguer y col., 1995; Luborsky, Luborsky, Diguer, Schmidt y col., 1998) se observan importantes diferencias. En su estudio encontraron unos porcentajes de RPO de 71% y del sujeto de 77%, mientras que las RNO fueron 29% y las del sujeto 23% (Tabla 9.2), es

decir el patrón se caracterizaba por ser fundamentalmente positivo, al contrario que en nuestra investigación.

Las razones para estas diferencias ya han sido comentadas en parte con anterioridad, pero aquí queremos hacer hincapié en que la diferencia fundamental es que la muestra de niños estaba extraída de una población sana y no estaban sometidos a tratamiento, por lo tanto es de suponer que no presentaban conflictos significativos. De hecho otras investigaciones con sujetos adultos, que tampoco seguían tratamiento psicoterapéutico, obtienen en general un porcentaje alto de respuestas positivas. Cierpka y col. (1992) obtienen 35% de RPS, Dahlbender (1992) 38% de RPO y 47% de RPS (Tabla 9.2).

Lo que se puede observar en esta serie de investigaciones con sujetos sanos, adultos y niños, es que los niños tienen un patrón más positivo que los adultos. El patrón de los niños y adolescentes sanos es más positivo que los niños sometidos a tratamiento y más positivo que el de los adultos sanos. Brin, Grenyer y Luborsky (1998) señalan las mismas características en los patrones de relación de los niños en comparación con los adultos. Thorne (1995) señala también en su investigación que los recuerdos sobre la temprana infancia y sobre el final de la adolescencia son más positivos que los de años posteriores.

Otras investigaciones realizadas con adultos sometidos a tratamiento (Eckert, Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990) obtienen un 73% y 72% de respuestas negativas y un 19% y 21% de positivas respectivamente. Por su parte Popp, Diguier, Luborsky, Faude y col. (1998) obtienen 76% en las RNO y 79% en las del sujeto (Tabla 9.2). Estos resultados se acercan más a los de nuestra investigación, es decir, obtienen porcentajes más altos en las respuestas negativas y menores en las positivas.

Ahora bien, comparando más detalladamente la anterior investigación de Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990) con nuestro estudio, se puede observar diferencias importantes. Luborsky y col. señalan una frecuencia de RNO más alta que en nuestro estudio (77%), siendo esta

diferencia significativa al $p=0.01$ (corrección de Yates). También obtienen una frecuencia mayor en las RNS (84%) y de nuevo esta diferencia es significativa al $p=0.00001$ (corrección de Yates). En las respuestas positivas las del objeto obtienen una frecuencia similar a la nuestra (14%) y las del sujeto una frecuencia menor (11%), siendo de nuevo esta diferencia significativa al $p=0.00001$ (corrección de Yates) (Tabla 9.2).

Es decir que los niños y adolescentes tienen menos respuestas negativas y más respuestas positivas que los adultos, aunque en ambos casos sean sujetos sometidos a tratamiento. En otras palabras el patrón de relación de los niños y adolescentes sometidos a tratamiento es más negativo que el de los niños sanos, pero es menos negativo que el de los adultos en tratamiento. Las mismas características son señaladas por Brin, Grenyer y Luborsky (1998).

Por tanto la afirmación de que los niños en general son más positivos que los adultos es cierta pero con matizaciones. Sí parecen en general más positivos, pero en muestras de sujetos sometidos a tratamiento los porcentajes de las respuestas positivas disminuyen y los de las negativas aumentan, aunque no tanto como en los adultos.

Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990) se preguntan, si estos resultados negativos son esperables de pacientes que están en psicoterapia o bien tiene que ver con que las experiencias negativas son más recordadas, debido a que son difíciles de manejar. En este sentido recordarlas y contarlas estaría al servicio de poderlas manejar mejor, tal como plantean White (1952) y Loevinger (1976).

En consonancia con dicha línea de pensamiento también tendríamos que plantear una importante diferencia con respecto a los niños y adolescentes. Se trata de su dificultad para recordar las experiencias negativas. En general las dificultades para la introspección y la fuerte activación de los mecanismos de negación y proyección en las edades de referencia son circunstancias que empujan a los niños a no recordar y no hablar de sus experiencias negativas, así como a valorar de forma más

negativa al objeto y más positivas las actuaciones propias.

TABLA 9.2**RESPUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS****DIVERSAS INVESTIGACIONES**

RESP.	PRESENTE ESTUDIO	LUBORSKY Y COL. 1990	DAHLBENDE R 1992	LUBORSKY Y COL. 1995	POPP Y COL. 1998	CIERPKA Y COL. 1992
	%	%	%	%	%	%
RNO	60'86	77 *	57	29	76	
RNS	59'42	84 **	48	23	79	43
RPO	20'28	14	38	71		
RPS	30'43	11 ***	47	77		35

* $p=0'01$ ** $p=0'00001$ *** $p=0'00001$

Presente Estudio

n=18

11-16 años

Luborsky y col. 1990

n=33

Adultos

Dahlbender 1992

n=36

Adultos

Luborsky y Col. 1995

n=18

5 años

Popp y col. 1998

n=13

Adultos

Cierpka y col. 1992

n=30

Adultos

En los resultados de la comparación entre ERs con adultos y los que se dan con los iguales el patrón de relación vuelve a ser más negativo que positivo (Tabla 8.12). Los resultados señalan que las respuestas negativas con los iguales son un poco más frecuentes que las que se dan con adultos, sobre todo las RNO, mientras que las positivas son prácticamente iguales. Los datos podrían indicar ciertas diferencias en las relaciones entre iguales en comparación con los adultos que sería necesario investigar más.

Tal como plantea Vanni (1990) el eje de la relación entre iguales es el de la identidad, el sí mismo, es decir el otro como alter ego. El modelo de relación no es el mismo que con el adulto, donde prima el ajuste a la norma y la identificación, sino la confrontación con un otro semejante. Los valores que priman en las relaciones con los iguales parecen ser la competencia y la fuerza hasta poder llegar a la colaboración, en resumidas cuentas el proceso de socialización fuera del círculo familiar.

La dependencia real que todavía se produce de las figuras adultas, que son las que en situaciones difíciles o problemáticas otorgan los cuidados, es una poderosa fuerza que podría producir un patrón en general menos negativo, ya que al fin y al cabo todavía son necesarios como fuentes de alimentación narcisista. En la relación horizontal con los iguales el lugar del poder es siempre cuestión a resolver en cada contexto, es decir que siempre está cuestionado, en cada situación hay que demostrar el valor y el poder del propio deseo frente al otro. La dinámica que está en juego es la de sometedor-sometido, sujeto-objeto (Vanni, 1990).

En la última comparación entre ERs con adultos en general y con el terapeuta el patrón de relación vuelve a ser más negativo que positivo (Tabla 8.13). Los resultados señalan que las respuestas negativas y positivas del sujeto son algo más frecuentes con el terapeuta y las positivas del objeto menos. Dichos resultados podrían indicar un grado de ambivalencia importante, desde la primera entrevista, con el terapeuta, aunque serían necesarios más estudios para confirmar con toda seguridad estos datos.

El patrón parece que tiene una dimensión algo más negativa y algo más positiva, sobre todo en el eje del sujeto, que con el resto de los adultos significativos del contexto de los pacientes. Lo que nos indicaría una confrontación con la figura del terapeuta, desde el inicio del tratamiento.

Comparando nuestros resultados con la investigación de Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990), realizada con adultos en tratamiento, se obtienen algunas diferencias significativas. En las RNO, los porcentajes con el terapeuta (55'8%) y con los otros (81'5%) son similares a los de nuestro estudio. Tampoco hay diferencia en las RNS con el terapeuta (61'5%). Pero las RNS con los otros (88'5%) son mucho más frecuentes que en nuestro estudio, siendo esta diferencia significativa al $p=0'0000001$ (corrección de Yates) (Tabla 9.3).

En las RPO los porcentajes con el terapeuta (14'4%) y con los otros (11'5%) son prácticamente los mismos que los nuestros. Sin embargo las RPS con los otros (13'4%) son menos frecuentes, siendo esta diferencia significativa al $p=0'0003$ (corrección de Yates). Por último las respuestas positivas con el terapeuta son también menos frecuentes (10'7%), existiendo una tendencia a la significación con un $p=0'05$ (test de Fisher) (Tabla 9.3).

Parece por lo tanto que, en los adultos, el patrón de relación con el terapeuta es menos negativo que con los otros en general, siendo las respuestas positivas prácticamente iguales. Los niños y adolescentes por su parte tienen un patrón de corte negativo tanto con el terapeuta como con los otros, pero presentan menos RNS con los otros y más RPS con los otros y con el terapeuta, que los adultos.

Teniendo en cuenta que los datos están extraídos de la primera sesión de tratamiento, parecería que los niños polarizan el conflicto en la relación con el terapeuta más rápidamente que los adultos y disminuyen el conflicto con el contexto exterior. En el estudio con adultos antes citado los investigadores plantean que puede ser muy difícil hablar algo negativo, de alguien que está

presente y mucho más fácil sobre alguien ausente. Freud (1912) se inclinaba más por esta última posibilidad cuando afirma que es duro hablar de los aspectos negativos de la transferencia cuando involucran al terapeuta que está presente.

En este punto tenemos que hacer una discriminación en base a los sujetos de nuestra investigación. Como el mismo Freud señala los aspectos negativos de la transferencia están modelados por las relaciones tempranas con las imagos parentales y no es difícil suponer que en el caso de niños y adolescentes, los aspectos transferenciales con los padres están muy activos. El hecho de que desde la primera entrevista surjan elementos transferenciales negativos con respecto al terapeuta señalan una depositaron de aspectos actuales del conflicto con los padres (Tyson, 1978).

La transferencia envuelve sin lugar a dudas las relaciones del triángulo edípico, aunque el tema no es obvio inmediatamente, principalmente porque el material de la investigación corresponde a la primera sesión de psicoterapia. Aunque el hecho de que ya en la primera sesión se produzcan 6 episodios de relación con el terapeuta habla de la importancia del tema edípico en el caso de niños y adolescentes, tema al parecer mucho más activo que en el caso de los adultos, aunque en el resto de narraciones los temas edípicos también se expresan de forma indirecta y es de suponer, como señalan Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990), que se muestren más directamente en las sesiones más avanzadas.

Parece pues que la figura del terapeuta está considerada como un adulto especial, con el que se produce desde la primera entrevista una relación significativa, que nos confirma la existencia de un patrón transferencial específico. El terapeuta sirve como depositario de los conflictos actuales con los padres, conflictos que es de suponer están en toda su vigencia. El hecho de que en la primera entrevista se produzcan ERs con el terapeuta denota la carga libidinal que se establece en la relación con él, carga fundamentalmente ambivalente, aumentan tanto las respuestas positivas como las negativas, principalmente por parte del sujeto.

El terapeuta se encarga además de confrontar al paciente con los aspectos negativos de sí mismo que los niños se esfuerzan por olvidar. Acudir a psicoterapia es ya por sí mismo un duro golpe para la omnipotencia mágica infantil y el terapeuta representa en esta dinámica la ley del superyo todavía labilmente internalizada (Tyson y Tyson, 1986).

El hecho de que, en los tres pares de comparaciones, las respuestas negativas sean mayores que las positivas no predicen resultados. Tal como se ha comprobado en otros estudios (Luborsky y Crits-Christoph, 1988) los resultados pueden ser tanto positivos como negativos. Solamente hay una predicción positiva cuando la relación transferencial en su inicio es positiva. A pesar de todas las diferencias comentadas el patrón transferencial es fundamentalmente el mismo. Como señala Luborsky (1997) la consistencia del patrón está de acuerdo con la observación de Freud (1912, 1912a) de que la transferencia tiende a ser general con diferentes tipos de sujetos.

Aunque en nuestra investigación las comparaciones se han apoyado solamente en los análisis de las respuestas positivas y negativas con adultos, iguales y terapeuta, están en la misma línea que otras investigaciones (Fried, Crits-Christoph y Luborsky, 1990, 1992) donde se han comparado por separado los CCRTs del terapeuta y los de otras personas y que confirman por un lado la generalidad del patrón y por otro las diferencias entre sujetos.

Tal como se señala en estas investigaciones también en nuestro estudio los ERs que el paciente cuenta sobre su relación con el terapeuta son menos numerosos que los que se refieren a otras personas, representan sólo un 9%, algo menos que en los estudios citados que utilizaban varias sesiones del principio y del final del tratamiento. Esta pequeña diferencia se debe a que están extraídos de la primera sesión de tratamiento, cuando el terapeuta es todavía una figura desconocida por el paciente. Es lógico esperar que en las sesiones correspondientes al final de la psicoterapia el número sea mayor.

Tal como señalan Fried, Crits-Christoph y Luborsky (1992), es difícil hablar sobre el terapeuta con el propio terapeuta, los pacientes tienden más a actuar la transferencia que a hablar acerca de la relación. Con mayor razón en nuestra investigación donde los pacientes no son adultos, sino púberes y adolescentes. Esta dificultad señala la necesidad de utilizar otros soportes visuales, como las cintas de vídeo, donde se puedan obtener datos no verbales sobre la actitud corporal, que en los niños y adolescentes son centrales y que recogen mejor las actuaciones que las verbalizaciones (Escudero, 1998a). Aunque en el estudio de Luborsky y col. (Luborsky, Luborsky, Diguer y col, 1995; Luborsky, Luborsky, Diguer, Schmidt y col., 1998) con niños utilizaron videos, sólo se usó la transcripción verbal de las narraciones.

TABLA 9.3**RESPUESTAS POSITIVAS Y NEGATIVAS****COMPARACION ENTRE OTRAS PERSONAS Y TERAPEUTA****DIVERSAS INVESTIGACIONES**

RESPUESTAS	PRESENTE ESTUDIO	LUBORSKY Y COL. 1990
RNO		
Otros	72'72	81'5
Terapeuta	66'66	55'8
RNS		
Otros	54'54	88'5 *
Terapeuta	66'66	61'5
RPO		
Otros	22'72	14'4
Terapeuta	0	11'5
RPS		
Otros	29'54	13'4 **
Terapeuta	50	10'7 ***

* $p=0'0000001$ ** $p=0'0003$ *** $p=0'05$

Presente Estudio

n=18

11-16 años

Luborsky y col. 1990

n=33

Adultos

9.2.7. LA INESTABILIDAD DE LA VALORACIÓN

A diferencia de los adultos los púberes y adolescentes no poseen todavía un juicio de realidad y una incorporación ética estable dado que se encuentran en plena reelaboración edípica. El hecho se aprecia claramente en todas las comparaciones realizadas con las valoraciones positivas y negativas de las tres combinaciones RO-RS.

En las Tablas 8.14 y 8.15 vemos los resultados en las diferencias de la valoración de la RO "me ofenden" y la RS "hiero a los otros". Lo que nos parece más significativo es que la RO "me ofenden" siempre está valorada de forma negativa, mientras que la RS "hiero a los otros" se puede valorar tanto de forma positiva como negativa. Algo parecido se produce con la RO "contradican" y la RS "me opongo" (Tablas 8.16 y 8.17), "contradican" se valora siempre de forma negativa, mientras que "me opongo" se valora mayoritariamente como positiva. Es decir, que es el contexto el que marca la valoración para el sujeto, mientras que para el objeto siempre depende del sujeto y de lo que éste espera del objeto y no del contexto de la situación general. Depende pues de la fantasía de base y del deseo que el sujeto persigue del objeto. Este supuesto no es susceptible de concebirse de forma inversa, por lo tanto, como sostiene Blos (1967), los púberes y adolescentes muestran aquí sus dificultades para situar al objeto como sujeto e identificarse con él.

La carga del conflicto hace que se valore positivamente el contradecir al objeto como forma de reafirmarse a sí mismo. Será el contexto el que introduzca variaciones para el sujeto pero no para el objeto. Que éste se oponga a los deseos del sujeto siempre se califica de negativo. El principio del placer todavía tiene mucha fuerza y distorsiona la valoración independiente de las posiciones sujeto-objeto.

En este par de combinaciones las respuestas se dan sobre todo en mujeres (púberes y adolescentes), pero los datos no son significativos, por lo

que serían necesarios más estudios para comprobar posibles diferencias en género y edad.

En la última combinación lo que parece más significativo es la polarización de los resultados, la RO “controlan” siempre se valora de forma negativa y la RS “controlado” como positiva.

Teniendo en cuenta que los sujetos son púberes (varones y mujeres) podemos considerarlos en consonancia con la mayor frecuencia en éstos del deseo de ser controlado. Aunque serían necesarios más estudios para confirmar dicha tendencia.

El control parece una problemática típica de la pubertad, tanto en su dimensión de necesidad como de rechazo. Hay una fuerte carga de ambivalencia, ya que el púber, debido a su vivencia de descontrol, al sentir el fuerte empuje de las pulsiones necesita todavía de cierto control y estabilidad externas, pero lo rechaza al mismo tiempo, porque le colocan en una situación pasiva que lo retrotrae a la infancia que está terminándose. Tal dinámica hace que deposite en el objeto este deseo y tienda a colocarse en situación activa, intentando a su vez controlar al objeto como algo positivo. Todavía le supone una gran dificultad internalizar el control para sí mismo (Blos, 1967).

Por tanto en base a los resultados parece que los púberes y adolescentes tienen dificultades para valorar de forma objetiva, las respuestas que dan y reciben, máxime cuando se producen en una situación de conflicto. En tal situación el principio del placer y los mecanismos de negación y proyección hacen que la valoración negativa sea sobre todo para las respuestas del objeto.

En esta línea apunta el estudio de Luborsky, Luborsky, Diguier y col. (1995) y Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt y col. (1998) cuando señalan las diferencias encontradas, en los sujetos, en la tarea de cumplimentar las historias. Los resultados demostraron que en dos de las historias que suponían un conflicto mayor, presentaban situaciones de exclusión y reencuentro, los niños cambiaban la historia, es decir, cuando la historia no era como ellos deseaban la modificaban en función de su deseo.

Las dificultades para mantener la imparcialidad y la tendencia a valorar de forma positiva las respuestas que se dan y como negativas las que se reciben, a pesar de que consideradas objetivamente sean equivalentes, es una diferencia importante con respecto a los adultos que hay que tener en cuenta a la hora de aplicar y valorar el CCRT.

Estas características abren una interesante línea de investigación. Se podrían valorar más ERs con respuestas equivalentes S-O para ver las posibles diferencias en función del género y la edad, así como analizar diferentes episodios con adultos e iguales para comprobar el tipo de relación que se establece entre púberes y adolescentes y de éstos con los adultos.

9.2.8. LAS RELACIONES SIGNIFICATIVAS

Los resultados del análisis de las diferentes personas en ERs, nos ofrecen el orden de las personas significativas para púberes y adolescentes (Tabla 8.20). Como se puede ver los tres tipos de personas más importantes son la madre, los amigos y compañeros del mismo sexo y la familia en general. Es decir que estos resultados nos confirman dos ejes significativos en las relaciones de los púberes y adolescentes, la familia por un lado y los amigos del mismo sexo por otro. El mundo parental de las primeras imagos, donde se recibe apoyo y ayuda y el mundo externo que posibilita la socialización, donde se aprende a intercambiar y aprender con los iguales. Ambos ejes parecen fundamentales en el desarrollo de la estructuración psíquica (Stern, 1989; Vanni, 1990).

La importancia de la familia, en la constitución del patrón transferencial, se apoya en la observación clínica de Freud (1909, 1915) sobre la importancia de las relaciones tempranas con los padres. Según afirman Tronick (1982) y Stern (1985), la adquisición del patrón se desarrolla a través de la identificación y de la repetición de experiencias en las interacciones con los padres.

Sin embargo en estos dos ejes hay diferencias significativas, en términos generales la madre es la figura más importante dentro del círculo familiar, considerada como la confidente y proveedora de afecto incondicional, mientras que el padre aparece algo más lejano y distante. En el contraste realizado con ambas figuras se puede comprobar que la madre es más importante que el padre para las mujeres, mientras que para los varones ambos son considerados de forma similar.

Las diferencias apoyan el concepto teórico sobre las distintas posiciones edípicas del varón y la mujer. Tal como sostiene Dolto (1973), las mujeres se identifican con la madre en una identidad de género más temprana y primaria que la de los varones, presentando dificultades para su desinvertimiento. Suele suceder que la posterior elección de objeto se realice según el modelo de identificación con la madre, aunque el objeto sea de otro sexo, dificultando así la liquidación del Edipo.

Los varones tienen más facilidad para conservar equidistantes ambas figuras y desprenderse de ellas, mientras que las mujeres quedan más prendidas a sus madres. Los resultados muestran de forma indirecta como decíamos antes los temas edípicos.

En cuanto a los hermanos (tanto del mismo sexo como del sexo opuesto) que están considerados tan importantes como el padre, son indudablemente aliados frente a los padres y rivales en cuanto al amor por ellos, por lo tanto imprescindibles para la confrontación de la rivalidad y la alianza y apoyos importantes para la salida al mundo exterior.

Las diferencias encontradas en la valoración de las distintas figuras familiares, coinciden con el análisis realizado por Crits-Christoph y Demorest (1991), en el que encontraron indicadores de subpatrones específicos para los distintos miembros significativos de la familia. La construcción de cada prototipo, entre los que destacan los correspondientes a la imago del padre, de la madre y en ocasiones los del hermano o hermana, depende de los recuerdos de las relaciones enlazados a estas figuras significativas.

En el círculo de los iguales ya hemos visto que el primer lugar lo ocupan los amigos y compañeros del mismo sexo, mucho más importantes que los adultos en general. Los resultados nos confirman la importancia que los alter ego tienen en el desarrollo de los púberes y adolescentes. Son las figuras sustitutivas de las imagos parentales y hermanos, confidentes y compañeros, aliados contra el poder familiar y de los adultos. Los amigos y compañeros del sexo opuesto y los amigos en general (ambos sexos juntos) son menos importantes. Esto está también en consonancia con lo que conocemos desde la teoría.

Tal como plantean algunos autores (Stern, 1989, Brown y Gilligan 1992) que los amigos sean del mismo sexo facilita la identificación y la colaboración, mientras que en estas edades el sexo opuesto todavía es fuente de peligros y amenazas, ya que provocan sensaciones extrañas y desconocidas, con las que los adolescentes se sienten raros, excitados y con malestar. Todavía necesitan un espacio de espera ante la elección de objeto. Frecuentemente las relaciones entre sexos a estas edades se caracterizan por la oposición, la agresión o el desprecio, en el más claro exponente del estereotipo.

Nuestros resultados coinciden con la investigación realizada por Thorne y Michaelieu (1996) con adolescentes, en la que señalan que la alta autoestima está asociada con las relaciones establecidas en encuentros con compañeros del mismo sexo. Es decir que las relaciones con los pares del mismo sexo pueden reflejar una posición central en el desarrollo del concepto de identidad (Sullivan, 1953). Los grupos de pares del mismo sexo son el contexto normativo del desarrollo social en la infancia y la adolescencia, constituyendo un grupo de referencia primario para el desarrollo del sentido del yo en los adolescentes en relación con los otros (Maccoby, 1990; Thorne y Luria, 1986).

En este mismo estudio encontraron además que la mayoría de los recuerdos sobre relaciones con amigos sucedieron en la adolescencia, mientras que los recuerdos con los padres se dieron en la infancia. Lo cual

coincide con nuestros resultados, los padres tienen mayor peso en la infancia y los pares en la adolescencia.

El comienzo de la adolescencia está asociado con el incremento del interés para establecer recíprocas y duraderas conexiones con los pares (Berndt, 1982). Este interés por las relaciones más igualitarias está conectado con la necesidad de amistad e intimidad con amigos y compañeros (Sullivan, 1953; Erikson, 1959; McAdams, 1980). El cambio desde la dependencia de la infancia a la intimidad en la adolescencia tiene que ver con el cambio del grupo primario, es decir de la familia.

Nos parece también muy interesante que la segunda figura en importancia sea el terapeuta. Como hemos dicho con anterioridad parece una figura adulta muy importante y valorada de forma ambivalente, lo que de nuevo confirma la relación transferencial. Además se le considera más importante que los adultos en general maestros, médicos, vecinos, etc.

La comparación con otras investigaciones (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990; 1998) ofrece más diferencias que similitudes, debido a que los sujetos de la muestra son adultos y por lo tanto las figuras significativas son diferentes. Sin embargo entre las similitudes encontramos que la familia sigue siendo la figura más significativa para un 85% de sujetos. En este estudio no se diferencia entre figuras dentro de la familia al dar por supuesto que la relación es similar con todas ellas. El segundo lugar en importancia, igual que en nuestra investigación, lo ocupa el terapeuta para un 76% de los pacientes.

Entre las diferencias encontramos que, para los adultos, el tercer lugar en importancia lo ocupan las relaciones de pareja (73%), los amigos del mismo sexo el quinto (30%) y los del sexo opuesto el último (15%). Parece que las relaciones de pareja han sustituido para los adultos a las relaciones con los amigos. Siendo por tanto las relaciones más importantes fuera del ámbito familiar.

En cuanto a los animales y fantasías (Tabla 8.21) vemos que son tan importantes como los amigos y compañeros del sexo opuesto, los amigos en general y los hermanos del mismo sexo. Se dan en el 50% de los sujetos

púberes (varón y mujer). Los resultados parecen apoyar el punto de vista teórico que sostiene la importancia que los animales y las fantasías tienen para los púberes principalmente.

Los animales son sustitutos frecuentes de hermanos y amigos y acompañantes fieles, que no traicionan. Fácilmente depositarios de los aspectos tanto positivos como negativos del sujeto infantil, aparecen en los cuentos ocupando claramente el lugar de aliados mágicos, alter ego del protagonista de la narración. Ellos otorgan y asumen, en el mundo mágico de la infancia, los aspectos más negados del yo y del objeto.

Las fantasías son elaboraciones que demuestran su vigencia todavía en la pubertad como alternativa al mundo real que parece confuso y peligroso. Representan la supervivencia de la omnipotencia mágica y sirven a la confrontación principio de realidad-principio del placer que se está reelaborando en esta etapa.

Los púberes todavía conservan una cierta labilidad en la discriminación fantasía-realidad realidad-vigilia, que tiñe las relaciones con adultos e iguales. Sin embargo serían necesarios más datos de sujetos púberes a lo largo de un proceso psicoterapéutico para ver los cambios en estos dos componentes.

En nuestra opinión hay que considerar la importancia de animales y fantasías, así como de los sueños en los púberes y adolescentes, al aplicar y valorar el CCRT. Luborsky (1990) señala que animales y fantasías no deben tenerse en cuenta salvo con pacientes borderline y, en referencia a los sueños, dice que son similares a las narraciones de la vigilia y se puede prescindir de ellos, pero consideramos que estas afirmaciones son válidas fundamentalmente para adultos.

9.2.9. LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Los síntomas somáticos alcanzan una frecuencia suficiente como para considerar su importancia. La frecuencia global de los tres tipos de síntomas

(Tabla 8.22) es la misma que la segunda respuesta más frecuente del sujeto en el análisis de frecuencias (Tabla 8.1). El más frecuente es el trastorno del sueño, que se da en dos sujetos (varón y mujer), seguido por cefalea y síncope, que se da en dos sujetos, ambas mujeres.

Hay que consignar que en todos los casos los síntomas están considerados como respuestas negativas del sujeto. Lo cual indica la conciencia de malestar y vivencia de poseer algo defectuoso, en algunos casos acompañado de discretos síntomas hipocondríacos, que tiene el sujeto. Los resultados indican una frecuencia algo mayor para las mujeres, aunque las diferencias no son significativas.

Por tanto nos parece importante consignar la importancia de los síntomas somáticos como medio de expresión simbólica de conflictos en la pubertad y la adolescencia, así como la necesidad de más investigaciones que amplíen los resultados, en la línea de qué tipos de síntomas son los más frecuentes y las posibles diferencias entre varones y mujeres.

Esta necesidad plantea al mismo tiempo un problema metodológico, ya que los síntomas somáticos no están incluidos en las Categorías Estándar Agrupadas del CCRT, por lo que se incrementa la dificultad de realizar análisis globales con los resultados de las muestras (Escudero, 1998).

9.2.10. EL CONFLICTO EDÍPICO

Los resultados del análisis del deseo edípico "competir por el afecto de otro" (Tabla 8.23) indican que se da en dos pacientes, ambas mujeres (púber y adolescente). Su frecuencia es similar al tercer y cuarto deseos en el análisis de frecuencias (Tabla 8.1). Parece, por lo tanto, que presenta una frecuencia suficiente como para considerar su importancia, en el caso de púberes y adolescentes.

Sin embargo hay que tener en cuenta que el deseo edípico supone una conflictiva compleja que no se desenvuelve fácilmente. Con toda probabilidad

serían necesarias más sesiones de tratamiento para que la transferencia más fuertemente establecida, favorezca la explicitación de esta serie de conflictos.

El hecho de que la frecuencia sea algo mayor en las mujeres apoyaría la postura teórica de la dificultad que presentan, en la liquidación del Edipo, frente a los varones. Son una púber y una adolescente y como se puede apreciar sus objetos son diferentes. En el caso de la púber el objeto son los padres y en la adolescente las amigas. Ésta podría ser una diferencia importante, un paso adelante en el caso de la adolescente que ya ha sustituido los primeros objetos de amor, por las amigas, herederas del complejo parental; parece que la rivalidad edípica se ha modificado por la rivalidad celotípica entre iguales. Mientras que en la púber aún no se ha realizado el cambio.

Sin embargo son necesarios más estudios ya que las diferencias no son significativas. Los resultados indican posibles vías de investigación en cuanto a la importancia del conflicto edípico y las diferencias entre varones y mujeres, púberes y adolescentes. Sería también interesante comparar resultados con muestras de adultos, para estudiar las diferencias en la resolución edípica.

Lo cual nos hace reconsiderar la importancia de este deseo, que no está incluido en las Categorías Estándar Agrupadas del CCRT, aunque Luborsky (1990) indica que se podría incluir en el grupo nº 2. Nosotros consideramos que tiene un matiz diferente de características más profundas que el deseo de oponerse y controlar a los otros (Escudero, 1998).

CAPITULO X

CONCLUSIONES

CAPITULO X

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados presentados en esta investigación, podemos concluir que el Método CCRT (Core Conflictual Relationship Method) es también aplicable, con resultados consistentes, a púberes y adolescentes, aunque habría que tener en cuenta en su utilización y valoración algunas características propias de la edad evolutiva de los sujetos y por tanto estudiar algunas modificaciones técnicas que iremos señalando.

La primera modificación metodológica, mencionada en el Capítulo VII, es la no diferenciación entre Episodios de Relación presentes y pasados. Debido a la edad de los sujetos la discriminación entre presente y pasado todavía es lábil. El pasado, es decir la infancia y los conflictos derivados de ella están todavía muy presentes y activos en las relaciones actuales con las figuras parentales, por lo que esta diferencia no es útil a la hora de aplicar el CCRT.

Podemos asegurar que los púberes y adolescentes son capaces de expresar mediante el lenguaje verbal los acontecimientos en los que intervienen. Sin embargo su capacidad de expresión verbal es lábil y

disminuye en situaciones de conflicto, en ellos el lenguaje gestual y corporal es muy importante. El CCRT no recoge este tipo de material por lo que sería necesario estudiar la categorización de tales datos, para poder utilizar soportes visuales. Hay que tener en cuenta, además, que si se trabaja con niños más pequeños los tratamientos de psicoterapia se apoyan en la técnica de juego y dibujo, por lo que habría que investigar también la forma de categorizar estos datos.

Se confirma el establecimiento de la relación transferencial y la existencia de un patrón transferencial claramente articulado a través de la repetición de los principales componentes. La transferencia se establece además desde la primera sesión de tratamiento y, probablemente ya antes, desde la petición de consulta por los padres.

La configuración del patrón transferencial, de los niños sometidos a tratamiento, es conflictiva. Se organiza alrededor de un conflicto central y refleja además distintos niveles de conflictos intrasubjetivos (entre los deseos del sujeto), e intersubjetivos (en las relaciones interpersonales) en la vertiente sujeto-objeto. El tipo de conflictos es parecido a los de los adultos sometidos a tratamiento, aunque hay diferencias específicas en las RS debido a la edad. El patrón de los niños sanos es más positivo que el de los adultos sometidos a tratamiento y no refleja conflictos.

Tanto los resultados individuales como los globales confirman la generalidad y la especificidad del patrón transferencia. Hay temas generales y dentro de ellos cada paciente presenta diferencias, variaciones y características individuales marcadas por la edad, el género, la configuración familiar y la forma en que cada uno ha podido afrontar los conflictos.

Se confirma que el patrón transferencia es similar al que se produce en las relaciones fuera del tratamiento.

Las variaciones del patrón en función del género se centran para los varones en las RS y para las mujeres en los deseos, siendo las RO similares. Los datos encontrados coinciden con otros estudios y abren una interesante línea de investigación para discriminar, más detalladamente, las diferencias entre varones y mujeres en cuanto a los conflictos intrasujeto y la vertiente intersubjetiva.

Las variaciones del patrón en función de la edad se dan sobre todo en los deseos y RS de los púberes, siendo las RO muy parecidas. De nuevo los datos coinciden con otras investigaciones, planteando la necesidad de estudiar en profundidad las características de la pubertad para circunscribir, de forma pormenorizada, los conflictos intrasubjetivos de este periodo etario.

El patrón transferencia de los niños y adolescentes sanos es más positivo que los niños sometidos a tratamiento y más positivo que el de los adultos sanos.

Los púberes y adolescentes tienen menos respuestas negativas y más respuestas positivas que los adultos, aunque en ambos casos sean sujetos sometidos a tratamiento. En otras palabras, el patrón de relación de los púberes y adolescentes sometidos a tratamiento es más negativo que el de los niños sanos, pero es menos negativo que el de los adultos en tratamiento.

En cuanto a las respuestas negativas con los iguales son un poco más frecuentes que las que se dan con adultos y de ellas sobre todo las RNO, mientras que las positivas son prácticamente iguales. Estos datos señalan diferencias en las relaciones entre iguales, en comparación con las relaciones que se establecen con los adultos, planteando la necesidad de especificar las diferencias entre las relaciones horizontales (paritarias) y las verticales (niño-adulto).

En relación a las respuestas con el terapeuta encontramos que las respuestas del sujeto, tanto negativas como positivas, son algo más frecuentes y las positivas del objeto menos. Estos resultados señalan un grado de ambivalencia importante, desde la primera entrevista, con el terapeuta.

El patrón parece que tiene una dimensión algo más negativa y algo más positiva, sobre todo en el eje del sujeto, que con el resto de los adultos significativos del contexto de los pacientes. Lo que nos indica una confrontación con la figura del terapeuta desde el inicio del tratamiento.

En los adultos, el patrón de relación con el terapeuta es menos negativo que con los otros en general, siendo las respuestas positivas prácticamente iguales. Los púberes y adolescentes por su parte tienen un patrón de corte negativo, tanto con el terapeuta como con los otros, pero presentan menos RNS con los otros y más RPS con los otros y con el terapeuta, que los adultos.

Como ya hemos señalado es difícil hablar sobre el terapeuta con el propio terapeuta, los pacientes tienden más a actuar la transferencia que a hablar acerca de la relación, con mayor razón en nuestra investigación donde los pacientes no son adultos sino púberes y adolescentes. Esta dificultad señala la necesidad de utilizar otros soportes para la recogida de datos, como las cintas de vídeo, donde se puede obtener material no verbal sobre la actitud corporal, que en los niños y adolescentes es central y que recoge mejor las actuaciones que las verbalizaciones.

Los resultados nos confirman las dificultades para mantener la imparcialidad, y la tendencia a valorar de forma positiva las respuestas que se dan y como negativas las que se reciben, a pesar de que consideradas objetivamente sean equivalentes, diferencia importante con respecto a los adultos que hay que tener en cuenta a la hora de aplicar y valorar el CCRT.

Estas características abren una interesante línea de investigación. Se podrían valorar más ERs con respuestas equivalentes S-O para ver las

posibles diferencias en función del género y la edad, así como analizar diferentes episodios con adultos e iguales para comprobar las diferencias en la valoración de las respuestas, en las relaciones establecidas entre iguales y con los adultos.

Se comprueba la existencia de dos ejes significativos en las relaciones de los púberes y adolescentes, la familia por un lado y los amigos del mismo sexo por otro. Ambos ejes son fundamentales en el desarrollo de la estructuración psíquica.

La madre es la figura más importante en el círculo familiar, mientras que el padre aparece más lejano y distante. Las diferencias encontradas en el análisis de ambas figuras, para varones y mujeres, indican que la madre es más importante para las mujeres que el padre, mientras que para los varones tanto el padre como la madre son considerados igual de importantes.

En cuanto a los hermanos (tanto del mismo sexo como del sexo opuesto) son considerados tan importantes como el padre.

Es altamente significativo que la segunda figura en importancia sea el terapeuta. Además se le considera más importante que los adultos en general que ocupan el tercer lugar, es decir maestros, médicos, vecinos, etc.

En el círculo de los iguales el primer lugar lo ocupan los amigos y compañeros del mismo sexo, mucho más importantes que los adultos en general que ocupan el tercer lugar. Los amigos y compañeros del sexo opuesto y los amigos en general (ambos sexos juntos) son menos importantes.

Los animales y fantasías son tan importantes como los amigos y compañeros del sexo opuesto, los amigos en general y los hermanos del mismo sexo. Por lo tanto hay que considerar la importancia de animales y

fantasías, así como de los sueños en los púberes y adolescentes al aplicar y valorar el CCRT, en contraste con los adultos en los que parecen importantes sólo en determinadas patologías. En el caso de los sueños no se considera que añadan ninguna información complementaria a los episodios de relación.

