

EL DIAGRAMA DE ÁREAS DE CONDUCTA Y ROLES UNDAMENTALES-2010

Dr. Roberto Kertész

Historia

Este esquema, creado por el Dr. Roberto Kertész en base a otro previo de uno de sus maestros, el Dr. Enrique Pichón-Riviére, (en Bleger, 1963), fue presentado por primera vez en el Seminario Avanzado de Análisis Transaccional de América Latina (SALAT) en Buenos Aires en 1976 y publicado en *"Análisis Transaccional para Todos"* en 1978 (Editorial Conantal, Buenos Aires).

Si bien la Asociación Iberoamericana de Análisis Transaccional y Ciencias del Comportamiento (ANTAL) lo incorporó como uno de los "instrumentos" del A.T. y es aplicado en toda Latinoamérica y España, no es utilizado en otras áreas del mundo.

Ha sido llamado "el mandala", "la torta", pero el término más difundido es "la pizza".

Para sistematizar mejor su empleo, en especial para lo actualmente llamado "coaching", (antes crecimiento o desarrollo personal) en este "work book" o texto de trabajo, presentamos Cuestionarios de Autoevaluación para cada una de las variables que integran sus 3 Áreas.

También puede ser aplicado por otras personas (familiares, otros allegados, psicoterapeutas, docentes, investigadores, deportólogos, etc.) y comparar los propios resultados con los marcados por ellos, para mayor objetividad.

Fundamentación filosófica y científica



La división en tres (mente, cuerpo y ambiente) de la existencia humana data de tiempos inmemoriales, pero la central en vez de *Mente*, desde lo religioso se denominaba "alma" o "espíritu", como algo separado e independiente de lo corporal. El filósofo Descartes la llamó "*res cogitans*" (algo así como cosa pensante, sin extensión) y "*res extensa*". La primera estaba reservada a los religiosos, la segunda a los médicos. También antiguamente se consideraba al corazón como la sede de las emociones (posiblemente por sentirse las mismas frecuentemente en esa zona). Desde el punto de vista científico, el *cerebro*, que es parte del cuerpo, es el sustrato físico de la Mente, que abarca a los tres componentes de la conciencia:

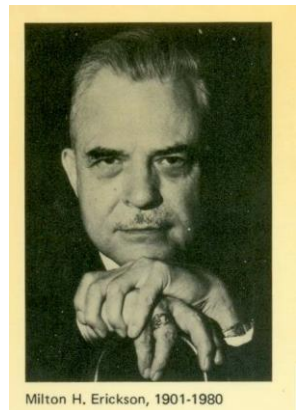


1. la percepción de la propia existencia,
2. de los fenómenos internos (pensamientos, imágenes sensoriales, sensaciones y emociones) y
3. del mundo externo a través de los sentidos (Kertész, 2008)

Los diferentes conceptos de la mente inconciente



Además de los mencionados componentes de lo que llamamos “*Mente*”, debemos añadir la referencia a la “*mente inconciente*”, en el sentido del Dr. Milton H. Erickson: un vasto reservorio de aprendizajes y recursos. Este concepto es muy diferente del postulado por Freud y otros teóricos del psicoanálisis, que lo conciben como un depósito de impulsos y represiones de deseos, en conflicto



Milton H. Erickson, 1901-1980

con el llamado Superyó, moralista y represor.

Aunque no fue ni el primero ni el único en referirse a lo inconciente, en el momento histórico en que se pretendía aplicar al ser humano los métodos de las ciencias duras exclusivamente, tuvo un gran valor el aporte de Freud al describir fenómenos que no podían encuadrarse en la conciencia racional, aunque en nuestra opinión hoy día ese valor es más bien histórico.

A fines del Siglo XIX, por ejemplo, no se conocían las funciones diferencias de los dos hemisferios cerebrales: el *izquierdo* llamado “dominante”, sede de lo racional, lógico, temporal y secuencial. El *derecho*, de lo intuitivo, holístico, creativo y de las diversas imágenes sensoriales. En los zurdos esto suele estar invertido.

Observando los comportamientos de las personas, más bien se podría afirmar que el dominante es el hemisferio derecho, por el escaso control que ejerce lo racional en sus vidas.

Pero en Occidente, salvo en carreras artísticas, prácticamente toda la educación apunta a las funciones del hemisferio izquierdo, dejando de lado los potenciales de extraordinario valor yacentes en el derecho. Muchas de las funciones llamadas inconcientes residen en este hemisferio, justamente. Una de sus innumerables aplicaciones consiste en el “brain storming” o tormenta de cerebros, por el cual una persona o grupo generan muchas ideas libremente sin someterlas a evaluación, para luego analizarlas racionalmente en una etapa posterior. O apelar a los sueños, como lo hizo San Martín, para resolver problemas.

Una forma muy sencilla de definir al inconciente es por exclusión: “*lo que no está en nuestra atención en este momento*”. En inglés, “*what we are not aware of at this moment*”. Lo cual tiene implicancias de enorme importancia para nuestras comunicaciones internas y externas, incluyendo la psicoterapia y otros recursos para el cambio.

De acuerdo al “número mágico” de Miller: 7 ± 2 , sólo podemos atender a un número de 5 a 9 “conjuntos” (chunks, en inglés) de información.

