

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Humanidades
Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



**El Análisis Transaccional como instrumento en el establecimiento del
Estado Adulto en Adultos con Ansiedad Generalizada**
(Artículo Especializado)

Lcda. Stanzy Liseth Reyes López

Guatemala, marzo 2019

**El Análisis Transaccional como instrumento en el establecimiento del
Estado Adulto en Adultos con Ansiedad Generalizada**
(Artículo Especializado)

Lcda. Stanzy Liseth Reyes López

Lcda. Leticia Padilla (Asesora)
M.A. Eymi Castro de Marroquín (Revisora)

Guatemala, marzo 2019

Autoridades Universidad Panamericana


Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Secretaria General	EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Vice Decano	M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes mayo del 2018.

*En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“El Análisis Transaccional como instrumento en el establecimiento del Estado Adulto en Adultos con Ansiedad Generalizada”**. Presentada por el (la) estudiante: **Stanzy Liseth Reyes López** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*


Licda. Leticia Padilla
Asesor



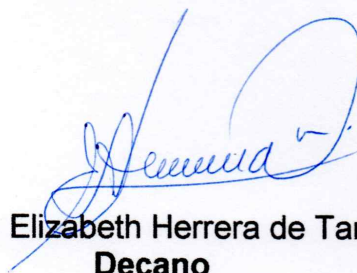
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes enero de 2019. -----

En virtud de que el Informe Final del Artículo Científico, con el tema: “El Análisis Transaccional como instrumento en el establecimiento del Estado Adulto en Adultos con Ansiedad Generalizada”. Presentado por el (la) estudiante: Stanzy Liseth Reyes López, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

M.A. Eymi Castro de Marroquín
Revisor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala mes de marzo del 2019. -----

*En virtud de que el Informe Final del Artículo Científico, con el tema: "El Análisis Transaccional como instrumento en el establecimiento del Estado Adulto en Adultos con Ansiedad Generalizada", presentado por el (la) estudiante Stanzy Liseth Reyes López, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico **Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos**, para que el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.*



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades



Nota: Para efectos legales, únicamente el sustente es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Definiciones	
Ansiedad	1
1.1 Causas de la ansiedad	5
1.2 Ansiedad según el Enfoque de Análisis Transaccional	10
1.3 Ansiedad Generalizada	11
1.4 Ansiedad Generalizada según el Enfoque de Análisis Transaccional	16
Reestructura del Yo	
Psicología del Yo	19
2.1 Reestructuración del yo a partir del Enfoque de Análisis Transaccional	
Manejo de la Ansiedad Generalizada	21
Propuesta de Plan Terapéutico	29
3.1 Objetivos del Plan Terapéutico Enfocado en el Análisis Transaccional	31
3.1.1 Antecedentes:	31
3.2 Análisis Transaccional	33
3.2.1 Conceptos Básicos	33
3.2.2 Fundamentos	44
3.3 Farmacología	46
3.4 Tratamiento y Técnicas de Intervención	57
3.5 Eficacia del Análisis Transaccional	65
3.6 Plan Terapéutico	66
3.6.1 Terapia Individual	71
3.6.2 Terapia Grupal	71
Conclusiones	73
Referencias	75

Lista de Cuadros

Cuadro No.1 Síntomas Físicos, Psicológicos y Conductuales	2
Cuadro No.2 Ansiedad: Síntomas generales y específicos	3
Cuadro No.3 Síntomas de crisis de ansiedad	4
Cuadro No. 4 Enfermedades médicas asociadas con ansiedad	7
Cuadro No. 5 Síntomas más frecuentes en el Trastorno de Ansiedad Generalizada	9
CuadroNo.6 Diagnóstico Diferencial	16
Cuadro No. 7 Ansiedad Generalizada	18
Cuadro No. 8 Funciones, Expresiones Verbales y Expresiones Gestuales de los tres Estados del Yo	29
Cuadro No.9 Sustancias que producen Ansiedad	47

Lista de Gráficas

Gráfica No.1 Estados del Yo	24
Gráfica No.2 Propuesta de plan terapéutico	30
Gráfica No.3 Transacciones Complementarias	36
Gráfica No. 4 Intercambio de datos en una Transacción Adulto – Adulto	37
Gráfica No. 5 Transacción Padre Protector – Padre	38
Gráfica No. 6 Transacción Niño Juguetón – Niño	38
Gráfica No. 7 Transacción Niño – Padre Nutricio	38
Gráfica No. 8 Transacción Niño colérico – Adulto oyente	39
Gráfica No. 9 Transacciones Cruzadas	39
Gráfica No. 10 Ejemplo Transacción No. 1	40
Gráfica No. 11 Ejemplo de la Transacción No. 2	40
Gráfica No. 12 Ejemplo de la Transacción No. 3	41
Gráfica No. 13 Ejemplo de la Transacción Ulterior	41
Gráfica No. 14 Ejemplo de la Transacción No. 4	42
Gráfica No. 15 Ejemplo de la Transacción No. 5	42
Gráfica No. 16 Ejemplo de la Transacción No. 6	43
Gráfica No. 17 Ejemplo de la Transacción No. 7	53

Resumen

Después de la bomba atómica de Hiroshima, el poeta inglés Wystan Hugh Auden calificó a nuestro tiempo como la era de la ansiedad en su poema dramático (con el cual ganó el premio Pulitzer en 1948).

El término alemán “Angst” (del cual proviene “angustia” y cuyo significado literal es “miedo”) fue traducido al inglés por “anxiety” y al español por “ansiedad”. Ansiedad se relaciona mucho con Angustia y también con neurosis, pero lo más importante es que enfoques como el Análisis Transaccional (principal dentro de este artículo), lo ve como el resultado del miedo desproporcionado, es decir anticipación catastrófica, en donde el miedo es prepararse y la ansiedad es una sobre respuesta patológica.

Respecto a la Ansiedad Generalizada se puede definir como la preocupación excesiva y complicada de que una persona pueda manejarse dentro de una variedad de situaciones. Este estado da origen a malestares físicos y mentales. Los síntomas que se presentan se identifican como Ansiedad Generalizada si cumple con las características de: Duración = 6 meses; Discapacidad o Malestar = No estar apto de rendir eficaz y eficientemente dentro de su entorno laboral, personal, social, estudios, entre otros; Diagnóstico Diferencial = Diferencia de los otros Trastornos de Ansiedad como el consumo de sustancias, trastornos físicos, etc.

Por lo tanto, El Análisis Transaccional (Teoría psicológica que aporta, a las ciencias de la conducta, un enfoque objetivo y efectivo para comprender la dinámica humana), puede ser una de las mejores maneras de manejar desde el presente los síntomas y el trastorno de la persona mediante su práctica objetiva de interpretar las distintas transacciones que el sujeto presenta, establecer la crisis del momento, llegar a su estructura personal (sistema de emociones y pensamientos acompañado de su conjunto afín de patrones de conducta), identificar la mejor manera de sembrar una duda dentro de la estructura (Padre, Adulto y Niño), duda necesaria para que su mismo cerebro empiece a reorganizarse y vivir saludable.

Introducción

Ansiedad es una palabra que se escucha cada vez con más frecuencia, sin embargo, muy pocas personas saben a qué se refiere el que los pensamientos deriven este efecto o causa, que en muchas personas provocan malestares tanto emocionales como en algunas ocasiones físicos.

Se puede percibir una persona ansiosa según su comportamiento, teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Quiere decir que los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de temor excesivo, estrés, preocupación elementos que hacen daño y deterioran a la persona que los maneja.

En este caso se hace énfasis en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, definido por el DSM 5 y limitado a personas adultas. Se muestra dentro del artículo como propuesta utilizar la herramienta de Estructuración del Yo descrita por el Análisis Transaccional para realizar un orden mental y plantear como forma saludable de manejar estas consecuencias.

El interés personal del desarrollo de este tema como principal dentro del artículo Científico es en mi opinión la ansiedad ya sea como trastorno o solamente como fuente de sobrevivencia. Se define como el miedo que por naturaleza el ser humano posee de forma innato que utiliza para vivir sin que afecte las actividades de su día a día y la ansiedad se toma a partir de cuándo este miedo se complica y se vuelve en algo desproporcionado que induce a que el individuo presente síntomas físicos y/o emocionales que lo hacen sentir incomodo, no saludable (NO OK).

Como se menciona la ansiedad siendo ya algo patológico es a mi percepción uno de los principales puntos focales de la mayoría de patologías en los seres adultos. Solamente con exagerar o distorsionar esa herramienta natural se generan diversas complicaciones en la salud mental del paciente y esta escuela del Transaccionalismo lo explica de forma más sencilla, objetiva, comprensible, adaptable, para poder comprender y abordar con el paciente estas situaciones y convertirlas en algo positivo para su vida.

Ansiedad

En este primer subtema es relevante tener clara la definición de lo que llamamos Ansiedad como personas, así tener la clara la idea de su significado expresado por estudios científicos realizados a lo largo de muchos años, compartido como teoría y experiencia.

Ansiedad y su definición precisa se explica como: “una respuesta anticipatoria a una amenaza futura la cual está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos”. A esto se puede mencionar que lo define como una predisposición de una persona dentro de su pensamiento a que suceda una situación que no sea real necesariamente. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Por otro lado, en el Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología, (Cosacov, 2007, pág. 35), menciona que la ansiedad y la angustia se definen como similares. Sin embargo, especifica que “la angustia representa un temor asociado no asociado a un objeto en particular, y se distingue de la ansiedad o inquietud por algún motivo como la presencia de formas de medición fisiológica que resultarían impropias para detectar angustia”.

Ambas definiciones forman una idea de que la ansiedad se identifica como una forma de representación de síntomas que el ser humano presenta cuando necesita solventar una situación que puede ser dañina.

Como se menciona a continuación la ansiedad se divide en dos formas:

Ansiedad normal: que es la que biológicamente alerta el cuerpo del ser humano de entrar en modo alerta para su propia supervivencia. “es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes”. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008, pág. 31).

Ansiedad patológica: se define como “una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de

tensión”. (Autores del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008, pág. 31).

Esta Guía realizada dentro del Ministerio de Salud Lima Perú nos muestra, en la siguiente tabla, los distintos síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos:

Cuadro 1
Síntomas Físicos, Psicológicos y Conductuales

Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos y Conductuales
Vegetativos: Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio
Cardiovasculares: Palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorios: Disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: Náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.	Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor, obsesiones o compulsiones.

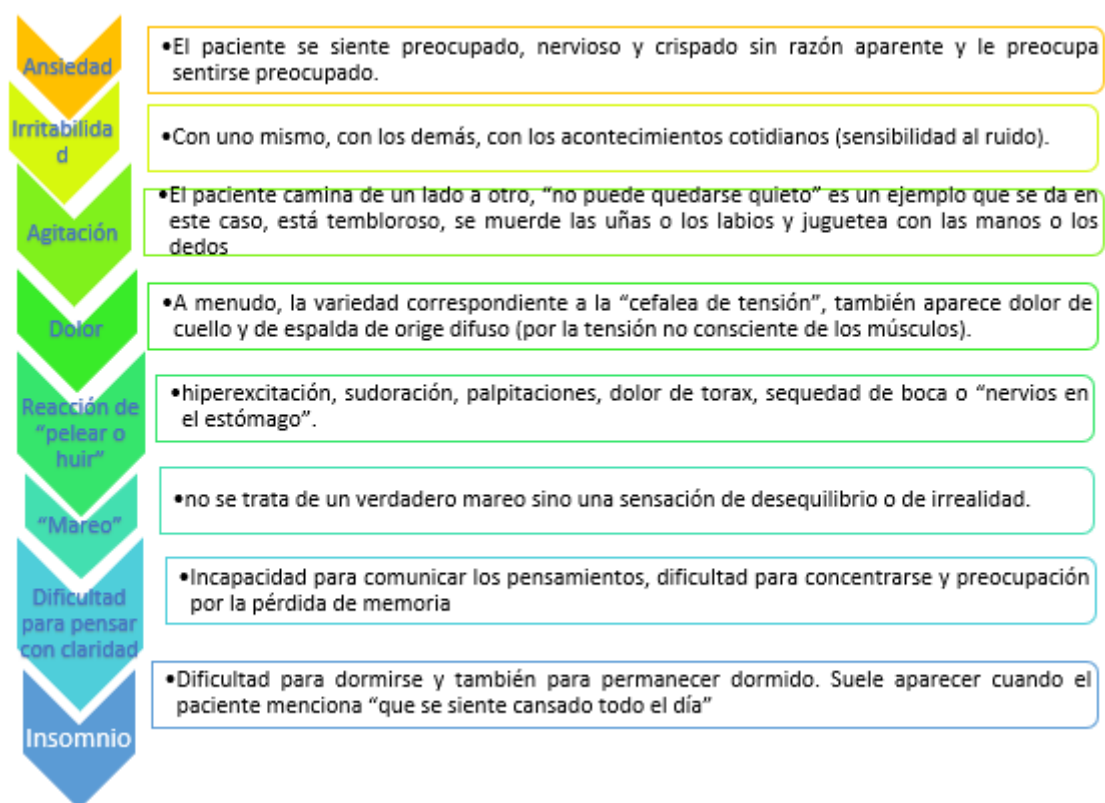
Fuente: Autores nombrados como Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Tabla 1, pág. 31

La ansiedad continúa definiéndose como concepto como “una forma normal para el infante de sentirse con miedos y ansiedad”. (Bobes, 2005, p.73), parece algo prevalente ya se toma como parte del desarrollo y que así junto a otras formas, por ejemplo, el miedo al fracaso, son situaciones que se van desarrollando a lo largo de la vida de la persona.

Por tanto, la ansiedad es una manera natural de desarrollo cognitivo y en parte de los comportamientos humanos, que se van modificando a lo largo de su vida. Se muestra que dentro de la Ansiedad patológica se destaca una manifestación excesiva y desproporcionada que tiene comienzos evolutivos en la infancia, como un síndrome grave en función de la edad. Es decir se sale de la congruencia natural del individuo y allí inician los problemas emocionales que parecen incómodos para el paciente.

La ansiedad no presenta síntomas en orden cronológico ni concreta “la mayoría de pacientes refieren primero las sensaciones físicas así identifican no se encuentran bien.” Persona que lleva tiempo (semanas o meses), con esa incomodidad así apareciendo y desapareciendo, lo cual produce un cambio producido dentro del individuo. (Turner, 2001, pág. 7). A continuación, Turner clasifica los síntomas encontrados:

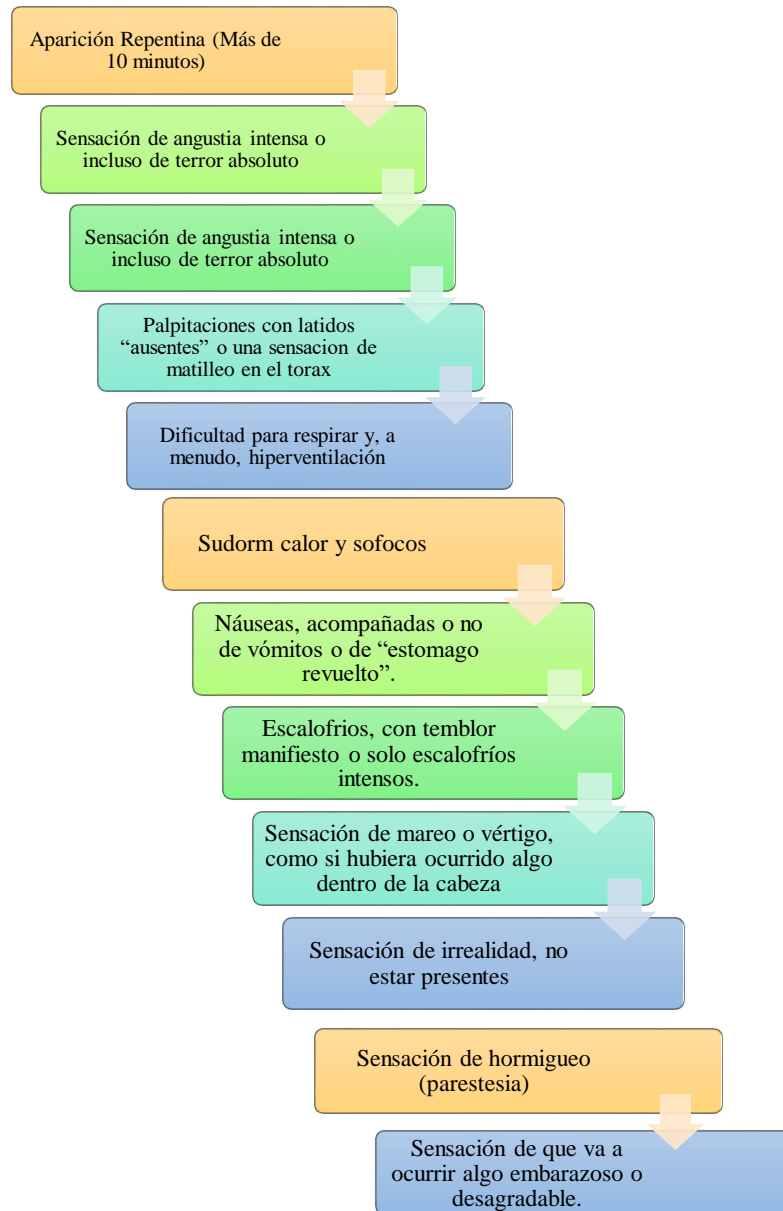
Cuadro 2
Ansiedad: Síntomas generales y específicos



Fuente: Turner, Trevor, (2001) Depresión + ansiedad, Pág. 9

Cuadro 3

Síntomas de crisis de ansiedad



Fuente: Turner, Trevor, (2001) Depresión + ansiedad, Pág. 9

Así Turner menciona que "los pacientes propensos a la ansiedad muestran una tendencia a magnificar en cierta medida no solo los momentos buenos y malos de su vida sino también los síntomas que presentan". (Turner, 2001, pág. 7).

Para graficar más este concepto se utiliza el término “hipervigilancia”, ya que parece que estas personas contemplan el mundo a través de un lente ligeramente más enfocado que los demás y perciben con más precisión los detalles de las funciones corporales.

Con estos conceptos podemos preguntarnos cuales son las Causas que provocan estos síntomas que son emocionales representados orgánicamente y luego podemos leer sobre Estudios realizados en donde ya comprobado científicamente se pueden determinar algunas de las causas que son raíz de lo que ya fomenta la Ansiedad como tal.

1.1 Causas de la ansiedad

Dentro de la lectura realizada se ha podido notar que las causas de ansiedad no son totalmente conocidas. Sin embargo, se ha notado que existen elementos como el ambiente en que se desenvuelven, el organismo puede influir, (por ej. cuando la salud del individuo no se encuentra estable genera actividad biológica que dispara niveles de adrenalina la cual puede provocar ansiedad), entre otros. Es decir que la ansiedad se deriva de las complicaciones propias del paciente como estar alerta ante algún peligro, nos permite como ser humanos sobrevivir en este mundo.