En base a los resultados nos parece importante consignar la importancia de los síntomas somáticos como medio de expresión simbólica de conflictos en la pubertad y la adolescencia. Así como la necesidad de más investigaciones que amplíen los resultados, en la línea de qué tipos de síntomas son los más frecuentes y las posibles diferencias entre varones y mujeres.

Dicha necesidad plantea al mismo tiempo un problema metodológico, ya que los síntomas somáticos no están incluidos en las Categorías Estándar Agrupadas del CCRT, por lo que se incrementa la dificultad de realizar análisis globales con los resultados de las muestras.

Los resultados indican posibles vías de investigación en cuanto a la importancia del conflicto edípico y las diferencias entre varones y mujeres, púberes y adolescentes. Sería también interesante comparar resultados con muestras de adultos para estudiar las diferencias en la resolución edípica.

Esto nos hace reconsiderar la importancia de este deseo que no está incluido en las Categorías Estándar Agrupadas del CCRT, aunque Luborsky indica que se podría incluir en el grupo nº 2. Pero consideramos que tiene un matiz diferente de características más profundas que el deseo de oponerse y controlar a los otros.

En resumen, nos parece que la presente investigación ha aportado datos y conclusiones importantes, algunos vienen a confirmar estudios previos y otros, en nuestra opinión, son una aportación novedosa. Los resultados nos han confirmado la aplicabilidad del Método CCRT a púberes y adolescentes para el establecimiento del patrón transferencia y para su utilización en la clínica mediante la focalización de los conflictos centrales. Hemos

comprobado también las características específicas de estos grupos etarios, como que el patrón transferencia de los niños y adolescentes sanos es más positivo que el de los adultos sanos y que los niños sometidos a tratamiento, y que el de éstos últimos es menos negativo que el de los adultos sometidos a tratamiento. Conclusión que apoya la importancia de las fuerzas del desarrollo en comparación con los adultos. Dentro de estas especificaciones hemos encontrado que el tipo de conflictos es similar al de los adultos, pero al tiempo presenta diferencias en las respuestas del sujeto debido a la edad.

Hemos confirmado también la existencia de los dos ejes de relaciones significativas, planteados desde el punto de vista teórico, la familia y las relaciones con los pares y dentro del núcleo familiar, la diferencia entre la figura de la madre y del padre, para mujeres y varones por un lado, y la de los hermanos por otro.

Al tiempo el estudio ha abierto interesantes líneas de investigación en diferentes aspectos. Además de las modificaciones técnicas ya mencionadas anteriormente, nos parece que una de las más interesantes es la investigación de la categorización, en soportes visuales, de la expresión corporal, el juego y el dibujo de los niños más pequeños, dado que son las técnicas utilizadas en el trabajo psicoterapéutico con ellos.

Otra de las líneas a investigar, de capital importancia, son las variaciones en el patrón transferencia en función del género y la edad. Hemos comprobado que estas diferencias se centran para los varones en las respuestas del sujeto y para las mujeres en los deseos, mientras que para los púberes se circunscriben a los deseos y las respuestas del sujeto. Estudiar las diferencias en el cruce de ambos ítems (género y edad), nos ofrecería las características de los conflictos específicos de varones y mujeres en la pubertad y adolescencia, y las variaciones en la resolución de ambos períodos. Para ello se podrían utilizar datos de todo el tratamiento de psicoterapia para obtener datos más amplios.

Los resultados en las respuestas positivas y negativas nos han señalado diferencias en las relaciones horizontales y verticales. Sería necesario estudiar más detalladamente estas diferencias analizando más

episodios de relación con iguales y comparándolos con los que se dan con adultos, para precisar más se podría establecer el CCRT de tales episodios afinando, de esta forma, las comparaciones. En cuanto a la figura del terapeuta hemos encontrado una ambivalencia importante que es necesario seguir investigando. Dado que los resultados están extraídos de la primera sesión de tratamiento, se podría establecer el CCRT a partir de los datos extraídos de tres períodos distintos a lo largo del mismo, comienzo, mitad y final, para comprobar las variaciones que se van estableciendo en la relación transferencia con el terapeuta y compararlas con los adultos.

Los resultados relativos a los animales y fantasías nos han confirmado su importancia principalmente para los púberes. Sería muy interesante continuar estudiando esta característica con más episodios de relación y compararlos con los adolescentes para verificar las diferencias.

Nos parecen sumamente importantes los datos relativos a los síntomas somáticos. Investigar que tipos de síntomas son los más frecuentes en la pubertad y adolescencia y discriminar las diferencias entre varones y mujeres ampliaría nuestro conocimiento sobre la estructuración psíquica de estas edades. Al tiempo se plantea la necesidad de incluir este ítem dentro de las Categorías Estándar Agrupadas del CCRT.

En la misma línea se debería incluir también el deseo edípico, ya que los resultados nos señalan la necesidad de seguir investigando en la configuración del conflicto edípico y las diferencias en función del género y la edad.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, A. (1950). Fobia a los globos en una niña de 11 meses. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 4:541-551.

Aberastury, A. (1969). Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños. En *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Ed. Paidós. B.A., 1978.

Aberastury, A. (1978). La primera hora de juego, su significado. En *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Ed. Paidós. B.A.

Aberastury, A. (1978a). Técnica actual. En *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Ed. Paidós. B.A.

Ainsworth, M.; Blehar, M.; Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale: Erlbaum.

Amón, J. (1994). *Estadística para Psicólogos 2. Probabilidad. Estadística Inferencial*. Ediciones Pirámide. Madrid.

Arbiv, M. (1995). Schema theory. In M. Arbiv (Ed.), *Brain theory and neural networks*. Cambridge, MA: MIT Press.

Arlow, J. y Brenner, C. (1964). *Psychoanalytic concepts and the structural theory*. N.Y.: International Universities Press.

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (1997). *Salud Mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Cuadernos Técnicos, 1. Madrid.

Baguet, J.; Gerin, P. y col. (1984). Evolution des thèmes transférentiels individuels dans une psychothérapie de groupe. *Psychotherapies*. 1-2: 43-49.

Barber, J.; Crits-Christoph, P. y Luborsky, L. (1989). *The Central Relationship Questionnaire*. Unpublished manuscript.

Barber, J.; Crits-Christoph, P. y Luborsky, L. (1990). A guide to CCRT standard categories and their classification. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 3).

Barber, J.; Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. y Diguier, L. (1995). A comparison of Core Conflictual Relationship Themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63: 145-148.

Barber, J.P. (1993). *The Central Relationship Pattern Questionnaire*. Unpublished Version. University of Pennsylvania Medical School, Philadelphia.

Barber, J.P. y Crits-Christoph, P. (1993). Advances in measures of dynamic formulations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61: 574-585.

Barclay, C.R. (1986). Schematization of autobiographical memory. In D.C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory*, N.Y.: Cambridge University Press.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. N.Y.: Hober.

Beebe, B. y Lachman, F. (1988). Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure. In A. Goldberg (Ed.), *Frontiers of self-psychology: Progress in self-psychology*, Hillsdale: The Analytic Press.

Bellak, L. (1954). *The thematic Apperception Test and the Children's Appreciation Test in clinical use*. N.Y.: Grune y Stratton.

Bem, D. y McConnell, H. (1970). Testing the self-perception explanation of dissonance phenomena: On the salience of premanipulation attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14: 23-31.

Bender, L. (1993). *Test Gestáltico Visomotor. Usos y aplicaciones Clínicas*. Paidós. Buenos Aires.

Benjamin, L. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*. 81: 392-425.

Benjamin, L. (1979). Use of structural analysis of social behavior (SASB) and Markov chains to study dynamic interactions. *Journal of Abnormal Psychology*. 88: 303-319.

Benjamin, L. (1986). Operational definition and measure of dynamics shown in the stream of free associations. *Psychiatry*, 49: 104-129.

Benjamin, L. (1986a). Adding social and intrapsychic descriptors to Axis I of DSM-III. In T. Millon y G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology*. N. Y.: Guilford Press.

Benjamin, L. (1994). SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology. *Psychological inquiry*, 5: 273-316.

Berlin, I. (1986). Some transference and countertransference issues in the playroom. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26: 101-107.

Berndt, T. (1982). The features and effects of friendship in early adolescence. *Child development*, 53: 1447-1460.

Bick, E. (1962). Child analysis today. *International Journal of Psychoanalysis*, 43: 328-332.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 484-486.

Bion, W. (1963). *The elements of psychoanalysis*. London: Heinemann.

Bird, B. (1972). Notes on transference. *Journal American Psychoanalysis Association*, 20: 267-301.

Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad femenina, de la niña a la mujer*. Paidós. Barcelona.

Block, J. (1983). Differential premises arising from differential socialization of the sexes: Some conjectures. *Child Development*, 54: 1335-1354.

Block, J. y Robins, R. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 64: 909-923.

Blos, P. (1941a). *The adolescent personality: A study of individual behavior commission on secondary school curriculum*. N. Y.: Appleton-Century-Crofts.

Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22: 162-186.

Blos, P. (1985). *Son and father: Before and beyond the Oedipus complex*. N.Y.: The Free Press.

Blos, P. (1990). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Ed. Joaquín Mortiz. México.

Bonaminio, V. y Carratelli, T. (1988). La psychothérapie psychoanalytique brève pour enfants. *Psiquiatrie de l'enfant*, XXXI: 375-412.

Bond, J. y Shevrin, H. (1986). *Similarities and differences between two methods of formulating a patient's psychodynamically relevant schemata*. Unpublished manuscript. University Michigan.

Bond, J.; Hansell, J. y Shevrin, H. (1987). Locating a reference paradigm in psychotherapy transcripts: Reliability of relationship episode location in the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method. *Psychotherapy*, 24: 736-749.

Boston, M. (1989). In Search of a Methodology for evaluating Psychoanalytic Psychotherapy with children. *Journal of Child Psychotherapy*, 1: 15-46.

Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*, (London: Pelican).

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*.(Vol. 1). N.Y.: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. (Vol. 2). N.Y.: Basic Books.

Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Morata. Madrid.

Breger, L. (1974). *From instinct to identity*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, Inc.

Bretherton, I. (1995). A communication perspective on attachment relationships and internal working models. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60: 310-329.

Bretherton, I.; Prentiss, C. y Ridgeway, D. (1990). Family relationships as represented in a Story-completion task of thirty-seven and fifty-four months of age. In J. Bretherton and M.W. Watson (Eds.). *Children's perspectives on the family: New directions for child development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bretherton, I.; Ridgeway, D. y Cassidy, J. (1990). The rol of internal working models in the attachment relationship. An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. Greenberg, D. Cicchetti and E.M. Cummings (Eds.). *Attachment during the pre-school years*. Chicago: University of Chicago Press.

Brin, F.; Grenyer, B. y Luborsky, L. (1998). Positive versus negative CCRT patterns. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 4).

Brin, F.; Grenyer, B. y Luborsky, L. (1998a). The measurement of mastery of relationship conflicts. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 18).

Brothers, L. (1989). A biological perspective on empathy. *Journal of Psychiatry*, 146: 10-19.

Brown, L. y Gilligan, C. (1992). *Meeting at the crossroads: Women's*

psychology and girl's development. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, London: Harvard Univ. Press.

Bucci, W. (1985). Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 33: 571-607.

Buchsbaum, H. y Emde, R. (1990). Play narratives in 36 month old children early moral development and family relationship. In A. Solnit, P. Newbauer, S. Abrams y A. Dowling (Eds.), *The Psychoanalytic Study of the Child*. N.H.: Yale University Press.

Buck, J.N. (1981). *House-Tree-Person*.

Burlingham, D. (1932). Child analysis and the mother. *Psychoanalytical Quarterly*, 4: 69-92. 1935.

Burns, R.C. (1982). *Kinetic Family Drawing*.

Carlson, R. (1981). Studies in script theory: 1 Adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54: 246-252.

Carlson, R. (1986). After analysis: A study of transference dreams following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 246-252.

Carrasco de la Peña, J.L. (1986). *Bioestadística Básica. Conceptos. Fundamentos y Aplicación*. Edición Personal. Madrid.

Caspar, F. (1989). *Introduction to plan analysis*. Berne, Switzerland: Huber.

Caston, J. (1977). Manual on how to diagnose the plan. In J. Weiss, H. Sampson, J. Caston y G. Silberschatz (Eds.), *Research on the psychoanalytic process: A comparison of two theories about analytic neutrality*. San Francisco: Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.

Caston, J. (1986). The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan. In J. Weiss, H. Sampson, and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. N.Y.: Guildford.

Chapman, S. (1980). *Story and discourse*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

Chused, J. F. (1982). The role of analytic neutrality in the use of the child analyst as a new object. *Journal American Psychoanalysis Association*, 30: 3-28.

Chused, J. F. (1988). The transference neurosis in child analysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 43, 51-81.

Chused, J. F. (1991). The evocative power of enactments. *Journal American Psychoanalysis Association*, 39: 615-639.

Cierpka, M. y col. (1992). Differences in conflictual relationship themes of male and female students. *Paper given to annual meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Berkeley, California.

Coderch, J. (1990). Las intervenciones del terapeuta. En *Teoría y técnica de la*

psicoterapia psicoanalítica. Ed. Herder. Barcelona.

Coderch, J. (1990a). La transferencia. En *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Herder. Barcelona.

Coderch, J. (1990b). Delimitación y esencia de la psicoterapia psicoanalítica. En *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Herder. Barcelona.

Coderch, J. (1990c). La fase media del tratamiento. En *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Herder. Barcelona.

Cohler, B. (1982). Personal narrative and the life course. In P. Baltes y O. G. Brim (Eds.), *Life span development and behavior*. San Diego: Academic Press.

Colm, H. (1955). A field theory approach to transference and its particular application to children. *Psychiatry*, 18: 329-352.

Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Connolly, M. y Col. (1996). The varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 1213-1221.

Cooper, A. (1987). Changes in psychoanalytic ideas: Transference interpretation. *Journal American Psychoanalysis Association*, 35: 77-98.

Cramer, B. y Stern, D. (1988). Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 9: 20-45.

Crawford, J. (1988). *La psicoterapia de inspiración analítica*. Hogar del libro.

Barcelona.

Crits-Christoph, P. y Demorest, A. (1991). Quantitative assessment of relationship theme components. In M. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago: University of Chicago Press.

Crits-Christoph, P. (1986). Assessing conscious and unconscious aspects of relationship themes from self-report and naturalistic data. *Paper at MacArthur Workshop on Person Schemata, Palo Alto, CA*.

Crits-Christoph, P. y Luborsky, L. (1990a). Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 9).

Crits-Christoph, P. y Luborsky, L. (1990b). The measurement of self-understanding. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 13).

Crits-Christoph, P. y Luborsky, L. (1998). Self-understanding of the CCRT. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 14).

Crits-Christoph, P.; Barber, J.; y Kurcias, J. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3: 25-35.

Crits-Christoph, P.; Demorest, A. y Connolly, M. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over course of a psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 513-521.

Crits-Christoph, P.; Demorest, A.; Muenz, L. y Baranackie. (1994). Consistency

of interpersonal themes for patients in psychotherapy. *Journal of Personality*, 62: 499-526.

Crits-Christoph, P.; Luborsky, L.; Dahl, L.; y col.(1988). Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method. *Archives of General Psychiatry*, 45: 1001-1004.

Crits-Christoph, P.; Luborsky, L.; Popp, C.; y col. (1990). The Reliability of Choice of Narratives and of the CCRT Measure. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 6).

Crits-Christoph, P.; y Luborsky, L. (1990). The perspective of patients versus clinicians in the assessment of central relationship themes. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 14).

Crits-Christoph, P.; Cooper, A. y Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56: 490-495.

Crits-Christoph, P.; Cooper, A. y Luborsky, L. (1990). The measurement of accuracy of interpretations. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 12).

Crovitz, H. y Schiffman, H. (1974). Frequency of episodic memories as a function of their age. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 4: 517-518.

Curtis, H. (1983). *Toward a metapsychology of transference*. Paper presented to the annual meeting of the American Psychoanalytic Association. N.Y.

Curtis, J. y Silberschatz, G. (1989). *The Plan Formulation Method: A reliable procedure for case formulation*. Manuscript submitted for publication.

Curtis, J.; Silberschatz, G. y col. (1988). Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the Plan Diagnosis Method. *Psychotherapy*. 25: 256-265.

Dahl, H. (1988). Frames of mind. In H. Dahl, H. Kächele y H. Tomae (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. N.Y.: Springer-Verlag.

Dahl, H. y Teller, V. (1993). Characteristics and identification of frames. In N. Miller, L. Luborsky y J. Docherty (Eds.), *Doing research on psychodynamic therapy*, N. Y.: Basic Books.

Dahl, H.; Kächele, H. y Thomae, H. (1988). *Psychoanalytic process research strategies*. N. Y.: Springer-Verlag.

Dahlbender, R. (1992). Intra- and inter-subjectivity in RAP interviews of young women. *Paper given at annual meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Berkeley, California.

Dahlbender, R. y col. (1993). Intra- and Inter-subjetivity in relationship Anecdotes Paradigm interviews of young women. *Society for Psychotherapy Research*. 23-27 June, 1992. Berkeley.

Dahlbender, R.; Albani, C.; Pokorny, D. y Kächele, H. (1994). Patrones centrales en la relacion (PCR): Una version estructural del Tema Central del Conflicto en la Relacion (TCCR). *Revista Argentina de Clinica Psicologica*. 3: 263-291.

Davanloo, H. (1980). A method of short-term dynamic psychotherapy. In H.

Davanloo (Ed.), *Short-term dynamic psychotherapy*. N.Y.: Jason Aronson.

Davis, J. (1989). *The development of emotional and interpersonal structures in three-year-old children*. Doctoral dissertation, Derner Institute for Advanced Psychological Studies, Adelphi University.

Demorest, A. y Alexander, I. (1992). Affective scripts as organizers of personal experience. *Journal of Personality*, 60: 645-663.

Demorest, A. y Siegel, P. (1996). Personal influences on professional work: An empirical case study of Skinner. *Journal of Personality*, 64: 243-261.

Derogatis, L.R.; Lipman, R.S y col. (1970). Dimensions of outpatient neurotic pathology: Comparison of a clinical vs. an empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 34: 164-171.

Dewald, P. (1969). *Psychotherapy: a dynamic approach*. Blackell Scientific Publications. Oxford.

DeWitt, K.N.; Kaltreider, N.; Weiss, D. y Horowitz, M. (1983). Judging change in psychotherapy: Reliability of clinical formulation. *Archives of General Psychiatry*. 40: 1121-1128.

Diatkine, R. (1982). Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants. *Psychiatrie de l'enfant*, XXV: 151-177.

Dinerstein, A. (1987). *¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?*. Lugar Ed. B.A.

Dolto, F. (1973). El complejo de Edipo, las etapas estructurantes y sus accidentes. En *En el juego del deseo*. Siglo XXI. Madrid, 1987.

Dolto, F. (1979). Prefacio al libro de M. Mannoni, *La primera entrevista con el psicoanalista*. Gedisa. Barcelona.

Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós. Barcelona.

Dolto, F. (1987). Fobias. En *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. Siglo XXI. Madrid.

Dolto, F. (1987a). Los signos de finalización de un análisis de niño. En *Seminario de psicoanálisis de niños 2*. Ed. Siglo XXI. Madrid.

Dolto, F. (1987b). *El caso Dominique*. Siglo XXI. Mejico.

Donaldson, G. (1996). Between practice and theory: Melanie Klein, Anna Freud and the development of child analysis. *Journal of the Behavioral Sciences*, 32: 160-176.

Dunn, J. (1988). *The beginnings of social understanding*. Cambridge: Harvard, Univ. Press.

Eagle, M. y Wolitsky, D. (1989). The idea of progress in psychoanalysis. *Psychoanalysis and contemporary thought*. 12: 27-72.

Eckert, R.; Luborsky, L.; Barber, J.P. y Crits-Christoph, P. (1990). The CCRT in patients with major depression. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 16).

Eells, T.; Horowitz, L.M.; Singer, J. y col. (1995). The role relationship models method: A comparison of independently derived case formulations. *Psychotherapy Research*, 5: 161-175.

Ekstein, R. (1956). Psychoanalytic techniques. In D. Brower y L.E. Abt (Eds.), *Progress in clinical psychology*. N.Y.: Grune and Stratton.

Elmhirst, S. (1978). Time and the pre-verbal transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 59: 173-180.

Emde, R. (1991). Positive emotions for psychoanalytic theory: Surprises from infancy research and new directions. *Journal American Psychoanalysis Association*, 39: 5-44.

Emde, R. y col. (1976). *Emotional expression in infancy. Psychological Issues, Monogr.*, 37. N.Y.: International University Press.

Emde, R. y col. (1988). The do's and don'ts of early moral development. In J. Kagan y S. Lamb (Eds.), *The emergence of morality*. Chicago, Univ. Press.

Engel, G. y Reichsman, F. (1956). Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with gastric fistula: A contribution to the problem of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 428-452.

Epi Info (1996). *Epidemiología con Microordenadores*. Versión 6 en Español. Junta de Andalucía. Sevilla.

Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological issues*. Monograph.

Escudero, C. (1981). El equipo interdisciplinario. *Revista Clínica y Análisis grupal*, 29: 404-414.

Escudero, C. (1990). Articulación entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención infanto-juvenil. *II Congreso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos*, 5: 48-51.

Escudero, C. (1993). Familia y Salud Mental. *III Jornadas sobre Política familiar, Ministerio de Asuntos Sociales*, 1-32.

Escudero, C. (1997). La Psicología Clínica en la atención de niños y adolescentes. En B. Olabarria (cord.), *La Psicología Clínica en los Servicios Públicos*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

Escudero, C. (1998). La transferencia en la psicoterapia psicoanalítica con niños. En S. Cruz, M. Garaigordobil y A. González (Com.), *Psicoanálisis en la Universidad; Cuestiones metodológicas e interdisciplinariedad*. Universidad del País Vasco.

Escudero, C. (1998a). La evaluación de la transferencia a través de la versión revisada del TCCR y su aplicación a los niños. En *Investigación en psicoterapia*. J. Poch y A. Avila. Paidós. Barcelona.

Escudero, C.; Garcia-Villanova, F. y Rico, P. (1990). El proceso de recepción-evaluación desde un programa de Salud Mental Infantil. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 49: 76-77.

Escudero, C.; Garcia-Villanova, F. y Sanchez, A. (1996). Análisis de los programas de salud mental de niños y adolescentes en la Comunidad de Madrid. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 3: 233-240.

Esman, A. (1985). A developmental approach to the psychotherapy of adolescents. *Adolescence Psychiatry*, 12: 119-133.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu. B.A., 1997.

Fairbairn, R. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*, (London: Tavistock).

Faure-Oppenheimer, A. (1986). El desarrollo de la masculinidad y de la feminidad. En *La Elección de sexo*. Akal. Madrid.

Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. The Psychoanalytic Quarterly Inc. N.Y.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. N.Y.: Norton.

Fisher, S. y Greenberg, R. (1977). *The scientific credibility of Freud's theories and therapy*. N.Y.: Basic Books.

Fiske, S. y Dyer, L. (1985). Structure and development of social schemata: Evidence for positive and negative transfer effects. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48: 839-852.

Fraiberg, S. (1966). Further considerations of the role of transference in latency. *Psychoanalytic Study of the Child*, 21: 213-236.

Fraiberg, S. (1967). Repression and repetition in child analysis. *Bulletyn Philadelphia Association Psychoanalytical*, 17: 99-106.

Franco, J.M. (1987). Notes sobre la transferència segons els diversos corrents psicoanalítics. *Revista Catalana de Psicoanálisis*, 4: 69-80.

Franklin, G. (1990). The multiple meanings of neutrality. *Journal American Psychoanalysis Association*, 38: 195-220.

French, T. y Wheeler, D.R. (1963). Hope and repudiation of hope in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*. 44: 304-316.

Freud, A. (1922-1935). Four lectures on child Analysis. In *The Writings of Anna Freud*, V.I (N.Y.): International Universities Press, 1974.

Freud, A. (1926-1945). *The psycho-analytical treatment of children*, Londres, Imago Publishing, 1946.

Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. N.Y.: Int. Univ. Press, 1960.

Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 245-265.

Freud, A. (1965). *Normalidad y patología en la niñez*, Barcelona, Paidós, 1984.

Freud, S. (1895). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo VII, 1978.

Freud, S. (1895a). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo I, 1993.

Freud, S. (1899-1900). *La interpretación de los sueños*. *Psicología de los procesos oníricos*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo IV, 1993.

Freud, S. (1901). *Análisis fragmentario de una histeria*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo II, 1980.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo VII, 1978.

Freud, S. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de 5 años*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo X, 1980.

Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.

Freud, S. (1912a). *Recomendaciones a los médicos para la práctica del psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.

Freud, S. (1913). *La iniciación al tratamiento*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.

Freud, S. (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.

Freud, S. (1915). *Observaciones sobre el amor de transferencia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.

Freud, S. (1917). *La transferencia. lecturas introductorias al psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XVI, 1992.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XVIII, 1993.

Freud, S. (1925). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XX, 1979.

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XXIII, 1993.

Fried, D. y Strauss, J. (In preparation). *The central relationship patterns of outpatients with DSM-III diagnoses of psychotic disorders.*

Fried, D.; Crits-Christoph, P.; y Luborsky, L. (1990). The parallel of narratives about the therapist with the CCRT for the people. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 10).

Fried, D.; Crits-Christoph, P.; y Luborsky, L. (1992). The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180: 326-331.

Friedman, S. (1969). The therapeutic alliance. *International Journal of Psychoanalysis*, 50: 139-153.

Friedman, S. y Luborsky, L. (1996). *Enhancing agreement of dynamic formulations: Comparison before versus after training in the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method*. Unpublished manuscript.

García-Villanova, F. (1998). Historia y Tendencias de la investigación en psicoterapia de niños y adolescentes. En Poch y Avila *Investigación en psicoterapia*. Paidós. Barcelona.

Gedo, P. (1993). A micro analytic method for tracing transference references: Gill and Hoffman's PERT coding scheme and its elaborations. In N. Miller, L. Luborsky y J. Docherty (Eds.), *Doing research on psychodynamic therapy*, N. Y.: Basic Books.

George, C.; Kaplan, N. y Main, M. (1985). *The Attachment interview for adults*. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.

Gerin, P.; Baguet, J.; Sali, A.; Dazord, A. (In preparation). *The core conflictual relationship theme method: Reliability and stability in long term psychotherapies.*

Gill, M. (1979). The analysis of the transference. *Journal American Psychoanalysis Association*, 27: 263-288.

Gill, M. y Hoffman, I. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 30: 137-167.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA. Harvard University Press.

Gitelson, M. (1962). The curative factors in psychoanalysis. The first phase of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 28: 194-205.

Goldhirsh, M. (1961). Manifest content of dreams of convicted sex offenders. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 63: 643-645.

Grawe, K. y Caspar, F. (1984). Die Plan Analyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapie Forschung. In U. Bauman (Ed.), *Psychotherapie: Makro-und mikro Perspektiven*. Cologne: Hogrete.

Grawe, K.; Caspar, F. y Ambül, H. (1990). The Berner comparisons of therapies study. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19: 362-376.

Greenacre, P. (1954). The role of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2: 671-684.

Greenacre, P. (1959). Certain technical problems in the transference

relationship. *Journal American Psychoanalysis Association*, 7: 484-502.

Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34: 155-180.

Greenson, R. (1971). The "real" relationship between the patient and the psychoanalyst. In M. Kanzer (Ed.), *The unconscious today: Essays in honor of Max Schur*. N.Y.: International Universities Press.

Greenson, R. (1972). Beyond transference and interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 53: 213-217.

Greenspan, S. (1989). *The development of the ego: Implications for personality theory, psychopathology and the psychotherapeutic process*. Madison International Universities Press.

Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35: 603-618.

Grenyer, B. y Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 411-416.

Grenyer, B.; Luborsky, L. y MacKay, N. (1994). Mastery of transference-related conflicts as an outcome of psychotherapy. *Society for Psychotherapy Research Annual Meeting (Abstract)*.

Grünbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique*. Berkeley: University of California Press.

Halasz, G. (1993). Aspects of child psychotherapy. *Current Opinion in*

Psychiatry, 6: 372-377.

Harley, M. (1967). Fragments from the analysis of a dog phobia in a latency child. *Bulletyn Philadelphia Association Child Psychoanalytical*, 17: 127-129.

Harley, M. (1971). The current status of transference neurosis in children. *Journal American Psychoanalysis Association*, 19: 26-40.

Harley, M. (1986). Child analysis, 1947-1984. *Psychoanalytic Study of the Child*, 41: 129-153.

Harter, S. (1990). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. N.Y.: Plenum.

Heimann, P. (1956). Dynamics of transference interpretations. *International Journal of Psychoanalysis*, 37: 303-310.

Henry, W.; Schacht, T. y Strupp, H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54: 27-31.

Hinshelwood, R. (1989). Little Hans's transference. *Journal of Child Psychotherapy*, 15: 63-78.

Hoffman, I. y Gill, M. (1988). A scheme for coding the patient's experience of the relationship with the therapist (PERT): Some applications, extensions, and comparisons. In H. Dahl, H. Kächele y H. Tomae (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. N.Y.: Springer-Verlag.

Hoffman, I. y Gill, M. (1988a). Critical reflections on a coding scheme. *International Journal of Psychoanalysis*. 69: 55-64.

Hoffman, M.L. (1983). Affective and cognitive processes in moral internalization. In E.T. Higgins, D.N. Ruble y W.W. Hartrup (Eds.), *Social cognition and social development*. N.Y.: Cambridge Press.

Holt, R.R. (1965). Freud's cognitive style. *American Imago*., 22: 163-179.

Holt, R.R. (1967). Diagnostic testing: Present situation and future prospects. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 144: 444-465.

Holt, R.R. (1989). *Freud reappraised*. N.Y.: Guilford Press.

Holzman, P. (1985). Psychoanalysis: Is the therapy destroying the science?. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 33: 725-770.

Horowitz, L. M.; Luborsky, L. y Popp, C. (1991). A comparison of the Role Relationship Models Configuration and the Core Conflictual Relationship Theme. In M. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. Chicago University of Chicago Press. (Ch. 9).

Horowitz, L.M. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Horowitz, L.M. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. Chicago: University of Chicago Press.

Horowitz, L.M. y Eells, T. (1993). Case formulations using role-relationship model configurations: A reliability study. *Psychotherapy Research*, 3: 56-68.

Horowitz, L.M. y Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical Psychology Review*. 6: 443-469.

Horowitz, L.M.; Eells, T.; Singer, J. y col. (1995). Role relationship models for case formulation. *Archives of General Psychiatry*, 53: 627-632.

Horowitz, L.M.; Rosenberg, S. y col. (1989). Psychodynamic formulation, Consensual Response Method and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57: 599-606.

Horowitz, L.M.; Rosenberg, S.E.; Baer, B.A. y col. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57: 885-892.

Horowitz, M.J. (1987). *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. N.Y.: Plenum Press.

Horowitz, M.J. (1989). Relationship schema formulation: Role relationship models and intrapsychic conflict. *Psychiatry*. 52: 260-274.

Hug-Hellmuth, H. (1920). A propos de la technique de l'analyse des enfants. *Psiquiatrie de l'enfant*, XVIII: 191-220, 1975.

Jhonson, M.; Popp, C.; Schacht, T. y col. (1989). Converging evidence for identification of recurrent relationship themes: Comparison of two methods. *Psychiatry*. 52: 275-288.

Josephs, R. y col. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 391-402.

Kächele, H.; Luborsky, L. y Thoma, H.(1988). Transference as structure and process pattern-Two method versions of these aspects. In L. Luborsky y H. Kächele (Eds.), *Der zentrale beziehungskonflikt*. Ulm, Germany: PSZ- Verlag.

Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44: 668-674.

Kagan, J. (1996). Three pleasing ideas. *American Psychologist*, 51: 901-908.

Kanzer, M. (1975). The therapeutic and working alliances. *International Journal Psychoanalytical Psychotherapy*, 4: 48-68.

Kennedy, H. y Yorke, C. (1982). Steps from outer to inner conflict viewed as superego precursors. *Psychoanalytic Study of the Child*, 37: 221-228.

Kernberg, O. (1982). The theory of psychoanalytic psychotherapy. *Slipp*, 21-43.

Kernberg, O. y col. (1972). Psychotherapy and Psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulln. Menninger Clinic*. 36: 1-275.

Kiesler, D. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementary in human transactions. *Psychological review*. 90: 185-214.

Kiesler, D. (1987). *Check List of Psychotherapy Transactions-Revised (CLOPT-R) and Check List of Interpersonal Transactions-Revised (CLOIT-R)*. Richmond: Virginia Commonwealth University Press.

Kiesler, D. y col. (1985). *The Impact Message Inventory: Form II*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.

Kiesler, D. y Schmidt, J. (1993). *The Impact Message Inventory: Form IIA*

Octant Scale Version. Palo Alto, CA: Mind Garden.

Kiesler, D.; Goldston, C. y Schmidt, J. (1991). *Manual for the Check List of Interpersonal Transactions*. Richmond: Virginia Commonwealth University.

Klein, G. (1976). The resolution of experienced incompatibility in psychological development. In *Psychoanalytic Theory: An exploration of essentials*. N.Y. International Universities Press.

Klein, M. (1921). The development of a child. *The writings of Melanie Klein*. N.Y.: Free Press, 1975.

Klein, M. (1926). The psychological principles of early analysis. *The writings of Melanie Klein*. N.Y.: Free Press, 1975.

Klein, M. (1927). Symposium on child-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 8: 339-370.

Klein, M. (1930). La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En *Contribuciones al psicoanálisis*. Hormé. Buenos Aires, 1964.

Klein, M. (1932). *The psychoanalysis of children*. London: Hogart Press, 1950.

Klein, M. (1952). The origins of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 33.

Knapp, P. (1991). Self-other schemas: Core organizers of human experience. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior patterns*. Chicago: University of Chicago Press.

Kohut, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. *Journal American Psychoanalysis Association*, 7: 459-833.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. N.Y.: Int. Univ. Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the Self*. N.Y.: Int. Univ. Press.

Kopp, C. (1982). Antecedents of self-regulation. *Development Psychology*, 18: 199-214.

Kreisler, L.; Fain, M. y Soulé, M. (1974). *El niño y su cuerpo*. Ed. Amorrortu, B.A.

Kris, M. (1957). The use of prediction in a longitudinal study. *Psychoanalytic Study of the Child*, 12: 175-189.

Kubie, L. (1952). Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In E. Pumpian-Mindlin (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior change*. N.Y.: Wiley.

Kut, S. (1953). The changing pattern of transference in the analysis of an eleven-year-old girl. *Psychoanalytic Study of the Child*, 8: 355-378.

Labov, W. (1972). *Languague in the inner city*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos 1*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1981.

Lacan, J. (1953-1954). Función creadora de la palabra. En *Los escritos técnicos de Freud, Seminario I*. Ed. Paidós. Barcelona, 1981.

Lampl-de-Groot, J. (1967). On obstacles standing in the way of psychoanalytic

cure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22: 22-35.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1977). *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor. B.A.

Leaper, C. (1994). Exploring the consequences of gender segregation on social relationships. In C. Leaper (Ed.), *The development of gender and relationships. New Directions for Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lebovici, S. (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Amorrortu. B.A.

Lebovici, S. (1995). Los tratamientos. En *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. T. VII. Biblioteca Nueva. Madrid.

Lefort, R. (1953-54). El Lobo. En *Los escritos técnicos de Freud*, el seminario de J. Lacan. Paidós, Barcelona. Capítulo VIII.

Lever, J. (1976). Sex differences in the games children play. *Social Problems*, 23: 478-487.

Levine, F.J. y Luborsky, L. (1981). The core conflictual relationship theme method: A demonstration of reliable clinical inferences by the method of mismatched cases. In S. Tuttmann, C. Kaye y M. Zimmerman (Eds.), *Object and self: A developmental approach*. N. Y.: International Universities Press.

Levy, J. (1982). A particular kind of negative therapeutic reaction based on Freud's "borrowed guilt". *International Journal of Psychoanalysis*, 63: 361-368.

Lewis, M. (1989). Deception in 3-year olds. *Developmental Psychology*, 25: 439-443.

Lewis, M. (1991). Social knowledge and social development. *Journal American Psychoanalysis Association*, 39: 46-73.

Loevinger, J. (1976). *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Loftus, E.F. (1979). *Eyewitness testimony*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Lorr, M. y McNair, D.M. (1965). Expansion of the interpersonal behavior circle. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2: 823-830.

Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Archives of General Psychiatry*. 7: 407-417.

Luborsky, L. (1964). A psychoanalytic research on momentary forgetting during free association. *Bulletin of the Philadelphia Association for Psychoanalysis*. 14: 119-137.

Luborsky, L. (1965). Clinical manual for the self-interpretation of the TAT. In M. Kornrich (Ed.), *Psychological test modifications*. Springfield, Ill.: Charles Thomas.

Luborsky, L. (1975). Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 35: 448-480.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In J.L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy*. N.Y.

Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy:

The core conflictual relationship theme. In N. Freedman y S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures*. N.Y.

Luborsky, L. (1978). *A measure of self-understanding based on self-interpretation of one's own relationship anecdotes*. Unpublished manuscript.

Luborsky, L. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a Counting sings versus a global rating method. *Journal Nervous Mental Disease*. 171: 480-492.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment*. N. Y.: Basic Books.

Luborsky, L. (1987). *Stability and transformation of coping and affect from 12 to 23 months of age*. Ph. D. Thesis, N.Y. University.

Luborsky, L. (1987a). *A method of inferring unconscious conflicts: An extension beyond the CCRT*.

Luborsky, L. (1988). A comparison of three transference-related measures applied to the specimen hour. In H. Dahl, H. Kächele y H. Thomae (Eds.). *Psychoanalytic process research strategies*. N. Y.: Springer.

Luborsky, L. (1988a). Recurrent momentary forgetting: Its content and context. In M. Horowitz (Ed.), *Psychodynamics and cognition*. Chicago: University of Chicago Press.

Luborsky, L. (1989). *Principles for guiding inferences about the unconscious components of the CCRT*. Unpublished manuscript.

Luborsky, L. (1990). A Guide to the CCRT Method. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic

Books. (Ch. 2).

Luborsky, L. (1990a). The every clinical uses of the CCRT. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 15).

Luborsky, L. (1990b). The Relationship Anecdotes Paradigms (RAP) interview as a versatile source of narratives. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N.Y.: Basic Books. (Ch. 7).

Luborsky, L. (1990c). Why each CCRT procedure was chosen. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 5).

Luborsky, L. (1994). The benefits to the clinician of psychotherapy research: A clinician-researcher's view. In P.F. Talley, H. Strupp, S.F. Butler (Eds.) *Psychotherapy Research and Practice, Bridging the Gap*. N. Y.: Basic Books.

Luborsky, L. (1996). *The symptom-Context method: Symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Luborsky, L. (1997). Core Conflictual Relationship Themes (CCRT). A basic Case Formulation Method. In T. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. N.Y.: Guilford.

Luborsky, L. (1998). Alternative measures of the Central Relationship Pattern. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 20).

Luborsky, L. (1998a). The convergence of Freud's observations about transference with the CCRT evidence. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.:

American Psychological Association. (Ch. 21).

Luborsky, L. (1998b). Where we are in understanding the CCRT. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 22).

Luborsky, L. y Bachrach, H. (1974). Factors influencing clinicians' judgments of mental health: Eighteen experiences with the Health-Sickness Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*. 31: 292-299.

Luborsky, L. y Barber, J.P. (1994). Perspectives on seven transference-related measures applied to the interview with Ms. Smithfield. *Psychotherapy Research*. 4: 152-154.

Luborsky, L. y Col. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives General Psychiatry*. 42: 602-611.

Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1988). Measures of Psychoanalytic concepts: The last decade of research from "The Penn Studies". *International Journal of Psychoanalysis*. 69: 75-86.

Luborsky, L. y Diguier, L. (1994). *Advances in procedures for evaluating CCRT results*. Unpublished manuscript.

Luborsky, L. y Diguier, L. (1995). A novel CCRT reliability study by Sander et al. *Psychotherapy Research*, 5, 237-241.

Luborsky, L. y Diguier, L. (1998). The reliability of the CCRT measure: Results from eight samples. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 6).

Luborsky, L. y Friedman, S. (1998). Illustrations of the scoring guide. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 5).

Luborsky, L. y Luborsky, E. (1995). The era of measures of the transference. the CCRT and other measures. *Journal of the American Psychoanalytic Association (Research in psychoanalysis: Process, development, outcome)*. T. Shapiro y R. Emde (Eds.). Madison: International Universities Press.

Luborsky, L.; Luborsky, E.; Diguier, L. y col. (1995). Extending the core relationship into childhood. In, G. Noam and K. Fisher (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships*. N.Y.: Erlbaum.

Luborsky, L. y Schaffler, P. (1990). Illustrations of the CCRT scoring guide. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 4).

Luborsky, L.; Barber, J. y Diguier, L. (1992). The meanings of the narratives told during psychotherapy: The fruits of a new operational unit. *Psychotherapy Research*, 2: 277-290.

Luborsky, L.; Barber, J.P.; Binder, J. y col. (1993). Transference-related-measures. A new therapy-based class. In N. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber y J. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. N. Y.: Basic Books.

Luborsky, L.; Barber, J. y Schaffler, P. (1989). The assessment of the CCRT: Comparison of tailor-made with standard category rating scales on a specimen case. In J.C. Perry (Chair). *Progress in assessing psychodynamic functioning:*

A comparison of four methods on a single case. Symposium conducted at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto.

Luborsky, L.; Barber, J.; Schaffler, P. y Cacciola, J. (1990). The narratives told during psychotherapy and the different types of CCRTs within them. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 8).

Luborsky, L.; Barber, J.; Schaffler, P. y Cacciola, J. (1998). The narratives told during psychotherapy and the types of CCRTs within them. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 9).

Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. y Alexander, K. (1990). Repressive style and relationship patterns, three samples inspected. In J. Singer (Ed.), *Repression and Dissociation: Implications for personality theory, Psychopathology and Health*. Chicago: University of Chicago Press.

Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. y col. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. N.Y.: Basic Books.

Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. y Mellon, J. (1986). The advent of objective measures of the transference concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54: 39-47.

Luborsky, L.; Crits-Christoph, P.; Friedman, S. y col. (1991). Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT): illustrations by the two specimen cases. In M. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. Chicago University of

Chicago Press. (Ch. 7).

Luborsky, L.; Diguier, L. y col. (1996). Outcomes of short term dynamic psychotherapy for chronic versus non-chronic mayor depression. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 5: 152-159.

Luborsky, L.; Graff, H. y col. (1973). A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference. *Archives of General Psychiatry*. 29: 69-75.

Luborsky, L.; Kächele, H.; Dahlbender, R. y Diguier, L. (1998). CCRT Newsletter. *Ongoing CCRT and related studies*. From January 1990 to January 1998.

Luborsky, L.; Kächele, H.; Dahlbender, R. y Diguier, L. (In press). *Discoveries about the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) in Practice and Research*. Washington DC: APA Books.

Luborsky, L.; Luborsky, E.; Diguier, L.; Schmidt, K. y col. (1998). Stability of the CCRT from age 3 to 5. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 16).

Luborsky, L.; Mark, D.; Hole, A.V. y col. (1995). Supportive-Expressive (SE) dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. In, J.P. Barber y P. Crits-Christoph (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapies for Psychiatric disorders Axis I*. N. Y.: Basic Books.

Luborsky, L.; Mellon, J.; Alexander, K. y col. (1985). A verification of Freud's grandest clinical hypothesis: The transference. *Clinical Psychology Review*. 5: 231-246.

Luborsky, L.; Popp, C. y Barber, J.P. (1994). Common and special factors in different transference-related measures. *Psychotherapy Research*, 4: 277-286.

Luborsky, L.; Popp, C.; Barber, J.P.; y Shapiro, D. (1994). Editor's introduction. *Psychotherapy Research*, 4: 151.

Luborsky, L.; Popp, C.; Luborsky, E. y Mark, D. (1994). The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research*, 4: 172-183.

Luborsky, L.; van Ravenswaay, P. y col. (1993). How to focus psychiatric hospital treatment: Use of the CCRT-FIT method. *Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale*, 11: 9-16.

Maccoby, E. (1990). Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist*, 45: 513-520.

Maccoby, E. y Jacklin, C. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford: University Press.

Maenchen, A. (1970). On the technique of child analysis in relation to stages of development. *Psychoanalytic Study of the Child*, 25.

Mahler, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7: 286-305.

Mahler, M. (1963). Thoughts about development and individuation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 307-324.

Mahler, M. y col. (1975). *The psychological birth of the human infant*. N.Y.: Basic Books.

Main, M. y Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's

representation of her own experiences: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse and Neglect*. 8: 203-217.

Main, M. y Goldwyn, R. (1985). *Adult attachment classification system*. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.

Main, M.; Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton y E. Walters (Eds.). *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Childhood Development.

Makari, G. y Michels, R. (1993). Transference and countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, 6: 358-361.

Malan, D. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Plenum Press. N.Y.

Malan, D. (1976). *Towards the validation of dynamic psychotherapy*. Plenum Press. N.Y.

Malan, D. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworths. Londres.

Malan, D. (1991). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*, Barcelona, Paidós.

Mâle, P. y col. (1975). *Psicoterapia de la primera infancia*. Ed. Amorrortu. B.A.

Mannoni, M. (1979). El psicoanálisis de niños a partir de Freud. En *El niño su "enfermedad" y los otros*. Ed. Nueva Vision. B.A.

Mannoni, M. (1979a). La transferencia en psicoanálisis de niños. Problemas actuales. En *El niño su "enfermedad" y los otros*. Ed. Nueva Vision. B.A.

Mannoni, M. (1979b). El síntoma o la palabra. En *El niño su "enfermedad" y los otros*. Ed. Nueva Vision. B.A.

Mannoni, M. (1979c). Conclusiones. En *El niño su "enfermedad" y los otros*. Ed. Nueva Vision. B.A.

Marmar, C. y Horowitz, L.M. (1988). Diagnosis and phase-oriented treatment of post-traumatic stress disorders. In J. Wilson (Ed.), *Human adaptation to extreme stress: From de holocaust to Vietnam*. N.Y.: Brunner/Mazel.

Maxim, P. (1986). *The Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema*. Seattle: University of Washington Press.

Maxim, P. y col. (1986). *The Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema: Reliability and validity*. Unpublished manuscript.

Maxim, P. y Sprague, M. (1989). *Metacomunication of interactive sequences in therapy*. Seattle: University of Washington Press.

Mayman, M. (1968). Early memories and character structure. *Journal of Projective Techniques*, 32: 303-316.

Mayman, M. (1978). Trauma, stimulus barrier, ego boundaries and self-preservation: Ego psychology in Beyond the pleasure principle. In S. Smith (Ed.), *The human mind revisited: Essays in honor of Karl A. Menninger*. N.Y.: International University Press.

Mayman, M. y Faris, N. (1960). Early memories as expressions of relationship paradigms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30: 507-520.

Mazet, Ph. y Houzel, D. (1981). La relación terapéutica. En *Psiquiatría del niño*

y del adolescente. V. II. Ed. Medica y Tecnica. Barcelona.

McAdams, D. (1980). A thematic coding system for the intimacy motive. *Journal of Research in Personality*, 14: 413-432.

McCarthy, B. (1989). Resistance and countertransference in child and adolescent psychotherapy. *American Journal of Psychoanalysis*, 49: 67-76.

McMullen, L. y Conway, J. (1997). Dominance and nurturance in the narratives told by clients in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7: 83-89.

Meichenbaum, D. y Gilmore, J.B. (1984). The nature of unconscious processes: A cognitive-behavioral perspective. In K. Bowers y D. Meichenbaum (Eds.), *The unconscious reconsidered*. N. Y.: Grune and Stratton.

Mental Health Europe. (1999). European Network on Mental Health Promotion. *Mental Health Promotion for children up to 6 years. Recommendations*. Bruselas.

Miller, J.B. (1970). Waking and dreaming conceptualization in depression. In J. Masserman (Ed.), *Depression: Science and psychoanalysis*. N.Y.: Grune and Stratton.

Miller, N.; Luborsky, L.; Barber, J.P.; y Docherty, J. (1993). *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. N. Y.: Basic Books.

Morgenstern, S. (1927). Un caso de mutismo psicógeno. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 3: 773-806. 1948.

Morgenstern, S. (1939). El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos

infantiles. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 3: 762-770. 1948.

Morris, R. y Kendall, P. (1991). Introduction to the special section on clinical child psychology: perspectives on child and adolescent therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6: 763-765.

Murray, H. (1938). *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. Oxford: Oxford Univ. Press.

Nathans, S. (1988). *Plan Attainment: An individualized measure for assessing outcome in psychodynamic psychotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology at Berkeley.

Neisser, U. (1982). *Memory observed: Remembering in natural contexts*. San Francisco: Freeman.

Neubauer, P. (1980). The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of children. *International Journal of Psychoanalysis*, 61: 137-144.

Noam, G. (1991). Beyond Freud and Piaget: Biographical worlds-interpersonal self. In T. Wren (Ed.), *The moral domain*. Cambridge: MIT Press.

Norville, R. y col. (1996). Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 6: 16-29.

Nunberg, H. (1951). Transference and reality. *International Journal of Psychoanalysis*. 32: 1-9.

Orlinsky, D.; Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. Bergin y J.S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy*

and behavior change. N. Y.: Wiley.

Ornstein, A. (1976). Making contact with the inner world of the child: toward a theory of psychoanalytic psychotherapy with children. *Comprehensive Psychiatry*, 17: 3-36.

Ornstein, A. (1981). Self pathology in childhood: developmental and clinical considerations. *Clinical Psychiatry*, 4: 435-453.

Perry, J.C. y Cooper, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanisms: 1. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*. 46: 444-452.

Perry, J.C.; Luborsky, L.; Silberschatz, G. y col. (1989). An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same videotaped interview. *Psychiatry*. 52: 302-323.

Pfeffer, A. (1963). The meaning of the analyst after analyses: A contribution to the theory of therapeutic results. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 11: 229-244.

Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *The Psychology of the child*. N.Y.: Basic Books.

Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New Haven: Yale University Press.

Piotrowski, C. y Keller, J. (1984). Psychodiagnostic testing in APA approved clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice*. 15: 450-456.

Piper, W.; Azim, H. y col. (1991). Transference interpretations, therapeutic

alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 4: 946-953.

Poch, J. y Avila, A. (1998). La psicoterapia psicoanalítica: presente y futuro. En *Investigación en psicoterapia*. Paidós. Barcelona.

Popp, C.; Diger, L.; Luborsky, L.; Faude, J. y col..(1998). The parallel of the CCRT from waking narratives with the CCRT from dreams: A further validation. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association. (Ch. 12).

Popp, C.; Diger, L.; Luborsky, L. y col. (1996). Repetitive relationships themes in waking narratives and dreams. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5: 1073-1078.

Popp, C.; Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1990). The parallel of the CCRT based on waking narratives with the CCRT based on dreams. In L. Luborsky y P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference-The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books. (Ch. 11).

Pulver, S.E. (1987). The manifest dream in psychoanalysis: A clarification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 35: 99-118.

Racker, H. (1954). Notes on the theory of transference. *Psychoanalytic Quarterly*, 23.

Racker, H. (1966). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós. Mejico.

Rapaport, D. (1951). *Organization and pathology of thought*. N.Y.: Columbia University Press.

Rapaport, D. (1960). The structure of psychoanalytic theory: A systematizing attempt. *Psychological issues* (Monograph N° 6).

Rapaport, D. (1967). A theoretical analysis of the superego concept. In M. M. Gill (Ed.), *The collected Papers of David Rapaport*. N.Y.: Basic Books.

Rapaport, D. y Gill, M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. In D. Rapaport, *Collected papers*. N.Y.: Basic Books.

Reiser, M. (1984). *Mind, brain, body: Toward a convergence of psychoanalysis and neurobiology*. N.Y.: Basic Books.

Reiser, M. (1986). *The durable core of Freud's empirical science*. The Thirty-eighth A.A. Brill Lecture, the New York Psychoanalytic Society.

Renik, O.(1991). One kind of negative therapeutic reaction. *Journal American Psychoanalysis Association*, 39: 87-105.

Rest, J.R. (1983). Morality. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology*, vol. 3. N.Y.: John Wiley.

Rice, L. y Greenberg, L. (1984). *Patterns of change*. N. Y.: Guilford.

Robbins, L. y Wallerstein, R. (1956). Orientation the psychotherapy research project of the Menninger Foundation. *Bulletin Menninger Clinic*, 20: 223-225.

Rosemberg, S. y col. (1986). A method for establishing reliability of statements from psychodynamic case formulations. *American Journal of Psychiatry*. 143: 1454-1456.

Rosenfeld, H. (1972). A critical appreciation of James Strachey's paper on the

nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 53: 455-462.

Sander, L. (1975). Infant and caretaking environment. In E.J. Anthony (Ed.), *Explorations in Child Psychiatry*. N.Y.: Plenum Press.

Sandler, J. (1969). *On the communication of psychoanalytic thought*. University Leiden.

Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Journal Psychoanalysis*, 3: 43-48.

Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 64: 35-46.

Sandler, J. (1989). Unconscious wishes and human relationships. In S. Sandler (Ed.). *Dimensions of Psychoanalysis*. London : Karnac Books.

Sandler, J. y col. (1992). *The patient and the analyst*. Revised and expanded. International University Press.

Sandler, J.; Kennedy, H. y Tyson, R. (1975). Discussions on transference. The treatment situation and technique in child psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 30: 409-441.

Schacht, T. y Binder, J. (1982). *Focusing: A manual for identifying a circumscribed area of work for time-limited dynamic psychotherapy (TLDP)*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University.

Schacht, T.; Binder, J. y Strupp, H. (1984). The dynamic focus. In H. Strupp y J. Binder (Eds.), *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic*

psychotherapy. N.Y.: Basic Books.

Scharfman, M. (1978). Transference and the transference neurosis in child analysis. In J. Glenn (Ed.), *Child analysis and therapy*. N.Y. International University Press.

Schlesinger, H.J. (1974). Problems of doing research on the therapeutic process in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 22: 3-13.

Schlessinger, N. y Robbins, F. (1975). The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflict and changes in ego. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 23: 761-782.

Schneider, P. (1976). La psychotherapie d'inspiration analytique. En *Propedeutique d'une psychotherapie*. P.I.P. Paris.

Schowalter, J. (1985). Countertransference in work with children: review of a neglected concept. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25: 40-45.

Seitz, P. F. (1966). The consensus problem in psychoanalytic research. In L.Gottschalk y A. Auerbach (Eds.). *Methods of research in psychotherapy*. N. Y.: Appleton-Century-Crofts.

Seligman y col. (1988). Explanatory style across the life span: Achievement and health. In E. Hetherington, R. Lerner y M. Perlmutter (Eds.), *Child development in life-span perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Seligman, M. (1980). A learned helplessness point of view. In L. Rhem (Ed.), *Behavior therapy for depression*. N.Y.: Academic Press.

Seligman, M. (1991). *Learned optimism*. N.Y.: Basic Pocket Books.

Seligman, M.; Peterson, C. y col. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*. 93: 235-238.

Shapiro, T. (1985). Adolescent language: it's use for diagnosis, group identity, values and treatment. In M. Sugar (Ed.), *Adolescent Psychiatry*. University Chicago Press.

Shapiro, T. (1991). Words and feelings. *Journal American Psychoanalysis Association*, 39: 324-348.

Shapiro, T. y Esman, A. (1992). Psychoanalysis and child and adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 31: 6-13.

Silberschatz, G. (1986). Testing pathogenic beliefs. In J. Weiss, H. Sampons, and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. N.Y.: Guildford.

Silberschatz, G.; Curtis, J. y Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy*. 26: 40-46.

Silberschatz, G.; Fretter, P. y Curtis, J. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54: 646-652.

Singer, B. y Luborsky, L. (1977). Countertransference: The status of clinical vs. quantitative research. In A. Gurman y A. Razin (Eds.), *The therapist's*

handbook for effective psychotherapy: An empirical assessment. N.Y.: Pergamon.

Singer, J. (1985). Transference and the human condition: A cognitive-affective perspective. *Psychoanalytic Psychology*.

Sistema Nacional de Salud. (1995). *Catalogo de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Solnit, A.J. (1987). A psychoanalytic view of play. In P.B. Neubauer y A.J. Solnit (Eds.), *Psychoanalytic Study of the Child*. New Haven Yale University Press.

Sperling, M. (1951). The neurotic child and his mother: a psychoanalytic study. *American Journal Orthopsychiatry*, 21: 351-362.

Spitz, R. (1956). Transference, the analytic setting and its prototype. *International Journal of Psychoanalysis*. 37: 380-385.

Spitz, R. (1957). *No and yes*. N.Y.: Int. Univ. Press.

Spitz, R. (1959). *A genetic field theory of ego formation*. N.Y. International Universities Press.

Spitz, R. (1965). *El primer año de la vida del niño*. Fondo de cultura economica. Madrid, 1985.

Sroufe, L. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in pre-school: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology*. Hillsdale: Erlbaum.

Sroufe, L. y Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. Hartug y Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development*, N.Y.: Basic Books.

Sroufe, L. y Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construc. *Child Development*, 48: 1184-1199.

Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15: 117-126.

Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 34: 363-379.

Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. N.Y.: Basic Books.

Stern, D. (1989). The representations of relational patterns: Development considerations. In A. Sameroff y R. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood*. N.Y.: Basic Books.

Stone, L. (1967). The psychoanalytic situation and transference: postscript to an earlier communication. *Journal American Psychoanalysis Association*, 15: 3-58.

Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, (1969), 50: 275-292.

Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. N.Y.: Norton.

Sulloway, F. (1996). *Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative*

lies. N. Y.: Pantheon Books.

Szapocznik, J. y col. (1987). *A Psychodynamic Child Rating Scale Report. Research and Evaluative*. University of Miami. Medical School.

Szapocznik, J. y col. (1987a). *The Psychodynamic Child Rating Scale: A manual*. University of Miami. Medical School.

Teller, V. y Dahl, H. (1981). The framework for a model of psychoanalytic inference. *Proceedings of the Seventh International Joint Conference on Artificial Intelligence*. 1: 394-400.

Teller, V. y Dahl, H. (1986). The microstructure of free association. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 34: 763-798.

Thorne, A y Luria, Z. (1986). Sexuality and gender in children's daily worlds. *Social Problems*, 33: 176-190.

Thorne, A. (1989). Conditional patterns, transference, and the coherence of personality across time. In D. Buss y N. Cantor (Eds.), *Personality psychology: Recent trends and emerging directions*. N. Y.: Springer-Verlag.

Thorne, A. (1995). Developmental truths in memories of childhood and adolescence. *Journal of Personality*, 63: 139-163.

Thorne, A. (1995a). Juxtaposed scripts, traits, and the dynamics of personality. *Journal of Personality*, 63: 593-616.

Thorne, A. y Hogan, K. (1992). *Identifying Transference Themes in narratives of memorable encounters, using "Lay" coders*. Unpublished manuscript.

University of California, Santa Cruz.

Thorne, A. y Michaelieu, Q. (1996). Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child Development*, 67: 1374-1390.

Thorne, A.; Cutting, L. y Skaw, D. (1998). Young adults' relationship memories. *Narrative Inquiry*, in press.

Tolpin, M. (1986). The self and its self objects: A different baby. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in Self-Psychology*. N.Y. Guilford Press.

Tomkins, S. (1987). Script theory. In V. Aronoff, A. Rabin y R. Zucker (Eds.), *The emergence of personality*. N.Y.: Springer-Verlag.

Toolan, M. (1989). *Narrative: A critical linguistic introduction*. London: Routledge.

Torres, L. (1993). *Método TCRR, manual para su uso*. Traducción y adaptación al Español. Con complementos del Grupo de Trabajo TCCR de Ulm.

Tronick, E. (1982). *Social interchange in infancy*. Baltimore, DM: University Park Press.

Tronik, E. (1982). Affectivity and sharing. In E. Tronik (Ed.), *Social interchange in infancy*. Baltimore: University Park Press.

Tyson, P. (1978). Transference and developmental issues in the analysis of a prelatency child. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33: 213-235.

Tyson, R. y Tyson, P. (1986). The concept of transference in child psychoanalysis. *J.A. Academy of Child Psych.*, 25: 30-39.

Vaillant, G. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.

Van Ravenswaay, P.; Luborsky, L. y Childress, A. (1983). *Consistency of the transference in versus out of psychotherapy*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Seffield, England.

Vanni, F. (1990). Un modelo grupal en la psicoterapia infantil. *Clínica y análisis Grupal*, 55: 389-406.

Viner, R. (1996). Melanie Klein and Anna Freud: The discourse of the early dispute. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 32: 4-15.

Waelder, R. (1936). The principle of multiple function: Observations on overdetermination. *Psychoanalytic Quarterly*. 5: 45-62.

Waldinger, R. (1997). *Continuities and discontinuities in relationship themes from adolescence to young adulthood*. Manuscript in preparation.

Wallerstein, R. (1975). *Psychotherapy and psychoanalysis*. International University Press. N.Y.

Wallerstein, R. (1986). *Forty-Two Lives in Treatment*. N.Y.: Guilford Press.

Wechsler, D. (1974). *Wechsler Intelligence Scale for Children Revised*.

Weis, S. y col. (1968). Technique of child analysis. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7: 639-662.

Weiss, J. (1986). Theory and clinical observations. In J. Weiss, H. Sampson, and the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. N.Y.: Guilford.

Weiss, J.; Sampson, H. y Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. N.Y.: Guilford.

White, R. (1952). *Lives in progress*. N.Y.: Dryden.

Wiess, J.; Sampson, H. y the Mount Zion Psuchotherapy Research Group. (1986). *The Psychoanalytic process: Theory, clinical obseervations and empirical research*. N. Y.: Guilford.

Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. *International Journal of Psychoanalysis*, 26: 137-143.

Winnicott, D.W. (1955). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up. *International Journal of Psychoanalysis*, 36: 16-26.

Winnicott, D.W. (1956). On transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37: 386-388.

Winnicott, D.W. (1958). *through paediatrics to Psycho-analysis*, (NY: Basic).

Winnicott, D.W. (1958a). Análisis del niño durante el periodo de latencia. En *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia. Barcelona, 1981.

Winnicott, D.W. (1960). the theory of the parent-infant relationship. *The maturational processes and the facilitating environment*. N.Y.: Int. Univ. Press,

1965.

Winnicott, D.W. (1962). Los designios del tratamiento psicoanalítico. En *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia. Barcelona, 1981.

Winnicott, D.W. (1962a). Mi punto de vista personal sobre la aportación kleiniana. En *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia. Barcelona, 1981.

Winnicott, D.W. (1963). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia. Barcelona.

Winnicott, D.W. (1980). *Psicoanálisis de una niña pequeña (The piggle)*. Gedisa. Barcelona.

Winnicott, D.W. (1982). Sueños, fantasía y vida. En *Realidad y juego*. Ed. Gedisa. Barcelona.

Witkin, H.A. (1949). Sex differences in perception. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 12: 22-26.

Wolberg, L. (1967). *The technique of psychotherapy*. Heinemann. Londres
World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*.

World Health Organization. (1977). *Child Mental Health and Psychosocial Development*. Ginebra.

Zahn-Waxler, C. y col. (1979). Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. *Child Development*, 50: 319-330.

Zeanah, C. y col. (1989). Implications of research on infant development for

psychodynamic theory and practice. *Journal American Academy Child Psychiatry*, 28: 657-668.

Zetzel, E. (1956). Current concepts on transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37: 369-376.

Zetzel, E. y Meissner, W.(1974). *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. N. Y.: Basic Books.

ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE IDENTIFICACION

ANEXO B

HOJA DE RECEPCION

RECEPCIÓN DE LA DEMANDA

FECHA:.....

Nº Cartilla S.S.

PROCEDENCIA:

DERIVADO:

- A petición propia
- Por indicación médica/profesional
- Por petición de la familia
- Otros (especificar)

QUIEN VIENE A LA RECEPCIÓN:

- El/ella individualmente
- El/ella con familia
- Familia sin paciente
- Otros (especificar)

ALGUN FAMILIAR SIGUE TRATAMIENTO EN ESTOS SERVICIOS:

- Sí (indicar parentesco)
- No

TIPO DE ENTREVISTA DE EVALUACIÓN INDICADA:

- Consulta programada
- Consulta preferente
- Consulta urgente

CONVIVENCIA:

CURSO Y COLEGIO:

MOTIVO DE CONSULTA:

ANEXO C

TRANSCIPCION DE ERS CON VALORACION DE CATEGORIAS

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 1 M

Mujer

Edad: 11

Sesión: 1

ER 1: Compañeros Grado de totalidad 4

NRS: Dolor de cabeza (31)*

P://^{NRS} hoy en el colegio, ma dolío la cabeza//

T: si?. Como ha sido?

NRO: Gritan, ofenden (15, 25)

P: porque como//^{NRO} estaban gritándome y me estaban gritando en el oido, porque me han grit...^{NRS} me duele la cabeza//, en el oido

NRS: Dolor de cabeza (31)*

T: que cuando te gritan en el oido te duele la cabeza?, si?

NRO: Gritan, ofenden (15,25)

P: porq//^{NRO,NRS} me gritan fuerte, en toa la cabeza y me duele//

NRS: Dolor de cabeza (31)*

T: que raro, no?. Siempre que te gritan te duele la cabeza?

P: sss

T: y que es lo que te estaban gritando

NRO: Insultan, ofenden (15,25)

P: pues...//^{NRO} tonta y eso... me estaban, me estaban diciendo también//

T: quien?

P: a, a unos chicos de mi clase

T: y por que?

NRO: Les da la gana, son malos (15,25)

P://^{NRO} porque les daba de la gana//

T: como? Pero cuentamelo, como ha sido. O sea de repente, así de repente, haaa eres tonta, así?, de repente?. Silencio. Pero como ha empezado la cosa

P: pues xxx estábamos jugando un poco, vienen y nos cogen a todas las chicas, empiezan...

T: pero quienes, quienes vienen

P: los chicos

T: ha

P: empiezan, se vienen y nos empiezan a hacer a las chicas cosas, y entonces... pues... //^{NRO}a algunas

NRO: Gritan, ofenden (15,25)

PRO: Hacen cosquillas, disfrutan (29,11)

PRO: Hacen cosquillas, disfrutan (29,11)

NRO: Insultan, ofenden (15,25)

NRO: Gritan, ofenden (15,25)

NRS: Llorar, estar mal (17,22)

(D): Ser apreciado, no ser ofendido (7,14)

NRS: Pegar, ser violento (10,13)

NRS: Pegar, herir (10,23)

NRO: Pegan, rechazan (15,4)

PRS: Tranquilizarse, ser amistoso (9,5)

PRO: Entienden, arreglan (1,9)

(D): Controlarse, ser amistoso (21,4)

las cogen las gritan,^{PRO} las hacen cosquillas,^{PRO} a mi también me hacen cosquillas//, pero no..., a unas las metían en los oídos

T: y que te decían?

P://^{NRO} pues... tonta, fea, no se que...// etc

T: pero dime el etc, a ver, que es el etc

P: heee, cabezona

T: cabezona?

P: si

T: tonta, fea, cabezona

Silencio

P: y llodica, también

T: llorica. Por que, llorica

P: porqueee, //^{NRO} están así en el oído y algunas veces cuando me duele la cabeza pues^{NRS,(D)} lloro un poco//

T: lloras?

P: si

Silencio

T: y que te llamen todo eso, a ti como te sienta?

P: mal

T: mal. Tu que haces

P://^{NRS} pues yo le pego adañazos, les pego//

T: he?

P: que yo les pego adañazos, les pego. Silencio

T: y así se arregla?

P: (afirma)

T: sí?, así se arregla la cosa?

P: si

T: no lo entiendo

P://^{NRS,NRO} les pego yo, ellos me pegan a mí//

T: ha

P://^{PRS,PRO,(D)} nos tranquilizamos un poco y se adr...adregla la cosa//

T: y como se arregla?

P: pues... porqueee viene... viene la seño y dice que pasa? y, y, y unas

PRO: Apoyan, aprecian (13,9)
 (D): Ser protegido, tener amigos
 (13,11)

cuantas chicas dicen es que están molestando a V, //^{PRO,(D)} entonces la, los regaña//

T: están que?

P: regañando a V. Y entonces las regaña. A los chicos

T: pero entonces se arregla porque llega la profesora

P: si

T: ya. O sea que... Y eso pasa muchas veces, si?

P: sss

T: que los chicos se meten contigo?. Por que?

P: porque si

T: por que piensas tu que pasa eso

P: porque al molestarme y eso...

T: pero te molestan mucho?

P: sss

T: y a otras chicas?, igual que a ti?

P: tan... menos

T: ha, menos. O sea que a ti es a quien molestan mas?, los chicos?

P: (afirma)

T: por que?

P://^{NRO} y a una chica también la insultan//, como ha nacido pequeñita, pues sería un poco pequeña, pues la llaman pingüino. Su madre es bajita como los pingüinos, la llaman pingüino.//^{NRO,(D)} La llaman muchas cosas y tamb, también le sienta mal//

T: o sea que a quien mas molestan es a esa chica y a ti?

P: si

T: y a ti por que, que es lo que te pasa a ti?

P: porque a, //^{NRO} a mi me insultan, también//

T: ya, pero a la otra porque es bajita y a ti?

P: y a mi también me llaman...//^{NRO,NRS,(D)} me insultan

porque como soy mas fuerte que ellos algunas veces.... pues les doy//

T: mas que? mas fuerte?

P: si. Entonces me insultan a mi,

NRO: Insultan, ofenden (15,25)

NRO: Se sienten mal, enfadados (27,28)

(D): No ser ofendido, ser apreciado (7,14)

NRO: Insultan, ofenden (15,25)

NRO: Insultan, ofenden (15,25)

NRS: Pegar, estar enfadado (10,21)

(D): Ser apreciado, tener amigos (7,11)

NRS: Hacer el tonto, sentirse inadecuado (17,19)

NRO: Insultan, ofenden (15,25)
(D): Ser tonta, ser ofendido (15,20)

NRO: No hacen el tonto, no cooperan (17,23)

NRS: No reirse, estar decepcionado (20,21)

(D): Divertirse, no sentir malestar (32,31)

llamándome a mi dambo
T: rambo?

ER 2: Amigas Grado de totalidad 4

T: por que?, por que te lo crees?. Tu crees que eres tonta?

P: no

T: te lo crees, no?

P: un poco, un poco si

T: un poco. Y por que crees tu, porque crees, te lo crees tu un poco?

P: porque algunas veces cuando estoy jugando con mis amigas, o con mi hermana, pues//^{NRS} me toca hacer a mi el tonto//, por lo que vamos a hacer me toca a mi hacer el tonto, pues entonces le empiezan a decir a los otros que miran que jugamos y a mi me toca el tonto, entonces mientras se lo dicen...//^{NRO,(D)} ya me dicen tonta//. Silencio

T: y por que te toca hacer el tonto

P: porque//^{NRO} ellos nunca lo quieren hacer,// porque si no ser...//^{NRS,(D)}

porque si no yo no me río//, porque es que ellos no hacen ninguna tontería

T: pero por que la haces tu?

P: porqueee...

Silencio

T: por que?

P: porqueee.... porque si

T: porque si?. Por algo será no?. Lo has pensado alguna vez?

P: no

T: no lo has pensado

Silencio

T: a lo mejor... tienes que pensarlo un poco, no?

P: si

T: por que, haces el tonto. Que pasaría... si no lo hicieras

NRS: Sentirse incapaz, confundido
(17,26)

PRO: Jugar, divertirse (29,9)
PRS: Jugar, divertirse (29,28)

P: pueees... no me llamaban tonta
T: solo eso?

Silencio

T: no se, a lo mejor tu te imaginas
que pasarían mas cosas

Silencio

T: tu dices que te toca, como es eso
de que te toca

P: que//^{NRS} me toca a miii hac, ser,
hacer el tonto//

T: pero como toca, lo echáis a
suertes?

P: (afirma)

T: a si?. A ver como es, explícame

P: pues, un, una hee con la mano,
no?. Una con una piedra

T: pero cual es el juego

P: heee, se pone así, se coge una
piedra la mueven de la mano la
dejan una, si por ejemplo le toca la
piedra en una mano, pues la liga la
que, la que la ha tocado

T: se la liga

P: si

T: eso quiere decir que te toca hacer
el tonto

P: si

T: ha, y, y como sigue el juego?

P: pues, cuando a alguien le toque la
pieda lo que coja, pues la liga y
entonces empezamos el juego ese
de hacer el tonto.//^{PRO,PRS} Después
terminamos y jugamos a otro juego
mas// xxx y hacemos o así o xxx
xxxxx, pues hacemos pares o nones
y quien elige nones pues xxx así lo
hacemos así y por ejemplo me toca a
mi pedir, pues pido una chica o a un
chico

T: y cuando la ligas que, que, que s,
que son las tonterías que hay que
hacer?

P: pueees... hacer lo que hay que

- NRO: Insultan, ofenden (15,25)
- NRS: Sentirse incapaz, insatisfecho (17,20)
(D): Ser apreciado, ser sumiso (7,20)
- D: No ser ofendido, ser apreciado (7,14)
- D: Controlar, sentirse bien (19,24)
- PRS: Ser independiente, sentirse satisfecho (15,28)
(D): Reafirmarse, ser respetado (34,3)
- NRS: Duele la cabeza (31)*
- PRS: Jugar, sentirse bien (29,28)
- hacer en la guerra, pero ya hace mucho que no jugamos a eso
T: pero que es lo que ellas dicen, por ejemplo
P: o sea, //^{NRO} cara de tonta// haciendo una cosa de gimnasia rítmica, o algo así
T: haa, y siempre te toca a ti?
P: (afirma)
P: humm
P://^{NRS,(D)} mala suerte que tengo me toca a mi//. A mi y a otras personas también
- ER 3: Sujeto** Grado de totalidad 3
- T: y otro poco no?. Y... cual es el poco que te gusta? y el poco que no te gusta?
P: hummm.... El que no me gusta es que, que no me la den, que no me la ligue, que //^Dyo no me la quiero ligar//. Y el... y el que no me gu, mia, el que, el que, el que a mi no me gusta pues yo no me la quiero ligar y//^D el que a mi me gusta, pues que se la ligan, que se la ligen otros//. Porque yo siempre, //^{PRS,(D)}yo no tengo porque ser siempre//
T: bueno pero no eres siempre tu, no?
P: algunas también se la ligan
T: ya. Silencio. Y cuando pasan todas esas cosas que tu cuentas, te duele la cabeza?
P://^{NRS} algunas veces//
T: y luego se te ha pasado hoy, el dolor?. Te has tomado algo?
P: no, me se pasa... si yo... juego y me se pasa, //^{PRS} juego a algo y me se pasa//
T: como?
P: si juego xxx que no xxx la cabeza pues me se pasa
T: si juegas a otra cosa?
P: si

NRS: Duele la cabeza (31)*
 (D): No sentir malestar, divertirse
 (32,31)

D: Tener compañía, no estar solo
 (7,11)

NRO: Contradicen, controlan (17,20)

NRO: Contradicen, controlan (17,20)

PRO: Estan de acuerdo, apoyan
 (13,18)

NRO: Se oponen, controlan (17,20)

NRS: Estar enfadado, decepcionado
 (20,21)

NRO: Controlan, son energicos
 (20,24)

(D): Crecer, ser independiente
 (23,21)

Silencio

T: y si no juegas?