Según comenta el autor Rodríguez “Entre los 8 y 9 meses aparece la respuesta de ansiedad o miedo ante los extraños, que por separación de la madre se hacen más evidentes”. Esto indica que durante el Periodo de 2 a 5 años “El lenguaje es esencial del desarrollo cognitivo y emocional del niño, que permite expresar sentimientos como la ira y la frustración, sin manifestarlos en acciones”. Una forma de tener criterios propios, juicios y valoraciones sobre la realidad que los rodea. (Rodríguez, 2005, pág. 100).

Se establece que la intensidad imaginativa genera miedos frecuentes a la persona para obtener seguridad en los momentos de tensión, en este caso plantea el autor que el niño usa las imágenes interiorizadas de los adultos de confianza para evitarlos ya que los miedos siempre siguen siendo interpretaciones del peligro posible en un momento que se enfrenten, situación que puede suceder con personas adultas también ya que todos llevamos por dentro cierta estructura que nos determina tener ciertas predisposiciones cuando algo se tiene que enfrentar.

Continuando en la infancia es importante identificar estos datos para poder conocer un poco de las causas orgánicas que llevan al adulto a tener ansiedad. Por ejemplo, en la edad temprana, Rodríguez dice que el niño “debe conocer los comportamientos que resultan aceptables para los adultos, por ende, la disciplina con patrones rígidos puede limitar el sentido de iniciativa del niño y los muy laxos provocar ansiedad, porque el niño siente que nadie lo controla. Dentro de esta etapa hay tendencia a la rabieta por la incapacidad de sentir control, por el miedo, cansancio o malestar físico” (Rodríguez, 2005, pág. 101).

Se menciona que una de los signos de alerta en niños con edad escolar (6 a los 9 años) se encuentran formados de forma que ya se puede tomar como una ansiedad con sus características establecidas y adaptadas según el proceso de su desarrollo.

Rodríguez nos da a conocer que mientras las personas se adentran a la Adolescencia (10 a 19 años) se toma desde el punto de vista psíquico este proceso. En la adolescencia la actividad principal cambia, ya no tienen ansiedad desproporcionado por el estudio por ejemplo (para los niños) sino la relación con los demás, las relaciones íntimas, entre otros factores. En este periodo hay una búsqueda de su identidad e independencia personal. Es una etapa específica la cual implica muchos cambios, adaptación y formación del ya futuro adulto. Por ello en la adolescencia se puede establecer que de esta manera se dan contradicciones entre la necesidad de ser independientes y las limitaciones propias que imponen este periodo, la familia y la sociedad, lo cual provoca conflictos con familiares y adultos en general, la cual genera un cambio brusco en el que se toma la decisión de continuar con las mismas situaciones que son disparadores de sus niveles de ansiedad o no seguirán siendo o la posibilidad de solo transformarlos. (Rodríguez, 2005, pág. 101).

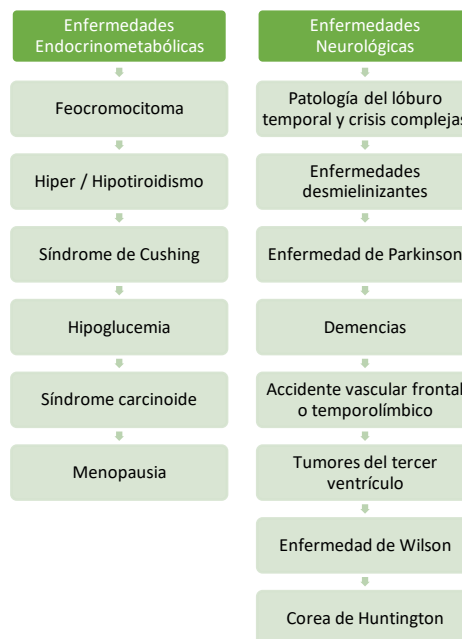
Se identifican dos factores como causas de la ansiedad los cuales son: Biológicos y Ambientales. Entre los Factores Biológicos se han encontrado alteraciones en los neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímpico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la

aparición de estos trastornos.

Entre los Factores Ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

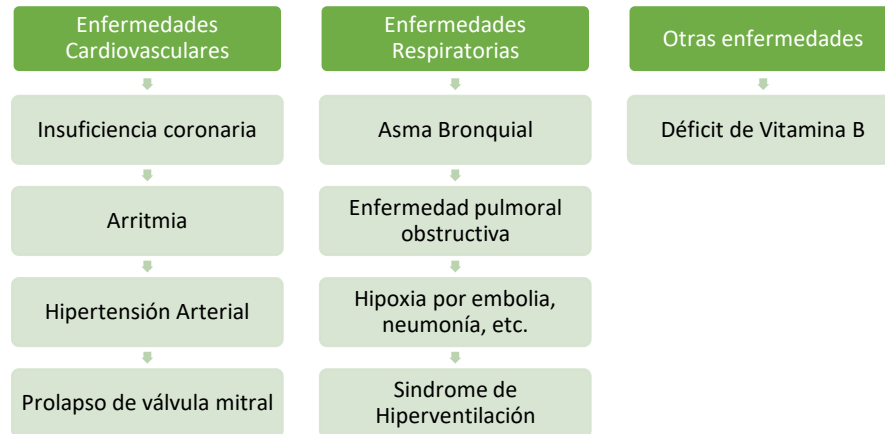
Dentro de estudios realizados por un grupo de trabajo seleccionado en Madrid establece como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Bobes define que ha observado muchas enfermedades somáticas son capaces de producir por sí mismas ansiedad como en la tabla que veremos a continuación:

Cuadro 4
Enfermedades médicas asociadas con ansiedad



Continúa Cuadro 4

Enfermedades médicas asociadas con ansiedad



Fuente: Bobes, J., 2005, Pag.128

Trastornos de Ansiedad

Se ha identificado que los trastornos de ansiedad son aquellos que manejan ansiedad junto con otras características. El DSM 5 define a un trastorno de ansiedad en general como: “trastornos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas, se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada”. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Estos trastornos pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. Prácticamente se distinguen de la ansiedad como tal y el miedo natural de sobrevivencia por un elemento específico: en el caso que se define y se plantea es un pensamiento, emoción o sentimiento exagerado a lo que en una situación normal se consideraría y “suelen tener una duración de 6 meses o más” a los malestares que se mencionan. Se define el miedo como “una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria” quiere decir que tienen similitud en esta parte y sus diferencias se encuentran al momento que se encuentra la persona en estado de miedo frecuentemente, se asocia a los accesos de activación autonómica necesarios

para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida”, (DSM 5, 2014, pág. 189). La Ansiedad provoca una tensión muscular a causa de un estado de vigilancia que el individuo establece al momento de sentirse en relación a un peligro futuro, se comporta con cautela y con comportamientos evitativos.

Trastorno de Ansiedad Generalizada:

“Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño,” (DSM 5, 2014, pág. 189).

Este trastorno es más frecuente en personas de edad adulta el cual se tocará como énfasis dentro de este artículo y más adelante se harán las descripciones correspondientes. Físicamente genera síntomas frecuentes para este Trastorno de Ansiedad Generalizada como los que se ven a continuación:

Cuadro 5
Síntomas más frecuentes en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Síntomas	Frecuencia (%)
Tensión muscular	98
Expectación aprensiva	95
Necesidad de reafirmación	83
Irritabilidad	81
Autoimagen negativa	74
Quejas físicas	72
Fatiga	67
Rumiación	64
Dificultades de concentración	57
Temores acerca de uno mismo	53
Temores acerca de los padres	52

Fuente: Bobes, J., 2005, Pág. 73

1.2 Ansiedad según el enfoque de Análisis Transaccional

El Análisis Transaccional ve la ansiedad desde una perspectiva patológica de la excitación, preparando así el organismo para una acción, ante un temor o algo impredecible a lo que no se está preparado, en donde un diálogo interno entre Padre Crítico o Nutricio y el Niño Sumiso se crea a raíz del enfrentamiento por la incertidumbre que nace sobre cualesquiera de los posibles escenarios que el evento a vivir pueda provocar. Muchos pensamientos se crean a raíz de la ansiedad, en donde el padre desesperado, por las acciones del niño, puede provocar en sí mismo un efecto de desesperación, enfrentando frases del tipo: “Todo me va a salir mal”, “Te vas a caer”, “Te vas a desquebrajar”.

En 1961 Berne escribió un primer documento (Análisis Transaccional en Psicoterapia), en donde se constata el uso del término “fenomenología”, en 1962 hace uso del término “temporalidad” y “existencialismo” a manera de dejar una relación entre ambos términos, logrando el descubrimiento de una interdependencia entre el tiempo vital y la existencia. La Fenomenología a la que llegó a través de la filosofía del Existencialismo, coincide en la temática: La Preocupación por la existencia, en donde el dolor, la muerte, la libertad, la comunicación, la temporalidad y el sufrimiento dan un lugar a la generación de la angustia. Tomando el existencialismo como la vivencia de la muerte y la angustia como un componente necesario del ser humano.

Un filósofo como Sören Kierkegaard (1975), brinda reflexiones sobre la ansiedad en donde observo una conducta humana que escapa de una ansiedad neurótica, a medida que es liberado como individuo logrando al mismo tiempo que esto sucede formar parte de un entorno social. Al conocerse a sí mismo, se encuentra la libertad, se conoce que es dando entonces la responsabilidad propia, dando así la capacidad de un crecimiento continuo a nivel interno y en las relaciones interpersonales. Según Kierkegaard, a mayor libertad y mayor creatividad de posibilidades, mayor será la ansiedad potencial; logrando así una definición de la ansiedad como “Vértigo de la Libertad”, considerándose así la ansiedad algo normal y no algo patológico. Para Kierkegaard, la ansiedad neurótica es debido a la reducción del temor a la libertad, implicando diversas áreas de libertad y de conciencia. Consecuente a esto, considera

a la ansiedad como una maestra, un educador omnipresente que siempre se lleva y no una realidad que puede ser evitada de forma temporal.

1.3 Ansiedad Generalizada

Bobes define el Trastorno de Ansiedad Generalizada como un factor ya clínico en donde se forma un síntoma crónico de ansiedad que “se caracteriza por la presencia de una excesiva preocupación acerca de una amplia gama de acontecimientos u situaciones. Al contrario, con otros trastornos de ansiedad en que los síntomas ansiosos están fundamentalmente relacionados con situaciones específicas, objetos concretos o acontecimientos vitales estresantes”. (Bobes, J., 2005, pág. 73)

EL Grupo de Trabajo del Ministerio de Lima menciona que el Trastorno de ansiedad generalizada significa una ansiedad excesiva sobre sucesos de la vida, a diferencia de los trastornos de pánico, tienen menos molestias físicas, en ocasiones pueden experimentar insomnio y es el trastorno que con más frecuencia acompaña a la depresión.

Los Criterios Diagnósticos del TAG según el DSM 5 se define como:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades, como ejemplo la actividad laboral.
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes: (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses. (DSM 5, 2014, pág. 189).

El diagnóstico de este trastorno se llena con un ítem de los mencionados a continuación:

- 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- 2. Fácilmente fatigado.
- 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- 4. Irritabilidad

5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
-
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
 - F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Las características principales: Del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado, además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, (DSM 5, 2014, pág. 189).

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas físicos. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Las personas con trastorno de ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales, o de otras áreas importantes del funcionamiento. La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, (DSM 5, 2014, pág. 189).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico:

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada. Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., el ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Desarrollo y curso:

La edad media de inicio de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada es de 30 años, sin embargo, la edad de inicio se extiende a lo largo de un amplio rango. La edad media de aparición es más tardía que la de los otros trastornos de ansiedad. Los síntomas de preocupación y ansiedad excesiva pueden aparecer en edades tempranas de la vida, pero entonces se manifiestan como un temperamento ansioso.

La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante a lo largo de la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad está en el contenido por el que el individuo se preocupa. Los adultos más jóvenes experimentan síntomas más graves que los adultos mayores. (DSM 5, 2014, pág. 189).

El inicio más precoz de los síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada se asocia a una comorbilidad y un deterioro mayores. La aparición de una

enfermedad física crónica puede ser un tema importante de preocupación excesiva en los ancianos. En las personas con deterioro cognitivo precoz se debería considerar el contexto del deterioro cognitivo, lo que podría ser una preocupación excesiva sobre, por ejemplo, el paradero de las cosas. Los niños con este trastorno pueden ser demasiado formales, perfeccionistas e inseguros y tienden a repetir las tareas debido a una excesiva insatisfacción con su rendimiento. Son muy propensos a buscar seguridad y aprobación, y requieren una reafirmación excesiva sobre su desempeño y otras cosas que les preocupan. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Factores de riesgo y pronóstico:

Temperamentales. La inhibición de la conducta, la afectividad negativa (neuroticismo) y la evitación del daño se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ambientales. Aunque las adversidades en la infancia y la sobreprotección de los padres se han asociado al trastorno de ansiedad generalizada, no se han identificado factores ambientales más específicos, necesarios o suficientes para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Genéticos y fisiológicos. Un tercio del riesgo de sufrir trastorno de ansiedad generalizada es genético, y estos factores genéticos se superponen con el riesgo de neuroticismo y son compartidos con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sobre todo con el trastorno depresivo mayor.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada:

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debería asignar si se considera que la ansiedad y la preocupación del individuo, basándose en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física, son el efecto fisiológico de otra afección médica específica. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de considerar que una sustancia o medicamento (p. ej., una droga de abuso, la exposición a una toxina) está relacionado con la ansiedad. (DSM 5, 2014, pág. 189).

Los individuos con trastorno de ansiedad social a menudo tienden a esperar la ansiedad en relación con situaciones sociales próximas o de evaluación por terceros, mientras que los individuos con TAG muestran preocupación estén o no siendo evaluados. Varias características distinguen la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada de los pensamientos obsesivos del trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se enfoca en los problemas futuros, y es el carácter excesivo de la preocupación por esos acontecimientos lo que es anormal. En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones son ideas inadecuadas porque adoptan la forma de pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos y no deseados. (DSM 5, 2014, pág. 189).

La ansiedad está invariablemente presente en el trastorno de estrés postraumático. No se debería diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada si la ansiedad y la preocupación se pueden explicar mejor como síntomas del trastorno de estrés postraumático. La ansiedad también puede aparecer en el trastorno de adaptación, pero esta categoría sólo se debe utilizar cuando no se cumplen los criterios de otro trastorno (incluido el trastorno de ansiedad generalizada). Por otra parte, en los trastornos adaptativos, la ansiedad se produce en respuesta a un factor estresante, identificable en los 3 meses anteriores a su aparición, y no debe persistir durante más de 6 meses después de haber desaparecido el factor estresante o sus consecuencias.

La ansiedad y la preocupación generalizada constituyen una característica frecuente de los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos, y no se deberían diagnosticar separadamente si la preocupación sólo aparece durante el curso de esos trastornos. El trastorno de ansiedad por

separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación con respecto al hogar y a las personas vinculadas. (Bobes, J., 2005, pág. 94). El autor nos especifica de la siguiente manera el diagnóstico diferencial:

Cuadro 6
Diagnóstico Diferencial

Enfermedades Médicas	Trastornos Psiquiátricos
Hipoglucemia	Ansiedad Normal
Hipertiroidismo	Otros Trastornos de Ansiedad
Arritmias Cardiacas	Trastornos Adaptativos
Feocromocitoma	Trastornos Afectivos
Epilepsia	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Migraña	Abuso por sustancias
Trastornos del SNC (delirium o tumores)	Trastornos de personalidad
Reacciones a Fármacos	Trastornos de la alimentación
	Trastornos Somatomorfos
	Trastorno por Tics
	Tricotilomanía
	Trastorno de vinculación reactivo
	Trastornos generalizados del desarrollo
	Terrores Nocturnos
	Esquizofrenia

Fuente: Bobes, J., 2005. pág. 95

1.4 Ansiedad Generalizada según el Enfoque de Análisis Transaccional

Desde el punto de vista del Análisis Transaccional, La ansiedad ya se considera como un rebusque por lo cual una ansiedad patológica tipo la que ya definimos anteriormente como el DSM 5 lo establece, a partir de los aportes de Berne, se puede decir que es solamente una complicación a partir de la predisposición de una persona a que sus síntomas ya ansiosos se vuelvan realidad (una realidad catastrófica), o simplemente un rebusque.