P://^{NRS,(D)} pues... pues me sigue
 doliendo la cabeza//

ER 4: Animales Grado de totalidad
 3*

P://^D a mi me gustaría tener un gato
 o un perro//, pero no

T: quien no te deja

P://^{NRO} mi madre, mi madre podque
 le da asco los gatos//, pero como
 sueltan mucho pelo, //^{NRO} le da asco y
 los chuchos// porqueee... porque
 como se cagan en la calle y se
 hacen pis pues...

Silencio

T: ya. Silencio. Claro. Silencio. Si
 tu madre no quiere no se pueden
 tener, no?

P: y mi padre tiene... hay muchos en
 su tabajo, //^{PRO} me quiere taer uno^{NRO}
 pero mi madre no quiere//

T: como?

P: que padre nos quiere traer mas

T: ha, tu padre quiere

P: si en el trabajo. Pues mi madre no
 quiere

T: y a ti eso te fastidia

P://^{NRS} se lo llevo pidiendo un xxx //

T: hala, tanto tiempo

P: xxx a veces

T: ya

Silencio

T: pero parece queee... eso no va a
 poder ser, no?

P://^{NRO,(D)} mi madre me deja cuando
 ya sea mayor y tenga un madido//

T: cuando ya seas mayor y tengas
 un marido? (riendo)

D: Tener compañía, no estar solo
(7,11)

PRO: Estan de acuerdo, entienden
(1,18)

PRS: Estar de acuerdo, agradar
(9,1)

(D): Ser como mama, identificarse
(27,26)

P: si

T: puff, pero para eso falta mucho, no?. Silencio. A lo mejor... si en vez de un perro, o un gato fuera otra cosa. No?

P: o un oso de peluche

T: bueno un oso de peluche, eso si, no?

P: si

T: pero, pero no es lo mismo, no?. Digo si fuera otro animal, pero a lo mejor mas pequeñito, o que estuviera en una jaula...

P://^D a mi me gustaría animales de estos que, un ciervo, un poney//

T: para tener en casa (riendo), para tener en casa?

P: para tener en una... porqueee, en 1993 fui, fui en la semana cultural a un sitio que se llama la granja escuela y había muchos animales, había un caballo

T: ya

P: no solo un caballo, había. Tamb una madre que había parido a unos cuantos gatos, a diez gatos por lo menos

T: pero eso no es posible tener en casa, no?. Silencio. Yo te decía que a lo mejor un perro o un gato no, pero a lo mejor un, yo que se un hámster algo, tampoco te dejarían?

P://^{PRO,PRS,(D)} a mi madre no le gustan, ni a mi//

T: ha, a ti no te gustan

P: a mi me da asco

T: los hámster

P: los datones, pero es parecido

ER 5: Amigos Grado de totalidad
3,5

T: y esto que cuentas que ha pasado hoy, no?, que te dolía la cabeza, ha llegado la profesora después de todo ese lío?

P: si

PRO: Ayudan, aprecian (13,9)
 (D): Ser protegido, apreciado (13,7)

T: que ha pasado?
 P://^{PRO,(D)} que las ha regañado a los chicos//
 T: que les ha dicho?
 P: que no lo vuelvan a hacer.
 Silencio
 T: que no lo vuelvan a hacer?
 P: si
 T: el que?
 P: que no me vuelvan a chillar, en el oido
 T: pero chillaban mucho?

Silencio

T: y ellos la hacen caso?. Ha no?
 P: unas veces

Silencio

PRO: Defienden, ayudan (13,9)
 (D): Ser protegido, apreciado (13,7)

T: tu crees que, sabes defenderte?
 P://^{PRO,(D)} tengo algunas amigas que me defienden también//
 T: he?, como
 P: pues... ha, hacen lo mismo que yo, me dicen que las adañ, que les a//^{PRS} adañado un chico pues yo se lo hago//

PRS: Defender, ayudar (9,5)

T: humm. Silencio. Y eso sirve?. Ha no?

P: poco

T: poco, por que

PRO: Defienden, ayudan (13,19)

P: porque si, pero ha, hay un chico se llama S, he, que //^{PRO} algunas veces también me defiende de los chicos//

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 2 M

Mujer

Edad: 12

Sesión:1

ER 1: Madre Grado de totalidad 3,5

NRO: Estan enfermos (19,14)

T: tu madre esta mal?

P: sss//^{NRO} esta ingresá en el hospital//

T: tu madre?

P: de G. sss

T: y eso que la ha pasado?

P: que tiene infección y... esta mañana me ido al hospital y la han... tiene que estar allí una semana, pero//^(D) a lo mejor le dan el alta mañana//

(D): Ayudar, ser bueno (12,26)

T: y eso cuando la ha pasado, porque nos vimos el viernes, no?

P: pues el viernes

T: el viernes mismo?

PRO: Cuidan, apoyan (13,23)
NRO: No dan seguridad, están preocupados (14,28)P: después de comer se la tuvieron que llevar, //^{PRO} se la llevo mi padre a las cuatro// y//^{NRO} hasta la una y pico de la madrugada no vino mi padre, pa llevarnos a mi casa.// Silencio

T: que le pasa? tiene infección?, pero no os han dado mas explicaciones?

P: si, tiene en las trompas

T: haaa

P: y la tienen queee... la medicina se la tienen queee, que dar mediante las venas, un medicamento intravenoso de esos y claro tienen que hacerlo en el hospital, bueno se lo podían hacer en la casa, pero tenían que llevarla al ambulatorio y tenían que hacérselo todos los días y sería mejor que se quedara allí

T: y cuanto tiempo tiene que estar?

P: pues le dijeron una semana hasta el viernes que viene, pero//^(D) a lo mejor la dan el alta mañana//. Si va

(D): Ayudar, ser bueno (12,26)

		bien todo, porque siempre tenía fiebre y... ahora la bajao la fiebre, en la fiebre y tal
		Silencio
		T: vaya susto. Te has asustado?
		P: ya nos lo esperábamos
		T: como?
		P:// ^{PRS} que ya nos lo esperábamos//
		T: el que?
		P: que la tenían que ingresar
		T: como que ya os lo esperabais?
		P:// ^{NRO} si, porque llevaba una semana mala ya//
		T: ha si?
		P: sss, llevaba una semana entera mala y entonces yaaa..., cuando veía que no le bajaba la fiebre y que se sentía igual, pues entonces ya// ^{NRO,(D)}
		fue al médico y dice seguro que me tienen que ingresar, y luego la ingresaron//
		ER 2: Familia Grado de totalidad 3
		T: bueno y ahora entonces como... que, como te organizas?
		P: pues nada mi padre, // ^{PRO} mi padre hace la comida, mi hermana se va al colegio//, // ^{PRS,(D)} yo me levanto pronto ahora//, hacemos la casa, nos vamos a comprar, viene mi hermana y después de comer nos vamos al hospital y estamos allí desde las cuatro hasta las siete o las ocho, después venimos cenamos y a las once o por ahí, nos vamos a la cama y eso es lo que hacemos. // ^{PRS,(D)} Pero ahora me voy a ir a mi pueblo//, unos días me voy a ir
		T: a principios de julio?
		P: mañana
		T: mañana te vas?, esto si que es una sorpresa, no?. Yo había entendido que todavía te quedaba tiempo de estar aquí
PRS: Saber, entender (1,14)		
NRO: Estan malos, son irresponsables (19,28)		
NRO: Estan malos, son irresponsables (19,28)		
(D): Ayudar, estar cerca (12,11)		
PRO: Ayudan, cooperan (13,18)		
PRS: Apoyar, ser servicial (9,5)		
(D): Ayudar, identificarse (12,27)		
PRS: Ser independiente, estar seguro (15,28)		
(D): Divertirse, estar feliz (31,30)		

PRO: Apoyan, ayudan (13,18)

PRO: Apoyan, cooperan (13,18)

PRS: Ser independiente, estar seguro (15,28)

(D): Estar comodo, divertirse (31,30)

NRS: No entender, estar ambivalente (2,19)

(D): Evitar conflictos, no sentir malestar (31,17)

PRS: Ser servicial, dependiente (9,16)

NRS: Estar confundido, ambivalente (2,19)

P: me voy mañana. Es que, como mi madre esta ingresa, pues//^{PRO} mi tía dijo queee fuéramos allí a pasar unos días//, para quitarle a mi padre mas... para que no tuviera tanto..., tanto lío y aunque salga mi madre, dice //^{PRO}mi madre que nos podemos ir unos días allí//, y como nos íbamos a ir el miércoles, pues ya nos vamos, //^{PRS,(D)} aunque salga mi madre del hospital, pero nos vamos//

ER 3: Terapeuta Grado de totalidad 2,5

T: o sea que acabamos de empezar y te marchas

P: sss, no pero yaaa estaré aquí, tu cuando vienes?

T: cuando vengo? hasta, yo me voy el 15 de julio hasta mediados de agosto

P: //^{NRS,(D)} hasta mediados de agosto?, pero ya no tenemos mas, no?//

T: depende de lo que tu hagas

P://^{PRS} ha, si yo me voy muy poquito tiempo seguro, una semana o dos//

T: ahora?

P: sss, a partir del miércoles. Es que no se, es que no se, porqueee luego me voy al pueblo de mis primas, no a mi pueblo, pueblo, me voy al pueblo de mis primas, y después el sábado y el domingo pues... son las fiestas en mi pueblo, y a lo mejor vamos al pueblo y ya no se si del pueblo nos iremos a mi casa, o no me iré otra vez aquí ya

T: pues entonces, no se

P: vamos ni idea, //^{NRS} es que no sabemos ni, ni cuando nos vamos a ir, si esta noche, mañana//

T: todos los planes han cambiado?

P: si

Silencio

NRS: Estar confundido, ser ambivalente (2,19)

(D): Distanciarse, no tener obligaciones (10,29)

NRS: Estar confundido, estar ambivalente (2,19)

(D): Ser aceptado, apreciado (2,7)

PRS: Ayudar, ser servicial (9,1)

(D): No sentir malestar, estar seguro (31,30)

T: y en agosto?, vas a estar aquí o no?

P: //^{NRS,(D)} y en julio, pero como en julio no estas tu//

T: pero en julio, no en julio, en juliooo no sabes todavía..., si yo voy a estar hasta, hasta el 15 de julio estoy aquí

P: en julio? yo si, a que estamos a 21, no?

T: claro

P://^{NRS} yo a primeros de julio ya estoy aquí//

T: te he entendido que no lo sabes muy bien, si te vas, vienes, si luego...

P: pero que...

T: a lo mejor

P: pero... no lo se

T: exacto, que no lo sabes

P: a lo mejor estoy una, una semana o dos, luego tu estas ya...//^(D) Pues podemos quedar, no se//

T: no se, tu crees que estarías aquí, hacia el 14 de julio una cosa así? trece, doce, entonces... no se

P: sss

T: veremos una entrevista para esa fecha hasta que yo me vaya, y me cuentas como ha ido todo

ER 4: Madre Grado de totalidad 3

T: te preocupa lo que le pasa a tu madre?

P: humm no, no porque no es muy grave, hombre//^{PRS} me preocupa de que esta en el hospital y eso//, no?, pero... no tanto como si la tuvieran que operar ooo, o cosa así, me preocupa, //^(D) pero no si fuera una cosa mu importante//

T: pero no mucho?

P: me preocupa pero no mucho

T: como te preocupa?

P: pues yo que se, no tengo un medidor de preocupaciones

T: bueno ya, pero que piensas

NRS: Estar preocupado, mal (27,22)

PRS: Ayudar, ser servicial (9,1)

PRO: Estan bien, son responsables (23,24)

NRS: Estar preocupada, en conflicto (27,19)

NRS: Sentirse culpable, confundido (25,26)

PRS: Sentirse seguro, dependiente (28,16)

(D): Sentirse comodo, seguro (31,30)

PRO: Controlan, llaman (20,28)

NRO: Llaman, controlan (20,28)

NRO: Llaman, controlan (20,28)

NRO: Estan preocupados, ansiosos (20,28)

PRS: Ser servicial, entender (9,1)

P: pues na, pues que... ya se tiene que quedar allí, //^{NRS} tiene que comer allí sola//, bueno sola, nosotras, //^{PRS} nosotros vamos a la hora de la merienda//, de la cena, solo tiene que desayunar sola y... que duerme sola, bueno duerme con una compañera

T: entonces no esta sola

P: pero que esta bien acompañá, y ahora son muchas amigas, lleva allí, //^{PRO} se ha hecho una amiga// que lleva desde el treinta de enero ingresada hasta ahora, todavía sigue esa mujer, //^{NRS} tiene una cara ya, la pobre así esta mu delga, es que desde el treinta de enero ingresa...//

T: o sea que estas deseando que tu madre salga

P: ssss, //^{NRS} aunque no la voy a ver//

T: no la vas a ver, ha que tu te vas

P: claro

T: te vas antes de que salga, es verdad. Y te iras preocupada?

P: //^{PRS,(D)} no porque se que esta bien y..., //^{PRO} mi madre siempre esta con el teléfono//

ER 5: Madre Grado de totalidad 4

P: //^{NRO} siempre, siempre llama, siempre, el caso es que tiene que llamar//

T: aunque nooo... haga falta

P: no, no pasa nada, bue... siempre llama porque fíjate, fuimos a, pa semana santa, fuimos al pueblo, a mi pueblo y //^{NRO} siempre estaba llamando// y resulta que mi hermana se hizo un esgüince y como //^{NRO} mi madre es tan preocupa//, se preocupa de tanto, //^{PRS} no le dijimos que se había hecho un esgüince, lo tuvimos en secreto// yyy, y mi abuela, no, no se que, ha mi tía M. J. no?, pues no le dijimos nada, aunque se pone un día mi tía M. J. al

NRO: Meten la pata, se equivocan
(25,14)

NRO: Estan preocupados, controlan
(28,20)
(D): Ayudar, sentirse bien (12,31)

NRO: Estan preocupados, controlan
(28,20)

NRO: Estan preocupados, controlan
(28,20)
PRS: Estar seguro, ser responsable
(28,14)
(D): Ser independiente, tener
confianza (23,24)

teléfono y empiezan a hablar y dice y la tata, no se que, bueno mi hermana que la llamamos así, y le dice pues por ahí esta, dice que como no puede correr y mi madre, es que//^{NRO} mi tía metió la pata sin darse cuenta//, y mi madre y por que no puede correr?, dice anda ya he metido la pata, dice porque me he hecho un esguin, porque se ha hecho un esguince. Bueno y luego//^{NRO,(D)} mi madre toda preocupa, luego llamaba todos los días//

T: o sea que se preocupa demasiado, piensas tu

P: si

T: demasiado

P: bueno luego llamó porque también era mi cumpleaños y eso pero también, además de mi cumpleaños llamaba por... //^{NRO} para ver como estábamos, si dábamos guerra, si no se que//

T: que se preocupa demasiado, piensas tu

P: humm (afirmando) yo que se

T: que a lo mejor no hacia falta que llamara tanto

P: estamos con mis tías ahí, estamos bien. Silencio. Vamos no se

T: que

P: yo pienso que si

(se interrumpe por una llamada)

P: que estaba diciendo?

T: sobre la preocupación de tu madre

P: ha, no se yo pienso queeee, //^{NRO,PRS} no hace falta que llame tantas veces,^(D) porque estamos bien con mis tías, no se que nos va a pasar// y además en un pueblo

T: parece que ella se preocupa en exceso

P: puede ser

T: pero a ti eso te agobia un poco, a lo mejor?

NRS: Ser dependiente, servicial (16,9)

NRS: Ser dependiente, estar indeciso (16,19)

NRO: Controlan, están preocupados (20,28)

NRS: Ser dependiente, servicial (16,9)

D: Controlar, identificarse (19,27)

PRS: Controlar, estar ansioso (12,27)

(D): Controlar, estar bien (19,31)

NRS: Estar ansioso, ser impulsivo (27,13)

NRS: Enfadarse, estar en conflicto (21,19)

(D): Controlar, sentirse bien (19,31)

D: Controlar, estar bien (19,31)

P: nooo, //^{NRS} comunicarte con ella no, no es malo, está bien//. Es que ya que nooo, que no la ves pues yaaa, //^{NRS} puedes hablar con ella y te enteras de cosas, de lo que la pasa//
T: como? no te, no te entiendo
P://^{NRO} que ya llama ella//, pues yaaa, //^{NRS} te pones a hablar con ella, sabemos lo que pasa, si pasa algo malo, bueno//

ER 6: Sujeto Grado de totalidad 3,5

P: y llamar pues...//^D con lo que me gusta hablar a mi por teléfono//. Si en mi casa me mato por el teléfono

T: si pero supongo que no será igual hablar con las amigas por teléfono, que hablar con tu madre

P: no, no pero si no hablo con las amigas

T: con quien hablas?

P: con mi familia. Suena el teléfono, sea quien sea, sea quien sea y//^{PRS,(D)} tengo que ir yo como una bala, hasta me caigo, para que no lo cojan los demás//

T: por que?

P: no se, yo cada vez que suena el teléfono//^{NRS} siento una sensación que tengo ganas de coger el teléfono//. Estoy senta en el, en el ese, cojo el teléfono y me dicen si es que no le ha dao tiempo ni dar la señal, es que a lo mejor estoy en la otra punta de la casa, y no da tiempo ni dar a la señal

T: y para que corres tanto?

P: yo que se//^{NRS,(D)} y cuando lo cogen los demás me enfado//

T: ha, por que?

P://^D porque lo quiero coger yo//

T: humm, a controlar?

P: he?

T: a controlar?

P: a controlar no, a... porque me gusta, me gusta la

PRs: Controlar, estar ansioso (12,27)

T: controlar
P: hablar por teléfono
T: no solo hablar E.
P: a ver que tal están
T: no controlar, eso se llama controlar, no?. No solo te gusta hablar es que además te enfadas como no te dejen cogerlo a ti la primera, o no?, eso has dicho
P: si (se ríe)
T: o sea que eso es controlar, ring, chisst yo eso, chisst quietos yo, luego ya lo pasas, no?
P: si luego ya lo paso (risas), peroooo//^{PRs} cuando suena el teléfono yo voy, yo voy, yo voy, yo voy//

ER 7: Hermana Grado de totalidad 2,5

D: Controlar, estar bien (19,31)

T: y para que quieres controlar tanto, llevar la voz cantante siempre
P: siempre no
T: bueno, la mayoría de las veces digamos
P: puff,//^D porque me gusta//
T: ya eso, que porque te gusta
P: yo que se, porque si, porque es divertido
T: si?
P: si pero en algunas cosas no, solo en... en jugar, en coger el teléfono... en... puf yo que se, hay en algunas cosas que siempre tengo que...//^{PRs}
yo en a ver en que vamos a jugar, lo pienso yo//, pero claro como//^{NRO} mi hermana a veces no juega//, pero//^{PRs,(D)} siempre la tengo que convencer//. Casi siempre

PRs: Controlar, oponerse (12,11)

NRO: Contradicen, no son serviciales (17,13)

PRs: Convencer, controlar (12,18)

(D): Dominar, controlar (19,24)

ER 8: Sujeto Grado de totalidad 2,5

T: y por que son pobrecitos?

PRS: Ser servicial, apreciar a los otros (9,5)
(D): Ayudar, identificarse (12,27)

PRS: Proteger, ayudar (9,18)
NRS: Estar preocupado, en conflicto (27,19)

NRS: Agobiar, ser impulsivo (27,13)

PRO: Bromean, se divierten (29,23)

?RS: Estar celoso, ser dependiente (24,16)

PRS: Sentirse feliz, seguro (29,28)
(D): Competir por el afecto de otro (35)*
PRO: Aprecian, aceptan (9,3)
PRO: Bromean, se divierten (29,23)
?RS: Estar celoso, ser dependiente (24,16)

P: yo que se, a mi primo C. pobrecito, no se que, si cae una persona pequeña antes que mayor//^{PRS,(D)} todavía siento mas, lo del niño pequeño.// Silencio. Es que me gustan mucho además también
T: pero te gusta mucho proteger, a los pequeños?
P: mi primo C.//^{PRS} siempre estoy protegiendo//^{NRS} a ver si se va a caer, a ver si se va a pillar un dedo, a ver siempre//
T: como tu madre contigo?, haaa
P: es dar la vuelta a la ruleta
T: es lo mismo?

Silencio

T: pues, y no te parece a veces un poco cansado?
P: hummm, no se pero yo... como...//^{NRS} no es que le agobie al muchacho// porque también esta mi otro primo y...

ER 9: Padres Grado de totalidad 3

P: o mi padre cuando se empiezan a pelear así//^{PRO} mi madre de broma, pues claro mi padre siempre esta peleándose//, mi madre, //^{?RS} yo digo déjale pobrecito//, no se que
T: tu padre?
P: a mi padre
T: haaa, es tu padre el pobrecito, no es tu madre
P: y mi madre cuando, es que a veces, se pone así como muy mimosa y//^{PRS,(D)} le digo a ver cuanto me quieres, cuanto me quieres y^{PRO} dice pucho, pucho//, y//^{PRO} empiezan a hacer bromas^{?RS} y le digo, déjala pobrecita//, no se que, pero es que a todo el mundo, tengo una manía, no se a todos, a mi hermana cuando

pone esa cara, a mi padre cuando se
empiezan a pelear, a mi madre

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 3 V

Varón

Edad: 12

Sesión:1

ER 1: Pac. cons. Grado de totalidad
5NRS: Extrañeza, estar preocupado
(27,2)NRO: Estan nerviosos, son inseguros
(28,19)NRO: Son controladores, no son de
fiar (20,19)NRO: Son controladores, no son de
fiar (20,19)(D): No sentir malestar, ser protegido
(13,31)NRO: Son raros, no son de fiar
(25,19)NRO: Son raros, no son de fiar
(25,19)NRO: Son malos, no son de fiar
(25,19)(D): No sentir malestar, ser protegido
(13,31)NRO: Son controladores, no son de
fiar (20,19)NRO: Son malos, no son de fiar
(25,19)P://^{NRS} había un, ahí un hombre en
la... en la sala de... allí de espera,
era un poco raro//

T: sí?

P: parecía que...//^{NRO} estaba
nervioso por algo//, fumando dejaba
el cigarrillo cuando se le acababa,
tiraba... lo del cigarrillo, la ceniza en
el suelo, lo tiraba y el cigarrillo
cuando lo acabo, lo soltó de las
manos y lo tiro al suelo. Y...
//^{NRO} estaba mirando//, es que
nosotros sabes donde estábamos
sentados, no?, en la esta, pues
estaba mirando a una chica que
había sentada ahí joven, //^{NRO,(D)} yo...
a mi madre to el tiempo, to el tiempo,
pero mirándola fijamente,
mirando//. //^{NRO} Y era mas raro,
empezaba ahí a moverse de un lado
para otro//

T: estabas preocupado?

P: no//^{NRO} se le veía un poco raro al
hombre ese, se... quedaba mirando
con una manera//T: pero que te hacia sentir, que te
había, que impresión te dabaP: nada que//^{NRO,(D)} tenía malos
pensamientos o algo... de esa chica//

T: el?

P: sí, //^{NRO} a la chica la miraba mas
que a mi madre//T: que es eso de malos
pensamientos?P: pues no se, son los pensamientos
que...//^{NRO} estaba pensando algo
malo de la chica, cualquier cosa//

NRO: Son agresivos, son controladores (20,25)

(D): No sentir malestar, ser protegido (13,31)

NRO: Estan nerviosos, son inseguros (28,19)

NRO: Tienen problemas, estan preocupados (28,19)

(D): No sentir malestar, ser ayudado (31,13)

NRS: Ser dependiente, estar indeciso (16,19)

no... es como lo que sea malos pensamientos

T: hum, como de hacerle daño o algo...

P: si

T: o de...

P: de...//^{NRO,(D)} porque le miraba con una cara... se daba la vuelta le miraba así//, pero por lo menos quince segundos mirándola

T: hum

P: la chica supongo que se daría cuenta de que la estaba mirando to el tiempo

Silencio

T: y parece que te ha impresionado un poco esa situación

P: si que esta el hombre todo el tiempo, //^{NRO} parece nervioso//, estaba en vez de... es que estaba sentao no?, en vez de hacer así tranquilamente con la pierna así, dejarla ahí al lao, ya la levantaba mucho y la bajaba, así en vez de... hacerlo un poquito así, levantaba mucho y la bajaba, parece que la impulsaba, en vez de dejarla, parece que la... hacia fuerte, parecía nervioso, se levantaba iba al servicio, salía de un lado para otro, de la punta hasta la otra punta luego otra vez, por todos los sitios

T: hum, a lo mejor tenía problemas, crees tu

P: //^{NRO,(D)}tendría problemas, yo... si viene ahí es por algo, será por algún problema//, supongo que será algún problema

ER 2: Padres Grado de totalidad 3

T: siempre te acompaña tu madre, no?, o tu padre

P: si, casi siempre, //^{NRS} no vengo yo solo// porque vivo en el sector 3 y

NRS: Sentirse incapaz, ser dependiente (16,17)
 (D): Ser protegido, tener confianza (13,24)
 NRS: Estar en conflicto, controlar (19,12)

PRO: Apoyan, cooperan (13,18)

PRS: Ser distante, ser controlador (12,8)
 (D): No estar solo, ser dependiente (11,20)
 PRS: Ser independiente, tener confianza (23,24)
 NRS: Ser dependiente, incapaz (16,17)
 (D): No tener responsabilidad, no sentir malestar (29,31)

PRS: Esperar, controlar (12,27)

no... vengo yo solo, como es sobre la una no me da tiempo a... venirme yo andando, ni nada, //^{NRS,(D)} además no se el camino//
 T: no?
 P: me conozco esto de alrededor, //^{NRS} ya me lo voy conociendo pero... si no me se todo//

Silencio

T: entonces ellos te ayudan a orientarte, también
 P://^{PRO} si me traen en coche y me voy fijando de por donde vamos//
 T: pero... no te apetecería venir solo?
 P://^{PRS,(D)} a mi me da igual si viene mi padre que mi madre//
 T: hum, pero venir tu solo no te da igual
 P: también//^{PRS} si... por... algún casual... tengo que venirme yo solo, se el camino y eso no me importa//, venirme solo, pero//^{NRS,(D)} como tengo que comer y... volver al colegio es un poco... atareado venir to el tiempo y luego irme//, que tardara bastante
 T: hum

ER 3: Terapeuta Grado de totalidad
 4

P: vamos a estar como la otra vez?
 T: como?
 P: (se ríe)//^{PRS} que estoy esperando a que me hagas alguna pregunta//
 T: ha, ya estabas esperando?
 P: si

Silencio

T: y que quieres que te pregunte?
 P: yo que se, así es como empezaste la otra vez, yo no se.... pues cualquier cosa, lo que tu veas

NRO: Contradicen, rechazan (17,4)
 PRS: Ser controlador, oponerse a los otros (12,11)
 NRO: Controlan, tratan mal (20,15)
 PRS: Ser controlador, hostil (12,11)

NRS: Estar enfadado, sentirse rechazado (21,23)
 (D): Controlar, oponerse a los otros (19,18)

NRS: Estar indeciso, preocupado (19,27)

NRS: Estar confundido, preocupado (27,26)
 (D): Estar seguro, tener confianza (30,24)

T: de que, a ver
 P: (se ríe) ya empezamos
 T: (se ríe) ya empezamos, has empezado tu
 P: //^{NRO}has empezado tu, o sea^{PRS} yo no puedo estar aquí esperando, que se nos pasa el tiempo sin que tu me preguntes nada//, //^{NRO,PRS} tu esperando a que yo hable y yo esperando a que tu hables//, pues así...
 T: ha, pero yo estoy esperando a que tu hables y tu?
 P: esperando a que tu hables
 T: claro porque es que...
 P: pues así se nos puede pasar el tiempo, no?
 T: si?
 P://^{NRS,(D)}joer, estamos así, a ver quien habla primero//
 T: ha, pero ese campeonato lo echas tu a ver quien habla primero, ese eres tu el que lo ha planteado

ER 4: Sujeto Grado de totalidad 4

T: que es eso de la parapsicología, a ver
 P: para mi?
 T: si
 P: hu, es otro mundo
 T: como otro mundo, a ver que quieres decir con otro mundo
 P: pues otro mundo distinto al nuestro, //^{NRS} que puede ser verdad o que puede ser mentira, otro mundo igual que el nuestro// pero no se sabe si es verdad o mentira, no se tiene...

Silencio

T: no se tiene que?
 P://^{NRS,(D)} que no se tiene la verdad de... la parapsicología, si es verdad o mentira, todavía no se sabe si hay fantasmas o no//, están claro

NRS: Estar indeciso, confundido
(19,26)

NRS: Estar indeciso, confundido
(19,26)

NRS: Estar confundido, preocupado
(27,26)
(D): Estar seguro, ser ayudado
(30,13)

NRO: Son anormales, extraños
(25,19)

NRO: Estan extrañados, asustados
(28,16)

NRO: Estan extrañados, asustados

T: ha si?

P: algunos dicen que si otros que no

T: y tu que piensas de eso?

P://^{NRS} no se, estoy entre si y no//

T: por que?

P: porque si (se ríe)

T: ya pero por que, por que, por que si y por que no

P: ha, por que si, pues... //^{NRS} porque si y por que no, porque no// (se ríe)

T: pues no nos hemos enterado, yo creo que habría que preguntarse el por que del porque, no? (se ríe)

P: pues por que, por que, porque si (risas)

T: bueno

P://^{NRS,(D)} pues no lo se porque... porque si, porque... a lo mejor.... no lo se//

T: pero... yo me imagino que en algunos momentos pues tu tendrás esa impresión, no?, de que si...

P: si en algunos momentos si

ER 5: Fantasia, extraños Grado de totalidad 4*

P: no?, son como, unos... como, pues la santa compañía lo... lo dice la palabra es santo, una compañía santa, //^{NRO} que van muchos como curas, que tienen unos gorros así de pico, no se si eran los que tenían pico o normales//, o un gorro así, pues van así en... fila con velas y... vi un reportaje de que una mujer se... o sea, una... mujer y su hija iban hacia su casa que vivían en el pueblo, iban hacia su casa y de noche, que no se venían de comprar de algún sitio de la ciudad, iban a su casa ya del pueblo, y entonces //^{NRO} al ir se quedaron extrañadas porque vieron a... un grupo de gente con gorros así//, con una túnica y con velas que... que iban caminando despacio y //^{NRO} se quedaron paradas// y

(28,16)

NRO: Son peligrosos, estan atormentados (28,16)

(D): Ser protegido, no sentir malestar (13,31)

NRO: Son peligrosos, estan atormentados (28,16)

(D): Ser protegido, no sentir malestar (13,31)

NRS: Estar en conflicto, estar asustado (19,27)

(D): Ser protegido, no sentir malestar (13,31)

NRS: Estar confundido, preocupado (27,26)

detrás del todo de la santa compañía vieron a... a su vecina que era muy vieja ya, que... estaba con un corazón en la mano brillante y estaba así en el pecho y la vieron y... y eso..., me parece que dijeron que significaba que... que//^{NRO,(D)} significaba que, que esa persona se iba a morir pronto// y... y fue verda que luego, ya a los tres días se... le apareció un..., estaba, estaba haciendo la cena la mujer esa, la vieja y... se le...//^{NRO,(D)} se le apareció ya un rayo y la electrocuto y la mato// T: ha sí?

P: yo eso... no se, //^{NRS,(D)} me lo creo un poco y me lo creo un poco, que no y luego...//

ER 6: Fantasia, Santa Compañía Grado de totalidad 4*

T: ha, entonces cuando alguien lo dice te lo crees?, o como

P: no

T: es mas fácil que te lo creas?

P: si, es mas fácil porque... ya lo dice ella misma, una persona normal, pero si lo cuentan pues bueno//^{NRS} yo que se que si es verdad o no es verdad//

T: pero lo que avisaba la santa compañía esa es, era... quien se iba a morir y quien no, no?, era como un aviso

P: pero la santa compañía, es, avisaron que... que si te la encontrabas por la noche, o que si olías algo de la santa compañía, porque casi nunca, solo te la, se la encuentran las personas que han sido bautizadas con... con no agua bendita con otra cosa, se la encuentran las personas por la noche, algunas personas no todas y una vez o dos, se las encuentran y si no, las normales la huelen o algo y

NRS: Estar asustado, en conflicto
(27,19)
(D): Ser protegido, no sentir malestar
(13,31)

NRS: Estar confundido, preocupado
(27,26)
(D): Ser protegido, no sentir malestar
(13,31)

NRS: Estar asustado, confundido
(27,26)

NRS: Estar asustado, confundido
(27,26)
(D): Estar protegido, no sentir
malestar (13,31)

NRS: Estar asustado, ser incapaz
(27,17)
(D): Ser protegido, ser controlado
(13,20)

NRS: Estar asustado, ser incapaz

dicen que si... que si te ofrecen pan
o agua que no... que no se lo
acceptes porque si no //^{NRS,(D)}serás
uno de ellos y te morirás pronto y
tendrás que... que vagar como ellos
encontrando a mas muertos//

T: ha, o sea que la santa compañía
es una cosa que va con los muertos

P: si

T: ya

P://^{NRS,(D)} es que yo ese problema lo
he... lo he visto muchas veces//, en
muchos casos

T: o sea que casi seria una manera
un poco de salvarse de la muerte, el
hecho de no verlo, de no acercarse
a... a eso

P: a la santa compañía?, bueno es
que//^{NRS} a lo mejor lo de la santa
compañía no es verda//, si fuera
verda pues no que... que decirle que
no al pan que te ofrezcan y ya esta.
Seria una manera de que te dijeran,
de...//^{NRS,(D)} de salvarte de la muerte
si, de que no entraras en su grupo
de estar desterrada ahí, por ahí//

ER 7: Sujeto Grado de totalidad 3

T: si?, pero si ya la voluntad se
acaba, no?, cuando uno se muere

P: (se ríe)//^{NRS,(D)} pues a lo mejor no,
quien sabe, quien lo ha dicho//

T: ha, ya pues a lo mejor...

P: se acaba el cuerpo

T: ... hay que pensar en ello, no?

P: se acaba el cuerpo pero no se
acaba el espíritu, el espíritu se va

T: si?, no me digas, pues yo no se
he?, yo no he visto todavía ninguno
por ahí funcionando el solito, tu has
visto algún espíritu por ahí andando?

P: es que no se pueden ver

T: ha

P: el espíritu, bueno yo supongo que
sabrás que tenemos un espíritu y el
cuerpo, y//^{NRS,(D)} el espíritu es lo

(27,17)
(D): Ser protegido, ser controlado
(13,20)

NRS: Estar asustado, ser incapaz
(27,17)
(D): Ser protegido, ser controlado
(13,20)

que... lo que nos guía de todo// y cuando...

T: pero entonces es como si nunca nos separamos unos de otros, siempre unidos

P: pues no porque...

T: pues habrá xxx

P: ... cuando ya nos desgastamos, o sea//^{NRS,(D)} cuando ya nos volvemos viejos el espíritu, pues ya se va a otra persona//

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 4 M

Mujer

Edad: 13

Sesion:1

ER 1: Medicos Grado de totalidad 5

NRS: Sentirse mal, estar asustado
(22,27)

(D): No sentir malestar, ser protegido
(31,13)

T: ha, bueno. Y a ti esa prueba te...
desagrada

P: si, mucho

T: ha si?, porque?

P://^{NRS,(D)} porque cuando me lo
intentan dar me... me, me encuentro
muy mal//

T: como es la prueba, tu sabes como
es?

P: afirma

T: te la han hecho ya?

P: sss

T: ha, o sea no es la primera vez

P: no es la primera vez

T: cuantas veces te la han hecho ya

P: una

T: como es

P: pues te ponen aquí un vial, te... te
toman la tensión. Teee, te ponen, te
ponen aquí unas cosas, unas
ventosas, hee... y nada mas

T: que mas pasa?

P: te ponen de pie durante media
hora y luego te suben otra vez, es
como una camilla que se sube y se
baja, luego te, te xxx y, y, y hacen
una cosa al vial para que vay... para
que baje mas deprisa. Y el corazón
va, va latiendo mas deprisa y... y me
da

T: que te da

P://^{NRS} la lipotimia//. Silencio

T: desagradable, no?

P: (afirma)

T: te asusta?

P: (afirma)

T: por que?

P://^{NRS} porque no me gusta//

NRS: Lipotimia(31)*

NRS: Estar enfadado, asustado

(21,27)

NRO: Hacen daño, son malos
(20,25)NRS: No entender, estar confundido
(2,26)(D): No sentir malestar, ser ayudado
(31,13)NRO: Hacen daño, son agresivos
(20,25)

NRS: Síncope (31)*

(D): Ser ayudado, tener control
(31,13)

NRS: Fastidiarse, enfadarse (21,26)

NRS: Sentirse incapaz, confundido
(17,26)(D): No decir, evitar conflictos
(17,20)

T: porqué mas

P: por nada mas

T: supongo que pensaras mas cosas,
no?. Porque no te gusta porqueeee...P://^{NRO,NRS,(D)} porque me tienen que
hacer esa prueba//T: ha!, que tu piensas que por que te
tienen que hacer la prueba, además.O sea que a ti te parece que es que
no te la tenían que hacer

P: no

T: por que?

P: por... porque... no. Porque es una
tonteríaT: porque es una tontería. Por que es
una tontería?. Por que piensas tu que
es una tontería?P: porque pa que me t... //^{NRO} porque
me tienen que provocar el síncope
y^{NRS,(D)} no es suficiente ya que me de
por si solo//, que me tienen, que me
lo provoquen ellosT: o sea que encima que te da solo,
van estos y..., pum. O sea que no
solo te desagrada sino que además
te fastidia. Si? y te enfada?

P: no

T: no?. Por que no?

P://^{NRS} yo me fastidio pero no... no
me enfado, sigo como siempre//T: a ver?, o sea tu te fastidias pero te
lo tragas

P: humm (afirmando)

T: haaa y por que?

Silencio

P://^{NRS,(D)} porque no le voy a decir a
los médicos que no me la hagan//

T: por que no?

P: porque no

T: por que no?

P: (se encoge de hombros)

T: esto que es (imitando el gesto)

P: no lo se

T: no sabes lo que es?, o no sabes
porque no?

NRS: Sentirse incapaz, confundido
(17,26)

NRS: Da corte, sentirse equivocado
(26,25)

NRS: Sentirse incapaz, confundido
(17,26)

NRS: Tener vergüenza, estar inseguro (26,13)

NRO: Regañan, desaprueban (20,4)

NRO: Controlan, desaprueban (20,4)
(D): Ser bueno, ser aceptado (3,1)

NRO: Tratan mal, controlan (15,20)

P://^{NRS} no se por que no//

ER 2: Padres Grado de totalidad 5

T: tendríamos que ver entonces porque te tragas todo, no?. Por que?

P://^{NRS} algunas veces noo, no se lo digo a nadie, porque me da corte// que me digan xxx

T: te da corte y eso que quiere decir que te da corte

P://^{NRS} pues que no soy capaz de decíselo//

T: por que, porque piensas...

P://^{NRS} como si tuviera vergüenza//

T: que te imaginas que puede pasar si lo dices

P://^{NRO} que me regañen mis padres.... Silencio. Que me contesten de mala forma, y nada mas//

T: por ejemplo que te contesten de mala forma, como puede ser eso?

P: pues...//^{NRO,(D)} nosotros sabemos lo que te tenga que hacer falta. Y me digan cállate niña//

T: pero espera, así... mira niña nosotros sabemos lo que nosotros pensamos que tenemos que hacer, o ¡hacemos lo que nos da la gana! (imitando una bronca), como

P://^{NRO} con mala leche y despacito//

T: ha, despacito y con mala leche. Silencio. Y el cállate niña, igual con mala leche. Como se notaría la mala leche?

P: pues... Silencio

T: imagina, imagínatelo

P: pues... que lo digan alto...

T: ha, alto, o sea no es despacito

P: y... y con mala leche

Silencio

T: no acabo de entenderlo, algo así como muy cabreados contigo

P: humm (afirmando)

NRO: No me respetan, controlan (20,6)

NRS: Sentirse incapaz, dependiente (17,16)

(D): No intervenir, no tener responsabilidad (29,20)

NRO: Controlan, son malos (20,25)

(D): Evitar conflictos, ser apreciado (17,7)

NRO: Castigan, son malos (15,25)

PRS: Oponerse a los otros, ser respetado (11,4)

(D): No estar conforme, reafirmarse (28,34)

T: ya no te quieren mas?

P: yo no diría eso.//^{NRO} Que ellos harán lo que quieran, ^{NRS,(D)} pero sin yo intervenir//. Silencio

T: si eso es lo que tu haces ahora?, no intervenir

P://^{NRO,(D)} pues eso digo yo, creo que es lo que quieren//

T: haa, ya o sea tu ahora no intervienes dando tu opinión, porque piensas que eso es lo que quieren tus padres. Es eso?

P: hum (afirmando)

T: y si dieras tu opinión se enfadarían contigo?

P: hum (afirmando)

T: y se enfadarían contigo y ya no te querrían?

P: no

T: ha, eso ya no. Bueno se enfadarían contigo y... que pasaría?

P://^{NRO} y me castigarían o me dirían algo//

T: pero así como una especie de venganza?

P: no

T: tampoco. Pero te castigarían por dar tu opinión?

P: sss

Silencio

T: y lo has probado alguna vez o eso es lo que tu te imaginas que pasaría?

P: nunca lo he probado

Silencio

T: entonces tienes mucho miedo, no?. Silencio. Se puede decir que siempre haces las cosas a gusto de tus padres?

P: si. Bueno no, //^{PRS,(D)} cuando me mandan hacer algo digo no voy porque... porque no quiero, o porque no tengo ganas...//

PRO: Entienden, me respetan (1,5)

PRS: Oponerse, ser respetado (11,4)
(D): Ser independiente, tener confianza (28,34)

NRS: Estar de acuerdo, ser sumiso (20,7)
(D): Ser independiente, tener confianza (28,34)

NRS: Decir tonterías, sentirse incapaz (17,26)
NRS: Tener miedo, estar equivocado (26,25)
NRO: Se rien, son malos (15,25)
(D): Hacerlo bien, tener seguridad (3,2)

NRS: No entender, sentirse incapaz (17,2)
NRO: Se rien, critican (15,4)
(D): Ser valorado, aceptado (3,2)

Silencio

T: y que pasa
P://^{PRO} pues nada le mandan a mi hermano//

Silencio

T: entonces a veces si, das tu opinión, no?

P: si

T: haaa. Silencio. O sea que depende de que cosas

P: humm (afirmando)

T: haaa, y tu tienes claro, en que cosas no y en que cosas si?

P: humm (afirmando)

T: a ver explícamelo

P: por ejemplo siiii...//^{PRS,(D)} si me mandan arreglar mi habitación les digo luego, si tengo que ir a alguna parte digo luego, o es que tengo muchos deberes, o que no tengo ganas//. Y por ejemplo si estoy hablando con los médicos y me dicen...//^{NRS,(D)} y me dicen estas de acuerdo?, digo si

T: aunque no lo estés?

P: humm (afirmando)//

ER 3: Profesora, compañeras

Grado de totalidad 3

P: bueno en clase como... como, //^{NRS} cuando le decimos algo a la señorita alguna tontería o algo xxx//, //^{NRS,NRO,(D)} tenemos miedo algunas niñas a que se rían de nosotras//

T: no he entendido no, a ver explícamelo

P: por ejemplo yo le pregunto a la señorita una cosa

T: si

P: y.. y es un, y//^{NRS} es una cosa que no he entendido// //^{NRO,(D)} pero dice la señorita que es una tontería y las demás se ríen de mi//

NRS: Discutir, oponerse (12,11)
 NRO: Contradicen, estan equivocados (17,25)

NRO: LLevan la razon, son rigidos (20,26)
 (D): Ser respetado, entendido (3,1)

NRO: Mandan, controlan (20,25)
 NRS: No mandar, sentirse incapaz (17,19)
 (D): Reafirmarse, mandar (3,34)

NRO: Mandan, controlan (20,25)

NRO: Mandan, controlan (20,25)

NRO: Estan equivocados, son rigidos (20,25)
 PRS: Ser independiente, tener confianza (15,18)
 (D): Ser respetado, reafirmarse (3,34)

NRO: Mandan, no respetan (17,6)

ER 4: Padres Grado de totalidad 2,5

T: con tus padres?

P: pues... pues por ejemplo... hemm hay algunas veces que//^{NRS,NRO} discuto con ellos porque dicen que esto es así, así y así y yo digo que esto es así, así así//. Silencio. //^{NRO,(D)} Y siempre tienen que llevar ellos la razón// y cuando estoy haciendo los ejercicios dig..., dicen mira esto es lo que yo te había dicho y ent..., y se lo había dicho yo. Eso es lo que mas me joroba

ER 5: Madre, hermano Grado de totalidad 5

P: pero luego mi hermano, como dice que yo soy mayor, dic.. me... es como si el fuera el hermano mayor y yo la hermana pequeña.//^{NRO} O sea el me manda a mi y^{NRS,(D)} yo no le puedo mandar a el//

T: el te manda a ti?. Será porque tu te dejas, no?

P: me manda pero yo digo que no

T: ha, entonces no te manda

P://^{NRO} pero me intenta mandar// y luego se lo dice a mama y por, por ejemplo cuando hay que llevar unos libros a la biblioteca que ya habían caducao, //^{NRO} me dice ves tu que ya me han caducado//, dice, dice no, digo se lo digo a mama; se lo //^{NRO} ha dicho a mama y dice que vaya yo//, ^{PRS,(D)} y digo no, son sus libros y los tiene que llevar el//

T: bueno, y quien ha ido

P: todavía no ha ido

T: quien va a ir

P: no lo se, yo no

T: si lo sabes, tu no vas a ir

P: yo no voy a ir

T: y donde esta el problema?

P://^{NRO} pues que D se cree el

- PRs: Mandar, controlar (11,12)
 NRO: Se oponen, son malos (17,25)
- NRO: Regañan, agreden (15,20)
 (D): Ser respetado, ser entendido (3,1)
- NRO: No aprecian, ofenden (10,15)
- NRO: Fastidian, son malos (25,6)
- PRs: Pegar, controlar (11,12)
 (D): Herir, controlar (16,19)
- mandamás de la casa //
- T: pero eso es un problema para ti?
- P: (afirma)
- T: por que?, si tu le has dicho que no
- P: porque algunas veces...//^{PRs} le digo ves a por esto//...//^{NRO} y el va a mama dice, mama mi hem... mi hem... mi hem... chacha me... ha dicho queee vaya a por eso o si no me pega//...//^{NRO,(D)} Y me echa la bronca a mi, eso no puede ser//
- T: ha, y tu madre le apoya. Entonces lo que te fastidia no es que tu hermano te mande, sino que tu madre... tu piensas que tu madre le apoya
- P: sss
- T: eso, eso es lo que te fastidia
- P: humm (afirmando)
- T: ha, y por que piensas que le apoya?
- P: porque siempre les... dice, //^{NRO} dice mama puedo ir a por esto?, dice no va tu hermana//. Silencio. Por ejemplo si tengo un examen, //^{NRO} D en mi habitación pa no dejarme estudiar//...//^{PRs,(D)} Hasta que le doy unos cuantos bofetones y se va//.

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 5 V

Varón

Edad: 14

Sesión:1

ER 1: Sujeto Grado de totalidad 2,5

NRS: Soñar (31)*

P: ss, //^{NRS} me levantaba corriendo, luego me daba cuenta que estaba soñando//, así tres veces o así

T: hum

NRS: Estar obsesionado, en conflicto (19,27)

P: //^{NRS} con la obsesión, me levantaba corriendo//

T: y te levantabas de verdad?

P: ss

T: y que hacías?

P: pues otras veces ya iba como... medio dormio como... a los alicates, //^{NRS} como... esos que se levantan así sonámbulos//

NRS: Estar sonámbulo (31)*

T: pero te levantaste y saliste de la habitación?, o solamente te levantaste?

NRS: Levantarse, estar ansioso (27,19)

P: no, //^{NRS} me levante de la cama//.

PRS: Dormir, entender (1,14)

Otra me levante de la cama pero ya en el suelo, //^{PRS,(D)} luego ya pensaba que era un sueño y me volví a dormir//

(D): Relajarse, sentirse bien (31,32)

T: hum, un sueño un poco angustioso, me da la impresión no?, para ti

P: ss

NRS: Estar obsesionado, en conflicto (27,19)

T: hum, por que?

P: no se, //^{NRS} no me se quitaba de la cabeza//, luego ya... cuando me acosté a la tercera vez, o a la cuarta me levante pues... me lo volví a pensar y digo por eso //^{PRS,(D)} me acuesto a ver si se me va de la cabeza//, me volví a dormir

PRS: Controlarse, entender (14,1)

(D): Relajarse, sentirse bien (31,32)

T: cual sueño fue el que cogiste

NRS: No acordarse, no entender (2,19)

P: //^{NRS} no me acuerdo, ya no me acuerdo//, pensando en otras cosas, cualquiera

ER 2: Padre Grado de totalidad 3

- D: Irse, sentirse comodo (31,1)
- D: Irse, sentirse comodo (31,1)
PRS: Expresarse, controlarse (14,7)
- NRO: No entienden, no corresponden (12,2)
- PRS: Ayudar, ser servicial (9,5)
(D): Ser aceptado, apreciado (2,7)
- NRO: Se enfadan, son duros (27,26)
PRS: Ayudar, estar preocupado (9,27)
(D): Ser aceptado, evitar conflictos (17,2)
NRO: Estan agobiados, ansiosos (28,16)
NRO: No ayudan, no corresponden (12,14)
- D: Ayudar, evitar conflictos (17,12)
- P: no se, es que pa, no se... es que ese día pues... estuve todo el rato ahí con mi padre, a lo mejor por eso
T: si?, que te afecto por la noche
P: claro porque//^D yo me quería ir//, eran las diez ya yo me quería ir... a la casa de la abuela, estábamos en... ahora no me acuerdo en V. y teníamos que acabarlo, y al final//^D eran las diez cuando me quería ir//,^{PRS} cuando le dije que terminara//, quería ya salir a la calle y eso, y //^{NRO}al final acabamos a las doce//
T: a las doce de la noche?, desde que hora?
P: desde las siete
T: de la mañana, o de la tarde
P: no de la tarde
T: y era la teníamos obra del día o habíais hecho otra
P: no luego//^{PRS,(D)} por el día le había ayudado a... a avisos//
T: hum, o sea que fue una jornada agotadora, no?, tu ya tenías necesidad de otras cosas, no?. Y tu padre no se... dio cuenta de eso, de que tu necesitabas salir y distraerte?
P: no se, //^{NRO} es que yo cuando... cuando se enfada//, //^{PRS,(D)} le dije que si me iba con él a ayudarlo//, dijo bueno así que fui a echar una mano
T: y tu por que se lo dijiste?
P: porque... //^{NRO} estaba viéndole tan agobiao//, que //^{NRO} mis hermanos como le ayudan poco con los estudios//, xxx con el, pues vale
T: pero... eso fue porque tu querías o porque tu creías que el quería?
P: bueno porque//^D yo quería ayudarlo//, por eso
T: pero como... como te pudo eso

NRS: Estar cansado, nervioso
(27,19)
(D): Ser entendido, ayudado (2,7)

NRS: Estar cansado, sentirse mal
(22,19)

NRS: No entender, estar en conflicto
(2,19)

NRO: Estan enfadados, insultan
(27,15)
NRS: No ayudar, no entender (2,11)

NRS: Tener miedo, estar en
conflicto (27,19)
(D): Ser entendido, ser aceptado
(2,7)

NRO: Se cabrean, son severos
(27,26)

hacer ese efecto, tanto, no?, por la
noche como para que ese... sueño se
repitiera, se repitiera...

P: porque...//^{NRS,(D)} yo en la obra ya
estaba ya muy cansao//, a las diez
estaba muy cansao, ya no sentía las
piernas

T: hum

P://^{NRS} o sea que a las doce... fatal//,
por eso

T: hum, y tu crees que también es, a
lo mejor tiene algo que ver con la
cosa de que... de como son las
relaciones entre tu padre y tu?

Silencio

P://^{NRS} no se, yo creo que no//

ER 3: Padre Grado de totalidad 3,5

P: no hombre, cuando estamos,
//^{NRO} cuando esta cabreado y ve
que^{NRS} no le ayudamos pues
empieza, es que tengo unos perros
en mi casa// (se ríe), por eso

Silencio

T: hum, pero a ti te, te... imponía esa
situación, te hacia estar así...

P: no, aunque ahora me entra la risa

T: te entra la risa

P: si (se ríe)

T: pero la risa floja, no?

P: si

T: esa risa de haa, así como de un
poco de nerviosismo, no?, por que,
por que

P: no se. Es que//^{NRS,(D)} antes de
pequeño tenía como... miedo a mi
padre//, ya no

T: por que crees tu que le tenías
miedo a tu padre

P: porque... como se ponía así con
tanto nervio, pues... se ponía, //^{NRO} se
cogía muchos cabreos y eso//, pues

NRO: Insultan, estan nerviosos (28,15)

NRS: Estar nervioso, estar en conflicto (27,19)

(D): No sentir malestar, evitar conflictos (17,31)

NRS: Estar indeciso, confundido (19,2)

PRS: Ser independiente, pasarlo bien (15,29)

(D): No tener obligaciones, pasarlo bien (29,32)

NRO: Estan enfadados, son severos (27,26)

PRO: Estan de acuerdo, entienden (18,1)

(D): Ser entendido, aceptado (1,2)

NRO: Son nerviosos, fuera de control (28,19)

NRO: Son irresponsables, estan equivocados (19,25)

NRO: Estan nerviosos, fuera de control (28,19)

T: que hacia

P: nada, //^{NRO} nos insultaba así, porque cuando estaba muy nervioso//, llegaba de trabajar y //^{NRS,(D)} nosotros xxx nos poníamos muy nerviosos//, nos decía eso, cosas así. Nada

T: y... eso a ti te ha... te ha durado tiempo?, ver esa... tu padre así?

P: no tanto, //^{NRS} ahora ya... me lo tomo a pitorreo//

T: te lo tomas a pitorreo?, pero un pitorreo... con la risa floja esa que estamos hablando, no?, o sea que, que te da, te impone un poco, me da la impresión, no?, tu padre todavía

P: si, todavía si, por ejemplo ahora, me estoy allí en la tienda, bueno, //^{PRS,(D)} algunos días me escapo a la piscina//, pero xxx uno cuando llega a mi casa... madre mía, //^{NRO} luego empieza a gruñir...//

T: hum

P: por las noches xxx, por las tardes

T: te lo piensas, no?, como que va, que puede pasar algo. Y ha pasado algo estos días, o no?

P: no

T: cuando has hecho esas cosas?

P: no al final se le ha olvidao

T: se le ha olvidao?, si?

P: //^{PRO,(D)} o me ha dejao//, no se, yo creo que se le ha olvidao con el trabajo, (se ríe), me ha visto a mi y no me ha dicho na

ER 4: Hermanos, padre Grado de totalidad 2,5

P: porque es, //^{NRO} es que es así muy nervioso//. Es así, bueno ahora ya no tanto, antes era mas, porque cuando eran mis hermanos un poco mas pequeños, //^{NRO} llegaban a las tantas y todo eso//, antes con dieciocho años y... //^{NRO,(D)} se ponía muy nervioso cuando llegaban tarde y

(D): Tener confianza, evitar conflictos (17,31)

estaba levantado y les echaba la bronca//

T: hum, o sea que tu padre y tus hermanos han tenido... unas actuaciones delante de ti, que a ti te han impresionado, no?

Silencio

T: como han sido?

NRO: Gritan, pelean (19,27)

P: pues...//^{NRO} gritos y ya esta, nunca se han pegado ni nada//

ER 5: Padre Grado de totalidad 3

PRO: Se divierten, estan bien (29,23)

P: hace poco es que, bueno hace unos meses o así pues... estaba mi hermano, pues cuando no había nadie, en la cocina, no? ,//^{PRO} estaba merendando, estaba viendo una película// y en ese momento llego mi padre, te he pillao, //^{NRO,(D)} te he pillao, que sois unos perros...//

NRO: Controlan, no apoyan (20,14)

(D): Ser apoyado, ser estable (13,30)

T: si?, por que?

NRO: Son severos, irritables (27,26)

P://^{NRO} no se como el llegaba de trabajar y estaba xxx tan cómoda en casa//

T: hum

Silencio

T: como si le diera un poquito de envidia a tu padre, quizá

P: (se ríe)

T: si?

Silencio

NRS: Estar asustado, culpable (27,25)

T: como te hizo sentir a ti cuando el llego diciendo eso

P: pues, //^{NRS} me pego un susto//

T: si?

NRS: Estar asustado, culpable (27,25)

P: tenía el xxx que dar, abrió la puerta y cuando le vi no se lo (se ríe), //^{NRS} me puse tan nervioso//

T: hum

P: no pero, ant, en ese momento hice

NRS: Estar asustado, turbado
(27,26)

(D): Defenderse, evitar conflictos
(17,14)

PRO: Apoyan, aprecian (13,9)

como en las películas//^{NRS,(D)} me puse
a mirar a la calle y ya esta//

T: pero así para no ver

P: si (se ríe)

T: como si no lo vieras

P://^{PRO} pero luego no me echo mucha
bronca//

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 6 M

Mujer

Edad: 15

Sesión:1

ER 1: Sujeto Grado de Totalidad 4

PRS: Estudiar, ser responsable
(14,18)

(D): Tener éxito, mejorar (22,25)

NRS: Suspender, sentirse incapaz
(17,20)

NRS: Suspender, sentirse incapaz
(17,20)

(D): Tener éxito, mejorar
(22,25)

NRS: Suspender, sentirse incapaz
(17,20)

PRS: Ser de las mejores, ser responsable (14,18)

PRS: Aprobar, ser responsable
(14,18)

(D): Tener éxito, mejorar (22,25)

NRS: Tener mucho, sentirse incapaz
(17,20)

P: (se ríe), //^{PRS} estudiar, para los controles que tenía//

T: que tal

P: los controles? bien, //^(D) parece que me va a quedar menos//

T: menos? menos que, que

P: menos que las del trimestre pasado

T: cuantas te quedaron en el trimestre pasado?

P: //^{NRS} tres, pero vamos recupere una//

T: tu esperas ahora aprobarlo todo?

P: nooo, //^{NRS,(D)} hombre todo no, es muy difícil no? pero que me quede una o dos//

T: sí?

P: hombre porque //^{NRS} son muchas asignaturas//, son diez, diez asignaturas. O sea que dentro de lo que cabe //^{PRS} yo soy una de las mejores//, porque a la mayoría le quedan siete, o por ahí, entonces...

T: a la mayoría le quedan siete?

P: de treinta que éramos por lo menos diez, //^{PRS} por lo menos nos han quedado como muchas cuatro//, todos los demás les han quedado seis, siete. A uno le han quedado diez, todas

T: y a ti te parece tan difícil?

P: //^(D) nooo, a mi no me parece difícil//, lo que pasa es que son muchas asignaturas, //^{NRS} tenía mucho con unas y con otras//. Es fácil, pero es eso que tienes muchas asignaturas, entonces..., pero vamos,

(D): Pasar, no tener obligaciones
(29,31)

NRS: Dejar al otro, no apreciar (6,8)

NRO: Lian, tratan mal (15,17)

NRS: No verse, no apreciar (6,8)

NRO: Separan, son malos (15,25)

(D): Ser apreciado, tener amigos
(7,11)

NRO: No aprecian, se alejan (10,12)

NRO: Me dejan, no me aprecian
(10,12)

NRS: Sentirse solo, deprimido
(23,22)

(D): Ser apreciado, tener amigos
(7,11)

PRO: Salen, son amigos (9,13)

PRS: Salir, tener amigos (5,9)

NRO: Se van, no aprecian (10,12)

(D): Competir por el afecto de otra
persona (35)*

muy bien

T: bueno, eso va mejor, no?, si tu dices además que esperas que te queden menos...

P: siiii

T: y te cuesta mucho trabajo?

P: hombre..., no. Siempre estudiar, pues... no, lo que pasa es que//^(D) te tienes que esforzar, si pasas de todo no lo sacas//

ER 2: Amigas Grado de Totalidad 4

T: que tal con las amigas?

P: bueno, //^{NRS} con las otras dos que dejamos, ya no nos hemos vuelto a ver//, o sea si nos vemos y eso y nos saludamos, pero ...//^{NRO} y con la otra la que lió todo//, va a mi instituto y//^{NRS} no nos vemos ni la mitad//. //^{NRO,(D)} Yo creo que lo apaño todo para separarnos//... y luego..., pues cuando ya lo consiguió... o sea, si se sigue viendo con nosotras, pero no es igual que antes, xxx//^{NRO} se lleva mejor con unas amigas//, con unas de su clase y... eso. Bueno yo lo noto mas porque como estoy en el instituto con ella, lo noto mas que, //^{NRO,NRS,(D)} noto mas que me esta dejando a mi como de lado//. Entonces...

T: entonces...

P: pues nada..., pero yo se lo pienso decir, en cuanto xxx a las otras, yo se lo pienso decir

T: en cuanto...

P: en cuanto deje ya..., o sea, //^{PRO,PRS} los fines de semana salimos juntas//, yo me refiero en el instituto, que//^{NRO} ella se va con las de su clase// y//^(D) no era como antes que nos íbamos ella y yo nada mas//. O sea que ahora se lleva muy bien con ellas y eso. Entonces pues cuandoooo..., porque yo veo que se esta dejando de venir con nosotras

PRS: Decir, ser hostil (10,24)

NRS: Decir, ser hostil (10,24)

(D): Ser apreciado, ser correspondido (7,8)

PRS: Dejar a los amigos, alejarse (10,8)

NRO: No son amigas, no aprecian (10,15)

(D): Competir por el afecto (35)*

PRS: Ser amigos, estar celoso (10,24)

NRO: Cumplir, no aprecian (10,12)

(D): Ser apreciado, tener amigos (7,11)

NRO: Cumplir, no aprecian (10,12)

NRS: No entender, estar confuso (2,19)

NRS: No entender, estar liado (2,19)

NRO: Pasan, no me aprecian (10,12)

PRO: Me aprecian, están conmigo (9,11)

(D): Ser apreciado, tener amigos (7,11)

NRS: No saber, estar en conflicto (2,19)

(D): Ser entendido, ayudado (1,13)

poquito a poco, y cuando ya se deje de ir, // ^{PRS} yo se lo pienso decir, que lo apaño todo para que nos separáramos...//

T: eso piensas decir?

P: porque // ^{NRS,(D)} igual que se lo dije a la otra, se lo puedo decir a esta//

T: y porque no la dejas tu antes?

P: no si // ^{PRS} yo también la estoy dejando//, también, porque como veo que // ^{NRO,(D)} se lleva también con las de su clase//, pues // ^{PRS} yo me voy con las de mi clase//

T: no se, pero seguís saliendo los fines de semana, no?

P: si

T: por que?

P: no se. Silencio. Yo creo que lo hace por cumplir, porqueee, los fines de semana dice que... la llamemos y eso, dice // ^{NRO,(D)} me llamáis y salimos todas juntas// y eso. Yo creo que // ^{NRO} lo hace por cumplir, para no quedar mal//

T: y la llamáis?

P: si

T: para que?

P: para salir (se ríe)

T: ya, pero... no lo entiendo

P: // ^{NRS} no lo entiendo ni yo//

T: ha!... que tu tampoco lo entiendes

P: // ^{NRS} es que es mucho lio//. Es que ella en el instituto parece que no, que // ^{NRO} pasa de todo// y luego los fines de semana // ^{PRO,(D)} parece que esta mas con nosotras// y eso, no se. Un fin de semana salimos con ella y con las de su clase y estaba muy... con las de su clase. Este fin de semana no, salimos solas y parece que estaba xxx

ER 3: Amiga Grado de Totalidad 4

P: yo que se, eso ya no lo se. // ^{NRS,(D)} No se, estoy hecha un lio, de verdad, no se//

NRO: No quieren salir, no aprecian
(10,12)

NRO: Se aburren, no aprecian
(10,12)

PRO: Me aprecian, corresponden
(9,13)

PRS: Salir, pasarlo bien (5,9)

(D): Pasarlo bien, tener amigos
(32,11)

NRO: No corresponden, contradicen
(12,17)

PRS: Dar igual, ser dependiente
(16,17)

(D): Ser sumiso, evitar conflictos
(20,17)

(D): Identificarse, evitar conflictos
(27,17)

T: que pasa, que esta chica os lleva a otros sitios?

P: nooo, vamos a los mismos sitios, lo que pasa es que a //^{NRO}M. no le gusta ir dos solas//

T: por que?

P: porque //^{NRO} dice que se aburre mucho//, por eso no quería salir... //^{PRO} cuando yo no salía, no quería salir con la otra sola//, dice que se aburre mucho

T: pues..., un poco complicado, no?

P: si, bastante

T: y a ti te aburre salir las dos solas?

P: a mi no, yo he salido muchas veces con la otra chica solas, //^{PRS,(D)} nos lo hemos pasado muy bien//

Silencio

T: Entonces que quiere decir, que se aburre contigo?

P: nooo hombre, (se ríe), no pero que a //^{NRO} ella la gusta sal, o sea que estemos muchas//

T: bueno, tres

P: bueno, pff, muchas, que estemos mas, que dice que dos..., este fin de semana también ha salido una chica con la que iba M. el año pasado, L., o sea que este fin de semana éramos cinco, tres y otras dos que se vinieron

T: pero tu prefieres..., digamos..., amoldarte un poco a lo que ella dice

P: como?

T: tu prefieres amoldarte un poco a lo que esta chica dice y salir mas gente, o como

P: //^{PRS,(D)} a mi me da igual//, como que también te lo pasas bien. Yo no me aburro ni con..., ni estando dos, ni estando mas, //^(D) mientras que a mi me guste el sitio donde vamos con la gente que vamos//

T: pero esta chica a ti te gusta mucho, no?

D: Appreciar, valorar al otro (27,5)
 PRO: Son majos, abiertos (11,13)
 NRO: Enemistar, no son de fiar (8,25)

NRO: Se van, no me aprecian (10,25)

(D): Competir por el afecto de otro (35)*

D: Gustar, identificarse (5,27)

D: No gustar, ser diferente (16,28)

NRO: Enemistar, traicionar (8,25)

?RS: Pensar mal, desconfiar (24,20)

NRO: Traicionan, engañan (8,25)

D: Gustar, identificarse (5,27)

PRO: Son simpaticos, abiertos (11,13)

D: No gustar, despreciar (16,28)

NRO: Hacen mal, estan equivocados (15,25)

NRO: Separar, manipular (8,25)

(D): Ser apreciado, tener amigos (7,11)

NRS: Separarse, estar sola (23,20)

NRO: Se van, no aprecian (10,12)

NRS: Pensar mal, estar decepcionado (2,20)

P: quien?

T: la famosa como se llame, esta

P: ah!, M.

T: la tercera en cuestión

P: o sea//^{D,PRO} si que me gusta, si es muy maja// (con énfasis), lo que pasa es que..., está..., que piensas que//^{NRO} lo ha apañado todo para rompernos//, entonces pues... y que//^{NRO,(D)} esta mucho con sus amigas en el instituto y... eso//

T: entonces no te gusta mucho

P: o sea//^D si que me gusta//, pero//^D

no me gusta lo que esta haciendo//.

Silencio. O sea me gusta como es ella, pero no me gusta lo que esta

haciendo ahora, que cuando//^{NRO} ya ha conseguido rompernos a todas//,

irse ella con las otras. Y//^{?RS} yo eso lo empecé a pensar// y luego me lo

dijo M., con la que yo voy siempre, luego me lo dijo ella, dice me parece

que//^{NRO} C. Se va ha ir con las otras//. Le dije que yo eso ya lo había

pensado. O sea//^{D,PRO} me gusta como es, porque es muy simpática,

le puedes contar cosas//, pero..., luego ella...//^{D,NRO} lo que esta

haciendo..., eso no me gusta tanto//

ER 4: Amigas Grado de Totalidad 3,5

P: mucho. Que//^{NRO,(D)} lo ha apañado todo, todo para hacer que nos separáramos// y que eso no se hace, que esta mal.

T: y tu de quien sientes haberte separado

P: de las otras. Bueno, de N. me da igual,//^{NRS} lo malo es E., con ella

estaba bien//. Porque luego claro,//^{NRO} ella se deja de venir contigo// y //^{NRS} tu piensas si..., si..., la

otra lo dijo o se lo ha inventado la otra//. Es que tienes siempre la duda

esa

NRO: Critican, hacen mal (15,25)
 (D): Ser apreciado, tener amigos
 (7,11)

NRO: Mienten, no son de fiar (8,10)
 NRS: No ser amistoso, despreciar
 (6,8)

NRS: Pensar mal, dudar (19,20)

NRO: Mienten, hacen mal (8,25)

PRS: Verse, ser amigos (5,9)

NRO: Se aburren, ofenden (10,15)

PRS: Hablar, ser amigos (5,9)
 (D): Ser correspondido, sentirse bien
 (32,8)

NRS: No adaptarse, sentirse incapaz
 (17,8)
 (D): Adaptarse, ser como los otros
 (27,7)

NRS: Irse, separarse (23,20)
 (D): No estar solo, tener amigos
 (7,11)

T: que otra, E.?

P: S. era la..., que según C. //^{NRO,(D)} decía que nos estaba poniendo verdes// a M. y a mi, entonces siempre te queda la duda, si S. dijo la ve..., si no lo dijo o lo dijo, //^{NRO} si la otra dijo la verdad o no//, siempre te queda eso. //^{NRS} La otra a mi ni me va ni me viene//, yo me iba con ella, pero vamos... Lo malo es eso, que //^{NRS} siempre te quedas con la duda//, si la otra lo dijo para jorobarte, //^{NRO} o sea de mentira para que nos separáramos//, o si la otra lo dijo de verdad... entonces..., pues eso

T: pero en cualquier caso es curioso que el resultado sea que... hum..., con la chica esta S. o S., que hay ciertas dudas no os veáis y con C. que parece que tanto...

P: o sea si que nos vemos, //^{PRS} yo me sigo hablando con ella//, lo que pasa es que como dijo que..., vamos según la otra, //^{NRO} dijo que se aburría en los sitios//, que se lo pasaba muy mal, bueno que eso también me lo dijo a mi, pues //^{PRS,(D)} yo me sigo hablando con ella, lo que pasa es que claro no se xxx//

ER 5: Sujeto Grado de totalidad 3,5

P: no, lo que pasa es que a lo mejor //^{NRS,(D)} te se hace mas difícil adaptarte a las otras personas//, acostumbradas como xxx nosotras

T: te sigues acordando de ellas, no?

P: no se

T: porque, las relaciones con las amigas tu crees que duran toda la vida

P: no hombre luego cada una cuando se hecha novio, //^{NRS,(D)} cada una se va por su lado//, o cuando ya te casas es raro que las amigas luego sigan en contacto

NRS: Sentirse solo, estar mal (23,22)

T: pff, lo estas poniendo...
 P: no pero que me refiero que...//^{NRS}
 no todas las amigas duran siempre//
 T: pero porque se echan novio
 P: claro
 T: si pero, y si no se echan novio?
 P: hombre, yo que se (se ríe), no se
 T: te lo planteo porque a mi me da la impresión de que tu lo piensas como, bueno yo tengo... mis amigas somos muy buenas amigas y tenemos lo normal, lo normal es que sigamos siendo buenas amigas, hasta que cada cual se eche novio y ya claro pues..., algo así no. Entonces si las cosas no funcionan así... creo, me da la impresión, de que consideras que las cosas no marchan

Silencio

NRS: Irse, dejar (8,20)
 (D): No estar solo, tener amigos (7,11)

P: no se
 T: entiendes lo que digo?
 P: si
 T: y es así o es distinto?
 P: no hombre, porque..., bueno no solo hasta que te eches novio, sino que muchas veces pues//^{NRS,(D)} unas se dejan y se va con otras//
 T: Pero por discusiones
 P: si
 T: porque las cosas no van bien
 P: si
 T: o sea que tu no concibes por ejemplo que llegue, que tu en un momento determinado te canses de alguna amiga, o sea yo me aburro con esta o con estas, ahora me gustaría cambiar, sin que haya pasado nada. O sea sin que haya habido una pelea...
 P: pues nada se lo dices, no?
 T: pero tu te imaginas
 P: es lo mas lógico que tu hables con ellas y les digas, pues mira me aburro a los sitios que vamos
 T: tu te imaginas que eso puede

- pasar, que seria normal?
 P: si, si
 T: a ti te puede pasar eso?
 P: si
- Silencio
- T: tu lo has pensado?
 P: no, pero puede ser... no?, que te pase, que te aburras con esas o que//^{NRS} una te caiga mal//, puede ser, porque no
 T: ya pero no estamos hablando en abstracto estamos hablando de ti, no?. Pero me da la impresión de que para ti eso no...
 P: hombre es que//^{NRS,(D)} quedas mal, si te vas con las otras// porque a lo mejor una te..., te cae mal, yo que se, queda mal siempre
- NRS: Caer mal, enemistarse (6,10)
- NRS: Cambiar de amigas, quedar mal (6,10)
 (D): Ser apreciado, tener amigos (7,17)

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 7 M

Mujer

Edad: 15

Sesión:1

ER 1: Compañeras Grado de totalidad 4

- P: no se es que... no se que contarle, si no me dice así que empiece por alguno... no se
 T: por donde tu quieras, es igual
 P: por donde yo quiera?
 T: humm (afirmando)
 P: bueno pues vamos a ver, es que así en algunos días, hummm no se a mi me da un poco por pensar, es que humm, yo cuando he visto a mis, a mis compañeras pasar,//^{NRS} aunque nunca me he llev, no es que me lleve mal con ellas, pero es queeee... no se,// pasa //^{NRS} lo mismo estaba con una que con otra//, pero no porqueee, yo que se
- NRS: Llevarse mal con los otros (8,11)
 NRS: No apreciar a los otros (8,6)

NRS: Estar enfadado (21,23)

NRO: Son indiferentes (10,12)

(D): Ser buena estudiante (22,25)

NRO: Rechazan (4,6)

PRO: No crecen, no cambian, no son adultas (22,19)

NRO: Presumen, se divierten (29,23)

PRO: No crecen, no cambian, no son adultas (23,24)

NRO: Cambian, crecen, son adultas (23,24)

(D): Cambiar, crecer, ser adulta (23,24)

D: No cambiar, ser yo mismo (29,28)

NRS: Sentir envidia (25,24)

D: Cambiar parcialmente (27,25)

NRO: Cambian, no son de fiar (23,19)

NRO: Cambian, no son de fiar (19,23)

(D): Ser como los otros (27,25)

(D): Crecer, ser adulto (23,24)

NRO: No ofrece ayuda para crecer (14,4)

NRO: Valoran negativamente (4,6)

NRO: No me apoyan, me confunden (14,4)

NRO: Controlan, no dejan pensar (20,4)

(D): Ser adulta (23,27)

NRS: Ser infantil, no ser adulta (16,17)

es estar siempre, es que lo que ellas hacían no?, o sea... quiero decir, a ver como me explico, humm. Estaba siempre con un grupo pero como a lo mejor //^{NRS} con una me enfadaba, pues me tenía que ir con la otra y así, //^{NRO} entonces ellas eran... muy... muy indiferentes, // o sea si no... //^(D) si no eras buena estudiante y eso no, //^{NRO} no te hacían mucho caso algunas, // entonces cuando pasaron, pues al principio en octavo pues eran la mayoría, //^{PRO} pues ni se pintaban iban normal, // bueno lo que para mi ir normal, las veía //^{NRO} eran un poco así presumidas no, //^{PRO} pero siempre vestían de la misma manera, // entonces cuando han pasado no se humm, //^{NRO} yo es que pienso que ellas cambian y //^(D) yo es que no cambio, //^D a veces yo no quiero cambiar yo quiero ser yo, pero es que //^{NRS} me da un poco como de... de, de envidia no?, // no... //^D porque yo también quiero, quiero cambiar en algunas cosas, // a mi eso de que se pinten me da igual pero no se, //^{NRO} yo es que no se porque la gente cambia tanto, // de una chica que... hasta ella misma //^{NRO} decía que no le gustaba esto y luego //^(D) de repente hacia todo lo contrario, // y yo no se, //^(D) yo pienso que eso a lo mejor era al crecer, // entonces se lo digo a mi madre, y //^{NRO} mi madre dice que yo tengo que ser como yo soy y que //^{NRO} no tengo que envidiar, porque ellas sean de la otra manera // que... que... que, que //^{NRO} eso que yo soy yo y que ya esta, //^{NRO} y que no tengo que pensar lo que los demás piensen, // pero es que //^(D) se las ve mas, mas adultas, mas mayores y //^{NRS} yo siempre soy muy infantil, // porque yo nunca llevo el pelo suelto siempre lo llevo recogido con una cosita así,

NRS: Sentir vergüenza (25,26)

NRS: Disgusto, desagrado por cambiar (20,22)

NRS: Sentir vergüenza por cambiar (26,25)

(D): No cambiar, no ser adulta (29,21)

D: Cambiar y no cambiar, no tener conflictos (29,31)

NRS: Sentirse incapaz (17,19)

(D): Ser ayudado (13,30)

NRS: Sentirse en conflicto (19,17)

(D): Ser estable (30,31)

D: Ser estable (30,31)

NRS: Sentirse en conflicto (19,17)

NRS: Sentirse incapaz (17,19)

NRS: Contestar, agredir (10,6)

D: Ser amable, no agredir (5,12)

NRS: Agredir a los otros (10,11)

entonces si algún día lo llevaba suelto luego //^{NRS} hasta me daba vergüenza// porque decían anda mira, y //^{NRS} no me gusta que, que me digan mira lo que llevas hoy, // entonces //^{NRS,(D)} me da mucha vergüenza a veces cambiar, // o si acaso como he, si, he estado siempre igual pues, era diferente y tampoco quiero. //^D Es que quiero cambiar y no quiero, // es que y eso //^{NRS,(D)} yo no se... lo que tengo que hacer, // es que... lo mismo, ayer es que me pasaba eso, lo pensaba y hoy es otra, es otra, es diferente, entonces //^{NRS,(D)} yo no puedo estar cambiando todo el rato de... de... de opinión, de pensamiento, o sea de... // hummm, hummm de eso, de... que //^D tengo que ser siempre de una manera, no puedo cambiar tantas veces //

ER 2: Sujeto Grado de totalidad 4,5

P: bueno //^{NRS} he cambiado y no he cambiado //, yo me noto que algunas cosas he cambiado, es que... //^{NRS} cambio lo que yo no quiero cambiar //

T: que ha cambiado?