Es importante mencionar a Kertez donde separa las emociones en dos categorías:

- Niño Natural, como emociones auténticas
- Niño Adaptado, como emociones sustituidas

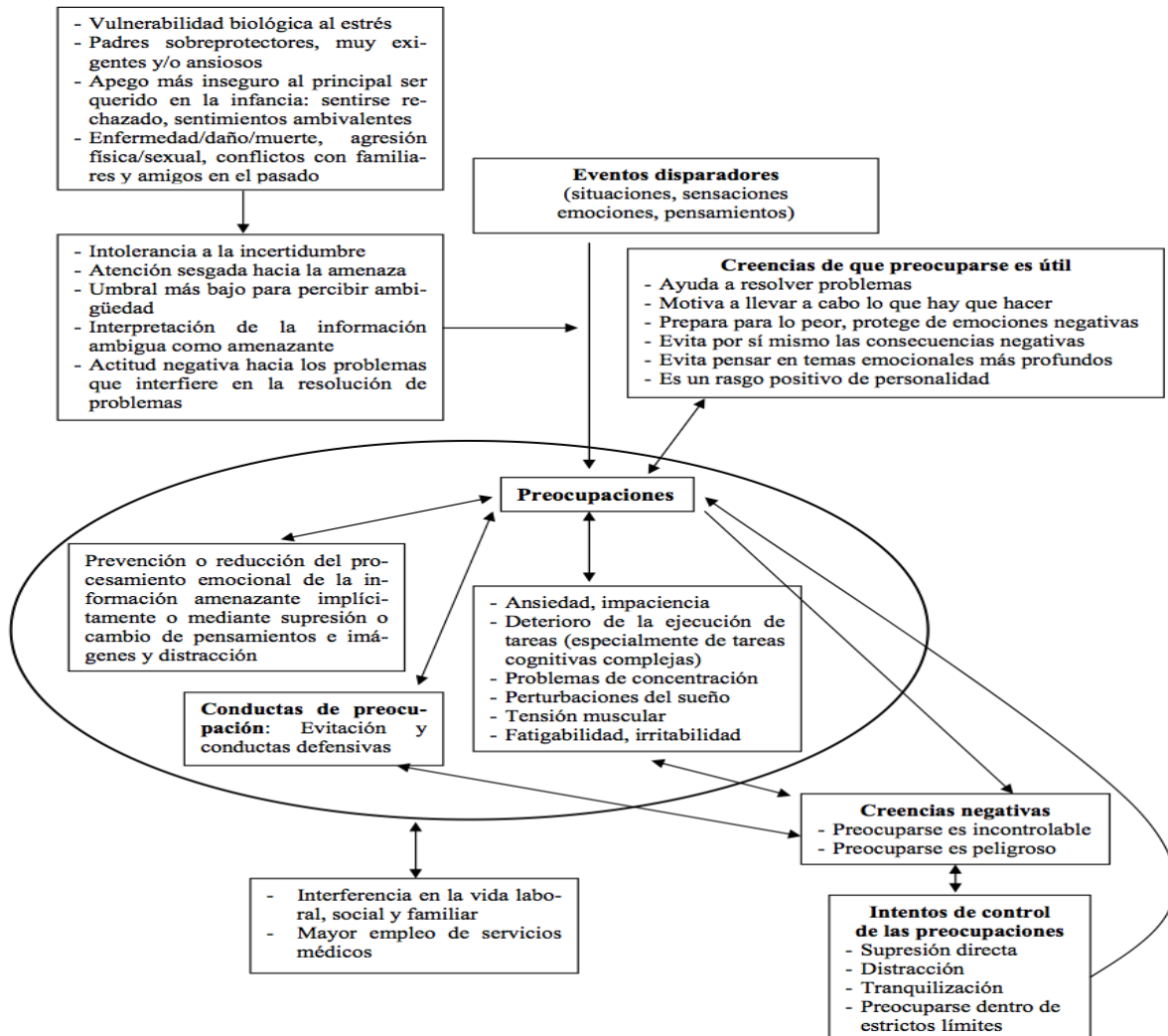
Parten de la incógnita ¿Cómo se produce la diferencia emocional? En donde esta se vincula a las creencias y los marcos de referencia del ámbito familiar, en donde la familia exige normas definidas, inconscientes o conscientes sobre las emociones que se pueden sentir o expresar, variando esto entre diversas culturas. Berne se dio cuenta que la educación modifica de forma cualitativa las variaciones de intensidad y variación de los sentimientos.

Una emoción sustitutiva e inadecuada que se fomenta por los padres reemplaza a la emoción auténtica o prohibida, a esto Berne llamo “racket” que se entiende como “rebusque”. Los individuos que aprendieron a sentir un “racket” (les aporta caricias) puede hacer sentir este tipo de emoción para estos fines. Se hace necesaria una distorsión de la realidad que lo justifique. (Kertész, 2010).

Es importante identificar un detalle sumamente importante que Kertesz comenta sobre Berne; Existen solamente 5 emociones que son auténticas las cuales son: Alegría y Placer; afecto; miedo; rabia y tristeza.

Continuando se sintetiza de forma gráfica la Ansiedad Generalizada:

Cuadro 7
Ansiedad Generalizada



Fuente: Bados, Arturo, 2009, pág. 73

Por lo que el Análisis Transaccional toma la Ansiedad Generalizada como “una emoción de “Rebusque”, definiéndola como un sistema Emocional Disfuncional que lleva a la generación de un extremo de tensión a nivel muscular y una emoción de peligro”. “De tal manera que la Ansiedad Generalizada abarca muchos estímulos de su entorno. (Paredes, 2018).

Psicología del Yo

Cosacov dentro de su Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología define el Yo de la siguiente manera: “Yo: En el área psicoanalítica se toma como la “diferenciación del psiquismo encargada de tomar contacto y adecuarse a la realidad, y también activar los mecanismos de defensa, por lo que se considera que algunos de sus elementos son conscientes y otros inconscientes”. El funcionamiento del yo fue considerado de menor importancia por los seguidores europeos de Freud, no así por la orientación norteamericana, que reivindicó la llamada “psicología del yo”, tendiendo de este modo un puente entre el psicoanálisis y la moderna teoría cognitiva. (Cosacov, 2007, pág. 341).

Este autor sigue mencionando dentro de su diccionario que el yo psicoanalítico no es equivalente al “ego” de las psicologías de oriente. En los seres humanos el yo se diferencia del ego en que éste último término ya que connota cierta soberbia, orgullo o autosuficiencia, particularmente cuando lo emplea la psicología oriental, pero en muchos tratados psicoanalíticos se habla de ego y superego, sin la connotación aludida.

Tampoco es equivalente al “self”, por ser este concepto más abarcativo, ya que el self incluye no solo al yo, sino también a otras diferenciaciones de la mente como el ello (e incluso a objetos) significativos para el individuo. Es decir, el self abarca a toda la persona, incluyendo a sus pertenencias. En inglés se distingue el pronombre I de self, y también el francés presenta dos maneras de referirse al yo: je y moi. Pero en castellano sólo se habla de yo y lo más parecido a moi o self sería el neologismo mismidad, derivado de mismo.

En su sentido coloquial o no técnico, el Yo es sinónimo de individualidad consciente, que nos diferencia de las restantes personas y nos posibilita el ejercicio de la introspección. Su existencia representa un gran desafío para filósofos estudiosos de la relación mente-cerebro, así como para los propios neurólogos, quienes no pueden localizarlo como estructura diferenciada.

Adicionalmente, se desconoce si el yo representa una entidad única o está conformado por sistemas aún menores. Así continúa definiendo que el yo es una construcción progresiva tanto desde una perspectiva ontogenética (pues se desarrolla en el niño como una de las tantas

funciones de la mente) así como filogenético (pues va cobrando mayor importancia según el puesto evolutivo que alcanza una especie) En ciertos casos (como en el de los insectos sociales) en donde es razonable imaginar que el yo es inexistente, excepto que se lo acote al llamado yo sensorial. (Cosacov, 2007, pág. 341).

Como se ha descrito la escuela que más difundió el término yo en psicología fue el psicoanálisis, quien lo interpreta como una diferenciación del ello encargada de mantener el sentido de realidad y la supervivencia, y tal como se dijo posee una parte consciente y una parte inconsciente, que es justamente la responsable de instrumentar los llamados mecanismos de defensa del yo. A su vez, una diferenciación del yo se convertirá en el superyó o ámbito moral de la mente. Todavía existe una división ulterior del superyó a la cual se denomina ideal del yo, que representa aquella forma de comportarse que al individuo le gustaría alcanzar. (Cosacov, 2007, pág. 343).

Desarrollo de los Estados del Yo

En un recién nacido, el conocimiento se centra alrededor de la satisfacción de sus propias necesidades y bienestar; procura evitar las experiencias dolorosas y responde a nivel del sentimiento con todo lo que posee y es. Casi inmediatamente, aparece su estado Niño del yo. (Las influencias prenatales sobre el estado Niño del yo no han sido determinadas todavía.)

A continuación, se desarrolla el estado Padre del yo; a menudo, puede observarse cuando el niño juega en la familia, imitando a sus padres. Unas veces, los padres se disgustan al verse “representados” por sus hijos. Otras veces, se sienten complacidos. El estado Adulto del yo se desarrolla cuando el niño intenta dar sentido a su propio mundo y concluye que puede manipular a otros. Por ejemplo, puede preguntar: “¿Por qué tengo que comer si no tengo hambre?”. Entonces se da cuenta de que puede manipular a los demás fingiendo que le duele el estómago cuando no quiere comer.

2.1 Reestructuración del yo a partir del Enfoque de Análisis Transaccional

En los cursos y textos sobre Análisis Transaccional es habitual comenzar por el esquema de la personalidad creado por Berne. Para ello, es importante conocer algunos conceptos que dan paso a la comprensión de lo que llega a ser parte del estado del yo. Por ejemplo, Kertész La personalidad la define como “Una organización dinámica de ideas, actitudes y hábitos, montada sobre cimientos psicofísicos, biológicamente heredados y sobre las pautas culturales socialmente transmitidas, que comprende las adaptaciones de las necesidades del individuo a las exigencias y potencialidades de su medio social”.

La definición del YO (sí mismo, Self), se describe como “La concepción de un individuo sobre su propia personalidad”. (Kertész, 2010).

Por tanto, el autor continúa definiendo conceptos que hacen parte de su propio estado de sí mismo. Comenta la Conducta según Smith y Smith en 1963 “Son respuestas de un organismo a los cambios del medio”, así también menciona en sus propias palabras que “Es lo que se siente, piensa, dice y hace”. (Kertész, 2010)

De esta manera acercándonos al mismo tiempo al esquema de Berne, se define la conducta dividiéndolo en dos partes:

- Lo que se siente y piensa es la conducta subjetiva, es decir, la conducta interna, privada, “dentro de la cabeza”), y
- Lo que se dice y hace es la conducta objetiva, es decir, externa, pública, observable, registrable mediante grabaciones o películas). (Kertész, 2010)

Observando la conducta objetiva, es posible deducir y comprender gran parte de la subjetiva ajena, que no puede ser captada directamente por nuestros sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto). Kertész define las 4 variables (Pensar, Sentir, Hablar y Hacer) y establece que “todas se interrelacionan de tal modo que modificando alguna de ellas, se modifican las restantes”.

- En el enfoque Humanístico, los cambios se realizan de “dentro a fuera”: Cambiando lo que se Piensa y Siente, se cambia lo que se Dice y Hace.
- En el enfoque Conductista, los cambios se realizan de “fuera a dentro”: Cambiando lo que se Dice y Hace, se cambia lo que se Piensa y Siente. (Kertész, 2010).

James menciona que es muy provechoso pensar en la personalidad, como dividida en tres partes (o mejor aún), comprender que cada individuo como si fuese tres personas diferentes, aunque es una estructura. Estas tres partes son situaciones del yo, las cuales determinan:

- Lo que sucede a la gente.
- Lo que hacen a y por los demás

Padre: Es la persona que dice qué debe hacer y cómo comportarse, qué mala o buena es la persona, cuánto mejores o peores son los demás. Adulto: Es la parte que representa la voz de la razón, la cual recibe información del mundo exterior, decide sobre la base de probabilidades razonables para decidir qué actitud debe asumirse y cuándo debe asumirse. Niño: Es la parte que goza con la naturaleza y la gente; es lo que hace entusiasta, creador, espontáneo, sagaz, sencillo y natural al individuo; hace encantadora a la mujer y al hombre, ingenioso. (James, 1986, Pág. 11).

Desarrollo de los estados del yo:

En un recién nacido, el conocimiento se centra alrededor de la satisfacción de sus propias necesidades y bienestar, procura evitar las experiencias dolorosas y responde a nivel del sentimiento con todo lo que posee y es. Casi inmediatamente, aparece su estado Niño del yo. (Las influencias prenatales sobre el estado Niño del yo no han sido determinadas todavía.) A continuación, se desarrolla el estado Padre del yo, a menudo, puede observarse cuando el niño juega en la familia, imitando a sus padres.

El estado Adulto del yo se desarrolla cuando el niño intenta dar sentido a su propio mundo y concluye que puede manipular a otros. Por ejemplo, puede preguntar: “¿Por qué tengo que comer si no tengo hambre?”. Entonces, por ejemplo: se da cuenta de que puede manipular a los

demás fingiendo que le duele el estómago cuando no quiere comer. (James, 1986, Pág. 19).

Definición de los estados del yo:

El modelo de estructura de la personalidad que presenta el Análisis Transaccional es original y está constituido por los Estados del Yo, que son tres, los cuales iniciamos a describir anteriormente.

Sáez comenta que Berne define a los Estados del Yo como “sistemas coherentes de pensamiento y sentimiento manifestados por los correspondientes patrones de conducta”. Menciona que Berne observó que las personas que nos rodean cambian ante nuestros ojos como si en cada una de ellas hubiera varias personas distintas. A veces, estos cambios son totales. Por ende, se dio cuenta de que cada uno de estos individuos incluían la conducta exterior e interiormente y estas iban acompañadas de sentimientos y pensamientos coherentes con lo expresado hacia fuera, a través de gestos, palabras, posturas corporales, etc. (Sáez, 2001 Pág. 37).

Es importante notar que tales Estados se activan desde dentro o desde fuera de la persona. Los Estados que ya hemos comentado son tres los cuales Sáez los describe de esta forma:

El Niño (N), sede de los sentimientos y emociones, por el que sentimos, hablamos, actuamos, nos emocionamos al modo como lo hacíamos cuando éramos niños.

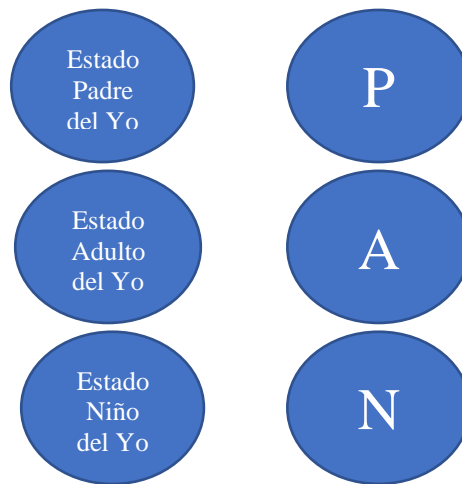
El Adulto (A), caracterizado por la objetividad, la lógica, el cálculo de posibilidades,

El Padre (P), que actúa cuando se piensa, aconseja, ordena al modo como hacían nuestros padres o aquellos que ocupaban su lugar.

El Padre, el Adulto y el Niño constituyen un solo Yo, o una sola Personalidad, triplemente expresada. (Sáez, 2001 Pág. 37).

En Análisis Transaccional ponemos mayúscula inicial a estas palabras (Padre, Adulto, Niño) cuando hablamos de los Estados del Yo, para diferenciarlas del padre biológico o el niño como progenie o descendencia. La manera de representar los Estados es a través de un diagrama de tres círculos.

Gráfica No. 1 Estados del Yo



Fuente: Sáez, 2001 Pág. 37.

Análisis Estructural De Los Estados Del Yo:

El Análisis Estructural es para Berne el estudio de los Estados del Yo. Es un Análisis ya que se divide, se descompone en partes lo que se define previamente como la conducta y los componentes que la integran. De esta manera es estructural en tanto se refiere a los componentes integrantes y fundamentales de la estructura de la persona. Dándole un significado completo como su forma estructural Sáez ahonda en cada uno de ellos de esta forma.

Estado Del Yo Padre:

Es una serie de grabaciones verbales y no verbales de las figuras parentales o de las personas que participaban con ese rol para el individuo. La fecha de grabación menciona Sáez que se programa desde los 5 hasta los 8 años.

Es función del Padre transmitir la cultura, la tradición. “El individuo registra como en una cinta magnetofónica sus vivencias desde el nacimiento y, quizá antes, las recomendaciones, consejos, hábitos, leyes de conducta verbal o no verbal”. Una parte del Padre se muestra como cálido, permisivo y alienta la conducta de los demás, expresando preocupación y protección. “El Padre actúa moralizando de manera primitiva y absoluta y de modo estereotipado y dogmático”. (Sáez, 2001 Pág. 37).

En este estado el sujeto, siente, piensa, actúa, habla y responde igual que lo hacía su padre o su madre cuando él era pequeño. “El Estado Padre es constitutivo (con el Adulto y el Niño) de la personalidad o Yo total. En ello radica su importancia y necesidad”. “El Padre ausente en su parte crítica positiva puede producir irresponsabilidad en los hijos”. Indica que un Padre ausente en su parte nutricia puede hacer que el sujeto no sepa tratar ni cuidar a los demás.

El autor menciona que la fuerza con que se graban las normas, los juicios, las generalizaciones, etc., se debe a que en los primeros ocho años de su vida depende totalmente de los padres y no está capacitado para someter a crítica lo que se le dice o impone. Además, la fuente de donde proceden estas grabaciones tiene una fuerza apabullante para el niño. Los padres reales son omnipotentes, omniscientes y de ellos depende la fuente de sus satisfacciones. (Sáez, 2001 Pág. 37).

Sáez indica que hay una serie de manifestaciones y expresiones externas que ayudan a identificar cuando el interlocutor está en el Estado Padre. Expresiones conductuales como señalar con el dedo acusadoramente, manifestarse con el ceño fruncido, mirar “desde arriba” con los brazos cruzados, son típicos del Padre. Estas expresiones pueden ir acompañadas con mensajes verbales como: deberías..., siempre..., nunca... (Sáez, 2001 Pág. 37- 42).

Así el Padre se presenta en los individuos de dos maneras.

- Como Estado: la persona se comporta con conductas parecidas e imitadas a las de sus propios padres.
- Como influencia. En este caso el Estado que se manifiesta es el Niño, pero en él se percibe la influencia del Padre. Sáez menciona el siguiente ejemplo:

Si una madre real tiene la manía de criticar a todos, incluido su hijito, este niño puede, cuando sea adulto, manifestarse crítico como era su madre. Y entonces manifiesta su Estado Padre del Yo. Pero puede reproducir la tristeza que de niño sentía cuando su madre le criticaba. Entonces el Estado que manifiesta es el de Niño, y el Padre está sólo como influencia en el Niño.

La influencia del Padre se puede deducir cuando el individuo manifiesta una actitud de obediencia sumisa. (Sáez, 2001 Pág. 37).

Se puede aclarar la idea del Padre como influencia refiriéndonos a los llamados diálogos internos. ¿Qué son los Diálogos Internos? Según Kertész “son circuitos no conscientes, que establecen comunicación entre los Estados del Yo”, (Kertész, 1985).

Los diálogos internos se toman como el diálogo que se da entre el Padre y el Niño de una persona. El Adulto permanece generalmente fuera de este diálogo. Pueden ser positivos o negativos, según que los mensajes surjan de un Padre Crítico y de un Padre Nutritivo, ambos positivos o negativos.

Para salir del diálogo interno hay que activar al Adulto sometiendo los contenidos del diálogo a análisis y reflexión.

Estado del Yo Adulto

El Adulto es el Estado del Yo en el cual se aprecia la realidad interna y externa a la persona de manera racional y lógica. Cuenta Sáez que el Adulto está preocupado principalmente por la transformación de los estímulos en elementos de información y por el proceso y la clasificación de esta información sobre la base de la experiencia anterior.

En la evolución psicológica de las personas el Adulto empieza a formarse desde los 10 meses de vida, cuando el niño empieza a moverse de manera autónoma y a manipular los objetos.

Los analistas transaccionales han hecho sus propias discusiones para explicar las funciones del Adulto y concluyeron que este estado es el de un procesador de datos. “Es la parte de nuestra personalidad a través de la cual procesamos la información de forma objetiva, pide y da información de la realidad. Es la parte racional, ubicada en el neocórtex de nuestro cerebro. Está orientada al pensar”. (Sáez, 2001 Pág. 37).