P: no se, es que //^{NRS} me veo como mas... mas contestona y ^D yo no quiero ser así, // aunque yo veo a las demás que lo hace, xxx pues pegue un portazo a la puerta y salí corriendo, y... hombre eso no... así... de esa manera pero algo parecido tal vez, y entonces... yo en esas cosas me veo que cambio o al, a veces

T: no pero espera, te ves que cambias?

P: hummm (afirmando)

T: antes no eras contestona y ahora si, por ejemplo?

P: hombre //^{NRS} siempre he sido

- PRRS: Ser amable, no herir (5,9)
- NRS: Herir, agredir (10,11)
- D: Ser amable, no herir (5,12)
- NRS: Sentirse ambivalente (19,17)
- D: No tener responsabilidades (29,20)
- D: No tener responsabilidades (29,20)
- D: No tener responsabilidades (29,20)
- NRS: Estar confundido (19,2)
- NRS: Sentirse ambivalente (19,17)
- contestona//, bueno es verdad pero que ahora es de otra manera es...
- T: como
- P: humm, que //^{PRRS}antes no decía lo que, lo que les dolía sino que daba como un rodeo// no ahí, pero //^{NRS}ahora es que voy directa, o sea doy donde mas duele, o sea se lo digo donde mas les duele,// entonces eso es lo que hacen las demás y //^Dyo no quiero ser así, //^{NRS}quiero y no quiero, no se. //^DQuiero algo fácil pero sin saber que eso trae unas consecuencias o algo//
- T: quieres que?
- P://^Dquiero hacer lo que es mas sencillo//
- T: lo fácil
- P: si lo... lo mas superficial pero luego //^Dsabiendo que si haces eso trae consigo otras, otras consecuencias y eso es lo que yo no quiero, // entonces claro yo tengo que... por eso es que no...
- T: pero eso no es posible, he
- P: ya
- T: cuando se cambia, se cambia, lo cual no quiere decir que cambies de arriba abajo, he?, pero cambiar lo superficial sin mover nada mas, eso no es posible
- P: ya
- Silencio
- P: y... también me pas, me pasa con... lo mismo un día me gusta vestir muy elegante, bueno a lo mejor parece una tontería no?, pero no es la ropa en si sino con la persona, //^{NRS}lo mismo un día pienso que me gustaría llevar, no se a lo mejor cinco pendientes aquí en la oreja o... hummm... un montón de collares, bueno no, bueno no así// pero me entiende lo que le quiero decir, //^{NRS}y otro día nada, no me

NRS: Estar confundido (19,2)	<p>gusta llevar nada me gusta ir lo mas clásica posible//^{NRS} y otro día cambio y quiero ser de otra manera// T: no, no eso no es ser P: no? T: no P: pero es que aparte de eso lo que, lo que también haces T: ya pero vamos a ver, a ti un día te gustaría ponerte cinco collares y veinte pendientes bien, lo haces? P: no T: haaa</p>
(D): Estar seguro (30,23)	<p>P: ese, es que//^(D) lo quisiera hacer y no...// bueno no eso, pero de otra, así un poquillo y de la otra manera tampoco,//^{NRS} es que no soy ni lo uno, ni una cosa ni la otra//</p>
NRS: Sentirse ambivalente, vacío (19,20)	<p>T: pero... tendrás que experimentar cosas para saber que es, lo que tu quieres cambiar y que es lo que te gusta y lo que no te gusta, porque hasta ahora parece que solamente lo piensas aquí (señalando la cabeza), pero no lo experimentas</p>
NRS: Sentirse rechazado, no amado (23,27)	<p>P: humm (afirmando).//^{NRS,(D)} Es que me da miedo que piensen mal de mi//</p>
(D): Ser aceptado (2,3)	<p>T: quien? P: la, las personas que están a mi alrededor, tanto mi familia como los amigos o... T: yo que se si lo que te da miedo es que tu misma pienses mal de ti</p>
	Silencio
	<p>P: como? no... T: que no se si en realidad lo que te da miedo, es que tu misma pienses mal de ti por hacer eso</p>
NRS: Sentirse ambivalente, en conflicto (19,17)	<p>P: yo creo que si, que es eso. Silencio. Pero es que, es que no, es que//^{NRS,(D)} yo no puedo estar así, unas veces queriendo una cosa y otra veces la otra,// porque... es que no se puede ser a veces... las dos</p>
(D): Ser estable (30,31)	

D: Mejorar, cambiar (22,25)

D: Ser estable, no cambiar (30,28)
 NRS: No saber, ser incapaz (17,19)
 (D): Ser ayudado (13,1)

NRS: No saber, ser incapaz (17,19)
 (D): Sentirse comprendido (1,13)

NRO: Desaprobación, rechazo
 (4,17)

(D): Ser aceptado (2,17)

NRO: control, rechazo (20,26)

NRO: Control (20,26)

NRO: Control (20,26)

NRO: Desaprobación, rechazo
 (4,26)

NRS: Rechazo, desaprobación
 (10,6)

cosas, tengo que ser... no se...

Silencio

T: siempre igual

P: tampoco, es que//^D no quiero ser ni siempre una persona monótona,// o algo así ser, o sea que siempre hace lo mismo y //^Dtampoco quiero cambiar todos los días,// es que //^{NRS,(D)}una cosa a medias yo que se y yo no se como se hace eso//

T: claro que no lo sabes, pero para saberlo tendrás que probarlo

P: //^{NRS}pero es que yo no se como, es que no...^(D) no se si me entiende, pero no se como... ni como se empieza, ni como...//

ER 3: Madre Grado de totalidad 3

P: puff//^{NRO} luego esta mi madre que... tampoco le gusta que haga ciertas cosas//

T: que cosas

P: que, //^(D)que no las he hecho// pero que... que como espera, espera a ver como se lo, que hummm... //^{NRO}que las vaya a hacer eso no lo quiere,// o espera, que no quiere... ella a veces yo cre, creo que hummm que piensa, o sea que //^{NRO}ella sabe lo que yo... a lo mejor tengo en mi cabeza o intento hacer,// entonces //^{NRO}antes de que yo lo diga, con intu, con intuición, parece que dice ahí pues^{NRO} a mi no me gustaría que...//

ER 4: Vecina Grado de totalidad 2,5

P: Yo tengo una vecina no? que tiene mi misma edad, tiene catorce años no? y... heee se pinto así pero muy clarito, entonces yo ese, //^{NRS}en ese momento hummm la verdad es que no me gustaba//, es que, porque

NRS: Estar ambivalente, en conflicto (19,17)

NRS: Estar obsesionado, estar en conflicto (19,27)

D: No crecer, no ser adulto, no tener responsabilidades (29,20)

D: Crecer, cambiar, tener responsabilidades (23,25)

NRS: No cambiar, no crecer, ser inadecuado (17,19)

D: Ser infantil, no tener responsabilidades (29,20)

D: Divertirse, ser feliz (32,31)

NRS: Sentirse infeliz, insatisfecho (20,22)

(D): No ser mayor, no tener responsabilidades (29,20)

(D): No ser adulta, no tener responsabilidades (29,20)

D: No cambiar, no crecer, no tener responsabilidades (29,20)

D: Cambiar, crecer (23,25)

NRS: Sentirse incapaz (17,19)

(D): Ser ayudado (13,2)

pienso que hummm no se, hay un por ahí una dedicatoria así que //^{NRS} cuando eres joven quieres ser adulto, cuando eres adulto piensas otra vez en ser joven// y //^{NRS} a mi eso es que me obsesiona//, o sea yo es que//^D lo que yo no quiero es crecer//, entonces lo veo un poco difícil, entonces claro //^D si yo quiero cambiar es porque yo estoy creciendo//

T: exacto

P: y //^{NRS} si no cambio es porque no crezco//

ER 5: Sujeto Grado de totalidad 4

P://^D yo me quiero mantener como una persona infantil// pero, bueno infantil no hummm... yo es que... //^D quiero aprovechar lo que es la juventud// o sea no se, pienso, //^{NRS,(D)} pienso en cosas que no voy a poder cuando sea, cuando sea mayor//

T: claro

P: que, que no... pero no cosas intelectuales sino... hummm a ver como exteriores, yo que se saltar, jugar, yo que se hummm esconderme, jueg, que se que eso //^(D) cuando sea adulta no lo voy a poder hacer//, entonces //^D eso es cambiar y yo quiero cambiar lo, pues eso lo que le he dicho lo superficial//, pero...

T: lo veo difícil

P: claro pero no, eso no se puede entonces //^D hay algunas cosas que si me gustaría que, que cambiaran pero es que como ^{NRS,(D)} no puedo hacerlo//

ER 6: Adultos Grado de totalidad 3,5

P: pero... yo pienso que lo que yo

D: No ser adulto, no tener responsabilidades (29,20)	opino es cos, pero así... o sea, //Dyo hay cosas de los adultos la mayoría que yo es que son, no tengo, vamos que eso creo que yo no lo voy a hacer, o sea que no quiero, que no quiero... hacerlo//
NRS: Sentirse ambivalente, en conflicto (19,17)	T: que cosas
NRS: Sentirse incapaz (17,19) (D): Ser ayudado (13,1)	P: no se, es que... ahora mismo no lo se, es que //NRS cuando estoy yo sola entonces es cuando empiezo a pensar todo lo que no quiero hacer y lo que quiero hacer//, //NRS es que no se hablar,(D) me es muy difícil sabe?//
NRS: Sentirse incapaz (8,17)	T: no
NRS: Sentirse incapaz (8,17) (D): Ser comprendido (1,2)	P: no pero...
NRS: Sentirse ambivalente, en conflicto (19,17)	T: no veo que te sea difícil
PRS: Ser responsable (14,15) NRO: Se oponen a mis deseos (20,17) PRS: Ser responsable (14,15) (D): Ser adulto, crecer (23,25)	P: no pero...//NRS lo que yo quiero decir no, no lo se... no lo se decir, //NRS,(D) lo que yo pienso no lo se expresar//. Silencio. Bueno pero lo que, a lo que yo me refiero es otro tipo de cosas que yo no... que yo no quiero hacer así no se, yo no quiero...//NRS yo quiero ser responsable pero no lo quiero ser//, por eso yo, por eso yo pienso que... //PRS me gusta ser responsable//, por ejemplo //NRO mi madre no me deja ir a la feria// y cuando llega mayo, si por ahí, //PRS,(D) entonces si eres adulto eres responsable y si haces alguna locura hay tu eres ya adulto y tienes que hac, tienes que tener una responsabilidad//, //NRS,(D) mientras que eres niño una niña aunque luego, aunque tienes que tener un poco de cuidado aunque no lo hagas, pues parece que como que pasa de largo no?// porque... hombre//NRO te castigan y eso pero.... hummm es de otra manera lo toman como... (D) bueno son niños son cosas de niños y... y esas cosas vamos//
NRS: Ser irresponsable (13,16) (D): Ser niño, no crecer, no tener responsabilidades (29,20)	
NRO: Castigan (20,15)	
(D): Ser dependiente (29,20)	

- NRS: Ser incompetente (17,16)
- NRS: Ser incompetente (17,16)
- NRS: Ser incompetente (17,8)
- PRS: Comprender a los demás (1,9)

- PRS: Ayudar a los otros (5,9)
- (D): Ayudar a los otros (12,4)
- D: Mejorar, progresar (22,25)
- NRO: Rechazo (4,6)

- NRS: Sentirse incapaz (17,19)

- NRS: Sentirse nervioso (19,27)
- NRS: Sentirse incapaz (17,19)
- NRS: Sentirse enfadada (21,25)

ER 7: Sujeto Grado de totalidad 2,5

P: y otra cosa es que cuando sea may, es que //^{NRS}yo no me veo trabajando//, o sea de la carrera que yo haga no? heee trabajar, o sea //^{NRS}yo es que no valgo para hablar con alguien// o sea, a ver, que... yo no... yo eso a lo mejor si me pasase estudiando y eso si porque es diferente, pero //^{NRS}yo tratando a los demás y hablándoles yo creo que es, que para eso no valdría//, yo... y entonces //^{PRS}cuando eres adulto sabes comprender a los demás, los comprend, lo comprendes y...

ER 8: Madre Grado de totalidad 2,5

P: y yo que se ^{PRS,(D)}eres capaz de ayudar//
//^Dyo le digo a mi madre yo quiero ser médico no?//, cirujano y //^{NRO}dice hummm, dice pero es que tu no tienes sentimientos//, es que tu si vas a operar a alguien tu tienes que, tienes que decir a sus, a sus familiares pues de una forma... no se... para que no les duela o no los... me entiende? entonces yo, //^{NRS}yo creo que para eso no valdría//

ER 9: Sujeto Grado de totalidad 5

P: mira una... bueno yo hablo así cualquier cosa?, porque es que no se que decirle. Ahora no se porque, cada vez que hago un examen, bueno es que yo estoy cambiado así, es que yo me salto de temas así... no se es que //^{NRS}o sea me quedo en blanco, me pongo muy nerviosa //^{NRS}ayer estoy, iba a hacer un examen no me acordaba de nada//, es que //^{NRS}lo que me joroba que es que estoy en octavo y para mi cualquier examen que para las

NRS: Sentirse inseguro (13,27)
 (D): Tener éxito (22,25)

(D): Tener éxito (22,25)

NRS: Sentirse descontrolado
 (13,27)

NRS: Sentirse incapaz (17,19)

NRS: Sentirse inseguro (13,17)

NRS: Sentirse agobiado, nervioso
 (27,17)

NRS: No dormir (31)*

NRS: Sentirse nervioso, en tensión
 (27,17)

(D): Tener éxito (22,25)

(D): Tener confianza (22,25)

NRS: Sentirse incapaz (17,19)

NRS: Sentirse incapaz (17,27)

demás no es importante porque no les va a influir, para mi si^{NRS} a mi me influye//, porque //^(D)yo tengo que tener las mejores not//, bueno las mejores notas, hummm hummm unas notas bastante aceptables porque es que yo no, hummm para poder pasar, hummm entonces ayer heee hummm, //^(D) el examen era muy importante, pero para mi si que lo era, para mi dependía mucho ese examen// entonces, yo creo que //^{NRS} el estado de nervios que tenía pues claro empecé a llorar//, yo nunca había llorado en un examen ni nada y //^{NRS} no me acordaba de nada, después de haber estudiado un montón de tiempo//, porque es que yo he comprobado que si estudio cuatro días antes, ese día //^{NRS} si no he repasado día a día no me acuerdo de nada//, //^{NRS} si estudio el día antes me agobio// y estudio pero... //^{NRS} no puedo dormir, //^{NRS} tengo un estado de tensión ahí toda la noche//, que me pongo a rezar, hasta no se una tont, una manía //^(D) si cojo una biblia me duermo con ella no se, al día siguiente me sale bien el examen//, no es... un poco tonto no? y si no lo tengo yo pienso que es la obsesión que tengo de que //^(D) si lo tengo me va a salir bien y ya tengo como una especie de confianza en esa cosa//, o leo ciertos libros, me produce como confianza, //^{NRS} ahora es que ni con un libro me concentro//, es que ya lo, lo dejo y nada //^{NRS} no soy capaz de concentrarme con nada, nada, estoy haciendo una cosa y estoy pensando en...//

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 8 V

Varón

Edad: 15

Sesión:1

ER 1: Madre Grado de totalidad 3,5

NRS: Estar irritado (21,27)

(D): Estar bien (13,24)

PRO: Cuidan y se interesan (9,13)

NRO: No se interesan, están enfadados (27,10)

NRO: Están enfadados, no aprecian (27,10)

NRS: Ser irresponsable, estar irritado (21,27)

NRO: Desaprueban, critican (4,26)

NRS: Sentirse rechazado, irritado (23,21)

(D): Ser aceptado, entendido (3,7)

P: ... el otro día nos... tuvimos una discursión... (suspira), y luego el otro día porque es que//^{NRS} yo estaba hasta las narices de...//, de que me estaban...//^(D) estoy esperando bueno los resultados del corazón// y desde el día diez que me lo hizo, pues no han tenido los resultados

T: desde el día?

P: diez y no me los han traído. Entonces claro, //^{PRO} entonces dijo mi madre que si yo me encontraba bien y todo que me iba a entrenar.//^{NRO}

Entonces dijo ya has lo que quieras//

T: como, ya haz lo que quieras?

P: si me dijo has lo que quieras ya, //^{NRO} ya estoy harto de decírtelo y así que has lo que quieras//

T: y que hiciste?

P: //^{NRS} me fui a entrenar//

T: no fuiste?

P: si

T: haj, fuiste a entrenar

P: humm (afirmando)

T: te sentiste mal?

P: no

Silencio

T: y por eso fue la pelotera?

P: no, bueno eso fue una, porque estaba así, se poneee..., no se que de que//^{NRO} a ver sii... hablaba mejor por lo menos... delante de la gente// y yo //^{NRS} le dije que ni le había levantado la voz ni na//, //^(D) yo había hablado normal//

NRS: Estar enfadado, ser violento
(21,10)

NRO: Son irresponsables, hacen mal
(27,19)

NRO: Contradicen, son irresponsables (27,19)

NRO: Son violentos, contradicen
(27,19)

(D): Ser entendido, ser respetado
(3,1)

NRS: Estar enfadado, ser impulsivo
(21,10)

(D): Ser cuidado, ser apreciado
(13,7)

NRO: Rechazan, no aprecian (4,9)

NRS: Estar fuera de control, ser violento (21,10)

NRO: No aprecian, no son serviciales
(14,10)

ER 2: Hermana Grado de totalidad 4,5

T: que mas

P: espérate, tuvimos una bronca, espérate que me acuerde porque fue, yo se que tuve una. Silencio. Porque fue...

T: pero con tu madre?

P: si. Bueno no, fue una con mi hermana, porque//^{NRS} estaba hasta las narices de ella//, es que..., tenía que ir a la academia por la mañana, mi hermana, se levanto se tumbo en el sillón, ni fue a la academia ni na, luego//^{NRO} cuando llegamos nosotros estaba todo su desayuno tirado por encima de la mesa.// Entonces claro//^{NRO} le dijimos que lo recogiese pa que nosotros pudiésemos comer y ella decía que no//, que no, que tenía que buscar, tenía que buscar una cosa de la radio y..., y que no lo podía recoger.//^{NRO,(D)} Al final hasta las dos y discutiendo con ella...//, luego..., //^{NRS, (D)} luego al final me cabree y me fui sin comer y sin na//

T: que mal no?

P: mas bien

T: por que te cabreaste y te fuiste sin comer?

P: //^{NRO} porque es que estaba to el ra-to que si dando golpes, que sin con un destornillador haciéndole agujeros a una lata//, //^{NRS} y en estas me cogí la lata y se la lance//, la lata

ER 3: Hermana Grado de totalidad 3

T: pero por ejemplo la que tuviste con tu hermana?

P: esa fue pues, porque es que no lo hac..., no le daba la gana de hacer na, //^{NRO} todo su desayuno lo dejo tirado y no le daba la gana de

(D): Ser cuidado, ser apreciado (13,7)

NRO: Engañan, no son de fiar (27,19)

NRO: Son irresponsables, lo hacen mal (19,25)

NRO: Me perjudican, no me aprecian (14,10)

(D): Evitar conflictos, ayudar a los otros (17,12)

(D): Comprometerse, ayudar (17,12)

NRO: Desaprueban, ratan injustamente (4,6)

NRO: No son de fiar, están irritados (27,19)

NRO: Me tratan mal, están irritados (27,15)

(D): Ser respetado, ser apreciado (3,7)

NRO: Mienten, no son de fiar (19,25)

NRS: Estar enfadado, sentirse rechazado (21,23)

NRO: Castigan, tratan injustamente (15,6)

recogerlo//,/(D) nosotros teníamos que comer para ir al colegio//. Encima de que (tose), //NRO engaño a mi madre porque le pregunto mi madre, has ido a la academia, y le dijo que si y era mentira//

T: allá ella

P: no allá ella no, porque...//NRO es el dinero que pierde mi madre si no va a la academia//,/(D) Encima si estamos mal de dinero y le están pagando una cosa a mi hermana pa que luego no vaya...//, entonces

T: entonces?

P: //D que nooo, no es cuestión de allá ella//

T: claro que si, allá ella y tu madre

P: no, //NRO pero luego me meten..., luego al final siempre salgo yo por medio//

ER 4: Madre Grado de totalidad 5

P: porque si por eso, porque //NRO se entero mi madre de que... de que le había mentado mi hermana...//

T: pero... tu estabas metido en esa discusión?

P: no, a mi luego me metieron, de que //NRO,(D) no me dejaban ni bajar ni nada, sin tener ni por que//

T: espera porque, no... lo entiendo

P: //NRO a mi hermana la castigaron por mentir//

T: lo he entendido si, lo que no entiendo es cuando, cuando tu dices, a mi me metieron

P: claro

T: porque te metieron tu cogiste y saliste, no?

P: no, después de un rat..., //NRS después de discutir entre mi madre y yo// porque no me dejaba bajar, que //NRO decía que yo estaba castigado también sin haber hecho nada.// Silencio

T: o sea tu madre estaba de mal

PRO: Estan bien, disponibles (9,13)
 NRO: Estan enfadados, son irresponsables (27,19)

NRO: Estan enfadados, estan fuera de control (27,19)

D: Estudiar, ser responsable (23,25)
 NRS: Sentirse incapaz, irritado (17,21)

NRO: No me apoyan, no me creen (14,7)
 NRS: Ser irresponsable, estar en conflicto (13,19)
 (D): Evitar conflictos, protegerse (17,14)

NRO: Estan enfadados, son agresivos (27,20)

NRS: Estar enfadado, ser impulsivo (21,13)
 (D): Oponerse a los otros, controlar (18,19)

NRO: Castigan, controlan (27,20)

humor

P: si, mas bien

T: pero tu eso... te diste cuenta, no?

P: no al principio no

T: no?

P://^{PRO} al principio estaba bien//, luego //^{NRO} cuando se entero que le engaño totalmente mi hermana a mi madre ya fue, bueno se mosqueo// y luego //^{NRO} cuando se entero de que mi hermana no bajo al perro hasta las cinco o por ahí//

Silencio

T: por que dijo que tu estabas castigado?

P: no se porque//^D yo tenía que estudiar, un control// y //^{NRS} yo por el día no se estudiar porque siempre hay xxx en casa de mi madre//, entonces claro yo los estudio por la noche siempre. //^{NRO} Entonces claro me dijo pues tu te quedas aquí//. Y //^{NRS, (D)} al fina le... xxx unas cosas y otras nos bajamos mi hermano y yo//

ER 5: Madre Grado de totalidad 4,5

P: no, lo que pasa es..., a mi madre, que como este discutiendo con alguien luego también incluye a los demás, mi madre. //^{NRO} A lo mejor discute con uno y al final acaba discutiendo con los demás//, parece que no se debe quedar a gusto con uno y tiene que discutir con todos

T: no, pero tu también te incluyes

P: si, //^{NRS, (D)} en las discusiones yo también me incluyo//

T: claro, por esto te estoy diciendo, no? que por que?

P: porque me llega ella que si diciendo cosas, que si no diciendo, que si tal que si cual, pues claro es normal

T: no se si es normal

P: para mi si, porque si a lo mejor//^{NRO} llego y sin ton ni son, que

NRS: Estar enfadado, ser impulsivo (21,13)
 (D): Reafirmarse, ser respetado (3,34)

PRS: Ser independiente, sentirse reasegurado (15,18)

D: No sentir malestar, estar bien (32,31)

D: Estar feliz, tener amigos (32,11)

PRS: Estar alegre, estar bien con los otros (29,9)

NRS: Sentirse mal, irritado (17,21)

NRS: Estar cabreado, fuera de control (21,13)

si empieza que si a castigarme, que si a decir que no salgo//, que si tal..., que //^{NRS,(D)}al final salí porque me cabree y le dije que me iba y al final no dijo na//. O sea que me daba xxx
 T: haj ya, ya, o sea tu entiendes que si no te cabreas, no sales
 P: claroj, si no llego a..., //^{PRS}si no llego a protestar porr..., que porque no salía y tal yo no salgo//

ER 6: Madre Grado de totalidad 5

T: entonces me da la impresión de que tuu, lo ves así, no?, es que tienes que mostrarte enfadado para..., poderlo hacer

P: //^Dno, enfadado no. No, no porqueeee... no es una cosa que a mi me guste//

T: por supuesto

P: //^Da mi me gusta estar muy alegre con todo el mundo//

T: pero te sucede así, no?

P: si, normalmente si

T: claro

P: //^{PRS}yo normalmente con nadie me he solido cabrear//, pero //^{NRS}a partir de que se separaron mis padres siempre estoy, estamos mal entre mi madre y yo//. Además solo, que //^{NRS}solo me he cabreado con ella y con un amigo mío que casi nos pegamos una vez, pero no fue mas//

Silencio

T: pero da la sensación de que humm..., para poderle decir a tu madre no, no en situaciones como la que me estas contando, no?, no, no yo quiero otra cosa, por ejemplo, haa... tienes que enfadarte, no?, no?, o sea como que si no, si no lo muestras así no... quizá tu piensas que no te va a escuchar, que no te va a hacer caso, que no... No digo

NRO: Estan fuera de control, son violentos (27,19)
 (D): Ser respetado, protegerse (3,14)

NRS: Estar irritado, ser impulsivo (21,13)
 NRO: Son irritables, estan fuera de control (27,19)

NRS: Estar fuera de control, estar irritado (21,13)
 NRO: Son irritables, estan fuera de control (27,19)

PRO: Entienden, me aceptan (1,3)
 (D): Ser entendido, ser respetado (3,1)

PRS: Estar controlado, ser amistoso (5,9)
 PRS: Ser amistoso, ser servicial (5,9)

que lo hagas..., que te guste hacerlo, he?, me entiendes?

P: humm (afirmando). Es que mas bien, //^{NRO,(D)}es que es la única manera en que entra en razón mi madre//

Silencio

T: así lo ves tu, no?
 P: humm, mas bien

Silencio

T: pero... tu has probado hacerlo de otra forma?

P: lo he probao pero //^{NRS,NRO}siempre acabamos entre mi madre y yo de la misma manera//

Silencio

T: o sea, que para ti es difícil hacerlo de otra forma. Porque acabas peleando

P: //^{NRS,NRO}tanto con mis hermanos que con mi madre//

ER 7: Padres Grado de totalidad 2,5

P: pues mi padre era humm (carraspea), no eran discusiones, discusiones, pues //^{PRO}era así discutir como un poco pero nada, luego se calmaba//, //(D) por lo menos entre el y yo//. Y aparte de eso es que cuando se separ..., cuando vivían juntos yo era mas pequeño //^{PRS}entonces yo no era tan..., como dice mi madre tan chulo//, como dice ella, que //^{PRS} yo no solía contestar mucho//, que es mas a partir de que se separaron mis padres

ER 8: Sujeto Grado de totalidad 2,5

P: hummm... yo pienso que sss...

PRS: Sentirse alegre, independiente (15,29)

PRS: Ser amistoso, ser servicial (5,9)
(D): Ser apreciado, ser respetado (3,7)

NRS: Sentirse incapaz, estar en conflicto (17,19)

PRS: Entender, ser servicial (5,9)

NRS: sentirse incapaz, sentirse en conflicto (17,19)
(D): Ser independiente, evitar conflictos (23,17)

NRO: No son de fiar, estan asustados (19,28)
(D): Ser independiente, ser apreciado (23,7)

NRO: No son de fiar, son dependientes (19,28)

soy algo pero no tanto como dice. Como todo el mundo algo, yo creo que alguien también tiene algo de esa chuleria y tal

T: como?

P: que yo, que yo creo que soy algo, como... como casi todo el mundo tendrá algo

T: pero tu como te ves?

P: yo me veo normal.//^{PRS} Bastante alegre, pasando así de..., pasando un poquito de las cosas//

T: de algunas, no?

P: de algunas... claro de algunas no.//^{PRS,(D)} No con tanta chuleria como me ponen//

ER 9: Familia Grado de totalidad 4,5

T: y en esas ocasiones es cuando te gustaría irte a casa de tu padre?

P: humm... si

T: pero no te vas

P: anteriormente porque//^{NRS} no he llegado a tener valor suficiente//, porque si no ya me hubiese ido

T: por que valor suficiente?

P://^{PRS} porqueeee... no se, no se... como un ..., de dejar a mi madre sola.//^{NRS,(D)} De que ha sido el valor de dejarla a ella y que ir de vez en cuando como estoy haciendo con mi padre//, que a lo mejor incluso iba a ir menos

Silencio

T: entonces es que ella no se podría cuidar sola?

P: bueno yo creo que si, cuidarse si se puede,//^{NRO,(D)} si se puede cuidar sola, pero... no lo se//

Silencio

P: hay a veces//^{NRO} mi hermano el pequeño también, pero como de ese

NRO: No son de fiar, son dependientes (19,22)

NRO: Son inseguros, estan confundidos (19,28)

(D): Ser respetado, evitar conflictos (3,17)

PRS: Llevarse bien, ser amistoso (5,9)

no se puede fiar mucho//,^{NRO} también se quería ir, a casa de mi padre, pero claro como es pequeño cualquiera se fía//,^{NRO,(D)} no creo que entienda lo que dice//

T: lo dice también cuando se enfada?

P: humm (afirmando). Silencio

T: supongo que también eso a tu madre la sentara muy mal, no?

P: si

Silencio

T: tu crees que con tu padre te iría mejor?

P: //^{PRS} a lom... a lo mejor si, porque ahora me llevo yo mejor//

T: pero no vives con el

P: no vivo con el

T: o sea que solo es un a lo mejor, no?

P: si puede ser

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 9 V

Varón

Edad: 15

Sesión:1

ER 1: Sujeto Grado de totalidad 2,5

T: fíjate que curioso no?, que tenga facilidad para los idiomas, como te van a ti los idiomas?

P://^{NRS} a mi me cuesta un poco//

T: sí?

Silencio

T: por que?

P://^{NRS} porque no se, porque me es mas difícil//

T: por que crees tu que te es mas difícil

P://^{NRS,(D)} porque es distinto del, al español y me tengo que adaptar y no...//

t: y no puedes?

P: pues... porque es, son distintos verbos y... todo. Y se form, y no tienen acento ni nada, y por eso...//^{NRS} me equivoco muchas veces al escribirlo igual que en español//

ER 2: Sujeto Grado de totalidad 4

T: como van los problemas

P: mejor

T: mejor en que?

P://^{PRS,(D)} pues... mejor en... en ponerse, en ordenar la habitación ya y eso//

T: como es eso de ordenar la habitación y eso

P://^{PRS} pues nada la, la ordeno y ya esta//

T: como?

P://^{PRS} que la ordeno y... y... ya esta

NRS: Ser incapaz, estar irritado
(17,21)

NRS: Ser incapaz, estar avergonzado (17,26)

NRS: Ser incapaz, estar inseguro
(17,13)

(D): No adaptarse, ser diferente
(28,29)

NRS: Equivocarse, sentirse incapaz
(17,13)

PRS: Ordenar, ser responsable
(14,15)

(D): Mejorar, hacer bien (25,26)

PRS: Ordenar, ser responsable
(14,15)

PRS: Ordenar, ser responsable

(14,15)

NRS: Ser desordenado,
irresponsable (13,26)

PRS: Ordenar, ser responsable
(14,15)

NRS: Ser irresponsable, estar
avergonzado (13,26)

(D): No tener obligaciones, estar
comodo (29,31)

PRS: Tener amigos a veces (5,29)

(D): Tener amigos, ser abierto (11,9)

PRS: Tener amigos, pasarlo bien
(5,29)

PRO: Aprecian, estan disponibles
(9,11)

(D): Divertirse, tener amigos (11,32)

y... y ya esta y nada mas//

Silencio

T: cuando, como la arreglas, como lo consigues hacer

P://^{NRS} no se, tengo muchas cosas por ahí tiradas pero, y lo demás lo tengo todo desordenado//, la mesa tengo muchos mogollones y eso,//^{PRS} así que lo guardo en una caja, o algo y... ya limpio el cuarto//. Por otro lado no hay nada,//^{NRS,(D)} pero es que tengo muchas cosas en la mesa, entonces las pongo en la estantería y eso//

T: que cosas son las que tienes tu en la mesa?

P: bueno pues tengo... unos juegos

T: de que, que juegos son?

P: de consola y todo

ER 3: Amigos Grado de totalidad 2,5

P://^{PRS,(D)} alguna vez y otras voy con mis amigos por x//

T: cuando?

P: pues... por la mañana o por la tarde, todos los días, en el sector 3

T: quienes son tus amigos

P: de allí de G., del Sector 3. Na amigos del barrio

T: pero quienes son, como se llaman

P: pues... M., otro R., O., J., A.

T: y esos chicos te llaman y eso y vais, salís juntos

P: si

T: y solo jugáis al fútbol o hacéis mas cosas

P: //^{PRS,PRO,(D)} vamos muchas veces al parque atracciones, a comprar, a una hamburguesería//

T: si?

ER 4: Sujeto Grado de totalidad 4

PRS: No desordenar, estar inseguro (14,28)

(D): No tener obligaciones, estar comodo (29,31)

PRS: Estar satisfecho, ser responsable (14,28)

(D): No tener responsabilidades, estar comodo (29,31)

PRS: Aguantar el desorden, sentirse satisfecho (13,28)

PRS: Trabajar lo menos posible, sentirse satisfecho (13,28)

(D): No tener obligaciones, sentirse comodo (29,31)

PRS: Ser irresponsable, estar satisfecho (13,28)

PRS: Ser irresponsable, estar satisfecho (13,28)

(D): No tener obligaciones, estar comodo (29,31)

P: se pone a buscar el orden y eso y, por eso es, //^{PRS,(D)} cuando tengo una xxx yo procuro no desordenarlos y ya esta//

T: pero se desordenan, no?

P: claro, //^{PRS,(D)} por eso procuro no desordenarlos ni nada en la semana y ya esta. Y así lo, con hacerlo una vez ya basta//

T: hum, o sea que tu, tu has decidido solamente hacerlo una vez

P: si pero... lo ordeno bien, bien y... y proc, y//^{PRS} como se va a desordenar de to, tod, de todos modos, pues procuro... aguantar ese orden toda la semana// y... y así //^{PRS,(D)} lo he ordenado lo menos posible. No lo he ordenado todos los días//

T: por que no?, tan complicado es, ordenar todos los días?

P: pero si no se desordena, esta ordenado al principio

T: ps no se, pero siempre hay algo que se pone por medio, no?

P: lo dejo... cuando, si llego a esa conclusión, lo dejo donde estaba

T: como?