Se dice directamente que el estado Adulto “se caracteriza por una serie autónoma de sentimientos, actitudes y normas de conducta que se adaptan a la realidad corriente”. El Adulto cuenta con una triple fuente de información. Los datos propios adquiridos por las experiencias pasadas, sentidas y vividas por el Adulto desde los primeros meses; los datos adquiridos en la situación social en que se encuentra y los datos internos suministrados por el Padre interno a través de las normas y valores y por el Niño con sus sensaciones y emociones. “Estas fuentes de información sirven al Adulto para reflexionar, pensar y emitir la respuesta mejor posible en cada situación”. (Sáez, 2001 Pág. 37- 42).

Todos tenemos un Adulto, y su importancia es fundamental. Por él, las personas pueden captar, comprender e interrogar la realidad de las cosas, analizarlas e interpretarlas de modo lógico y racional. La actitud conductual del Adulto es de interés por el «aquí y ahora» y, para ello, pregunta, precisa los detalles, resume y discierne razonadamente sus expresiones.

Estado del yo Niño

El Estado del Yo Niño está formado por las necesidades, sentimientos, emociones y pulsiones del individuo, es lo biogénético, es todo el bagaje de experiencias y sentimientos vividos en los primeros años de vida en contacto con los padres y personas mayores que vivían a su alrededor.

Sáez indica que el Niño es el primer Estado en aparecer, se inicia con el nacimiento. Si el Padre es lo aprendido, y el Adulto es lo pensado y lo razonado, el Niño es lo sentido. El estado del Yo “Niño es una serie de sentimientos, actitudes y pautas de conducta que son de la propia infancia del individuo”. “El Niño es un estado del Yo que es una reliquia arcaica de un período temprano significativo de la vida”. (Sáez, 2001 Pág. 37).



Las funciones del Niño emergen de la biología o propia vitalidad innata, en búsqueda de la satisfacción de las necesidades orgánicas: emociones naturales como la alegría, el afecto, el miedo, la tristeza y la rabia; los impulsos primarios como comer y gozar de la vida; satisfacer la curiosidad, la creatividad. Al hablar de emergencia de las funciones no olvidamos su aprendizaje. La alegría o el miedo también se pueden aprender por experiencia social, por observación de modelos.


“Es necesario aclarar que no debe equivocarse nunca lo que pertenece al Estado Niño con lo infantil, en el sentido peyorativo de la palabra. Solamente cuando el Estado Niño se imponga inadecuadamente contra la dirección del Adulto, tal actitud será pueril. No es pueril estar en el Niño, sino estarlo fuera de situación”. (Sáez, 2001 Pág. 37).

La importancia del Niño reside en que él posee lo más vital y creativo que impele con su fuerza biológica y emocional a alcanzar las metas satisfactorias en la vida. Las conductas que distinguen al Niño son las que indican expresividad como reír, llorar, jugar, mostrar exigencia y violencia a través de tonos exigentes, de interjecciones y exclamaciones.

Cuadro 8

Funciones, Expresiones Verbales y Expresiones Gestuales de los tres Estados del Yo

		Funciones	Expresiones Verbales	Expresiones Gestuales
	Lo aprendido y no cuestionado: Normas y tradición. Lo que hay que hacer.	Critica, protege. Da Órdenes. Generaliza.	Has de ser... Debes de... Nunca... Siempre... Tienes que...	Señalar con el dedo índice. Fruncir el ceño. Brazos cerrados/abiertos en posición de rechazar/acoger.
	Lo razonado, el que ordena los datos como una computadora Emerge hacia los 10 meses.	Elabora decisiones con datos aportados por la experiencia. Calcula, comprueba.	¿Cuáles son los pro y contras... de... ¿Por qué...? ¿Cuándo...?	Gestos del rostro y cuerpo que indican atención, escucha.

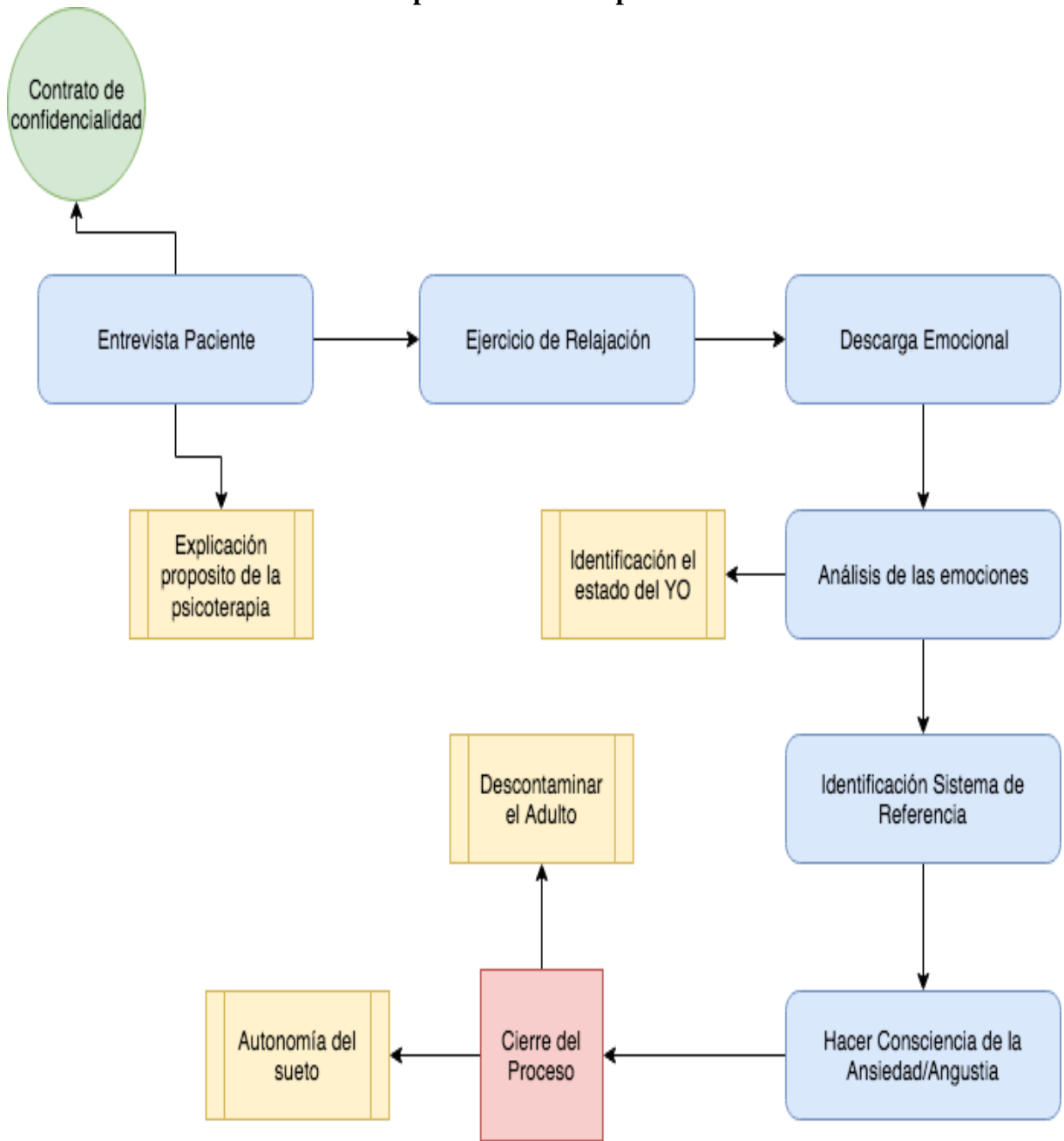
	<p>Los sentidos. Instintos y emociones. Pensamiento mágico.</p> <p>Se forma hasta los 5 años.</p>	<p>Expresa sentimientos, deseos.</p>	<p>Quiero. No quiero. ¡Lo mío es lo mejor! ¡Que se fastidien!</p> <p>Exclamaciones espontáneas.</p>	<p>Llorar, Reír, Romper cosas, gritar, morderse las uñas, tics.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Fuente: Sáez, 2001 Pág. 42

Propuesta de Plan Terapéutico

Para las personas con Ansiedad Generalizada es una situación en la cual se puede convertir en algo sumamente incómodo al punto de que se puede agravar y convertir en un posible peligro para su vida presente y futura. Por ello grafico mi propuesta para el proceso:

Gráfica 2
Propuesta Plan Terapéutico



Fuente: Stanzy Reyes (2018)

3.1 Objetivos del Plan Terapéutico Enfocado en el Análisis Transaccional

3.1.1 Antecedentes

El análisis transaccional comenzó como una colección de metáforas cautivadoras, aforismos llamativos y neologismos que fueron la base de su popularidad en los setenta. Se define como metáfora a una figura retórica que conecta directamente de una manera intuitiva y apreciable dos o más cosas aparentemente no relacionadas para aclarar la naturaleza de una de ellas como igual a la segunda. (Steiner, 2010, Pág. 95).

Por ejemplo, Sofía no contesta el chat cuando su amiga Ana necesita ser escuchada, Ana se da cuenta que Sofía ha leído el mensaje y no le ha contestado, Ana llama a Sofía y le reclama diciéndole que ¡no tiene emociones como persona! En este caso el no tener emociones no es posible y no es lógico. No tener emociones sería una metáfora utilizada por Ana para dar a entender que no fue escuchada por su amiga Sofía.

El análisis transaccional está repleto de metáforas. En la teoría de los estados del yo, ciertos comportamientos impulsivos irracionales están conectados con la infancia, generando la metáfora del estado del yo Niño. “Yo estoy bien” significa sentirse bien sobre uno mismo, tres círculos apilados uno sobre otro viene a significar una persona; una flecha entre dos estados del yo representa una transacción, y así sucesivamente. Estas metáforas son aceptadas y usadas como conceptos atractivos e ingeniosamente efectivos más que como rigurosas realidades científicas. (Steiner, 2010, Pág. 95).

Metodología:

El análisis transaccional no hubiera tenido una credibilidad duradera si solamente se hubiera basado en metáforas. También es un método pragmático basado en la información que produce conductas y cambios deseables. Es un desarrollo heurístico de útiles técnicas conductuales y cognitivas, se le llama una moderna práctica terapéutica, educativa basada en una teoría coherente, persistente y un método verificado con el ensayo y el error. “La efectividad del análisis transaccional, evaluada por sus clientes, ha sido apoyada por una investigación repetida y rigurosa llevada a cabo por Ted Novey en el año 2002” según

(Steiner, 2010, Pág. 95,96).

Ciencia:

Añadido a ser un intento altamente metafórico y un método comprobado sobre el terreno, el análisis transaccional “es una teoría de la personalidad basada en información científica. Desde el inicio, Berne partió de hallazgos científicos de la psicología social, la neurología, y la ciencia evolutiva de su época. Investigaciones científicas actuales en las ciencias sociales continúan validando las proposiciones fundamentales del análisis transaccional: contratos, caricias, estar bien, guiones, la duración y aceptación de estos conceptos, formulados hace medio siglo, demuestran la naturaleza visionaria de la teoría y el método de Berne”. (Steiner, 2010, Pág. 95).

¿Cómo inicio el enfoque de Análisis Transaccional?

Eric Leonard Bernstein, nació en Montreal, Canadá, en 1910. Su padre era médico, como su abuelo, y su madre escritora, judíos y emigrantes de Polonia y Rusia. Se graduó como médico en 1935, emigrando posteriormente a EE.UU. donde cambia su original apellido de Bernstein, por el más abreviado de Berne.

Comienza a trabajar en psicoanálisis con Paul Federn en 1941 y más adelante en 1947, con Erick Erickson. Poco a poco se va produciendo en él “un amistoso divorcio del psicoanálisis”. Su trabajo inicial, sobre Análisis Transaccional, lo publica en el 1957 con el título: Intuición V: la imagen del Yo. A este trabajo se suman: Estados del Yo en psicoterapia y Análisis Transaccional: un método nuevo y efectivo en terapia grupal. (Sáez, 2001 Pág. 29).

En el primer trabajo se esbozan los Estados del Yo con su división tripartita y en los siguientes se clasifica e incorpora el nombre de Análisis Transaccional: “Análisis”, por tratar de separar las conductas del comportamiento en unidades fácilmente observables y “Transaccional”, por su énfasis en las transacciones. Para Berne la transacción es la unidad básica del comportamiento, el elemento irreductible generador del mismo. La transacción es no sólo el fundamento de la comunicación humana, sino también de la conducta en general.

El Análisis Transaccional se fue configurando en los Seminarios de Psiquiatría Social de San Francisco que se realizaron bajo la dirección de Berne, en los años 1958 a 1970. La mayor parte de las ideas y términos clásicos se elaboraron allí.

En 1964 Berne publicó su libro sobre Los Juegos en que participamos, dedicado a sus pacientes que le enseñaron acerca de los juegos y del significado de la vida, según sus propias palabras introductorias. (Sáez, 2001 Pág. 29).

El Doctor Eric Berne murió en julio de 1970, recién terminada de escribir su segunda obra más conocida: ¿Qué dice Vd. después de decir Hola? Sus seguidores continúan agrupados en la Sociedad Internacional de Análisis Transaccional creada por él en Berkeley, California. (Sáez, 2001 Pág. 29)

Mientras en su texto James menciona que, en sus orígenes, el Análisis Transaccional fue desarrollado como método psicoterapéutico. Berne dice que un objetivo importante del AT es “establecer la comunicación más franca y auténtica posible entre los componentes afectivos e intelectuales de la personalidad”. Cuando esto ocurre, la persona puede emplear tanto sus emociones como su intelecto de una manera equilibrada y no unas a costa del otro. (James, 1986).

3.2 Análisis Transaccional

3.2.1 Conceptos Básicos

En el Análisis Transaccional, la gente adquiere intuición tanto emocional como intelectual, pero el método se centra en la segunda. Es un proceso racional, a menudo analítico, en el cual la persona llega con frecuencia a la conclusión, “De modo que es así”. (James, 1986).

Este autor nos comenta que las teorías de Berne evolucionaron al observar los cambios de comportamientos ocasionados en sus pacientes cuando un nuevo estímulo, tal como una palabra, un gesto o un sonido, se convertía en el centro de su atención. Estos cambios envolvieron expresiones faciales, entonaciones, construcciones gramaticales, movimientos

corporales, gestos, tics, la postura, etc. Era como si dentro de un individuo conviviesen varias personas y, a veces, una u otra de ellas parecía controlar la personalidad total del paciente.

Describe el momento en que Berne observó que los diversos “yo” realizaban transacciones con otras personas de diferentes maneras y que aquellas podían ser analizadas. También noto algunas de las transacciones tenían motivos ulteriores; el individuo las utilizaba como un medio de manipular a los demás hacia sus juegos psicológicos. Él observó que las personas se comportaban en formas predeterminadas, actuaban como si estuviesen en un escenario, leyendo el guion de una obra teatral. Esas observaciones llevaron a Berne a desarrollar la teoría que hoy conocemos como Análisis Transaccional, AT en forma abreviada. (James, 1986).

Se habla del AT como “un sistema original de Psicología y Psicoterapia basado en los Estados del Yo y las Transacciones entre los Estados del Yo de varias personas. “Es una teoría de acción social basada en el análisis riguroso de las transacciones y aplicable a la mejora de la Salud Mental individual y de las relaciones humanas”. En el AT como la que presentan Chandezon y Lancestre (1984): “El AT es un método de tratamiento de los trastornos afectivos”. (Sáez, 2001 Pág. 29).

Se muestra que este método de tratamiento de los trastornos afectivos se fundamenta racionalmente sobre bases teóricas. Sáez citando a Eric Berne (1981): “El Análisis Estructural y el Análisis Transaccional ofrecen una teoría sistemática y coherente de la personalidad y de la dinámica social construida a partir de una experiencia clínica, y una forma de terapia activa y relacional que se adapta a la gran mayoría de los que dependen de la psiquiatría, que éstos pueden comprender fácilmente y que se presta sin dificultad a su caso”. (Sáez, 2001 Pág. 29)

En primer lugar, el Análisis Transaccional es una teoría y una psicoterapia. Históricamente Berne trabajaba en psicoterapia cuando intuyó las transacciones como base de las relaciones sociales. Así pues, se estaba creando una nueva teoría construida a partir de una experiencia clínica. En segundo lugar, en los Estados del Yo y las Transacciones. Ya en Psicología se había observado que en cada sujeto hay varios aspectos o personalidades o personajes, pero fue Berne el que los llamó Estados y definió con exactitud. Los redujo a tres principales: Padre, Adulto y Niño. El nombre de los Estados se forma con las iniciales de Padre (P), Adulto (A) y Niño (N).

Es decir, PAN. Tales Estados van siempre con letras mayúsculas para diferenciarlos de los padres reales, de los niños y de las personas adultas.

También en Psicología muchos han descrito las relaciones sociales, pero lo peculiar de Berne es haber hablado de transacción, definirla como el mínimo intercambio social y haber representado sus múltiples formas. Una transacción es el mínimo intercambio entre un estímulo y una respuesta desde específicos estados del Yo. Finalmente hay que decir que el Análisis Transaccional va más allá de los Estados del Yo y de las Transacciones, pero en todo momento referido a ellos. Poco a poco autores diversos, basándose en estos elementos, identificaron que dentro de esta escuela se desarrollan las transacciones a corto plazo con el estudio del empleo del tiempo, los juegos, etc., y las transacciones a largo plazo, analizando el guion o argumento de vida que cada cual lleva consigo desde su infancia y que le empuja a determinados comportamientos básicos.

Concepto transacciones

Podemos definir la Transacción con palabras del propio Berne en el año 1979, (citado por Sáez): “Una Transacción consiste en un solo estímulo y una sola respuesta, verbal o no verbal, es la unidad de acción social. Se llama transacción porque cada parte gana algo con ella, y por eso entra en ella.

Todo lo que ocurra entre dos o más personas puede descomponerse en una serie de transacciones individuales, y esto da las ventajas que consigue cualquier ciencia, cuando tiene un sistema de unidades bien definido”. Así también la describe como la unidad de las relaciones sociales. Hay un estímulo y una respuesta mínimos. Berne afirma: “Si una o dos personas se encuentran en un juego social, tarde o temprano alguna de ellas hablará o dará alguna señal de reconocimiento de las otras. Esto es llamado estímulo transaccional. Entonces, otra persona dirá o hará algo que está de algún modo relacionado con este estímulo, y eso se llama respuesta transaccional”. (Sáez, 2001 Pág. 61).

Podemos resumir que la Transacción es un intercambio de estímulos y respuestas. Incluye el estímulo que puede ser una palabra, un gesto o una conducta que se refieren a otros y les afectan.