P: pues //^{PRS} si me encuentro algo por ahí tirado pues lo dejo donde esta//

T: tirado

P: //^{PRS,(D)} o en la cama, o en la mesa. Silencio. Donde sea//

T: y lo dejas allí, toda la semana

P: no lo dejo, pero... si es una cosa o eso pues lo dejo... en la estantería

ER 5: Padres Grado de totalidadg 2,5

T: y tu crees que con eso se resuelve algo del problema, de lo que pasa en casa?

P: si

T: solo con eso, con ordenar tu habitación, con eso se arregla

P: con eso... un poco, ayuda un poco

NRO: Estan cabreados, son agresivos (27,20)

(D): No tener obligaciones, estar comodo (29,31)

T: en que ayuda

P: pues... en que//^{NRO,(D)} así no se cabrean en mandarme... que ordene el cuarto y eso y ya esta pues...//

T: es que a ti parece que hay que mandártelo todo, no?

P: sss

T: para luego cabrearte además

P: bueno pero si yo tengo el cuarto ordenado...

T: por que crees tu que tienen que ser así contigo?

P: no se

Silencio

T: por que te imaginas

Silencio

NRS: Ser irresponsable, estar irritado (13,21)

P: no se, //^{NRS} a lo mejor porque dejo todas las cosas para el ultimo momento//

ER 6: Terapeuta Grado de totalidad 3

NRS: Tener pereza, sentirse incapaz (13,17)

T: ya pero por que dejas tu las cosas para el ultimo momento, para que luego se acabe... liando la cosa...

P: porque, porque con al, //^{NRS} algunas veces con algunas cosas tengo pereza//, como son de tres pisos el chalet, o cuatro pues... si me mandan una cosa que esta abajo del todo y estoy arriba del todo, pues//^{NRS,(D)} me da pereza bajar, colocarlo y luego subir//

NRS: Tener pereza, sentirse incapaz (13,17)

T: ha, pues no se tu crees que eso es así?

(D): No tener obligaciones, estar comodo (29,31)

P: si

T: o sea que es un problema de numero de escaleras, si fueran menos escaleras seria mas cómodo

P: claro, es que hay mucha distancia

T: ss kilómetros, es pesadísimo, una

hora y media, el calor de la casa para arriba para llegar, y para volver... es pesadísimo. Tu te crees eso que me estas contando?

Silencio

T: hum?, tu te lo crees?

P: claro, es que a... e... si estas muy xxx y estas xxx en tu cuarto o eso...

T: yo, yo entiendo C. Que si tu tuvieras nueve años, con esto que me estas contando pues... ps, por eso, pues... todavía a la edad que tiene pues se cree que los demás le tienen que mantener el cuarto limpio, no? y además largos. Tu todavía te crees que el asunto son el numero de escaleras y la distancia hasta el sitio... donde. Silencio. Estas hablando como si fuera Roma o Japón. Tenerme que ir a Japón ahora.... bajar unas escaleras hacer no se que y subir otra vez. Cuando además como es, son temas tuyos, seria cosa de que tu ya solo te lo hubieras mandado, no?. En cambio te resulta mucho mas cómodo por lo visto y menos pesado, que haya una bronca en la que estéis a punto de pegaros bofetadas ya. Eso te parece una cosa muy sencilla y muy natural, por lo visto, muy cómoda

P: no

T: en cambio lo de bajar cuatro escaleras y media, o cinco, o veintiocho, arreglar una cosa y subir, sin que te lo tengan ni siquiera que recordar, eso te parece hooo, uff, un trabajo agotador, ímprobo, vamos una cosa... Silencio. Es curioso he?, en cambio (imitación de una pelea), eso te parece, huy que cómodo, pero lo otro subir y bajar una escalerilla, tchan, tchan, tchan diez minutos, eso te parece trabajazo, huy que trabajazo C. Es

NRS: Chocar con los otros, dominar (11,12)
 NRO: Controlan, son rigidos (20,26)
 (D): Oponerse a los otros, controlar (18,19)

PRS: Chocar con los otros, ser irresponsable (11,13)
 (D): Oponerse, no estar conforme (18,28)
 NRO: Mandan, son estrictos (26,15)
 D: No ser interrumpido, hacer las cosas a su manera (18,19)
 NRO: Interrumpen, controlan (20,17)
 PRS: Oponerse, no estar conforme (11,13)

NRO: Mandan, contradicen (26,17)

curioso, no?, tu no lo habías visto eso así?

P: no

T: que te parece?

P://^{NRS,NRO,(D)} un poco exagerado

T: el que?, lo mío o lo tuyo

P: lo de... lo de los dos

T: el que, lo de los dos, quienes dos

P: tu y yo//

ER 7: Padres Grado de totalidad 2,5

T: que, como, a ver explícame

P: no se, es que yo, //^{PRS,(D)} yo siempre cuando^{NRO} me mandan a mi algo que estoy despistado de abajo, yo le digo que... que ya lo haré cuando baje//, cuando baje a por algo que necesite o eso, pues entonces lo hago, //^{D,NRO} pero que no me interrumpen cuando estoy en el cuarto o arriba, o donde este//, //^{PRS} yo cuando baje lo hago y cuando suba lo hago//

Silencio

T: entonces con eso que quieres decir, cual es la exageración que ves tu

P://^{NRO} es que me, me mandan xxx pa abajo luego ir arriba//, entonces me voy a recorrer to la casa pa hacer una cosa

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 10 M

Mujer

Edad: 16

Sesión:1

ER 1: Madre Grado de totalidad 5

NRO: Pelean, estan fuera de control
(19,27)

NRO: Son irresponsables, son malos
(19,25)

PRS: Ser independiente, oponerse a
los otros (11,10)

D: No querer, no tener obligaciones
(18,29)

NRO: Estan disgustados, rechazan
(4,27)

NRO: No respetan, controlan (20,6)

PRS: Ser independiente, oponerse a
los otros (15,11)

D: No querer, no tener obligaciones
(18,29)

(D): Ser respetado, aceptado (1,3)

PRS: Oponerse a los otros, ser hostil
(11,10)

NRO: Obligar, controlar (17,20)

NRO: Contradicen, controlan (20,17)

PRS: Herir a los otros, estar fuera de
control (11,10)

(D): Tener narices, expresar rabia
(16,19)

P: ayer hubo una bronca que
bueno...//^{NRO} se fue mi madre y todo
de casa//

T: cuando

P: anoche, digo ayer por la tarde
y//^{NRO} no apareció hasta las tantas
de la noche//

Silencio

T: por que se fue

P: pues porqueee..., empezó porque
me pregunto si yo había ido a
maquina y yo le dije que no.
Digooo,//^{PRS,D} le dije que yo no
quería ir a maquina porque no me
gustaba//.//^{NRO} Entonces se cogió
disgustada y se bajo a la plaza// de
donde esta..., de al lado de ahí de...,
del portal y estuvo ahí un rato. Subió
y//^{NRO} me dijo que..., que me vistiese
que íbamos a ir a maquina a
mediodía// y //^{PRS,D}yo le dije que no,
que yo no quería ir a maquina y que
no me gustaba//. Así un rato no?, así
y//^(D) que no me obligara//. Yo le
decía que no, que no, que no
porque... //^{PRS,NRO}yo no iba a ir por
obligación porque ella me
obligaba//.//^{NRO} Y ella me dijo que
entonces que si no quería maquina,
pues que tampoco quería... he, xxx
que no//, y //^{PRS,(D)} entonces le dije
pues vete, pues ahora para narices
las mías, no?//

T: para?

P: pa narices las mías, o sea...

D: No querer, no tener obligaciones (18,29)

NRO: Rechazan, contradicen (4,17)

PRS: Sentirse culpable, preocupado (27,25)

NRO: Se van, estan heridos (16,27)

PRS: Sentirse preocupado, culpable (27,25)

(D): Ayudar, evitar conflictos (17,12)

PRO: Apoyan, se interesan (13,9)

PRO: Apoyan, se interesan (13,9)

NRS: Estar enfadado, sentirse rechazado (21,23)

PRS: No estar preocupado, estar seguro (28,1)

PRO: Son responsables, apoyan (13,18)

NRO: No tienen confianza, estan preocupados (19,28)

(D): No estar solo, evitar conflictos

T: ha!, para narices las mías

P: claro yo le dije, que no, que//^D no quería recuperación y que tampoco quería ballet, ni tampoco quería calle, ni tampoco quería xxx//, y se quedo la cosa así, así fue a las tres. Y mas o menos a las... cuatro y media o las cinco//^{NRO} empezó a coger una bolsa con nada..., con ropa no? y se fue//. Y al principio, pues eso, no, nos pareció así mucho porqueee..., como ella tiene rehabilitación todos los días, digo a lo mejor ha cogido la bolsa y se ha ido para rehabilitación. Pero //^{PRS} luego ya vi que no venia// les dijeron, nos dijeron que no...//^{NRO} que no había ido a rehabilitación ni nada// entonces. Silencio. Y... llamo a un albergue y eso, pero lo que pasa es que como no tenía dinero pues xxxxx, //^{PRS,(D)} pero dije que si hubiese tenido dinero se hubiese ido al albergue //

Silencio

Luego me dijo antes de que se fuese no?, que entonces que quería yo, si fuese...//^{PRO} me dijo que entonces que yooo, no iba a valer para nada si no quería estudiar//, si no quería maquina y luego//^{PRO} me dijo que yo lo necesitaba// y todo eso, para ella y nada mas

ER 2: Madre Grado de totalidad 3

P: si. Pero no se...//^{NRS} estaba un poquito enfadada ya con mi madre//^{PRS} Y mas o menos tampoco me preocupaba// no, porque se que//^{PRO} mi madre no es capaz de dejar a mi hermano chiquitito, solo//. O sea de que como//^{NRO} no tiene confianza en mi padre//, pues //^(D)yo se que ella iba a

(12,17)
 PRS: Ayudar, ser responsable (14,9)
 PRO: Apoyan, son responsables (13,18)
 NRS: Estar ansioso, sentirse culpable (19,22)
 PRS: Entender, ayudar (9,14)
 (D): Ayudar, evitar conflictos (17,12)

NRS: Estar asustado, inseguro (19,22)

NRS: Estar enfadado, en tension (21,19)
 (D): No sentir malestar, evitar conflictos (17,31)
 NRS: Estar en conflicto, estar mal (19,22)
 NRS: Estar en conflicto, estar mal (19,22)
 (D): Separarse, evitar conflictos (17,10)
 NRS: Estar en conflicto, sentirse mal (19,22)

(D): Ser aceptado, entendido (1,2)
 NRS: Ser un estorbo, ser inadecuado (17,23)
 NRO: Rechazan, no me aprecian (4,10)

NRS: Irse, sentirse incapaz (17,22)

volver//^{PRS} Yo le dije a mi hermano, tuuu tranquilo aquí por la noche ya esta aquí//. Y//^{PRO} por la noche vino//
 T: o sea que tu pensaste que era una maniobra de tu madre?
 P: no, //^{NRS} yo pensé que se iba a ir en serio//, que se iba en serio, pero//^{PRS,(D)} yo creo que ella tendría que recapacitar bien, pensar un poquito no podía dejar a un niño solo//, porque//^{NRS} nosotros bueno somos mayores y nos podemos valer un poquito//, no porque somos nosotros, pero que mi hermano...
 T: tu estabas segura de que volvería
 P: si, mas o menos si

ER 3: Sujeto Grado de totalidad 2,5

P: por ahora no, pero yooo..., ya lo tengo decidido que si voy. Porque bueno, //^{NRS,(D)} sii me quedo aquí va a seguir la misma tensión, porque va a seguir, así la misma bronca// y todo, y sii..., //^{NRS} si me voy pa allá, pues no se, va a seguir lo mismo//. Silencio. //^{NRS} Aunque no creo yo que sea lo mismo no?//, //^(D) por estar asiii, mas separadas no habrá broncas, ni disgustos//, //^{NRS} pero en cuanto vuelva va a empezar otra vez así//

ER 4: Madre Grado de totalidad 3

P: por que?, pues por lo que me dijo mi madre. Silencio. //^(D) Yo no creo que sea un estorbo, no?.^{NRS} Pero a lo mejor si lo soy. No?//. //^{NRO} Es lo que dice mi madre//
 T: y tu que crees, que eres un estorbo?
 P: no se. A veces me hace dudar. Silencio. Ayer por la tarde estaba planeando una idea, mañana por la mañana mi madre ha xxx roto xxx aquí, //^{NRS} me voy a casa de mi padre

NRS: Estar en conflicto, estar decepcionado (19,20)

(D): Oponerse, controlar (18,19)

NRO: Rechazan, son malos (20,17)

NRS: Estar irritado, decepcionado (21,20)

(D): Rechazar, controlar (16,19)

PRS: Seguir las clases, ser responsable (14,15)

D: Ser entendido, ser independiente (1,23)

D: Ser independiente, tener confianza (25,23)

NRO: Obligan, controlan (20,17)

PRS: Oponerse, controlar (11,12)

(D): Oponerse, no tener obligaciones (18,29)

NRO: Obligan controlan (20,17)

y ya resolveré todo//

T: ha ibas a hacer lo mismo que ella, la maleta...

P://^{NRS,(D)} si pero al ver que se iba ella, luego me chafo los planes//

T: como?

P: que al ver que se..., al., o sea//^{NRO,NRS,(D)} que se fue ella..., pues a mi ya... no me dejo irme. Se adelanto ella//

T: sobráis una de las dos?

Silencio

P: Si, yo creo que deberíamos de probar, un poquito esto para..., a ver como van la cosas

ER 5: Madre Grado de totalidad 4

P://^{PRS} yo no he decidido dejar las clases yo lo que...,^D dije que no me gustaba..., hee..., maquina//, desde el principio se lo dije. A mi me obligaba //^Dcuando yo me quería meter en informática y como para informática se necesita maquina, pues^{NRO} me obligo a maquina, pero yo^{PRS,(D)} nunca quise maquina//. Y esta vez pues ya una se cansa..., bastante y se lo dije que yo no quería ir, que yo no quería ir

T: pero las clases para graduado?

P: yo se lo dije, es que si vuelvo a las clases de graduado y a ballet, tengo que volver a maquina

T: para que?, eso es lo que dice tu madre

P: no y lo que tendría que hacer

T: por que?

P://^{NRO} porque me obligaría mi madre//

T: pero escucha, escúchame. Yo te estoy preguntando que es lo que tu quieres hacer, entonces que pasa con tus..., tu que quieres hacer con tus clases de graduado

(D): Mejorar, progresar (25,22)

NRS: Ser irresponsable, sentirse mal (17,22)

NRS: Estar indeciso, sentirse mal (19,22)

(D): Evitar problemas, distanciarse (17,10)

NRO: Son irresponsables, malos (19,25)

PRS: No ir a clase, ser irresponsable (13,11)

(D): Oponerse, no tener obligaciones (18,29)

NRO: Regañan, tratan mal (20,15)

NRO: No son de fiar, son malos (19,25)

PRS: Ir a clase, ser responsable (14,15)

(D): Mejorar, ser independiente (25,23)

NRO: Contradicen, tratan mal (20,17)

PRS: Sentirse aceptado, entendido (3,4)

PRO: Aceptan, aprecian (3,9)

D: No tener obligaciones, estar comodo (18,28)

P://^(D) seguir y con el ballet, seguir//

T: pero si te vas con tu abuela?

P://^{NRS} pues las dejaría, me da igual//

T: como que te da igual, si tu quieres seguir

P: me metería, pues me metería allí en S://^{NRS} Las haría de nuevo otra vez//. Silencio://^(D) Bueno, con tal de que se vaya el problema lejos//

ER 6: Madre Grado de totalidad 4

P: si en principio, a lo mejor no..., no se... depende... depende como le de a ella, sabes?. Si a ella le dice que no, que no, pues no. Pero si dice que si, pues si. //^{NRO} Es muy difícil, no sabes lo que..., lo que va a hacer// Por ejemplo yo ahora, //^{PRS,(D)} si hoy por la tarde hoy no voy a clases//, a lo mejor //^{NRO} puede venir después de trabajar y poner..., a regañarme, porque a ver por que no he ido, o no me dice nada//. //^{NRO} Es que no se sabe como va a reaccionar//

T: tampoco sabes como reaccionas tu, no?

P: no. Además es que..., a veces, hoy por la mañana pienso..., he pensado, digo bah, //^{PRS,(D)} yo voy a clases pero luego como puede que^{NRO} mi madre me saque de allí..., y todo eso//, o... que me.. me diga, pues si vas a clase vas a maquina, eso es lo que me... me diría

T: tu crees que tu madre se presentaría en mitad de una clase a sacarte?

P: si, ya lo ha hecho varias veces

T: por que?

P: una vez, porque //^{PRS} no fui a maquina porqueee, mi abuela estaba aquí y^{PRO} me dejó//, y me dejó de no ir pero sin... //^D no quería ir//, o sea que se cree que no y //^{NRO} en mitad

NRO: Regañan, tratan mal (15,20)

NRO: Estan fuera de control, son violentos (19,15)

NRO: Estan fuera de control, son violentos (19,15).

D: Oponerse, no estar conforme (18,28)

NRO: Contradicen, controlan (17,20)

D: No tener obligaciones, no sentir malestar (29,31)

D: Estar ilusionada, mejorar (25,32)

NRS: Estar a disgusto, no avanzar (20,17)

de la clases de recuperación me saco para regañarme//

T: para?

P: para regañarme, para decirme porque no había ido. Silencio. Y bueno... y es capaz de..., hace ya tiempo no se con cual de los tres hermanos, cual de nosotros, no?, pero había un... ropa tenían en la salita y le dijo, humm...//^{NRO} si bajas y la ropa esta aquí en la salita todavía..., te la tiro por la ventana//. Bajo y la ropa estaba en la salita y//^{NRO} se la tiro por la ventana// y tuvo que bajar a por todo. Es que no me acuerdo cual de los tres hermanos era

T: lo que pasa es que parece que te estas peleando con ella a ver..., digamos a ver quien de las dos tiene las narices mayores..., a ver quien tiene mas narices

P: no, no bueno eso es ya... ya cuando empieza, no?... pero al principio no, es porqueee//^D no quiero que me obligue a hacer^{NRO} lo suyo,^D lo que no me gusta//, o sea //^Dprefiero estar todos los días a algo que me gusta, que se que me va a gustar y estoy ilusionada//, a ir con algo que no me va a gustar, //^{NRS} porque aparte de que no te gusta..., no haces nada y ni avanzas// y es pagar dinero a lo tonto

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 11 V

Varón

Edad: 16

Sesión:1

ER 1: Sujeto Grado de totalidad 4

PRS: Estar seguro, aprobar (28,18)

PRS: Estar tranquilo, seguro (28,18)

NRS: Estar inseguro, sentirse incapaz (13,17)

(D): Tener éxito, ser perfecto (22,26)

NRS: Fallar, estar insatisfecho (20,17)

NRS: Fallar, estar insatisfecho (17,20)

NRS: No sacar buena nota, estar insatisfecho (17,20)

(D): Tener éxito, ser perfecto (22,26)

NRS: Estar insatisfecho, irritado (20,21)

T: en este no te juegas tanto entonces?

P: bueno si pero... como//^{PRS} voy seguro de que lo voy a aprobar// por ejemplo y que a lo mejor saco buena nota y eso, //^{PRS} pues voy tranquilo//.

De todas maneras es una evaluación, otro por ejemplo como el de latín que ta, era como este pero

mes, //^{NRS,(D)} estaba inseguro// así de que si me iba a salir todo y...luego, //^{NRS} me salió un poco mal//, faltaron algunas palabras. Silencio.Tuve fallos así tontos también y... //^{NRS} no lo he sacado muy bueno//,

aprobar lo he aprobado, pero... vamos que no se si he pasado

al notable, de siete o un bien alto, por ahí nada mas, //^{NRS,(D)} no he sacado buena nota//

T: no te han dado las notas todavía, o sí?

P: no pero era matemático porque,

eran palab, era de vocabulario y eran palabras, tu mas o menos

haces la cuenta de las palabras que hay y dices cada palabra cuenta mas

o menos tantos puntos y si me han faltado tantas, pues habré sacado

mas o menos esto, así que eso... un, //^{NRS} un... bien alto o un, un siete.

Nada mas//

Silencio

T: entonces no te has quedado muy satisfecho con esa...

P: no porque... hasta ahora

PRS: Sobresaliente, estar satisfecho
(28,29)

(D): Tener éxito, ser perfecto (22,26)

PRS: Saber, estar seguro (28,18)

NRS: No saber, estar insatisfecho
(20,17)

(D): Tener éxito, ser perfecto (22,26)

NRS: Ser tonto, sentirse incapaz
(17,20)

NRS: No copiar, estar en conflicto
(19,20)

(D): Copiar, ser como los otros
(27,22)

(D): Hacer buena nota, ser perfecto
(22,26)

NRS: Olvidarse, sentirse culpable
(25,26)

NRS: No ver, sentirse culpable
(25,26)

(D): Copiar, ser como los otros
(27,22)

//^{PRS,(D)} todos los exámenes han sido de sobre... saliente// y además yo vocabulario no se me da bastante bien, me faltaban algunas palabras, o sea tuve fall, es que no pregunto demasiadas pregunto pocas y entonces cada palabra de las que sabía, //^{PRS} yo me sabía muchas// pero... varias de ellas fue a dar a las que no me sabía muy bien y //^{NRS,(D)} eran pocas las que no me sabía//. Y una por ejemplo me la aprendí literalmente, no lo que significa en español mas o menos, yo la había traducido de otra manera y entonces no, no me la sabía y otras dos que, y además //^{NRS} fui tonto// porque tenía una chuleta en la mesa, porque...

T: también llevabas una chuleta

P: no, yo no eran mías, es que me cambiaron de mesa, yo no ten, la mía, yo estoy en primera fila, además no puedo tener nada, pero esa era una mesa de por atrás llena de pin, de firmas y todo y había unas chuletillas así porque a mi me, porque habían empezado ha cambiar la gente de su sitios y a mi me fue a dar una con chuletilla y no... //^{NRS,(D)} pero no la utilice, o sea... que la podía haber utilizado// y al final no..., //^(D) podía haber hecho mejor nota// con lo que, con lo que me venia y no... //^{NRS} se me olvido que estaba ahí//

T: se te olvido que estaba ahí la chuleta?

P: si o sea la mire así pero... //^{NRS,(D)} era tan pequeñita que no veía la palabra que me interesaba//

T: pero entonces la estuviste mirando, no?

P: si

T: pero no la copiaste

P: pero que no me puse exhaustivamente, o sea solo mire así, porque si me hubiera puesto la

NRS: Estar decepcionado, en conflicto (20,19)

NRO: No aprecian, no apoyan (10,14)

D: No querer amistad, distanciarse (10,14)

PRS: No apreciar, ser distante (11,8)

PRS: Ser amistoso, servicial (5,9)

(D): Tener amigos, ser apreciado (11,7)

NRS: No congeniar, rechazar (11,8)

NRO: No aprecian, son distantes (10,12)

NRS: No caer bien, rechazar (11,8)

NRO: No caer bien, no aprecian (10,12)

NRS: Tener pocos amigos, estar solo (11,8)

PRS: Tener amigos, sentirse aceptado (5,3)

(D): Tener amigos, ser apreciado (11,7)

NRS: Tener pocos amigos, estar solo (8,11)

NRS: No tener amigos, estar solo (8,11)

NRO: Insultan, son malos (15,25)

veía

T: ha

P: solo la mire así. Silencio. //^{NRS}
Pero bueno tampoco estuvo tan mal//

ER 2: Amigos Grado de totalidad 3

P: no, es que //^{NRO} él había quedao antes con los otros//, además yo se lo pregunte. Y yo //^D no me quiero ir con los otros// que son dos, porque ya los conozco y //^{PRS} no me caen bien, // o sea...

T: por que no, que les pasa?

P: en particular uno es vecino mío y yo ya le conozco, //^{PRS,(D)} de pequeño si me iba con él// y si ya no me voy con él porque... //^{NRS,NRO} vimos que no congeniábamos//

T: no?

P: no porque... a mi no... //^{NRS,NRO} no nos caíamos así muy bien// y bueno entonces siempre que vas a vivir a un sitio, siempre te vas primero con los de tu calle, luego con los de... las calles de al lado y si vas dejando a esos es porque... te vas yendo con otros que son mas a tu manera, y yo por ejemplo //^{NRS} solo me voy con uno de toda mi cooperativa//, de pequeño hace tres años o así pues.... me iba con... me salía a la calle y //^{PRS,(D)} me iba con todos los de mi cooperativa// que es un, que es una pequeña cuatro, cuatro calles, me iba con todos y //^{NRS} ya no me voy mas que con uno, que tampoco me voy casi ya//

T: humm

P: //^{NRS} o sea prácticamente no me voy con nadie de mi cooperativa//

ER 3: Amigos Grado de totalidad 4

P: yo no me di cuenta, además... no o sea que no, yo //^{NRO} empezaron a

NRS: Sentirse rechazado, mal (23,22)

(D): Distanciarse, protegerse (10,14)

PRS: Ser amistoso, sentirse aceptado (5,3)

PRO: Son amigos, aprecian (9,13)

?RS: No verse, ser distante (8,19)

?RO: No verse, son distantes (12,14)

PRS: Estar solo, ser distante (11,8)

(D): Distanciarse, protegerse (10,14)

NRS: Enfadarse, sentirse rechazado (23,21)

NRS: No entender, estar en conflicto (2,19)

(D): Distanciarse, no sentir malestar (10,31)

insultarme// así y//^{NRS,(D)} me deje de ir con ellos//,^{PRS} y luego me fui... con el otro amigo// que hay arriba//,^{PRO} que sigue siendo amigo mío// pero como es un año mayor, casi dos años pues no nos vemos mucho//,^{?RS,?RO} nos vemos a veces pero... casi nada// porque dos años son bastante, y pa hacer cosas así... no y además también estudia bastante, o sea en todo caso nos podríamos ver los fines de semana y me veo... pues a veces, le veo los sábados o eso. Silencio.

//^{PRS,(D)} Pero en mi cooperativa con nadie//, porque además... tampoco hay excesiva gente somos, son 103 casas y gente de mi edad pues yo que se habrá entre toda la... diez doce o sea que no son muchos y si me enfadé, y si yo ya me iba con cuatro o cinco y//^{NRS} me enfadé con ellos// y los otros tampoco... nunca//,^{NRS,(D)} no es que me lleve mal sino que nunca nos hemos ido juntos// y yo ya... cada uno hemos tirao por nuestro lao, porque a lo mejor vivían dos calles mas abajo. Y eso y con ellos ya casi, cada uno de todas maneras, se va...

T: pero hay veces, no?, hay momentos en los que se cambia un poco, y a lo mejor la gente que era antes que te caía fatal a lo mejor ahora te resulta encantadora, no?. Eso pasa a veces, no?

P: bueno es que al principio cuando...

T: y si no es como que, de la lista global de ciudadanos de... tu zona en la que tengan la edad tuya te psch fuera, psch, psch

P: bueno es que al principio nos íbamos...

T: tcha, tcha, tcha, tcha, tcha y ya esos perdidos ya nunca mas, no?. A lo mejor resulta que...

PRO: Aprecian, apoyan (9,13)
 (D): Tener amigos, ser apreciado (11,7)

PRS: Jugar, tener amigos (5,28)
 PRO: Juegan, aprecian (9,29)
 NRS: Irse, no entender (2,19)
 NRO: Se van, son distantes (10,12)

NRO: Se separan, son distantes (4,12)
 (D): Tener amigos, ser apreciado (11,7)
 NRS: Ser distante, rechazar (11,8)
 NRO: Se conocen, son distantes (12,10)

NRS: No amoldarse, estar solo (23,8)

PRS: Enfadarse, distanciarse (11,8)
 (D): Distanciarse, protegerse (10,14)

NRO: No llama, no aprecian (10,4)
 NRS: No llevarse bien, rechazar

P: no pero...

T: de repente ves que te cae... fíjate lo que, fíjate como va, o como se peina, o como xxx, como va, con quien sale, pues que interesante y ya te puedes hacer amigo no, o no?

P: si pero...

T: o ya has cortado?, chas, chas, chas

P://^{PRO,(D)} no es que al principio nos íbamos de todas las edades//, o sea había unos de quince, por aquella época, y yo a lo mejor tenía once y había otros que tenían ocho, o sea nos íbamos de todas las edades, luego ya, porque llevábamos ahí un par de meses o tres viviendo, no nos conocíamos nadie y //^{PRS,PRO} jugábamos todos//. Luego ya pues//^{NRS,NRO} cada uno se fue yendo con los de su edad//, porque nos fuimos en verano, o sea empezamos a irnos na mas terminar el curso y teníamos to un verano de eso tres meses para conocernos, luego ya empezó el colegio, y claro cada uno se fue, empezó a hacerse amigos de clase y//^{NRO,(D)} se fue separando de, solo de los de la cooperativa// y eso. Y... y ya esta//^{NRS} yo nunca me hice amigos de los de clase//, porque ya estaban ahí...//^{NRO} se conocían todos//. Y... cas, casi ninguno de... o sea hubo algunos que si pero... la mayoría de... los nuevos siempre estuvimos entre nosotros, //^{NRS} no nos amoldamos bien a la clase//, algunos si, pero... la mayoría nos quedamos en un grupo entre nosotros y si//^{PRS,(D)} luego me enfade con ellos pues ya luego no me fui con nadie, nadie de clase//

ER 4: Amigos Grado de totalidad 3

P: pero no, o sea que//^{NRO} nunca ma, ma, me llama//, //^{NRS} nunca me he

(11,6)

(D): Tener amigos, ser apreciado
(11,7)

(D): Distanciarse, protegerse (10,14)

llevado bien con él// y entonces yo si hay mucha gente que no conozco y a lo mejor en una tarde porque... va con, a lo mejor el chaval que yo conozco viene con dos chavales que yo no conozco de nunca, de nada y//^(D) en una tarde nos hacemos amigos//, y luego a lo mejor le llamo yo sin tener nada que ver con el que yo ya conocía y eso porq me, porque me han caído bien desde una buena impresión, //^(D) pero los que ya... no te gustan, pues no//

T: pero te dan buena impresión siempre los nuevos, pero cuando ya les has visto varias veces, al cabo de...

P: no

T: xxxx

P: hay nuevos que no te gustan

T: xxx

P: es la impresión que si te parece buena o mala y nuevos que te traen y no te gustan para nada

T: hum

P: porque...

T: pero incluso los que te gustan

P: no

T: al poco tiempo te des, te desatas de ellos un poco, no?

P: no

T: pero tu te vas quedando sin amigos mas que ganar amigos, no?. Es como que te desataras, a mi me da la impresión, de que en cuanto les ves que tienen un gesto hacia otra persona tu te sientes ya como excluido. Silencio. Y ya no estas tan a gusto

P: no se porque yo creo xxx solo un amigo, pero ahora por ejemplo//^{PRO,NRS} me dicen vamos que yo, digo solo nosotros dos?//, //^(D) ahora no se me apetece irme con muchos//, con demasiados no pero ser un grupo ya de cuatro o cinco, que no seamos uno, dos, tres. A mi

PRO: Son abiertos, aprecian (11,9)

NRS: Rechazar, ser distante (11,8)

(D): Irse con muchos, tener amigos
(11,7)

PRS: Tener un amigo, sentirse satisfecho (5,28)

(D): Sentirse bien, cómodo (32,31)

NRS: Estar insatisfecho, en conflicto (20,19)

?RS: No llevarse bien, rechazar (11,6)

NRO: Se pelean, no se entienden (27,2)

PRS: No llevarse bien, rechazar (11,6)

NRO: No salen, no aprecian (10,12)

(D): Tener amigos, ser apreciado (11,7)

NRS: Estar solo, ser distante (23,8)

NRS: No poder hablar, estar solo (23,8)

NRO: Se juntan, rechazan (4,12)

NRS: No salir, estar celoso (23,25)

antes me gustaba irme, //^{PRS,(D)} tenía solo un amigo y me gustaba irme solo con el//, pero ahora a mi ya no, //^{NRS} a mi uno me parece escaso// o poco, y que los dos tenemos que buscarnos mas gente

ER 5: Amigos Grado de totalidad 3

P: y yo por ejemplo //^{?RS} su hermano no me cae muy bien// porque o sea, él se está, //^{NRO} él mismo se está peleando con su hermano siempre// com, como todos y //^{PRS} su hermano que... no me cae bien//, o sea... no es que no me caiga bien, es un chaval pa, para estar con el una tarde pero... que no es amigo mío

T: hum

P: el mayor y... y luego esta el otro que... //^{NRO,(D)} que no le gusta salir// quiere en casa y además esta todo, todo el día ocupado y el otro que vive en la A. Silencio. Entonces ya, y luego ya //^{NRS} con los demás de clase no me voy// porque, esto fue de que nos fuimos haciendo amigos durante el primer trimestre, los dos primeros meses y claro en dos meses ya mas o menos me hablo con ellos y con los otros ya, pues //^{NRS} ya no me puedo hablar//, porque ya también //^{NRO} se han juntao su grupo y ahora //^{NRS} con estos no puedo salir//

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 12 M

Mujer

Edad: 16

Sesión:1

ER 1: Terapeuta, padres Grado de totalidad 4

T: que tal?

P: mal

T: por que?

P: porque estaba tan a gusto y cuando hablaron con usted...

T: como?

P: //^{PRS,NRO} que estaba tan a gusto, llevaba una semana tranquila y cuando vinieron aquí pues...//

T: por qué?

P://^{PRS,NRO,(D)} porque iba bien y como le dijo que no quería que adelgazara//

Silencio

T: no, no es que yo no quiera que adelgaces he?, no es un interés particular mío he?, creo que eso tamb, bueno no sé creo que te lo explique también a ti, porqué, no?

P://^{PRS} si pero no me convence, no//

T: ese es el problema. Que te dicen

P://^{NRO} que no lo vuelva a hacer y no me dejan apuntarme al gimnasio //

T: por que quieres apuntarte a un gimnasio?

P://^{NRS} por hacer algoj, que hago todo el verano. // Silencio. Que hago todo el verano

T: habrá muchas cosas que puedas hacer, no?

P://^D tenía ganas de que terminara el colegio para apuntarme a un gimnasio// y ahora termina//^{NRO} me dicen mis padres que si va, ir el otro día, y vinieron que nada// (enfadada)PRS: Estar bien, estar seguro (29,28)
NRO: Contradicen, estan equivocados (17,25)PRS: Estar bien, estar seguro (29,28)
NRO: Contradicen, estan equivocados (17,25)
(D): Adelgazar, no ser molestado (10,31)PRS: No convencerse, controlar (11,12)
NRO: Controlan, ayudan (20,13)

NRS: Estar enfadado, en conflicto (21,19)

D: No sentir malestar, disfrutar (31,32)
NRO: Contradicen, estan equivocados (17,25)

NRS: Estar enfadado, estar decepcionado (21,20)

NRS: Oponerse, estar enfadado (11,21)

PRS: Oponerse, ser irresponsable (11,13)

(D): Oponerse, no estar conforme (18,28)

PRS: Oponerse, ser irresponsable (11,13)

(D): Oponerse, no estar conforme (18,28)

PRS: Oponerse, controlar (11,12)

NRO: Engañan, tratan mal (8,15)

T: es que no te conviene

P: por que, que... el deporte que tiene de malo

T: R. Silencio. En la situación en que tu estas, no te conviene hacer gimnasia

P://^{NRS} vale, entonces me quedo sentada en una silla//

T: no, no huy yo no te digo eso. Supongo que habrá muchísimas otras cosas que puedas hacer

P://^{NRS} pero a lo mejor no me gustan//

T: nada¡

P: y que hago, todo el santo día, se la dan a todo el mundo que hago

T: que puedes hacer?

P: eso

T: pues eso que puedes hacer

P://^{PRS,(D)} es que no le veo inconveniente al gimnasio o sea que...//

T: yo si

Silencio

T: porque la idea es que no pierdas mas peso y creo que haciendo eso lo vas a perder

P: si heee...

Silencio

P: tcho (niega con la cabeza)

T: no que

P://^{PRS,(D)} no, que eso de no perder peso no//

T: estas empeñada en perderlo, pues te pondrás peor

P: tcho,//^{PRS} lo habéis probao todo menos lo que yo digo, que malo tiene probarlo.// Cuando fui al médico me prometió tu come tranquila, tu come tranquila, dice come mucho, come mucho y cuando llegues a los 52 kilos, no a 54//^{NRO} te prometo que no te dejamos pasar de

NRS: Estar decepcionado, enfadado
(21,20)

NRO: Engañan, contradicen (8,17)

NRO: Engañan, contradicen (8,17)

NRS: Estar enfadado, ser violento
(11,21)

PRS: No acordarse, estar bien
(29,28)

(D): No sentir malestar, estar bien
(31,32)

NRO: Controlan, estan equivocados
(20,25)

NRS: Llorar, estar mal (22,19)

NRS: Estar enfadado, decepcionado
(21,20)

PRO: Estan bien, son independientes
(29,23)

(D): Mejorar, ser ayudado (25,13)

PRO: Estan bien, son independientes
(29,23)

ahí, te lo prometo//, y//^{NRS} yo eso lo he oído muchas veces//, te lo prometo R., te lo prometo que de los 54 kilos no pasas, //^{NRO} ahora peso 57 y ahora no me dejáis//

T: hummm, entiendo que te sientas engañada si eso ha sucedido así...

P: si y//^{NRO} mi madre, que de verdad, que de verdad, que de verdad//, ya de verdad, //^{NRS} es que me dieron ganas de firmar un papel pa luego restregárselo//

T: pero yo nunca no te he dicho ninguna de esas cosas, no?