Y la respuesta, es decir, el sujeto estimulado, tiene que responder. El otro tiene que sentirse afectado hasta el punto de responder al estímulo. “La Transacción presupone que los que interactúan lo hacen (ambas personas) dinámicamente, con la concatenación de estímulo-respuesta. Si no hay respuesta, no existe Transacción”. (Sáez, 2001 Pág. 61).

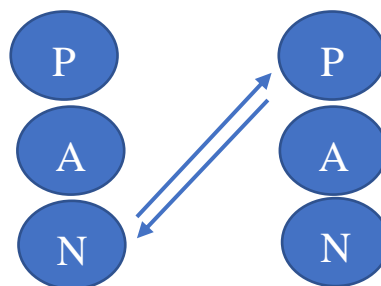
Se dice que la falta de respuesta no es una respuesta para el Análisis Transaccional. Sin embargo, no responder es una de las numerosas opciones ante un estímulo dado, en este caso, respuesta gestual no verbal. “El Análisis de Transacciones es todo lo que ocurre entre personas implica una transacción entre sus estados del yo. Cuando una persona envía un mensaje a otra, espera una respuesta. Todas las transacciones pueden ser clasificadas como. 1) Complementarias, 2) Cruzadas o 3) Ulteriores”. (James, 1986).

Transacciones Complementarias

Una transacción complementaria tiene lugar cuando un mensaje enviado por un estado específico del yo recibe, desde un estado específico del yo de la otra persona, la respuesta prevista. Se califica como aquella que es apropiada que sigue el orden natural de las relaciones humanas saludables. Por ej. Una persona triste por la pérdida de su automóvil, es consolado por una amiga que llega a traerla muestra su necesidad momentánea de dependencia ha recibido una respuesta apropiada.

Gráfica No.3

Transacciones Complementarias



Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

Una transacción complementaria puede ocurrir entre dos estados cualesquiera del yo. Por ejemplo, dos personas pueden llevar a cabo una transacción Padre-Padre cuando se lamentan

del abandono que sienten por parte de su pareja, Adulto-Adulto cuando manejan una situación como equipo, Niño-Niño cuando ambas personas deciden ir al cine a disfrutar. James continúa comentando que una persona puede efectuar una transacción desde su Padre con cualquiera de los estados del yo de otra persona, puede también hacerlo con su Adulto o con su Niño. Si la respuesta es la esperada, la transacción es complementaria; las líneas de comunicación están abiertas y las transacciones mutuas pueden continuar.

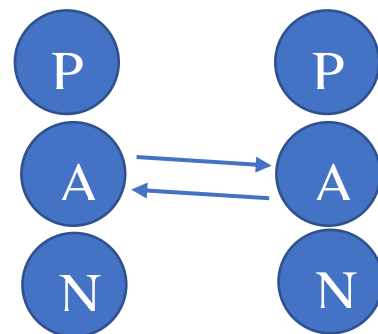
Los gestos, las expresiones faciales y las posturas del cuerpo, el tono de la voz, etc., todos contribuyen al significado de cada transacción. Para que un mensaje verbal sea comprendido totalmente, el destinatario debe tomar en consideración tanto los aspectos verbales como los no verbales. (James, 1986, Pág. 15).

Para entender mejor las ilustraciones que figuran a continuación, debemos suponer que el estímulo es franco y los mensajes verbales y no verbales son congruentes.

Gráfica No.4

Intercambio de datos en una Transacción Adulto – Adulto

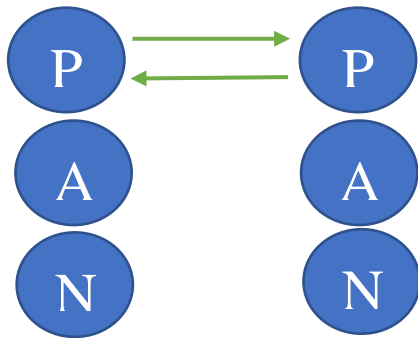
1. Cuál es el salario para este empleo
2. Empieza en los Q.10,000.00.



Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

Gráfica No. 5

Transacción Padre Protector – Padre



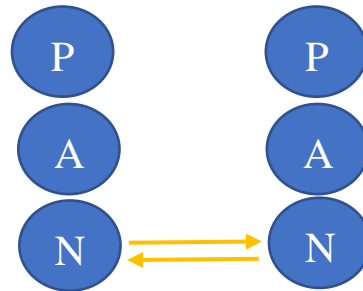
1. Estos niños echan de menos a su padre
2. Sí, vamos a llevarlos al parque para que se diviertan un poco.

Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

Gráfica No. 6

Transacción Niño Juguetón – Niño

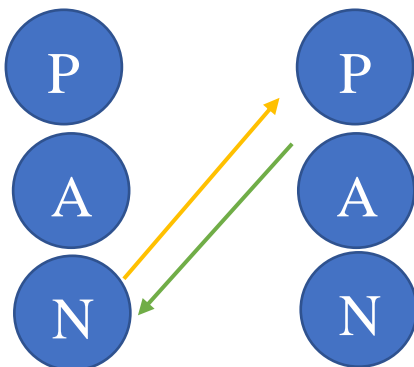
1. ¡Cómo me gustas!
2. ¡Tú también me gustas!



Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

Gráfica No. 7

Transacción Niño – Padre Nutricio



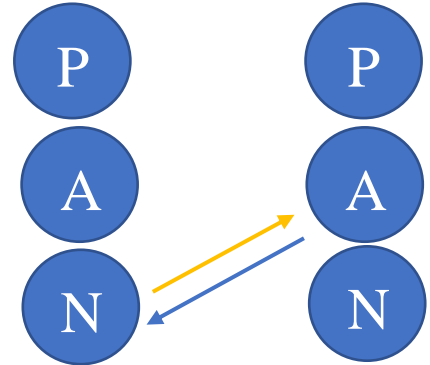
1. Estoy tan preocupado por mi hijo que no puedo concentrarme en el trabajo.
2. Puedes salir temprano e ir al hospital a visitarlo.

Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

Gráfica No. 8

Transacción Niño colérico – Adulto oyente

- I. Tengo tanta ira que de buena gana tiraría la maquina por la ventana.
- II. Algo te ha enfadado tanto que te gustaría tirar todo, ¿Verdad?



Fuente: James, 1986, Pág. 15

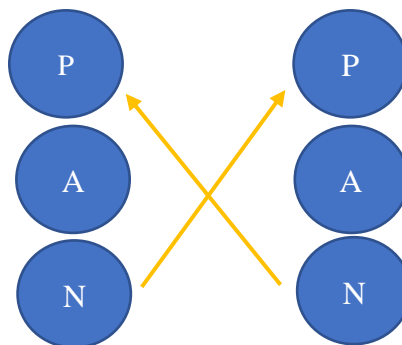
En cada una de las transacciones anteriores, la comunicación permaneció abierta porque las respuestas correspondieron al estímulo. Esto no ocurre siempre ya que el estímulo recibe una respuesta inesperada o impropia y las líneas de comunicación se cruzan.

Transacciones Cruzadas

Una transacción cruzada ocurre cuando las personas tienen actitud desafiante, no continúan la transacción o quedan sorprendidas por lo que acaba de suceder. Ocurre cuando la respuesta al estímulo es inesperada, se activa un estado inapropiado del yo. Ej. sí en un momento el esposo, dominado por sus propias preocupaciones, responde duramente a su esposa: “¿Y cómo crees que me siento yo?”, puede forzar a su esposa a alejarse. (James, 1986, Pág. 15)

Gráfica No. 9

Transacciones Cruzadas

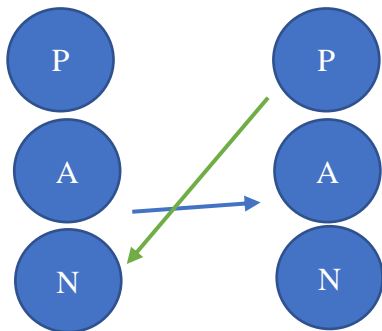


Fuente: James, 1986, Pág. 15

Con frecuencia, las transacciones cruzadas originan situaciones dolorosas entre las personas. Cuando alguien inicia una transacción con la esperanza de obtener alguna respuesta que, desgraciadamente, no llega, se siente frustrado. Ejemplo:

Gráfica No. 10

Ejemplo Transacción No. 1



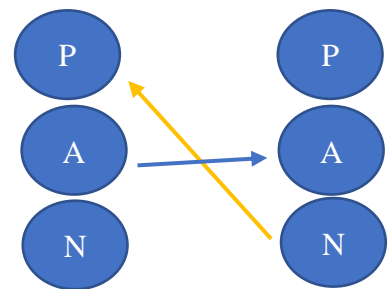
Jefe: ¡Qué hora es!
 Secretaria: ¡Usted siempre tiene tanta prisa!

Fuente: James, 1986, Pág. 15

Gráfica No.11

Ejemplo de la Transacción No. 2

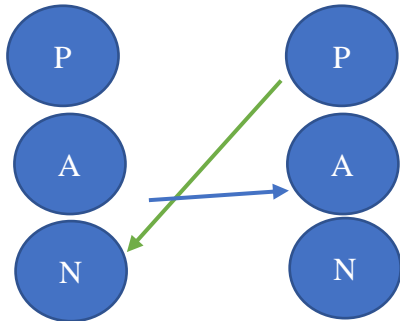
Esposo: ¿Puedes llevar esta tarde el automóvil para que lo arreglen?
 Esposa: Hoy voy a planchar. Juanito me espera para un pastel de cumpleaños. Hay que llevar al gato al veterinario y ¡Tú quieres que lleve el automóvil arreglar!



Fuente: James, 1986, Pág. 15

Gráfica No. 12

Ejemplo de la Transacción No. 3



Jefe: Necesito veinticinco copias de este informe para la reunión del consejo esta tarde. ¿Puede usted hacérmelas?

Secretaria: ¿No se siente usted dichoso, teniéndome a mí para cuidar de sus cosas?

Fuente: James, 1986, Pág. 15

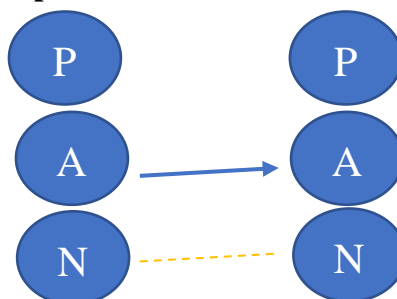
En las relaciones saludables las personas actúan directamente, con franqueza y, en ocasiones, intensamente. Esas transacciones son complementarias y están libres de motivos ulteriores.

Transacciones Ulteriores

Las transacciones ulteriores son las más complejas. Difieren de las complementarias y de las cruzadas en que siempre comprenden más de dos estados del yo. Cuando se envía un mensaje ulterior, éste va disimulando bajo una transacción socialmente aceptable. James menciona “Tal es el propósito del cliché: “¿Te gustaría venir a escuchar mis discos?” en este caso, mientras el Adulto dice una cosa, el niño envía un mensaje diferente a través de una insinuación” como lo veremos en la figura a continuación:

Gráfica No.13

Ejemplo de la Transacción Ulterior

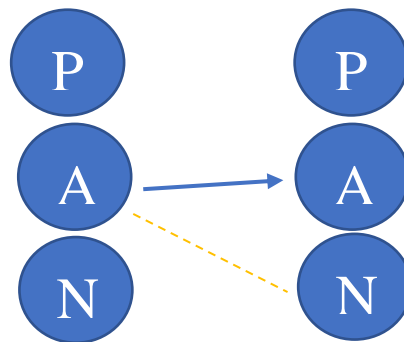


Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

Todos estos ejemplos que nos da el autor nos permiten practicar cada vez más a identificar desde que Estado del Yo se encuentra una conversación. Por ejemplo: Cuando un vendedor de automóviles mira de reojo a su cliente y le dice: “Este es nuestro mejor automóvil deportivo, pero... puede que sea demasiado veloz para usted”, está enviando un mensaje que puede ser oído por el Adulto del yo del cliente por el Niño. Si el Adulto del cliente oye el mensaje, probablemente conteste”: Tiene usted razón; no es lo que necesito para mi trabajo”; pero, si el mensaje es percibido por el Niño, la respuesta bien puede ser: “Es exactamente lo que necesito. Me quedo con él”.

Gráfica No. 14

Ejemplo de la Transacción No.4

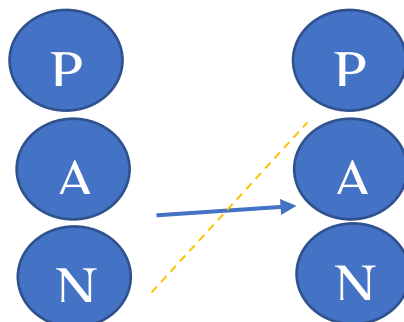


Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

Cuando una secretaria presenta a su jefe una carta con varios errores y éste le da una reprimenda paternal, también ha habido un mensaje ulterior. Lo mismo ocurre cuando un estudiante se retrasa continuamente con sus tareas, falta a clase, escribe ilegiblemente o provoca en alguna forma un equivalente de la crítica paternal.

Gráfica No. 15

Ejemplo de la Transacción No.5

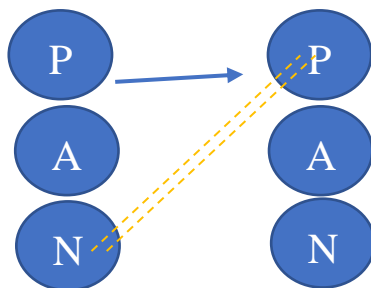


Fuente: James, 1986, Pág. 15 -30

El mismo tipo de transacción ulterior ocurre cuando, una mañana, un alcohólico reformado llega a la oficina mal y le dice a su compañero: “Anoche me pasé de tragos y ¡qué cabeza la que tengo hoy!” A primera vista su información es verídica; sin embargo, al nivel ulterior, el Niño del yo del alcohólico busca en el Padre una sonrisa comprensiva que condone su beber. (James, 1986, Pág. 15).

No obstante, en vez de activar al Padre, puede que active al niño de su compañero y que éste responda riéndose de su tragedia. Sea que se ría desde el estado Padre, sea desde el niño, en cualquiera de los dos casos refuerza el mandato (Paternal), generalmente no verbal, dirigido al alcohólico (como Niño): “Vete de aquí, ¡sinvergüenza!” Claude Steiner define esta risa o sonrisa inoportunas como transacción de horca. La sonrisa, en este caso, sirve para apretar el dogal y refuerza la conducta destructiva.

Gráfica No. 16
Ejemplo de la Transacción No. 6



Fuente: (James, 1986, Pág. 15 -30)

El autor identifica como transacción de horca cualquier respuesta sonriente ante la desgracia de una persona. Este es el caso cuando:

- Un maestro se divierte de la “conducta incorrecta” de su alumno,
- Una madre se ríe de su hijo de tres años de edad, propenso en accidentes,
- Un padre se alegra de los riesgos con que se enfrenta su hijo.

Estas transacciones implican motivos ulteriores, son corrientes entre personas que desean no salud, (NO OK) suponiendo que son quienes las usan para promover sus juegos psicológicos.

Las transacciones pueden ser directas o indirectas, francas o atenuadas, intensas o débiles. Las transacciones se juegan a tres manos. Una persona habla a otra, aunque en realidad espera influir a una tercera que puede alcanzar a oír de lo que se está hablando. Por ejemplo, James menciona dentro de su texto, “el empleado temeroso dice algo al compañero para luego de forma no consciente que éste se lo diga “distraídamente” al jefe”. (James, 1986, Pág. 15).

Las transacciones atenuadas son en parte hostiles, en parte afectivas. El mensaje está oculto en alguna forma de broma un estudiante, por ejemplo, que le dice a otro, “¡Genio! ¿Cuándo vas a acabar ese libro? Yo quiero leerlo”, y el otro, tirándole el libro. Le contesta: “¡ahí va, torpe, tómalo si puedes!”. (James, 1986, Pág. 15).

3.2.2 Fundamentos

Según González, El Análisis transaccional es:

- Simple: No necesita conocimientos previos, lo entiende un adulto también, un niño normal de 8 a 10 años, ya que utiliza un vocabulario de uso diario y familiar.
- Objetivo: Observa el comportamiento dentro de la realidad.
- Lógico: De fácil deducción, y parte de premisas que pueden probarse científicamente.
- Predictivo: Prevé la conducta del individuo, grupo o pareja.
- Preventivo: Previene detener y no transmitir comportamientos irracionales.
- Eficaz: Tiene una inmediata aplicación, y logra cambios estables.
- Potente: Por la información y emociones que moviliza muestra cambios profundos.
- Integrativo: Se puede combinar con otras terapias de la rama de la psicología y de la psiquiatría.
- Universalmente Aplicable: Se puede aplicar en todas las culturas y sectores sociales, en todo tipo de actividad humana normal o patológica, en las áreas familiar, de pareja, laboral, educacional, religiosa y deportiva. (González, 1986, Pág. 29)

Kertész define así las 12 principales características del A.T.

1Es una filosofía positiva y de confianza en el ser humano: Afirma que todos nacemos “bien” (OK): con capacidad para lograr éxito y satisfacción a menos que padezcamos

de alteraciones orgánicas graves.

2. *Es un modelo de aprendizaje*: Reemplaza al de “enfermedad mental”. En este sentido, es un modelo decisional y de responsabilidad, ya que el reaprendizaje implica autocrítica y la decisión de hacerlo.

3. *Es sencillo*: Usa vocabulario cotidiano, comprensible y no requiere conocimientos previos. Despoja al terapeuta de su perspectiva de superioridad.

4. *Es natural*: Por basarse en necesidades biológicas comunes a todo ser humano (afecto, contacto físico), así como necesidades psicológicas (reconocimiento toma de posición sobre sí mismo y los demás, estructuración del tiempo) y sociales (pertenecer a un grupo, destacarse en algo).

5. *Es objetivo*: En vez de usar sustantivos y adjetivos calificativos, abstractos e imprecisos, empleamos verbos de acción. (Kertész, 2010).

6. *Es diagramable*: La mayor parte de sus conceptos teóricos y muchas técnicas son representables mediante gráficos sencillos, tales como círculos, triángulos, vectores, cuadros. Esto agrega el canal visual analógico (usa imágenes similares a la realidad), mientras que el canal auditivo es digital, utilizando solamente abstracciones.

7. *Es predictivo*: La observación de los signos de conducta, junto con el conocimiento de la historia personal de un individuo, nos dice que, si continúa con el «programa» mental actual, tenderá a ciertos resultados.

8. *Es preventivo*: El autoconocimiento o el conocimiento de las tendencias ajenas, hace factible la detención de comportamientos peligrosos o perdedores, así como la transmisión de mensajes negativos a quienes nos rodean. En este sentido, se comparte la observación de lo que se llama “muestras de conducta”, los cuales son pequeños comportamientos, especialmente en los primeros momentos, al iniciar trato con alguien, que nos dan a entender qué esperar en el futuro.

9. *Es efectivo*: Por facilitar la comprensión inmediata de la conducta y técnicas de cambio positivo, no espera largos y costosos diagnósticos y “transferencias”. A grandes rasgos, en el área de la psicoterapia, el A.T. integrado con otras disciplinas, resuelve un 80-90% de los problemas de pacientes presentados como motivos de consulta, en un lapso de unas 80 a 100 horas de tratamiento.

10. *Es integrable*: Siendo un marco referencial lógico y amplio, facilita la combinación con otros métodos que lo potencian. Con el A.T. en todo momento es factible reportar

qué se está haciendo, con qué objetivo, y cómo se sabrá cuándo dicho objetivo esté cumplido. También con el lenguaje claro del A.T. son conceptos complicados traducidos de otras disciplinas, que son integrables.

11. Es contractual: En A.T., el “contrato” es una meta objetiva de cambio positivo de conducta. Debe ser específico, observable, medible y en lo posible, con plazo de tiempo.

Ejemplos de contratos:

- mirar a los ojos cuando hablo,
- Pedir directamente lo que necesito,
- Esto se realiza de común acuerdo con el cliente,

Se hace algo similar al trabajar en el área educativa y organizacional, así terapeuta o facilitador, y cliente, asume responsabilidad por lo que se desea lograr.

12. Es igualitario: De acuerdo a la filosofía básica del A.T., todos nacemos con iguales valores y derechos; nadie es mejor que nadie. (Kertész, 2010).

Se puede identificar mediante estos autores que el Análisis Transaccional es simple ya que utiliza un vocabulario de uso cotidiano, tomando como base el presente del individuo, pareja o grupo sin viajar al pasado, logrando así una fácil deducción que científicamente es comprobable, evitando así la transmisión de comportamientos no racionales. De esta forma se logra una forma inmediata de aplicar las técnicas que el AT proporciona teniendo como resultado cambios de forma casi inmediata (realizando cambios de forma profunda), en la conducta del individuo. Además, dada la sencillez de su aplicación se hace posible la integración de otros métodos de psicología o psiquiatría y lo hace fácil aplicar a cualquier tipo de persona de distinta cultura, creencias o pensamientos.

3.3 Farmacología

El Análisis Transaccional es partidario de que se lleve al individuo a tratamiento psicoterapéutico más que a tratamiento farmacéutico, pero no le quita la importancia que tiene la farmacología en psicosis que son difíciles de manejar en el proceso, por tanto, como ya hemos comentado anteriormente, es una escuela que le da apertura a la integración y en este caso aparte de darle importancia el conocimiento de la persona, consciencia y claridad del individuo es todavía más relevante nivelar el estado crítico de la persona y muchas veces se maneja

utilizando la farmacología. A continuación, enfocándonos en nuestro tema principal la Ansiedad, primero es sumamente importante que conozcamos los distintas sustancias que no colaboran a que este pensamiento desproporcionado sino alteran a nivel orgánico el proceso de alerta en el cuerpo.

Cuadro No. 9
Sustancias que producen Ansiedad

Sustancias que producen ansiedad por intoxicación.	Sustancias que pueden producir ansiedad anestésicos analgésicos/antiinflamatorios (isoniacida, indometacina).
Alcohol	Simpaticomiméticos
Anfetaminas y Derivados	Broncodilatadores
Alucinógenos	Anticolinérgicos
Cafeína	Insulina
Cannabis	Preparados Tiroideos
Cocaína	Anticonceptivos Orales
Fenciclidina (polvo de ángel)	Antihistamínicos
Inhalantes	Anti parkinsonianos
Sustancias desconocidas	Corticoides
	Antihipertensivos
Sustancias que producen ansiedad por supresión.	Cardiovasculares, Sales de litio
Alcohol	Anticomiciales
Cocaína	Antidepresivos
Opiáceos	Antipsicóticos
Hipnóticos	Metales pesados
Ansiolíticos	Sustancias volátiles (gasolina y pintura)
Antidepresivos	Insecticidas Organofosforados
Sustancias desconocidas	Gases nerviosos, CO2 y CO

Fuente: Bobes, J., 2005, Pág. 129

Siendo puntuales en el punto de este artículo es de establecer la ayuda que se puede proporcionar para los individuos que nos consultan como psicólogos, por ello es primordial

mencionar lo que Bobes ha recopilado de diversos autores, cuyos estudios de campo fueron muy acertados y así dar a conocer que puede ser factible de utilizar (siempre refiriéndolo a los expertos en el caso), como medicina para aliviar síntomas presentados en pacientes. Este autor nos da una completa síntesis de lo que se necesita de Farmacología para tratar el Trastorno de Ansiedad Generalizada iniciando con los estudios hechos con niños y adolescentes como se verá a continuación:

Benzodiacepinas:

Algunas investigaciones sugieren una eficacia de los benzodiacepinas de alta potencia en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos por ansiedad excesiva o Trastorno de Ansiedad Generalizada. La elección de la modalidad concreta de tratamiento debe basarse en una evaluación cuidadosa del cuadro clínico.

Describe Bobes que el clínico considera necesario el tratamiento farmacológico de un paciente con un trastorno de ansiedad no es suficiente de tener el conocimiento necesario del fármaco que se va a utilizar para garantizar un procedimiento exitoso.

Por ello Bobes comenta que los autores Simeón y Ferguson realizaron un ensayo abierto de 4 semanas de duración para evaluar la eficacia del alprazolam en el tratamiento del trastorno por ansiedad excesiva y el trastorno por evitación. La muestra estaba formada por 12 pacientes de 8 a 16 años y la dosis máxima utilizada de alprazolam fue de 0.5 a 1.5 mg por día. Se comprobó una mejoría significativa de la ansiedad, tanto en las escalas clínicas como según la opinión de los padres, mientras que los efectos secundarios fueron leves y poco frecuentes. (Bobes, J., 2005, Pág. 103).

Bobes menciona que los autores Grace y Cols realizaron un ensayo cruzado a doble ciego sobre la eficacia del clonazepam en los trastornos de ansiedad infantiles. De los 15 niños que constituían la muestra, seis tenían un diagnóstico primario o secundario de trastorno por ansiedad excesiva y fueron tratados durante 4 semanas con clonazepam a una dosis máxima de 0.5 a 2.0 mg por día. No se observaron diferencias significativas entre el placebo y el clonazepam en cuanto la mejoría observada y los efectos secundarios más frecuentes fueron el

mareo, la irritabilidad y la conducta opositora.

Continúa describiendo estos estudios como el de Velosa y Riddle que consideran que debido a que el riesgo de dependencia, los benzodiazepinas deben ser utilizados en el tratamiento de ansiedad solo cuando otras alternativas no han funcionado. Los efectos secundarios más frecuentes en las benzodiazepinas en la infancia y la adolescencia son: somnolencia, cefaleas, náuseas, fatiga, ataxia y disartria. Tampoco debe olvidarse que pueden aparecer reacciones paradójicas que se manifiestan por rabietas, irritabilidad, agresividad, hiperactividad y desinhibición.

Cuando se decide el empleo de benzodiazepinas para el tratamiento de trastorno de ansiedad la dosis se debe aumentar gradualmente y cuando llegue el momento de retirarla, la dosis ha de reducirse también muy lentamente para evitar posibles síntomas de abstinencia, al igual que ocurre en los adultos: insomnio, nerviosismo, síntomas gastrointestinales, dificultades de memoria y concentración, cefaleas o convulsiones. (Bobes, J., 2005, Pág. 103).

Antidepresivos Tricíclicos:

Si bien se reconoce la utilidad de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de los otros trastornos de ansiedad como la fobia, el trastorno de angustia y el trastorno obsesivo compulsivo, no se cuenta con datos sobre su eficacia en el trastorno de ansiedad generalizada por lo que no deben de ser considerados para tratamiento de primera elección. (Bobes, J., 2005, Pág. 103).

Buspirona:

Bobes comenta que “Kranzler publicó un caso de un niño de 13 años con trastorno por ansiedad excesiva que presentó una respuesta positiva al tratamiento con 10mg por día de Buspirona. Tanto el clínico como los padres apreciaron un descenso significativo a los niveles de ansiedad sin que se produjeran efectos secundarios importantes”. (Bobes, J., 2005, Pág. 103).

En estudio con adolescentes diagnosticados con ansiedad generalizada y por ansiedad excesiva los autores Kutcher y Cols observaron un descenso significativo en los niveles de ansiedad tras

6 semanas de tratamiento con Buspirona a una dosis media de 15-30 mg por día.

En la práctica clínica se recomiendan dosis de 0.2 a 0.6 mg/kg/día, hasta un máximo de 20 mg por día en prepúberes y de 60 mg/día en adolescentes. El efecto ansiolítico de la buspirona puede tratarse entre 2 y 4 semanas en hacerse evidente y sus principales efectos secundarios son: náuseas, cefalea, insomnio, cansancio y mareo. (Bobes, J., 2005, Pág. 103),

Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

Algunos estudios sugieren la eficacia de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de niños y adolescentes con los trastornos de ansiedad, aunque es preciso realizar estudios controlados que confirmen esta impresión. (Bobes, J., 2005, Pág. 103).

En un estudio retrospectivo sobre la eficacia de la fluoxetina en el trastorno por ansiedad excesiva, Birmaher y cols encontraron que el 81% de niños tenían una significativa mejoría de ansiedad tras de 6 a 8 semanas de tratamiento. La dosis media de fluoxetina fue de 25.7 mg por día (entre 10 y 60 mg por día) y los efectos secundarios fueron leves y transitorios. Menos optimistas fueron los trabajos del trabajo de Fairbanks y Cols. Mientras la mayoría de los 16 niños y adolescentes con trastorno de ansiedad por separación, fobia social y trastorno de angustia mejoraron, sólo uno de los 7 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada mostró una mejoría clínica significativa.

En este caso la dosis media de fluoxetina administrada fue de 24 mg por día en niños y 40mg al día en adolescentes.

La eficacia del citalopram en niños con trastorno de angustia y trastorno por ansiedad excesiva fue evaluada por Lepola y Cols. El tratamiento se inició con una dosis de 5-10 mg al día administrada por la mañana y a los 2 meses se observó una respuesta positiva en 11 de los 12 niños, por lo que los autores concluyen que el citalopram administrada en la mañana en dosis bajas es eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. (Bobes, J., 2005, Pág. 103).

Por último, debe mencionarse un amplio estudio publicado muy recientemente sobre la eficacia de la fluvoxamina en el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno de ansiedad. La muestra formada por 128 niños y adolescentes diagnosticados de trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o ansiedad por separación. Se formaron 2 grupos de pacientes, uno recibió fluvoxamina (hasta una dosis máxima de 250-300 mg al día) y otro recibió placebo. Los jóvenes tratados con fluvoxamina experimentaron una notable reducción de los síntomas de ansiedad, el 76% respondió al tratamiento.

(Bobes, J., 2005, Pág. 103).

Los antidepresivos ISRS deben ser considerados por tanto el tratamiento de primera línea para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes dada su eficacia y seguridad. Se comenta que los efectos adversos observados son escasos, leve y transitorios, por lo que no suele ser necesario suspender el tratamiento. Lo más frecuentes son cefáleas, náuseas, mareos, insomnio, anorexia, dolor de estómago y nerviosismo.

La suspensión del tratamiento también ha de hacerse con cuidado, pues se han descrito algunos síntomas de abstinencia como mareo, náuseas, cefaleas y alteraciones sensoriales. (Bobes, J., 2005, Pág. 103).

Ya al haber visto lo que se recopiló para niños y adolescentes nos encontramos con información que sigue recopilando este autor sobre lo que se puede manejar para darle a los adultos, principalmente a aquellos de tercera edad que son bastante especiales en el caso de salud física.

El principal objetivo de la farmacoterapia es el tratamiento del núcleo de los síntomas del trastorno, incluyendo la preocupación, la tensión muscular, la hiperactividad vegetativa y el insomnio. Cada vez es más obvio que el trastorno de ansiedad generalizada es una condición crónica con fases repetidas de episodios crónicos y agudos. Por lo tanto, además del tratamiento de la fase aguda, que supone menos de 6 meses, el paciente requiere un tratamiento crónico, para prevenir las recaídas. La farmacoterapia utilizada en el trastorno de ansiedad generalizada debe ser el inicio de acción rápido y ser eficaz en los trastornos comórbidos y en la mejoría de la calidad de vida con disminución de la discapacidad.

“La psicofarmacología en el anciano presenta unas características peculiares y que la diferencian del resto de los adultos. Se producen cambios fisiológicos asociados a la edad que afectan a la farmacocinética y la farmacodinamia del psicofármaco, por comorbilidad con enfermedades físicas y por polifarmacia”. (Bobes, J., 2005, Pág. 128).

Los cambios en la farmacocinética del anciano son: la disminución de la absorción gastrointestinal, con un descenso del grado de acidez gástrica, de la mortalidad intestinal, del flujo sanguíneo y de la superficie gastrointestinal, la disminución de la unión a proteínas plasmáticas, con descenso de la albúmina, aumento de la distribución de los fármacos liposolubles, descenso de la función hepática por disminución del flujo sanguíneo en el hígado, de la más hepática y de la actividad enzimática, y disminución de la excreción renal por descenso del flujo sanguíneo en el riñón, de la tasa de filtración glomerular y de la secreción tubular. El efecto global de estos cambios es que la medicación se metaboliza y elimina más lentamente que en adultos jóvenes.

(Bobes, J., 2005, Pág. 128).

El periodo de riesgo de los efectos secundarios se alarga, no sólo por una mayor permanencia del fármaco en el organismo, sino también por cambios en las características farmacodinámicas asociadas a la edad en el SNC. En el anciano, las variaciones farmacodinámicas se relacionan con la disminución del número de receptores y la alteración de la sensibilidad de éstos. Algunos fármacos producen un efecto menor derivado de la menor afinidad por los receptores mientras que otros como las benzodiazepinas producen una mayor sedación secundaria a una mayor sensibilidad.

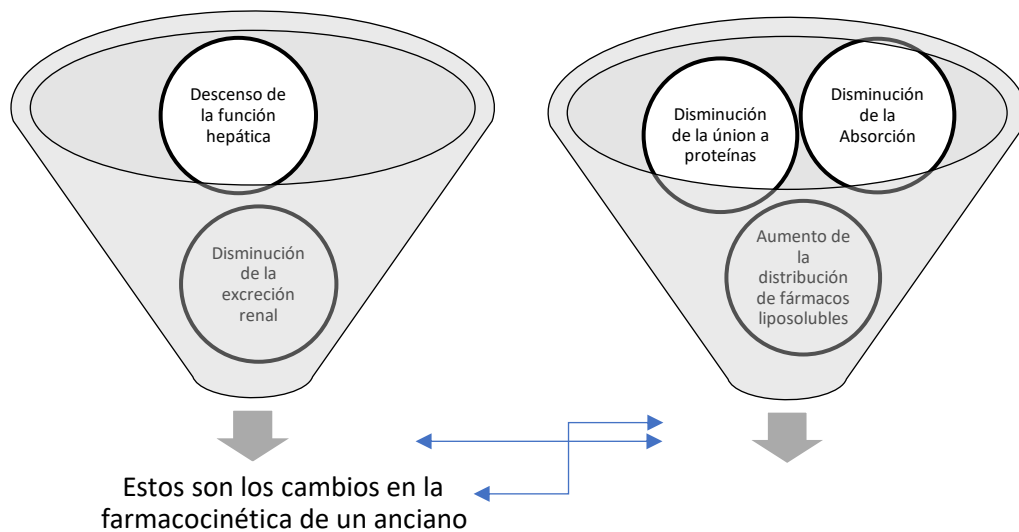
La comorbilidad con enfermedades somáticas y con la depresión dificulta el diagnóstico y el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Pacientes con enfermedades crónicas renales, hepáticas o cardíacas retrasan el aclaramiento del fármaco, lo que produce un incremento de su semivida y de la acción de sus efectos secundarios.

(Bobes, J., 2005, Pág. 128).

A la hora de seleccionar un fármaco para un paciente anciano con ansiedad han de considerarse aspectos como la respuesta a tratamientos previos, la naturaleza de los síntomas, la medicación

concomitante y el perfil de efectos secundarios mejor tolerados. Aunque las estrategias terapéuticas pueden definirse globalmente, no deben olvidarse las características individuales, de modo que hay que tratar de enfocar los tratamientos de forma individualizada, sobre todo en el anciano.

Gráfica No. 17
Ejemplo de la Transacción



Fuente: Bobes, J., 2005, Pág. 130

Benzodiacepinas:

En las tres últimas décadas, las benzodiacepinas han sido los ansiolíticos más prescritos en todos los rangos de edad, siendo también los agentes farmacológicos que con más frecuencia se utilizan en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, en población mayor de 65 años. (Bobes, J., 2005, Pág. 128).

La prescripción de una u otra benzodiacepina depende de su metabolización y de su semivida. En ancianos se suelen administrar aquellas con una semivida corta como el alprazolam, el Lorazepam y el Oxacepam, ambos tienen como ventaja añadida la ausencia de metabolitos activos que prolonguen su semivida. En algunas ocasiones se recomiendan agentes con una semivida mayor. Efectos pueden ser reconocidos con mayor dificultad en las de semivida más

prolongada, pudiendo iniciarse los efectos no deseados unos días e incluso unos meses después del inicio del tratamiento. Los efectos adversos más comunes incluyen: déficit cognitivo, sedación, mareos, incoordinación psicomotora y aumento del riesgo de fracturas de cadera causadas por la ataxia. (Bobes, J., 2005, Pag.128).

Los ancianos, al igual que los adultos más jóvenes, pueden llegar a tener dependencia de las benzodiacepinas, por lo que el clínico debe prescribirlas, siempre que sea posible durante períodos cortos de tiempo. Sin embargo, más que la posible dependencia, los mayores inconvenientes del uso de benzodiacepinas en ancianos son los citados previamente. En cualquier caso si se plantease la retirada del fármaco, ésta ha de ser gradual por la dependencia física y psíquica que puede existir. En algunos pacientes, incluso un descenso de la dosis gradual puede originar un síndrome de abstinencia.

(Bobes, J., 2005, Pág. 128).

Buspirona:

La buspirona ha demostrado su eficacia frente a la ansiedad en pacientes ancianos, con un inicio de acción que se retrasa en varias semanas, alcanzando su máximo efecto terapéutico a las 6 semanas. Un fármaco bien tolerado, que producen como efectos adversos cefaleas entre 15 y 45 mg por día, repartidos de una a tres tomas.

(Bobes, J., 2005, Pág. 128).