Silencio

P://^{PRS,(D)} que yo sepa llevaba una semana que es que ni acordarme///^{NRO} y lo que es venir aquí mis padres y ya esta//

T: o sea que estas peor

P: si, //^{NRS} llevaba una semana que es que... (llora)//

T: estas muy enfadada

P: hombr...

T://^{NRS} bastante//

Silencio

T: por que tan enfadada

P: por eso, porque mi madre dijo vale te coges los 54 kilos, o los 53, o lo que le dije, digo y ya esta nos quitamos, no, no. Mi madre venia tan convencida que si, que si, que yo le digo que te ponga una... y//^{PRO,(D)} a muchas chicas que le ha pasado esto le han puesto una dieta y están ahora... pues muy... muy bien//

T: y están ahora muy bien, yo no se como están otras chicas...

P: y//^{PRO} han sido tratadas también por médicos y le han puesto una dieta también y están bien//, todo es cuestión de intentarlo, que todas las personas no son iguales. Es que yo

NRS: Estar confundido, estar mal (22,2)
 (D): Curarse, ser ayudado (25,13)

PRS: No asustarse, estar bien (11,13)
 (D): No sentir malestar, estar bien (31,32)
 NRS: Estar asustado, confundido (27,2)
 NRS: No estar a gusto, estar mal (22,19)
 (D): Estar delgada, sentirse bien (18,28)

NRS: Estar confundido, en conflicto (22,2)
 D: Estar delgada, no sentir malestar (18,28)
 NRS: Estar confundido, sentirse mal (22,2)

PRS: Comer, ser responsable (14,1)
 (D): Evitar conflictos, dejarse modelar (17,27)
 PRS: Comer menos, ser irresponsable (13,19)
 (D): Oponerse, controlar (18,19)

NRO: Contradican, están equivocados (17,25)

PRS: Oponerse, estar enfadado (11,21)

pienso que no se puede seguir una regla para todo, o sea^{//NRS,(D)} todas las personas no se pueden curar iguales//

ER 2: Sujeto Grado de totalidad 2,5

P:^{//PRS,(D)} es que yo no me asusto¡//
 T: pues ese es el problema
 P:^{//NRS} me asusto ahora es que no me atrevo ni a pesarme¡//
 T: como te ves
 P: pues es que yo no me veo gorda,^{//NRS,(D)} pero no me veo a gusto, o sea lo que es gorda sebosa...//
 (interrumpe una llamada)
 T: si
 P: yo gorda sebosa no me veo, pero a lo mejor yo tengo un gusto que^{//NRS} me gustan las personas no normales^{//D,NRS} me gustan delgadas y como no me veo delgada pues...//

ER 3: Terapeuta Grado de totalidad 3

P: y^{//PRS,(D)} si no queréis dieta, pues no como dieta como de todo^{//PRS,(D)} voy comiendo menos cuando coja mi peso ya//, pues ya esta, ya me vais pesando y ya... que veis que voy perdiendo pues entonces a, a que, me, entonces cuando me tenéis que decir pues ya no...^{//NRO} pero si no me dejáis ni siquiera intentarlo pues bien//
 T: pero si es que no te conviene
 P:^{//PRS} bueno eso lo dices tu, yo no//
 T: naturalmente que lo digo yo

Silencio

P: todas las personas no son iguales
 T: naturalmente eso esta pensado para ti no para todas las personas en

PRS: Ser violento, oponerse (11,21)
 (D): Distanciarse, no sentir malestar
 (10,31)

NRS: Estar enfadado, estar
 decepcionado (21,20)
 NRS: Estar enfadado, estar
 decepcionado (21,20)

NRO: Dan la lata, son rigidos (20,25)
 (D): No ser molestado, no sentir
 malestar (10,31)

NRO: Engañan, estan equivocados
 (8,25)

PRS: Oponerse, ser irresponsable
 (11,13)
 (D): No ser molestado, no sentir

general

P: y vas a conocer lo que... a todas
 las personas

T: no, no si yo no hablo de la, de las
 personas, hablo de ti

P://^{PRS,(D)} bueno vas a conocer lo que
 me pasa a mi//

Silencio

T: da la sensación de que quien no
 lo conoce eres tu, cuando estas
 planteando lo que planteas R.

P://^{NRS} vale, la única rara soy yo//

T: humm?

P://^{NRS} la única rara soy yo, si//

T: yo no he hablado de rara, yo lo
 único que he hablado y te he
 planteado es que tienes un
 problema, no que seas rara

ER 4: Padres, terapeuta Grado de
 totalidad 4

P://^{NRO,(D)} porque me estáis dando la
 lata siempre decís lo mismo//,
 cuando te venga la regla, mi madre,
 cuando te venga la regla no te
 preocupes que yo te pongo una
 dieta, me viene la regla nada, o sea
 es que//^{NRO} me estáis engañando
 continuamente//, no

T: yo no te he dicho que cuando te
 venga la regla te voy a poner una
 dieta

P: me dijo

T: yo?

P: me dijo que cuando me viniese la
 regla ya hablaríamos

T: de, lo que te he planteado y he
 planteado a tus padres es...

P: dijiste...

T: ...dos cosas, una mantener el
 peso y la regla, o no?

P://^{PRS,(D)} desde luego el peso no//

T: pero lo he planteado así o no

P: bueno

malestar (10,31)

PRS: Oponerse, manipular (11,12)

PRS: Oponerse, manipular (11,12)

PRS: Oponerse, manipular (11,12)

PRS: Oponerse, manipular (11,12)

NRO: Tratan mal, están equivocados (20,25)

PRS: Estar fuera de control, oponerse (11,13)

PRS: Oponerse, manipular (11,12)
(D): No sentir malestar, no ser molestado (31,10)

D: No querer, no estar conforme (10,28)

T: yo no se lo que te dijeron tus padres, ni lo que te dijeron antes quien te lo dijera, se muy bien lo que te he dicho yo, y yo te he dicho mantener el peso y la regla, dos cosas

P://^{PRS} me dijiste lo que pretendemos es que te venga la regla y cuando te venga la regla ya hablaremos//

T: mantener el peso

P://^{PRS} mantener el peso hasta que viniese la regla//

T: yo te he dicho eso?

P: me dijo, man, mant, //^{PRS} lo de mantener el peso no me lo dijo//, me dijo

T: no

P://^{PRS} me dijo hay que mantener el peso hasta que te venga la regla//, pero... y luego dijo cuando te venga la regla ya hablaremos. Pero //^{NRO} lo que pretendemos es que te venga la regla//, eso es lo primero que dijo

T: creo que estas confundiendo discursos, he?, si no recuerdo mal el ultimo día que te dije y ahora quiero hablar con tus padres te plantee esto muy claramente, las dos cosas

P: desde luego lo del peso xxx

T: tu veras yo te advierto que si pierdes peso te pondrás peor

P://^{PRS} bueno pues déjame intentarlo//

T: quieres ponerte peor?

P://^{PRS,(D)} déjame intentarlo y si me pongo mejor...//

ER 5: Terapeuta Grado de totalidad
3

T: el problema es que ahora no te entra nada no?, ni siquiera lo que se te pueda decir, tampoco te tomas la medicación, por que?

P://^D porque no quiero//

T: lo ves?, no te entra nada, no crees que ese es un problema

D: No querer, no estar conforme (10,28)

NRS: Estar nerviosa, mal (27,22)
(D): Ser ayudado, mejorar (25,13)

NRS: Sentirse en conflicto, mal (22,19)
(D): Estar equivocada, ser ayudada (13,25)

PRS: Ser irresponsable, manipular (13,12)
D: No ser molestado, no sentir malestar (10,31)

NRS: Estar deprimida, estar mal (22,19)

NRS: Estar mal, estar enfadado (22,21)
(D): No ser molestado, no estar conforme (10,28)

PRS: Oponerse, estar enfadado (11,21)

PRS: Oponerse, estar enfadado (11,21)

P: tcho

T: no?, pues es el mismo problema que la comida, he?

P://^D no, no quiero xxx//

T: según tu me dijiste tenías problemas para dormir, no?

P: pero eran por los exámenes, los nervios y todo, si.//^{NRS,(D)} De toda la vida he sido una persona muy nerviosa pues ya esta//

T: o sea que a ti no hay quien te cambie una opinión

P: tcho

Silencio

P: si me lo demuestran si xxx

T: pfuuu

P: si..., por que no prueban //^{NRS,(D)} si me demuestran que estoy equivocada...//

T: como se podría demostrar eso para ti

P://^{PRS,D} dejándomeee... coger el peso que quiero//, si veis que, que me encuentro peor y eso ya os lo diré

T: ya dirás que

P: si yo cojo los 53 kilos y //^{NRS} me veo deprimida o me veo lo que sea...//

T: ya estas deprimida

P: pues ya esta¡, pero si, si para mi lo que, //^{NRS,(D)} lo que me hace falta es eso//

T: no R.

P: eso lo dices tu

T: claro que lo digo yo, lo que te digo además es que te merecería la pena pensarlo

P: no

T: pero...

P://^{PRS} lo he pensado mucho, tcho//

T: como tu te niegas a pensar nada...

P://^{PRS} no mas de lo que cree, pienso así que//

PRS: Oponerse, controlar (11,12)
(D): No ser molestado, oponerse
(10,18)

T: ahora mismo estas en la situación
de que no te entra en la cabeza...

P: tcho

T: ...ni una opinión que no sea la
tuya

P://^{PRS,(D)} exactamente//

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 13 M

Mujer

Edad: 17

Sesión:1

ER 1: Sujeto Grado de totalidad 4

P: me han quedado dos xxx, paso a tercero

T: te han quedado dos, cuales?

P: latín y literatura

T: tu que te esperabas

P: he?

T: que esperabas

P: //^{NRS,(D)}suspender mas (riendo)//

T: ha, te ha sorprendido, agradablemente digamos

P: si

T: por que esperabas suspender mas?

P: porque //^{NRS}se me dieron fatal los exámenes//

T: pues, no tan mal, no?

P: si se ve que... no//^{PRS}el de inglés si se me dio bien//, pero //^{NRS}el de geografía creía que lo había suspendido//

T: por que?

P: porque si, porqueee... uff, yo que se//^{NRS,(D)}me quede en blanco//, como estuve mala y con fiebre y eso pues es lo que me pasa

T: pues no lo hiciste tan mal, no?

P: no

ER 2: Madre Grado de totalidad 3

T: y ya lo saben en casa?

P: si se lo he dicho a mi madre

T: que te ha dicho?

P: //^{PRO}nada, que muy bien//

T: que, que bien?

P: siiii. Silencio. //^{PRO}Me ha dicho enhorabuena y eso, y que, que estudiase para xxx con ninguna//

NRS: Suspender, sentirse incapaz (17,25)

(D): Mejorar, superarse (25,22)

NRS: Fallar, ser incompetente (17,25)

PRS: Triunfar, hacer bien (18,20)

NRS: Suspender, ser incompetente (17,20)

NRS: Quedarse en blanco, sentirse en conflicto (17,25)

(D): Superarse, aprobar (25,22)

PRO: Apoyan, se interesan (13,9)

PRO: Apoyan, cooperan (13,9)

D: Estudiar, mejorar (25,22)

PRS: Ser responsable, ser autonomo
(15,14)

NRO: No entienden, me contradicen
(2,17)

NRS: Rechazar, oponerse (11,6)

PRS: Ser independiente,
responsable (15,14)

NRO: No entienden, no respetan
(2,6)

(D): Ser valorado, ser entendido (3,1)

NRO: Controlan, bloquean (20,17)

(D): Ser independiente, disfrutar

T: y que vas a hacer?

P: //^Destudiar//

T: como te vas a organizar?

P: pues no se todavía, pero... no se,
//^{PRS}cogeré todos los apuntes y a, iré
haciendo resúmenes//. Silencio

T: pero, te vas de vacaciones..., te
vas a org, como te vas, que, que,
que planes tienes

P: me voy al pueblo el mes de
agosto

ER 3: Madre Grado de totalidad 4

T: pero por lo que el otro día vimos,
parece que es que hay una cierta
incomprensión por ambas partes,
no?

P: sss

T: como lo ves tu?

P: si, es eso quee...//^{NRO,NRS} no es
que no queramos ceder ninguna,
sino que cada una piensa de una
forma//

Silencio

T: si?, como piensas tu

P: pues //^{PRS}de una forma distinta a
mi madre (ríe)//

T: si eso ya, ya se ve

P: (ríe) no se

Silencio

P: no se

T: pero..., tu donde piensas que
tenéis mas diferencias?

P: //^{NRO,(D)}mas diferencias?. En eso
en la forma de ver las cosas//, que
ella es mas antigua y...

T: claro, pero con que cosas, porque
habrá otras que a lo mejor tienen
menos importancia o, o es mas fácil
entenderse, o yo que se

P: //^{NRO,(D)}es que son con... con los
estudios, con salir... con chicos,

(23,32)

con...//

T: con chicos también?

P: si, no la hace...

T: no la gusta

P: no mucho

Silencio

T: pero sales con chicos, o con alguno concreto

P: siiii

T: si que

P: que//^{PRS} estoy con un chico//

T: ha, que estas con un chico y ella lo sabe

P: no, no del todo.//^{NRO,(D)} Se lo dije que me había pedido salir y eso... me dijo que ahora con el verano que me esperase...// Silencio

T: y que has hecho?

P: pues si//^{PRS} ya cuando se lo dije, que me había pedido salir, llevaba ya con el un mes largo//

T: saliendo con el?

P: dos meses, hicimos el miércoles pasao

T: y que tal te va con el?

P: bien

PRS: Estar con otro, sentirse amado (30,5)

NRO: Bloquean, no apoyan (17,14)
(D): Ser aceptado, apreciado (3,1)

PRS: Ser independiente, tomar decisiones (15,14)

ER 4: Madre Grado de totalidad 5

T: tu madre eso no la parece bien, que te dijo?, que te esperaras

P: si

T: por que?

P: que como ahora venia el verano y no nos íbamos a ver... excusas

T: excusas?

P: si, siempre decía que... que si, que a ver//^{PRO} si me echaba novio, que o sea como si no le importase//,^{NRO,(D)} pero que cuando llega la hora de... la verdad no la hace mucha gracia//

T: Por que piensas tu que no la hace gracia?

P: por eso, porque siempre esta

PRO: Apoyan, dan independencia (13,21)

NRO: No apoyan, contradicen (17,14)

(D): Ser apoyado, ser entendido (3,1)

- NRO: No confian, rechazan (17,7)
- NRO: No confian, bloquean (17,7)
- (D): Evitar problemas, ser entendido (17,1)
- NRO: Controlan, no entienden (20,1)
- NRS: Estar deprimido, insatisfecho (20,22)
- D: Ser entendido, evitar conflictos (17,1)
- NRS: Estar en conflicto, estar deprimido (17,19)
- (D): Ser ayudado, ser entendido (13,1)
- dando...
- T: porque te ve mas pequeña, por ejemplo, porque piensa que es muy pronto
- P: no se es que...//^{NRO} yo que se lo que se cree que voy a hacer// o...//^{NRO} o que ya tiene que ser para toda la vida//
- Silencio
- T: tu crees que eso es mucho problema entre ella y tu
- P: no
- T: xxx
- P://^(D) si tampoco es que sea un problema, pero que eso que //^{NRO,NRS} como... es una y otra vez y ya cansa//
- Silencio
- T: pero a ti te parece que quizá, tu podrías hacerlo de otra forma que sea humm..., mas... como decirlo... cómoda entre tu y ella, cómoda para ti. Que de humm... lugar a menos conflictos
- P: puff, y yo que se
- T: o no
- P: es que tendríamos que ser las dos las que...
- T: como?
- P: si, //^D perder las dos un poco y... , no se tampoco ser lo que ella dice y tampoco lo que yo digo//
- T: pero... eso es muy difícil, no?
- P: claro
- T: cambiar a tu madre, pss. Cambiar a los padres es un poco difícil
- P: //^{NRS,(D)} pero cambiar yo también. Es que cada uno es como es//
- T: claro, pero tu lo planteas como si fuera, algo así como... como si fuera una, una batalla, no?. Yo no cedo nada, si tu no cedas
- P: si

NRS: Ser dependiente, estar en conflicto (16,19)

NRS: Ser dependiente, estar irritado (16,21)

(D): Evitar conflictos, protegerse (17,14)

NRS: Estar en conflicto, estar deprimido (17,19)

NRO: Controlan, no apoyan (20,14)

(D): Evitar conflictos, protegerse (17,14)

NRS: Estar asustado, ser dependiente (16,19)

NRO: Controlan, rechazan (20,4)

(D): Evitar conflictos, protegerse (17,14)

PRS: Ser independiente, ser responsable (15,14)

NRS: Estar insatisfecho, estar deprimido (20,22)

T: a lo mejor hay otros planteamientos diferentes

P: a lo mejor

T: pero a ti no se te ocurren

P: pues no

ER 5: Madre Grado de totalidad 5

P: no, si//^{NRS} normalmente hago lo que ella me dice//

T: que?

P: que//^{NRS,(D)} normalmente hago lo que ella me dice (en tono irritado), en salir y eso claro//

T: que haces lo que ella te dice?, como?

P: si. Por ejemplo//^{NRS} yo antes los domingos no salía nunca//, salía los sábados y no porqueee, tuviese que hacer algo, porque a veces no tenía deberes o ya los había hecho, pero//^{NRO,(D)} porque decía que salía mucho pues... me quedaba en mi casa//. Silencio. Y//^{NRS} no me atrevía a decirle que me voy//,^{NRO,(D)} porque si no ya iba a empezar, que si sales mucho y no estudias, no se que//

T: y cuando cambiaste de opinión?

P: que cuando camb... no, si no salgo...

T: sigues sin salir los domingos?

P: no, a veces si. //^{PRS} Este año ya empecé saliendo y ya no me puede decir//... Pero el año pasao no salía, por lo que...

T: y que hiciste?

P://^{NRS} nada, sentada en la habitación..., el libro delante, ahí//

T: haa, hacer que estudiabas

P: claro

T: que bollo..., no?

P: si, pero...

T: pero eso es para evitar un enfrentamiento con tu madre?. Silencio. Eso lo has estado haciendo todo el año pasado?. Cuando

NRS: Sentirse incapaz, en conflicto (17,19)
 (D): Ser ayudado, ser entendido (13,1)

NRO: No valoran, no apoyan (6,14)

NRO: No valoran, controlan (6,20)
 (D): Ser valorado, ser apoyado (3,13)

NRO: No valoran, no apoyan (6,14)

NRS: Estar enfadado, confundido (26,21)
 NRO: No valoran, rechazan (6,14)
 (D): Ser valorado, ser apoyado (3,13)
 PRO: Hacen lo que quieren, son independientes (23,24)
 (D): Hacer lo que se quiere, ser independiente (23,19)

NRS: Ser incapaz, estar confundido (17,22)
 (D): Tener éxito, superarse (25,22)

empezaste a tener problemas para estudiar?

P://^{NRS,(D)} pues cuando los exámenes de ahora, no me podía concentrar//
 T: que fuese muy mal?
 P: si

ER 6: Madre Grado de totalidad 4

T: o sea tu eres mas partidaria de pensar que no quiere

P: es que no se, //^{NRO} siempre me esta comparando con mi primo, porque como estudia mucho//, que si //^{NRO,(D)} no sale nunca y siempre esta estudiando y tu no estudias nunca. Y siempre me esta comparando con todo//

T: con todo el mundo?

P: si

T: con quien mas?

P://^{NRO} pues con quien sea, con las hijas de la mujer que trabaja con ella, con mi primo, con algunas amigas...//

T: y eso como te sienta?

P://^{NRS} mal//. Y //^{NRO,(D)} dice no si no es para compararte, si es para que te des cuenta de lo que hacen los demás//, porque //^{PRO,(D)} a lo mejor lo hacen porque quieren//

T: pero quizá a ti te gustaría que te valorara mas, en voz alta, digo

P: humm

ER 7: Sujeto Grado de totalidad 3

P: no se pero... //^{NRS,(D)} es que hay veces que me da la impresión de que todo lo hago mal y que... no se//

T: de que todo lo haces mal para ella?. Silencio. Y eso te hace dudar de si realmente lo haces mal, por que?

Silencio

NRS: Sentirse equivocado, confundido (26,25)

NRS: Sentirse incapaz, estar deprimido (17,22)
(D): Ser valorado, apoyado (3,2)

NRO: No atienden, son distantes (6,14)

NRO: No valoran, no apoyan 6,14)

NRO: Son distantes, no se interesan (6,14)
(D): Ser valorado, apoyado (3,13)

T: y tu tienes la sensación de haber intentado hacer las cosas..., que te has esforzado en hacerlas como piensas que a ella le gustaría y no ha pasado nada?

P: si

T: algo así como... no hay manera de satisfacerla?

P: si a veces si

Silencio

T: pero parece que eso, te hace dudar de ti misma, no?

P: si. Hombre no siempre, pero...//^{NRS} hay veces que me hace pensar//

T: que

P: pues eso//^{NRS,(D)} que lo hago todo mal y que... no se, que no valgo para nada//

T: y que mas?

P: que mas?

T: seguro que has pensado pero cantidad de cosas, no?

P: si pero ahora no me acuerdo (se ríe), pero si

ER 8: Padre Grado de totalidad 4

T: y con tu padre como lo ves?

P: no se si//^{NRO} es que mi padre no, ese va a lo suyo y...// Hombre me... hay veces que también me dices cosas pero que...//^{NRO} cuando me dice algo mi madre y esta el delante pues sigue//,^{NRO,(D)} pero si no, no me dice nada//

T: pero sigue, el sigue

P: si, el también dice, pero sino no me dice nada

T: pero que dice

P: pues lo mismo que ella

T: ha, que le sigue el rollo

P: claro

Silencio

D: Estar cerca de otros (11,8)
 NRO: Estan distantes, no son
 serviciales (6,14)
 NRS: Sentirse insatisfecho, solo
 (20,23)
 (D): Llevarse bien, sentirse comodo
 (11,8)
 D: Estar con otros (11,13)

NRO: Hacen lo que quieren, no se
 interesan (6,14)

D: Ser tenido en cuenta, ser apoyado
 (11,13)

(D): Controlar, ser apreciado (11,8)

NRS: Llevarse mal, oponerse a los
 otros (11,6)
 NRO: Tratan mal, estan en contra
 (15,17)
 D: Herir a los otros, resistirse (16,18)

NRO: Pegan, ofenden (15,25)

T: pero... a ti te gustaría tenerlo un
 poco mas cerca... o bueno, estas
 cómoda así

P: no se hay veces que... que si,
 //^Dque me gustaría que estuviese
 mas y...//^{NRO} pero no, no esta mas
 no//,//^{NRS,(D)} me llevo bien con el y
 eso//

T: pero te gustaría que estuviera
 mas? en casa, contigo, hablar mas
 con el, o como?

P: no se. Hombre si, //^D me gustaría
 que estuviese un poco mas en casa,
 que no estuviese siempre...//, //^{NRO} es
 que siempre esta que si el fútbol,
 que si...// Silencio

T: pero para estar contigo?

P: no se...//^D no solo conmigo, pero
 que estuviese//

T: no se, a lo mejor te gustaría para
 que estuviera con tu madre

P: //^(D)no con mi madre no, en casa//

T: por que, piensas que seria mejor,
 que estuviese mas en casa, mejor
 para ti quiero decir

P: no se, si

ER 9: Hermano Grado de totalidad 4

T: te gustaría que volviera?

P: si

T: va a volver?

P: hombre si creo, no se hasta
 cuando tiene que estar trabajando
 allí xxx

T: lo sientes como aliado?. Ahora,
 no?

P: no siempre, hombre siempre
 tampoco, //^{NRS,NRO}antes nos
 llevábamos muy mal//

T: si por eso digo ahora, yo te había
 entendido que antes puff

p: puff, antes fatal, //^D quería que se
 muriese y todo//

T: por que tan mal?

P: porque si, //^{NRO} me pegaba y me

NRO: Son malos, estan fuera de control (15,25)

(D): Vengarse, dominar (16,19)

NRO: Pegan, son agresivos (15,25)

NRS: Pegar, ser violento (10,12)

tenía un asco//

T: y por que te pegaba?

P: pues//^{NRO} porque le apetecía, si//

T: le apetecía?, pero os peleabais?

P: //^(D)si yo... poco le podía hacer//

T: no se, te pregunto

P://^{NRO} me pegaba el//,^{NRS} hombre yo también le daba, pero que no...//

Silencio

T: y cuando cambio, la cosa?

P: pues cuando se echo novia

T: que fue cuando, hace mucho?

P: hace dos años

EPISODIOS DE RELACION

Caso: 14 M

Mujer

Edad: 17

Sesión:1

ER 1: Tia Grado de totalidad 4,5

NRO: Estan ansiosos, no apoyan
(28,14)

PRO: No tienen problemas, apoyan
(13,11)

(D): No tener problemas, estar bien
(31,32)

?RO: Cuentan todo, son
dependientes (22,16)

?RO: Cuentan todo, son
dependientes (22,16)

NRO: Estan enfermos, ansiosos
(28,16)

NRS: Estar enfermo, ansioso (27,22)

NRO: Estan enfermos, ansiosos
(28,16)

(D): Ser ayudado, mejorar (13,25)

NRO: No se preocupan, no apoyan
(10,13)

(D): Ser ayudado, apreciado (13,7)

NRS: Perder el tiempo, sentirse mal
(22,20)

P: y siempre claro mi tía, de mi abuela decía que no, que... que había tiempo para casarse y todo eso, //^{NRO} que yo me esperara porque eso era para sufrir//, que no se que, que no se cuantos, o sea siempre me estaba metiendo... y eso que //^{PRO,(D)} ella no tenía problemas porque con mi abuela, es muy buena// xxxx, y... pero vamos siempre ha sido muy especial, //^{?RO} siempre le cuenta todo//, siempre y eso que ahora tiene cuarenta años, //^{?RO} siempre le cuenta todo a mi abuela//, vamos todo, como si fuera una chica de dieciséis años ahora. Entonces claro ahora pues también esta en tratamiento y esta también mas, //^{NRO,NRS} yo la veo peor que a mi//, porque ella, también le mandan medicamentos y todo pero tiene, //^{NRO,(D)} esta de animo vamos. Silencio. Fatal//

T: donde la están viendo, aquí también?

P: no xxx

T: no

P: xxx y también esta muy mal de vez en cuando, //^{NRO,(D)} a la familia le preocupa mas lo de mi tía que lo mío//, porque yo en el fondo digo bueno yo tengo dieciséis años y //^{NRS} porque haya perdido un año o dos años, tampoco va a pasar nada//, pero si yo pienso que eso les ha servido para tener razones para lo que me pasa a mi, porque a lo mejor si no le pasa eso a mi tía, pienso

PRO: Entienden, apoyan (13,1)

PRO: Entienden, apoyan (13,1)

NRS: Sentirse distinto, mal (27,22)

NRO: Estan enfermos, ansiosos (28,16)

(D): Ser ayudado, mejorar (13,25)

NRO: No hacen lo que quieren, estan frustrados (22,27)

(D): Ser independiente, tener confianza (23,24)

?RS: Contar todo, ser dependiente (7,16)

NRS: Ser sensible, ansioso (27,22)

NRS: Ser sensible, ansioso (27,19)

PRO: No critican, apoyan (13,18)

NRO: Critican, controlan (26,20)

NRS: Tener miedo, estar inseguro (27,19)

(D): Tener confianza, hacer lo correcto (23,30)

PRO: No critican, apoyan (13,18)

PRO: Son independientes, energicos

incluso ella lo dice, //^{PRO} yo entiendo lo que le pasa a... a la chica//, dice por, por lo que me esta pasando a mi, dice si no, no lo entendería, porque... y mis abuelos igual, //^{PRO} yo pienso que la familia ha entrado xxx por eso//

T: porque sino tu quizá eso te haría sentirte muy... marginada, o distinta, o como...

P: si, //^{NRS} de sentirme distinta///^{NRO} pero como la veo a ella que esta peor que yo//, porque, yo al fin y al cabo pues bueno yo tengo dieciséis años y mas que //^(D) puedo pasar de eso todavía//, pero no se, ella se ve que no ha querido, //^{NRO,(D)} no ha podido hacer todo lo que ha querido// y... y todo, y... y la familia claro esta xxx . Silencio. Pero vamos yo dentro de eso, yo lo mío yo no lo veo una tontería, porque yo sabia que esto me iba a pasar tarde o temprano, y yo me parezco un poco a ella yo bueno //^{?RS} a mi madre le cuento todo// y enseguida que me dicen algo //^{NRS} yo soy muy sensible y eso//

ER 2: Madre Grado de totalidad 2,5

P: //^{NRS} que soy muy sensible//, y eso que //^{PRO} mi madre no, no me dice//, porque //^{NRO} mi abuela era de decir//, como os vea con un chico vamos no se lo que os hago, y... y claro pues ya, pues siempre estaba dic, no se //^{NRS,(D)} siempre tenía como un temor//, mi madre no, mi madre bueno xxx que tenía era de higos a peras, //^{PRO} mi madre es que es de otro carácter// se parece a mi abuelo entonces, han tenido la misma madre, como dice mi madre yo he tenido la misma madre, yo no le voy a echar en cara, pero siempre, y pero //^{PRO} mi madre era de otro

(23,24)

NRO: Son sensibles, ansiosos (28,19)

NRS: Ser sensible, ansioso (27,19)

(D): Ser independiente, estable (23,30)

PRS: Solucionar, ser servicial (9,5)

(D): Ayudar, estar cerca de otros (11,7)

PRS: No ser egoísta, ser servicial (9,5)

PRS: Ser amistoso, servicial (9,5)

D: Tener amigos, estar con otros (11,7)

NRS: No tener confianza, no ser abierto (22,22)

NRS: No ser abierto, estar en

carácter// y a lo mejor lo mismo que decía se lo tomaba de otra forma, //^{NRO} pero mi tía es muy sensible// igual que yo, yo vamos //^{NRS,(D)} enseguida que me dicen algo... xxx muy sensible//, todo, todo, aunque sea xxx todo

ER 3: Sujeto Grado de totalidad 4

P: pues ahora con los estudios, enseguida que me dicen algo de los estudios pues, luego antes cuando estudiaba como no hacia nada en casa, pues yo también decía, yo pensaba mi madre xxx, ya ves tenía todo siempre, no se y a lo mejor alguna amiga si le pasaba algo yo, vamos yo para las amigas si les falta algo siempre, //^{PRS,(D)} yo soy como las medicinas siempre se lo intento solucionar//, todo y... eso si, yo para eso no... //^{PRS} yo no soy egoísta// si le tengo que dar algo, algo a alguien para lo que sea, pues enseguida me xxx si las pasa algo, aunque xxx xxxxxx,

T: pero de hecho, digamos que no frecuentas mucho el trato... con tus amigas, no? y con tus amigos

P: si bueno es que, yo hay veces que //^{PRS} salgo por amistad en el pueblo con alguien antes que aquí//, bueno si que tenemos contacto porque nos llamamos si queremos bajar y xxx y si, y son mis mejores amigas, //^D porque yo aquí tengo amigas pero... xxx//

T: xxx

P: bueno xxx con ellas y, incluso con mi prima, que tengo una prima así de mi edad si, pero... no nos vemos... //^{NRS} no se la confianza que tengo yo con las otras no...// aunque yo pienso que, yo para hacer amigas, yo pienso que no soy muy rara, //^{NRS} aunque eso si como no me

conflicto (23,22)
 NRS: No ser abierto, estar solo (23,22)
 NRS: Estar a disgusto, estar mal (22,20)
 NRS: No tener confianza, estar solo (23,22)
 (D): Ser apreciado, tener amigos (11,7)

D: Divertirse, tener amigos (11,32)

D: Distanciarse, ser dependiente (10,20)
 PRO: Apoyan, dan independencia (13,21)
 NRO: Son distantes, no aprecian (10,12)
 NRS: No saber, no ser abierto (17,8)
 (D): Saber estar, ser como los otros (22,27)
 NRO: No son amigas, no aprecian (10,12)

NRS: No tener amigas, estar insatisfecho (23,22)
 NRO: Son distantes, no aprecian (10,12)
 (D): Mejorar, ser ayudado (13,25)
 NRS: Sentirse mal, en conflicto (22,19)
 (D): Distanciarse, ser pasivo (10,20)

guste algo...// bueno como, //^{NRS}
 como no me entre alguien en principio...// no, ya no //^{NRS} ya voy a disgusto//, pero así con la gente que si vamos muy bien, y aquí no se //^{NRS,(D)} no tengo tanta confianza// porque no he salido tanto con ellas... y ellas aquí tienen otras amigas y claro yo no las conozco y ya xxx

ER 4: Amigas Grado de totalidad 3,5

P: a lo mejor de verdad es lo que te digo xxx xxxx xxxx y por ejemplo ahora que han sido los carnavales y todo pues... //^D me gusta mas en la calle que no metida ahí//, cerrada sin salir de casa y... y yo le digo a mi madre que xxx y //^D a mi no me gusta // //^{PRO} mi madre pero vete con ellas// y alguna vez me he ido, pero no de, //^{NRO} ellas tienen otra confianza// y yo me siento así como que, Silencio. como que //^{NRS,(D)} no se estar con ellas//, que no se estar con ellas que... que no... o sea que vienen conmigo pero //^{NRO} no... son amigas más//, no se como explicar, que no son para... no se, que claro xxx se hacen con el tiempo, las amistades se hacen con el tiempo, enseguida que sales no es amigo tuyo pero... xxx, entonces aquí //^{NRS} como nunca he tenido unas amigas de verdad pues... // //^{NRO} tampoco ahora me llaman para salir mucho//, aunque //^(D) ahora estoy mejorando// pero salir y eso... tampoco me... sigo así, //^{NRS,(D)} lo de salir me da igual//, pero en casa y eso si que estoy...
 T: y... xxx se convierte en un circulo vicioso, no?, si no sales pues no haces relaciones, si no haces relación no pasa el tiempo de relación y por lo tanto no te haces amiga de verdad

NRS: Da reparo, estar avergonzado (26,25)

PRO: Hablan, se divierten (29,23)

NRS: No saber, sentirse incapaz (17,8)

D: Hablar, comunicarse (11,9)

PRO: Hablan, se divierten (29,23)

NRS: Sentirse marginada, sola (23,22)

PRO: Se conocen, son amigos (29,12)

NRS: No conocer, estar sola (23,22)

(D): Tener amigos, ser ayudado (11,32)

?RS: Contar todo, ser dependiente (7,16)

?RS: No contar, estar indecisa (8,19)

NRS: No saber negarse, ser dependiente (17,16)

P: hum

T: no?, entonces pues si no, no te apetece salir, entonces hay ahí un pequeño lío, no?

P: si, yo pienso que... que luego no lo hago

T: por que no, por que no lo haces?

P: no se porque//^{NRS} me da reparo//, porque yo voy con ellas y nada xxx a lo mejor //^{PRO}ellas van hablando de algo// y...//^{NRS} y yo claro, no se// es que yo a mi con lo que//^D me gusta hablar// y... todo eso que yo soy muy, para eso soy muy, soy muy activa soy muy abierta, pero enseguida que tengo amigas y eso aunque no, yo si las cuento todo, todo pero claro //^{PRO}ellas hablan de su cosas// y eso y yo no se, //^{NRS} yo me siento como que estoy ahí marginada//, no marginada pero separada del grupo, //^{PRO}ellas ya se conocen y ya tienen amigos// y todo y yo... claro//^{NRS,(D)} como no conozco a nadie// pues... me da...

ER 5: Madre Grado de totalidad 3

P: si yo a mi madre lo, le cuento incluso hasta lo que me pasa en el pueblo o... así cosas de chicas y todo, //^{?RS} yo se lo cuento todo a mi madre//

T: pero para... quizá eso seria para que no te hiciera sentir separada de ella?

P: no

T: como

P: no yo es que soy así, a mi padre no, //^{?RS} a mi padre no le cuento nada//, pero a mi madre, si sale la conversación pues si se lo cuento, o a lo mejor xxx del pueblo y son las fiestas y que habéis hecho hoy, donde habéis estado, y no, no me importa, no se, //^{NRS,(D)} yo no se decir hay yo eso a mi madre no se lo

(D): Ser yo mismo, ser estable (28,30)

NRO: No aprecian, son distantes (10,12)

PRO: Son alegres, seguros (29,23)

NRS: Ser angustiada, estar en conflicto (27,19)

NRS: Ser angustiada, estar en conflicto (27,19)

NRS: Estar angustiada, fuera de control (27,13)

PRS: Estar bien, estar seguro (29,18)

(D): No sentir malestar, tener seguridad (31,30)

NRS: Estar angustiada, sentirse incapaz (27,22)

NRS: Estar preocupada, estar mal (27,22)

(D): Ser ayudado, mejorar (13,25)

digo//,^{NRO} no vaya a ser que diga mi madre...// xxx, no se porque yo se que mi madre tiene otro carácter,^{PRO} mi madre es muy... muy alegre// y es muy... pero yo en eso pienso que he salido un poco a mi tía, yo enseguida por cualquier cosa me... me preocupo enseguida...//^{NRS} soy muy angustiada//

ER 6: Sujeto Grado de totalidad 2,5

P: y, bueno y ya//^{NRS} las angustias en el tema de los estudios pues ya... ya fueron...//

T: pero parece que todas las angustias de... estuvieron ahí condensadas, no?, fueron todas así un poco...

P: si es que yo venia aquí... es que yo venia del pueblo y ya decía puff,^{NRS} otra vez empezar el colegio...// no de pequeña no, ahora por ejemplo, el año pasado//^{PRS,(D)} yo estuve ahí unos días muy bien//, otra vez empezar el colegio, otra vez los exámenes,^{NRS} las angustias...// es que cuando voy allí vamos es que me cambia hasta la cara, porque //^{NRS,(D)} aquí estoy siempre preocupada//, aunque no tenga, una semana que este relajada que no haya exámenes, siempre preparando lo de la otra semana, es que...