Antidepresivos:

Los antidepresivos tricíclicos han demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, teniendo una eficacia especial en los síntomas psíquicos de ansiedad y como fármacos sedantes. Sin embargo, su perfil de efectos adversos, dadas sus propiedades anticolinérgicas y la hipotensión ortostática que provocan, limita su utilidad en los ancianos. Las repercusiones del efecto anticolinérgico son la retención urinaria, estreñimiento, glaucoma, alteraciones en la conducción cardíaca, sequedad de boca, confusión y alteraciones de la memoria, dificultad para la concentración y desorientación. (Bobes, J., 2005, Pág. 128).

Los antidepresivos tricíclicos más adecuados en la población anciana son la nortriptilina y la desipramina, ya que la primera se asocia con un menor grado de dificultades por cambios ortostáticos, no aumentando la posibilidad de caídas y la segunda produce un menor efecto anticolinérgico. (Bobes, J., 2005, Pág. 128).

En cuanto los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) no está clara su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, y además requieren un seguimiento constante, así como la monitorización de los efectos secundarios.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social. Recientemente, se ha comenzado a investigar su indicación en el trastorno de ansiedad generalizada. La paroxetina ha resultado eficaz en diversos estudios frente a antidepresivos tricíclicos y frente a placebo. La tolerancia es mayor en la paroxetina que en la Imipramina y se iguala entre paroxetina y placebo.

Puesto que el trastorno de ansiedad generalizada coexiste con otros trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno de pánico o la fobia social, los ISRS pueden ser útiles en el tratamiento. Sin embargo, en anciano hacen falta estudios para determinar su eficacia y su tolerancia en el trastorno de ansiedad generalizada.

(Bobes, J., 2005, Pág. 128).

La venlafaxina es un antidepresivo cuyo mecanismo de acción es la inhibición de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN).

Dos estudios controlados frente a placebo han demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, mostrando evidencia en el control tanto de la ansiedad somática como de la psíquica. En ancianos, es un fármaco bien tolerado y con escasas interacciones medicamentosas.

No obstante, aún son muy pocos los estudios realizados, aunque ellos se observan su eficacia. La desventaja de este fármaco radica en la necesidad de control de la presión arterial, dadas las

elevaciones de ésta que puede inducir. (Bobes, J., 2005, Pág. 128).

Antipsicóticos:

Los antipsicóticos típicos y atípicos se utilizan en algunos casos en el tratamiento de la ansiedad grave cuando existe una agitación importante, junto con un fármaco antidepresivo. No obstante, en los ancianos su empleo supone un riesgo elevado de síntomas extrapiramidales, discinesia tardía, sedación, efectos anticolinérgicos y ortostatismo. No deben considerarse como tratamiento para la ansiedad si ésta no se asocia con agitación o sintomatología psicótica y, no se indica su uso de forma crónica. (Bobes, 2005, Pág. 128).

Bloqueantes B-adrenérgicos:

Han demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas vegetativos somáticos en períodos breves en adultos jóvenes. En ancianos, se encuentran limitados por su amplio espectro de efectos adversos como enfermedades pulmonares, alteraciones en la conducción cardiaca, insuficiencia cardiaca, diabetes, hipotensión, enfermedades vasculares periféricas, enfermedades renales, alteraciones cognitivas y delirium. (Bobes, 2005, Pág. 128).

Gabapentina:

La gabapentina se ha utilizado en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Su uso puede realizarse tanto en monoterapia como junto con otros tratamientos. Presenta la ventaja frente a las benzodiacepinas de no crear dependencia y, en general, sus interacciones medicamentosas son escasas, con el consiguiente beneficio en pacientes ancianos. (Bobes, 2005, Pág. 128).

Concluye entonces Bobes que los estudios clínicos han demostrado la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, de la misma forma que para otros trastornos de ansiedad. En general, se prefieren a los benzodiacepinas y la buspirona, en situaciones de comorbilidad con síntomas psicóticos, incluida la depresión.

Los antidepresivos tricíclicos son equivalentes en eficacia a las benzodiazepinas a corto y largo plazo. Sin embargo, los efectos secundarios limitan su utilización en ancianos. (Bobes, 2005, Pág. 128).

3.4 Tratamiento y técnicas de intervención

El tratamiento con el Análisis Transaccional se toma principalmente por medio de la utilización del método de transaccionar dentro del proceso psicoterapéutico. Por ahora es importante destacar procesos importantes que se tomaba de autores expertos en el proceso.

Comenzando por el mandato básico, “curar al paciente”, los transaccionalistas (como Steiner que siguen los dictados de Berne), sigue intentando lograr un desarrollo significativo lo más posible en la primera sesión y continúa diciendo que si fracasa, se van a casa, pensamos en ello, y lo intentamos otra vez en la segunda sesión, y así sucesivamente hasta que terminamos el trabajo, la mayoría de las veces esto se logra en un plazo de entre uno y dos años.

Esto es para volver a enfatizar que el único objetivo del trabajo transaccional es lograr cumplir el contrato y que el analista transaccional competente permanecerá centrado en ese objetivo, al igual que lo haría cualquier profesional en otras disciplinas maduras.

Steiner comentaba sus pensamientos en los cuales resaltan tres importantes factores para lograr que el trabajo de la psicoterapia esté hecho:

- Actitud
- Técnica e
- Información

Con la actitud adecuada, la técnica más efectiva y junto a la información se logra conseguir los resultados deseados. Es decir que, con la información más certera, la terapia tendrá un éxito máximo en su objetivo de la cura contractual.

Con estos requerimientos ausentes, lo mejor que uno puede esperar es el “poder de la amabilidad” que literalmente es, “dado que nos preocupamos sinceramente y que tenemos buenas intenciones, que no se hará daño alguno (excepto quizá para la cuenta bancaria del cliente)”, como bromea Steiner al mencionarlo, y dado que “la vertiente curativa de la naturaleza siempre está en funcionamiento, un tercio de nuestros clientes se pondrán bien sin importar lo que hagamos”. (Steiner ,2010, Pág. 230).

Entonces Steiner dejaba muy en claro que al poder de la amabilidad se necesita añadirle el poder de la inteligencia y junto a estos dos poderes, el poder del análisis transaccional generará una psicoterapia altamente efectiva.

Actitud Amorosa Entre los tres factores, la actitud del terapeuta es sin duda la que más inmediatamente se percibe por nuestros clientes y por tanto es prioritaria en importancia.

Una actitud liberada del Padre Crítico es esencial. Nada crece bien en un entorno tóxico. Por tanto, es esencial operar desde una posición carente de transacciones provenientes del Padre Crítico y crear un territorio y entorno radicalmente libre del Padre Crítico en el cual el cliente se sienta seguro y capaz de confiar.

La mayoría del entrenamiento terapéutico enseña una actitud agradable, amistosa y confiadamente tolerante, pero estas asunciones de actitudes implícitas no son precisamente suficientes para garantizar la resonancia límbica que se requiere para la psicoterapia verdaderamente potente.

Una zona libre del Padre Crítico está libre de juegos de poder, y de mentiras en particular. Comenta sin excepciones; sin mentiras piadosas o mentiras “terapéuticas”. Sin mentiras por omisión que escondan hechos importantes, ni técnicas que se basan en la mistificación. Sin mentir sobre lo que queremos y sobre cómo nos sentimos.

Libre del Padre Crítico significa libre de juicios negativos prejuiciosos, no importa lo bien que aparenten; libre de coerción, no importa lo terapéutico que pueda ser considerado. (Steiner ,2010, Pág. 230).

Libre del Padre Crítico significa libre de prejuicios negativos. Libre del Padre Crítico significa que el terapeuta trabajando con un cliente con el que no quiere trabajar, necesita corregir esa situación.

Actitud Nutricia: La actitud adecuada tiene como su principal personificación a un Padre Nutricio activo, protector que señala: “Te vigilaré y respaldaré”, la combinación de amor hacia el Niño desesperado. La actitud nutricia necesita ser encaminada al terapeuta tanto como al cliente. (Steiner, 2010, Pág. 230).

Actitud Adulta: “El amor a uno mismo y el amor a otros son esenciales para un buen trabajo terapéutico. Igualmente, importante es el amor a la verdad, el tercer componente esencial de una actitud efectiva”. El analista transaccional efectivo debe ser capaz de centrarse en el Adulto como menciona Steiner, con una mente abierta y pragmática, preparado para mantenerse firme e incluso aceptar información nueva y contradictoria. (Steiner, 2010, Pág. 230).

Esta actitud implica la desapasionada fuerza mental para defender lo que uno cree, y al mismo tiempo la apertura mental para cambiar inmediatamente la percepción y opinión de uno, cuando los hechos lo demandan. “La confrontación cariñosa con la realidad, libre del Padre Crítico, con una dosis sana de cuidado, bajo la guía descontaminada del Adulto, es la actitud adecuada”. (Steiner, 2010, Pág. 230).

Técnica: La técnica en cuestión, es el análisis transaccional, que consiste en analizar transacciones (muy importante como ya hemos establecido dentro del artículo). Esto significa que lo primero no es analizar la estructura de los estados del yo o la historia personal (la cual, aun siendo a menudo útil y relevante, no es lo más central según Steiner).

No significa centrar en la psique y el psicoanálisis, “una avenida que ha sido intentada y que fue específicamente abandonada por Berne como línea principal efectiva de teoría y técnica”. (Steiner, 2010, Pág. 230).

Las tres técnicas terapéuticas del análisis transaccional son los contratos, las preguntas y las transacciones sanadoras.

- Contratos: El contrato es el mecanismo de retroalimentación básico de este acercamiento a la psicoterapia.

Establece cuáles son los fines de la terapia y cuáles serán los criterios de su cumplimiento. Nivelada el terreno entre terapeuta y cliente usando un lenguaje sencillo y comprensible, y hace posible verificar y corregir la marcha de la terapia. Junto a los obvios y reconocidos efectos beneficiosos de los contratos terapéuticos.

- Preguntas: Así es necesario establecer que un buen terapeuta sigue haciendo preguntas en vez de “establecer un diagnóstico”. Es decir, la terapia efectiva está libre de términos fácilmente citados, pero básicamente sin sentido como “esquizofrénico”, “borderline” y demás jerga psiquiátrica, a menudo denigrante.

En vez de buscar un diagnóstico psiquiátrico, Steiner propone que como psicoterapeutas establecer primero una atmósfera de verdad que pueda reafirmar al cliente que está seguro para ser completamente honesto en sus respuestas. Dado este deseo de ser abierto y de no guardar secretos, el terapeuta puede reunir información significativa haciendo cuantas preguntas profundas, para averiguar lo que realmente está pasando con el cliente. “Con la información así reunida, podemos llegar a una imagen del cliente que realmente comprenderemos, más que simplemente encontrar algo en el manual diagnóstico”. (Steiner ,2010, Pág. 230).

Transacciones sanadoras

Dado que aceptamos el propósito de la terapia, la cuestión surge: ¿Qué hay que hacer para efectuar la sanación? Tres elementos ampliamente descritos muestran ese proceso: Permiso, Protección y Potencia.

Permiso: El principio universal que Berne resumió cuando decía “Las personas nacen príncipes y princesas y luego sus padres las convierten en ranas”, implica que pueden retornar a ser lo que eran, mediante el beso de un analista transaccional, o sea, que el proceso de la terapia consiste en la reversión de sucesos profundamente influyentes de la infancia. Los eventos en cuestión dispararon las decisiones, sensibles en la fecha en que se hicieron, que estaban basadas

en la información disponible para la persona, a menudo bajo las condiciones de un estrés traumático.

El Permiso es el proceso en el cual el terapeuta presenta al cliente una información actualizada y sugiere que prescindir de decisiones previas, de tal forma que se pueden tomar decisiones. Por ejemplo, confiar en las personas, buscar el contacto humano.

Con esta transacción de permiso en marcha, la terapia implica fundamentalmente proteger el proceso natural de sanación tal como tiene lugar.

Protección: Es trabajo del terapeuta, (luego del Permiso, proporcionar Protección frente a la oposición del Padre Crítico), para que el proceso siga su curso.

Potencia: Las funciones combinadas del Permiso y la Protección definen la Potencia del terapeuta como facilitador del proceso natural de sanación. En el caso de la psicoterapia, evitar la negligencia, por un lado, o por la administración de fármacos ciegamente errónea. Es tarea del terapeuta potente evitar tales influencias saboteadoras (como la arrogancia) y permitir hacer su trabajo.

Información: El tercer y último ingrediente básico de la buena psicoterapia es la información acertada y válida. Se ha atribuido la curación a muchos factores: desde el alivio de la presión en el cerebro hasta la simple conversación. Los modernos e inteligentes consumidores actuales de servicios psicoterapéuticos, menciona Steiner, que se espera de nosotros los psicoterapeutas que apliquemos en nuestro trabajo una información válida, útil y constructiva.

Se mencionan cuatro áreas para terapéuticas eficientes. Cuerpo-Mente.

1. Caricias: Es esencial un suministro de caricias positivas para la salud mental y física. Sorpresa: el déficit de caricias, la falta de ejercicio, una mala vivienda y un trabajo repugnante o ningún trabajo en absoluto causan la depresión. Caricias, ejercicio, un buen cobijo y buen trabajo funcionarán mejor que algunos fármacos prescritos. (Steiner ,2010, Pág. 230).

2. Educación Emocional: Las emociones son las representantes del cuerpo en la vida mental de las personas. Conocer las de uno y las de los otros es absolutamente esencial para una vida efectiva. Otra sorpresa: Yo te puedo hacer sentir (bien y mal) y viceversa.
3. Somos Animales: Mucho de lo que queremos y de lo que a menudo hacemos está enraizado en nuestra naturaleza e impulso animal. Estos impulsos han de ser reconocidos antes de que los podamos domar y poner al servicio de la cooperación y bienestar de una sociedad moderna democrática y cooperativa.
4. Somos lo que Comemos: El bienestar está en conexión con lo que consumimos. La comida rápida es dañina para nuestra salud orgánica por tanto mental. También lo es el uso inapropiado de la nicotina, la cafeína, las drogas legales con o sin receta, las drogas ilegales y el alcohol. La adicción, la dependencia química (un asunto distinto a la adicción), el uso apropiado de fármacos y la sobriedad deben ser ampliamente comprendidas por el terapeuta efectivo.
5. Trauma: La vida está acompañada de estrés, ansiedad y dolor; las heridas, el abuso, el temor y la desgracia son parte de una vida normal. Cuando estos factores estresantes se acumulan, o se hacen lo suficientemente grandes o permanentes pueden exceder nuestra capacidad para manejarlos.
Cuando el estrés normal cruza el umbral de manejabilidad y se convierte en trauma sufrimos cambios físicos y psicológicos que se pueden volver permanentes y crear toda suerte de síntomas. (Steiner ,2010, Pág. 230).

Comenta Sáenz que Berne estudió fundamentalmente cuatro áreas: Estados del Yo, Transacciones, Juegos Psicológicos y Argumento. Es decir, analizó al individuo intrasíquicamente, a través de los estados Padre, Adulto y Niño, con los instrumentos siguientes: estructura de los Estados del Yo de primer y segundo orden, su estructura Funcional y las psicopatologías correspondientes.

También analizó al individuo “en el ámbito de las relaciones sociales a través de las Transacciones, cuyo instrumento son las Caricias, de los Juegos Psicológicos (cuyo instrumento es el Triángulo Dramático), del Argumento, como instrumentos el Miniargumento y el Miniguion”. Así sigue complementando citando a “Kertész ofrece la agrupación de los

elementos del Análisis Transaccional en 10 categorías o 10 instrumentos”.
(Sáez, 2001 Pág. 29).

Kertesz (2010) menciona los puntos importantes que Berne establecía para la psicoterapia siguiendo 4 pasos ordenados:

Análisis Estructural (estudiando la personalidad individual)

Análisis de las Transacciones (descripción de lo que ocurre entre las personas)

Análisis de los Juegos psicológicos (o series de transacciones repetitivas, con una parte inconsciente y un final previsible)

Análisis del Argumento de vida (un plan de vida formulado en la infancia y luego olvidado).

Kertesz (2010) presenta los 10 instrumentos dentro de enfoque de Berne, los cuales son:

Padre Adulto Y Niño

Análisis De Las Transacciones

Caricias

Posiciones Existenciales

Emociones Auténticas Y Rebusques

Juegos Psicológicos

Estructuración Del Tiempo

Argumento Y Metas De Vida

Miniargumento

Dinámica de Grupo

Para definirlo más puntual Sáez menciona:

1. Análisis Estructural y Funcional.

Es el esquema de la Personalidad, basado en el Padre, el Adulto y el Niño. Funcionalmente son: Padre Crítico, Padre Nutritivo, Adulto, Niño Natural y Niño Adaptado, son realidades psicológicas desde donde nos comunicamos con los demás.

2. Análisis de las transacciones,
Simbiosis, descalificaciones. Es el análisis de los intercambios sociales con sus aspectos positivos y negativos. Esta comunicación puede ser verbal o no verbal. Comienza la fase interpersonal del Análisis Transaccional.
3. Caricias (estímulos).
Estímulos, incentivos y satisfacciones de nuestras necesidades que nos damos o damos a los demás. Pueden ser caricias físicas o psíquicas. El hambre de caricias determina muchas de nuestras actividades y qué hacemos con nuestro tiempo.
4. Posiciones Existenciales.
Son el juicio que adopta el Niño acerca de cómo se siente y se percibe a sí mismo y a los demás en los primeros años de la vida. La decisión tomada, aunque sea inconscientemente, va a cristalizar en un guion o programa a seguir.
5. Emociones auténticas y “rebusques”.
Componentes emocionales repetidos de nuestra conducta. Las emociones auténticas para el AT son: Alegría, Amor, Tristeza, Miedo y Rabia. El rebusque es una emoción inadecuada que reemplaza una emoción auténtica. Se llama “rebusque” porque uno se la “rebusca” para volver a sentirla.
6. Análisis de los Juegos Psicológicos.
Implican las relaciones humanas a través de secuencias de transacciones ulteriores. La gente “juega” para satisfacer necesidades básicas y vitales de su Niño Adaptado. Estos proveen de caricias negativas, confirman la posición existencial y los mandatos parentales. También ayudan a mantener y reforzar los “rebusques” aprendidos en la infancia.
7. Estructuración del Tiempo.
Es el análisis de las seis formas de estructurar el tiempo. Más allá de las simples transacciones, y buscando caricias, el individuo tiene hambre de programar el tiempo. Para Berne son: Aislamiento (sin contacto con los demás), Actividades, Rituales, Pasatiempos (con contactos programados socialmente), Juegos e Intimidad (con contactos programados individualmente).
8. Argumento y metas de vida. Es el conocimiento de la formación del especial guion de vida adquirido en la infancia y de su fuerza para alcanzar o no las metas de vida.

9. Análisis del Miniargumento. Es el estudio de una secuencia repetitiva de sentimientos y comportamientos observables, y que parte de los mandatos parentales. Avanza en el sistema negativo de conductas. Es un instrumento desarrollado por Kahler.
10. Dinámica de grupos. Se describen las organizaciones sociales y dinámica de grupo desde el Análisis Transaccional. Se interviene con este instrumento en la organización interna y externa del grupo, el liderazgo, las etapas de desarrollo, etc.
(Sáez, 2001 Pág. 29).

3.5 Eficacia del Análisis Transaccional

El Análisis Transaccional no quiere ponerle atención al ¿Por qué? Ni ¿Cómo pasó? no darle tanta relevancia si no es necesaria al ¿Por qué? es así sino enfocarse a como es ahora y como le afecta hoy lo que se presenta. Se maneja dentro de la actualidad en donde se siembra una duda a la persona para poder hacer conciencia de las bases de lo que soy dando como consecuencia “aceptar lo que soy hoy”. Ya que si se acepta esas bases propias se puede encontrar la mejor forma de vivir dando pauta a que esta psicoterapia a que el paciente. El Análisis Transaccional no solamente es un instrumento provechoso para las personas entrenadas en el campo de la psicoterapia, sino que proporciona al público en general una estimulante perspectiva del comportamiento humano que la mayoría puede comprender y utilizar. El AT estimula el empleo de palabras sencillas, directas y, a menudo, coloquiales, en vez de términos psicológicos, científicos o jerga, (James, 1986).

¿Con qué puede contribuir el análisis transaccional a este proceso? El hecho es que el analista transaccional entrenado está óptimamente equipado, como se detalla:

Capacita para observar el proceso transaccional y analizarlo como un medio de intercambio de información.

Capacita para distinguir los matices transaccionales generados por tres estados del yo diferentes y las variadas combinaciones de transacciones que pueden ocurrir entre los tres diferentes niveles de significado intercambiado entre ellos. Somos conscientes de las características de las transacciones Padre a Niño comparadas con transacciones de Adulto a Adulto, y otras combinaciones de los estados del yo en las transacciones.

Se comprende la patología de las transacciones. Sabemos cómo un intento de comunicación se puede convertir en un juego y sabemos cómo ayudar a la gente a parar estos patrones dolorosos de intercambio de información y caricias. Se tiene técnicas para ayudar a la gente a amar y a ser correspondidos con el amor. Se identifica cómo los nocivos patrones diarios se encadenan para formar un guion de vida y sabemos cómo interrumpirlo. Se conoce las características de las transacciones sanas (ricas en caricias positivas) y cómo dar a las personas permiso y protección para engancharse a ellas. Se aprende a responder a las mentiras y como ayudar a la gente para dejar de mentir y dejar de aceptar las mentiras de otros.

Se conoce la importancia del contrato terapéutico y estamos habilitados para establecer tales contratos. Se entiende la presión de lograr la finalización de un contrato y cómo esto anima al uso de la información válida más que al de la opinión, la especulación, el prejuicio o la información falsa. (Steiner ,2010, Pág. 230).

3.6 Plan Terapéutico

La etapa transaccional se enfoca en utilizar la psicoterapia, a través, de las transacciones para poder manejar los distintos diagnósticos establecidos. En algo que el Análisis Transaccional se encuentra de acuerdo es que dentro del tratamiento con Adolescentes y Adultos con Trastorno de Ansiedad Generalizada debe ser integrativo y en parte multifuncional. ¿A qué se refiere? Es una propuesta terapéutica que si bien es muy eficaz para lograr la mejora de pacientes, no entra en conflicto con ningún enfoque terapéutico sino desde el pensamiento transaccional se pueden adaptar diversos puntos que pueden apoyar el tratamiento.

Junto a la psicoterapia y los psicofármacos se puede tomar cada una de la sintomatología y establecer el manejo de la Ansiedad Generalizada presentada por el paciente. El Análisis Transaccional pone como punto focal el Aprendizaje dentro del proceso terapéutico, tanto es importante manejar primero la crisis del paciente (para lo cual a veces es necesario utilizar algunos fármacos), pero es importante, para el terapeuta, colaborar para que el individuo inicie su proceso de desarrollo mediante el entendimiento y comprensión de lo que le sucede en el momento y a lo largo de su vida.

Para el AT la fuente principal de Transaccionar es permitir la descarga del paciente, la identificación de las transacciones (no interpretación) y el proceso de consciencia de la situación que se está par que el propio individuo pueda entender y comprender el estado en el que se encuentra y así encontrar la forma de adaptarse a él.

El Dr. Rolando Paredes menciona: “Se debe primero tener un diagnóstico y sin él no hacer nada” (Paredes, 2018), luego se debe bajar el nivel de intensidad de energía que se tiene, a raíz de carga emocional, (para lo cual a veces se necesita la ayuda farmacológica), finalmente trabajar en la parte PAN de la persona (por medio del AT, las transacciones) que se necesita trabajar y así lograr la estabilidad presente de la persona.

Dentro de las Transacciones cada palabra puede ser la clave de todo ya que nos muestra la base de cada persona para que a partir del aprendizaje se encuentre la mejor forma de vivir, y su propia forma de psicoterapia es aprender a vivirla de la mejor manera posible con lo que tiene hoy con su persona.

Por tanto, personalmente propongo que se utilice este enfoque para mejorar la salud mental de las personas que padecen de (lo que el DSM 5 llama), el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el énfasis de este artículo. Lo que continua es utilizar las principales herramientas del AT, a través de los 10 instrumentos que se adecuen más para el paciente que nos visita. En lo personal estas personas con la sintomatología similar, Ansiedad Generalizada = Rebusque (una emoción inadecuada que reemplaza una emoción auténtica), manejan puntos que coinciden con uno de los instrumentos que propone el AT. Juegos Psicológicos (algo que se repite una y otra vez, con un proceso ulterior / trampa que termina con una ganancia no legítima). Sin embargo, es importante que antes de adentrarse tanto en la historia del paciente, es importante manejar con una capacidad eficiente el análisis como tal de las transacciones que nos indican tantos detalles del sujeto que solo con ello podemos como terapeutas de forma práctica llevar una guía para que el paciente ordene sus propios pensamientos.

En lo personal no es necesario meterse tan de lleno a confrontar a la historia del individuo, y se puede solo evaluar y manejar a partir de los primeros dos instrumentos los cuales son:

Estructura Padre, Adulto y Niño: A partir de la Estructura se observa que el individuo maneja ciertas posturas, ciertas conductas, ciertos comportamientos, perspectivas, entre otros., que pueden ir cambiando según la situación en que se encuentran, así también con las personas que manejan esta anticipación catastrófica se puede identificar ciertos patrones de manejo interno de sus estados del yo en donde se puede predecir que, o por donde, se puede manejar el sentimiento provocado en su mente y ordenarlo de tal manera para evitar que se complique y así también se prevenga la sensación de alerta cuando suceda (desde su niño sumiso, utilizando su padre protector y mejorando la comprensión de su adulto). Para finalmente alimentar la energía positiva que maneja el sujeto y refleja en su estado de ánimo a través del manejo de sus diálogos internos y el desarrollo en el ordenamiento mental de sus pensamientos, para finalmente tenga un mayor nivel de congruencia dentro de su sistema emocional y sistema de respuestas.

Análisis de Transacciones: Al identificar las transacciones que presenten dentro de la sesión terapéutica (descritas anteriormente), el individuo ya se analiza lo que se debe hacer para si se está en crisis aliviar los síntomas, en lo personal mediante del método de introspección consciente. Es decir, manejar métodos de relajación, luego permitiendo la descarga de la parte estructural que se está manejando en ese momento (Padre y/o Niño), hacer conexión con el adulto del paciente y cuando se dé la oportunidad dentro de la sesión o sesiones posteriores explicar al paciente cómo funciona la parte, que corresponde de su ser, para provocar el aprendizaje de su persona, lo que llevara en algún momento a su propio insight de que le está incomodando.

Cuando menciono sobre relajación una propuesta sumamente importante de integrar el Análisis Transaccional es utilizando la Relajación Progresiva de Jacobson que es de carácter fisiológico el cual es muy necesario en trastornos como la Ansiedad Generalizada, la cual provoca un nivel adrenérgico elevado y una tensión muscular grave.

Esta relajación progresiva implica relajar los músculos luego de provocarse voluntariamente una tensión mucho más intensa de la ya establecida para de manera abrupta soltar cada grupo de músculos que se vayan seleccionando durante el proceso guía que se maneja en terapia.

Incluye tres fases a seguir:

Tensión Relajación: Se refiere a la tensión física de cada uno de los grupos que se van indicando dentro del desarrollo de la técnica. Se explica como se realiza a continuación:

- Se inicia con la relajación de la cara, cuello y hombros (con repetición de 3 veces, con intervalo de unos segundos de descanso).
- Se continua con la relajación de brazos y manos (contrayendo sin moverlos para luego relajar lentamente).
- Luego se relaja las piernas (primero una luego la otra notando la presión en cada una de ellas para luego relajarlas lentamente).
- Finalmente, para la relajación de tórax, abdomen y región lumbar (hacer los ejercicios preferiblemente sentado en una silla).

Revisión Mental: Es importante recordar el momento en que la relajación física se realiza para hacer consciente que parte sigue tensionada, para relajar un poco más esas partes que necesitan de repetición o si se logró relajar cada una de ellas.

Relajación Mental: Esta parte es importante aun siendo la final se puede decir que es necesaria, significa proyectar mentalmente una imagen, color, etc. Que provoque en el paciente llegar a un estado mental distinto al que se encuentra actualmente.

Todas las fases se recomiendan que no lleven prisa, pero si un tiempo estipulado de 10 a 15 minutos en total. Para el proceso de Terapia consideraría:

- Primero una entrevista breve al paciente de sus datos primarios y estado actual
- Explicarle el propósito de la psicoterapia y nuestro rol como terapeutas
- Establecer un contrato inicial (modificable), a partir de lo presentado por el individuo
- Calmar la crisis con el paciente mediante una relajación breve que consta en Aflojando los músculos a través del movimiento bucal (mandíbula hacia abajo) para dar pauta al cerebro que inicie la relajación muscular, que es muy importante y si no es suficiente iniciando previamente con una técnica como la relajación progresiva explicada anteriormente.

- Dar pauta a la descarga emocional (a partir de su Padre o niño) con los ojos cerrados para que el paciente se concentre.
- Realizar el análisis (no interpretación) de las transacciones del paciente (verbales o no verbales)
- Identificar el estado del yo que más utiliza el sujeto
- A partir de allí comunicarnos con el paciente desde el estado del yo que el paciente presente siempre conectando con el adulto
- Continuar la comunicación luego de la descarga identificando o dando datos para el aprendizaje de la persona
- Si no existen sistemas de referencia proporcionarlos poco a poco según lo necesario
- Luego de la información proporcionada establecer un contrato terapéutico con el cual se permita continuar con el desarrollo posteriormente del adulto para que entre las siguientes sesiones pueda continuar poniendo en práctica la consciencia obtenida.
- En el punto adecuado hacer consciente de que es lo que maneja para que con esa introspección realizada en la sesión que el sujeto identifique por él mismo ¿Qué? es lo que lo mantiene en esa postura de preocupación excesiva (ansiedad / angustia) y como está afectando hoy esa situación en su mente como pensamientos que provocan es comportamiento adrenérgico a su salud física y la inadecuación mental en su sistema de respuestas. Es importante desde la primera sesión se logre obtener un mínimo de consciencia de parte del sujeto de la situación.
- Cerrar el proceso con la conclusión del tema para continuar con el de desarrollo.
- Iniciar con la descontaminación del estado del yo (que generalmente se da en pacientes con Ansiedad Generalizada) para poder continuar con el desarrollo;
- Descontaminar el Adulto es el proceso por el cual se empieza a utilizar información para que las personas lo procesen, de manera razonable.
- Finalmente alcanzar la autonomía del sujeto.
Autonomía siendo el asumir responsabilidad de su estado actual (pensamientos, sentimientos), gobernarse a sí mismo, consciencia de su estado, aceptación de su persona, y el manejo de su propio sistema de respuestas, deshacerse de patrones / hábitos inaplicables para vivir en el aquí y el ahora.

Las personas con Ansiedad Generalizada se toman como personas que tienen dentro de su estructura personal una contaminación en donde el estado del yo complica su estado adulto, ya sea desde su Padre, desde su niño o ambos y es incapaz de corregir su mala organización de pensamientos, es decir, una intrusión de información que procede del Padre o del Niño en el Adulto en donde el Adulto incluye ésta como parte esencial más no lógica o racional / real, para hacer del individuo una persona capaz de convertir esto en un desarrollo autodidacta en el cual el mismo logre tener su propio equilibrio.

3.6.1 Terapia individual

El Análisis Transaccional es un enfoque racional encaminado hacia la comprensión del comportamiento, con base en la suposición de que cada individuo puede aprender a confiar en sí mismo, a tomar sus propias decisiones y a expresar sus sentimientos. Los principios del AT pueden ser aplicados en el trabajo, en el hogar, en el aula, en el barrio: dondequiera que la gente trate con gente. (James, 1986).

El cambio comienza con un contrato bilateral entre el terapeuta y su cliente, que maneja el alivio de síntomas para luego tratar de la manera de adquirir control sobre comportamientos utilizando el análisis de transacciones para identificar más no interpretar la situación actual del paciente.

3.6.2 Terapia grupal

El Análisis Transaccional se utiliza preferentemente con grupos porque, en esta situación, los individuos pueden hacerse más conscientes de ellos mismos de la estructura de su personalidad, de la manera en que efectúen transacciones con los demás, de los juegos que practican y de los guiones que representan. “Este conocimiento les permite verse más claramente y, por consiguiente, pueden cambiar lo que deseen cambiar y fortalecer lo que deseen fortalecer”. (James, 1986).

“Técnicas de prevención y rehabilitación, como la psicoterapia, el entrenamiento asertivo (firmeza sin agresividad), o el desarrollo organizacional, realizan cambios planificados de la

personalidad en individuos y grupos, siendo el Análisis Transaccional una de las ciencias psicológicas más efectivas para esos fines. Su filosofía de confianza en las potencialidades humanas y sus eficaces técnicas, muchas de ellas auto aplicables, lo hacen posible”. (Kertész, 2010).

Conclusiones

Miedo es una emoción auténtica biológica del ser humano, el cual se utiliza como método de sobrevivencia. La Ansiedad es, como el Análisis Transaccional lo explica, una anticipación catastrófica que produce tensión muscular. La Ansiedad Generalizada se toma como una patología en el cual el ser humano que la padece se encuentra en un estado repetitivo en el cual está en una constante búsqueda de su pensamiento distorsionado y al no poder saciar esa necesidad se encuentra en una angustia frecuente. Una Ansiedad Constante como la Ansiedad Generalizada es, a mi criterio, uno de los principales inicios de patologías más dañinas a nivel físico, mental.

Según las investigaciones presentadas dentro de este artículo, se deben de llenar criterios para poder diagnosticar un Trastorno de Ansiedad Generalizada, Ansiedad excesiva y persistente, entre ellos, se tiene que presentar con continuidad de seis meses lo mínimo, aparecen síntomas físicos clínicos significativos como por ejemplo: problemas de sueño, no debe ser atribuida la ansiedad por otro trastorno mental, no se debe atribuir la ansiedad por otros efectos fisiológicos provocados por una sustancia.

Los estudios establecidos han concordado en que los síntomas más comunes para personas que padecen Ansiedad, por ende, su patología Ansiedad Generalizada tienden a presentar características muy importantes que afecten la vida de estas personas como seres e individuos parte de una sociedad. Dicho esto, es importante notar los siguientes para identificar que la situación se está presentando en el paciente: Tensión muscular, fatiga, preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, bajo rendimiento en actividades cotidianas, irritabilidad, temor, como principales. Estos son clave para saber manejarlos dentro del proceso psicoterapéutico y poco a poco ayudar a la persona a manejar este estado y lograr salud. tensión muscular, fatiga, preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, bajo rendimiento en sus actividades cotidianas, Irritabilidad, temor.

Se establece como eficiente utilizar el Análisis Transaccional como enfoque principal para el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Para la

descontaminación estructural de sus estados de yo (Padre, Adulto, Niño) del individuo, así como el ordenamiento mental que mejora la salud y manejo positivo de su energía propia.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid.: Medica Panamericana.
- Berne, E. (1986). Juegos en que participamos Psicología de las Relaciones Humanas. México: Diana
- Bados, A. (2009). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Barcelona, España. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M.P.G., Sáiz P.A. (2005). Trastorno de Ansiedad Generalizada. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.
- Camino, J. L. (2009). La Filosofía, medicina del alma (12 reflexiones). Barcelona: La Busca Ediciones SL.
- Cosacov, E. (2007). Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología. Córdoba: Brujas.
- Galimberti, U. (2002). Diccionario de Términos Técnicos de la Psicología, B, Córdoba: Brujas.
- González, R. (1986). Triunfa con tu pareja, Análisis Transaccional para el desarrollo de la pareja humana. México: Librería Parroquial de Clavería, S.A.
- James, M. (1986). Nacidos para triunfar, Análisis Transaccional con Experimentos Gestalt. México D.F. Sistemas Técnicos de Edición S.A.
- Kertész, R. (2010). Análisis transaccional Integrado. Buenos Aires Argentina: Editorial IPPEM.
- Kierkegaard, S. y Merchán, V. S. (1975). Temor y temblor. Editora Nacional.

N/A Grupo de Trabajo Universidad Nacional Cayetano Heredia. La depresión. Lima, Perú.
Ministerio de Salud Módulo de atención Integral de Salud en Salud Mental

N/A Grupo de Trabajo de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2008). Guía de
Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención
Primaria. Plan Nacional para el SNS del MSC. Comunidad de Madrid. Agencia Laín
Entralgo.

Rodríguez, Ovidia. (2006). Salud Mental Infanto-Juvenil. Editorial Ciencias Médicas.

Sáez, R. (2001). Los Juegos Psicológicos según el Análisis Transaccional, Dos no juegan, si
uno no quiere. Madrid. Editorial CCS

Steiner, C. (2010). El Corazón del Asunto, Amor, Información y Análisis Transaccional.
Sevilla, España. Editorial Jeder.

Turner, T, (2001) Depresión + ansiedad., Londres, Reino Unido. Hancourt Health
Communications.

Valbuena, F. (2006a). El análisis transaccional (propriadmente dicho), de Eric Berne. En F.
Valbuena (Ed.), Eric Berne. Teórico de la comunicación.

Vázquez, M.A., Fancica, P.A. (2018). El hombre guionado: Principios de Análisis
Transaccional. Argentina. Ediciones Universidad Católica de Salta.