Cuando nos percatamos de algo, indefectible dejaremos de estar atentos o otros estímulos. Por ejemplo, mientras Ud. está leyendo esto, tal vez esté conciente de la posición de su cuerpo o de sus asociaciones con el texto, pero no de algún sonido del ambiente, y así siguiendo.

Por eso, aunque se llame “*inconciente*” a esa amplísima base de datos, podemos comunicarnos, paradójicamente, con partes de la misma a voluntad, como la hacía Erickson consigo mismo y con sus clientes.

Si quiere probarlo, pregunte a su mente inconciente qué desea más en este momento de su vida, y espere la respuesta, que puede llegar en pensamientos, una voz, en imágenes, sensaciones o emociones.

Desde luego que existen recuerdos traumáticos a los cuales es más difícil acceder, pero esto se puede interpretar como una protección ejercida por el inconciente hacia la parte conciente, que no sería capaz de procesarlos. Hay técnicas específicas para acceder a dichos recuerdos en caso de que convenga hacerlo, como por ejemplo, empequeñeciendo las imágenes visuales traumáticas y disociando lo que se ve u oye de lo que se siente, empleadas por Erickson y otros hipnoterapeutas.

Desde luego, además de los procesos cognitivos, emocionales y sensoriales, el cerebro posee programas genéticos inconscientes para nuestro funcionamiento corporal / fisiológico (en sus divisiones simpática y parasimpática), que sería imposible seguir conscientemente porque impediría la atención a otros eventos. Entre ellos, la regulación de la presión arterial, el latido cardíaco, la digestión, el nivel de glucemia, etc.

Pero hay dos funciones automáticas y habitualmente no conscientes del organismo que pueden tornarse voluntarias: la *respiración* y el *tono muscular*: dos puentes entre lo consciente y lo inconsciente corporal, que por algo son utilizadas hace miles de años por la sabiduría oriental (budistas, yoghis, etc.) y hoy día son muy útiles para el manejo del stress.

También debemos mencionar otras funciones automáticas, como la percepción de los estímulos externos a través de los cinco sentidos y las conductas motoras.



**EN RESUMEN: MENTE Y CUERPO SON
DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA ,
PERO ADEMÁS INTERACTUANDO CON EL AMBIENTE FÍSICO Y
SOCIAL:**

MENTECUERPOAMBIENTE

En la vertiente religiosa, el alma o espíritu se adscribiría al círculo interior (Mente), así como otras experiencias llamadas espirituales y místicas.

Lamentablemente, el dualismo cartesiano sigue vigente en el llamado “*modelo médico*” o de enfermedad, en el caso de los trastornos psicósomáticos.

Dicho modelo trata al cuerpo como algo *separado* de las cogniciones, imágenes y emociones, ignorando al mecanismo del stress en cuanto a la génesis de dichas alteraciones, pero también lo emplea para afecciones psiquiátricas, pretendiendo “curar” todo con medicamentos, cirugía, dietas y otras intervenciones puramente somáticas.

En la actualidad, nuevas disciplinas como la Psiconeuroinmunología, investigan las interacciones ente los distintos componentes de la unidad *MenteCuerpoAmbiente*, conociéndose los mecanismos de la disminución de las defensas ante eventos stressantes (resfríos a repetición, infecciones, incidencia sobre la génesis y evolución del cáncer, etc.).

Y el caso inverso: el ataque al propio organismo observado en las enfermedades autoinmunes como el asma, lupus eritematoso, artritis reumatoidea o la colitis ulcerosa.

Curiosamente, estas alteraciones eran percibidas en la antigüedad hasta cierto punto y tratadas con intervenciones que podrían llamarse psicósomáticas, especialmente en Oriente, pero también entre los griegos, como la catarsis buscada en espectáculos teatrales.

Con los notables avances de la medicina organicista, hoy día las principales causas de muerte se deben al inadecuado manejo del stress psicosocial y del estilo de vida del hombre moderno: alimentación indebida, adicciones, competitividad, necesidad excesiva de status y poder, insuficiente o ausente ejercicio físico y contacto con la naturaleza.

Un estudio internacional de primeras consultas médicas descubrió que alrededor del 50% son puramente de origen psicológico, un 25% psicósomáticas y el resto orgánicas (traumatismos, infecciones, intoxicaciones, etc.) ¡ Sin embargo, prácticamente todas son enfocadas como orgánicas!

La llamada “*medicina psicósomática*” se inició en forma contemporánea en el primer cuarto del siglo XX, con pioneros como Flanders Dunbar en los E.E.U.U. y médicos con orientación antropológica en Europa. Pero esa orientación hoy día ha quedado superada, debiendo ser reemplazada, como lo mencionamos, por medicina “*biopsicosocial*”, añadiendo el factor interpersonal y ambiental en general.

Un caso de este enfoque “biopsicosocial”

Recuerdo que a poco de iniciar mi práctica como médico y cursando la especialidad de Psiquiatría en la década del 60, se presentó un paciente, G. V., con el diagnóstico de úlcera gastroduodenal, tratado por un colega especialista en Gastroenterología con antiácidos y dieta.

¡Ni soñar con que la consulta hubiera sido para un trabajo en equipo sobre esa afección, ni fue recomendado por el colega con ese motivo, sino porque “además tenía un cuadro depresivo”! Está clara la dicotomía entre mente y cuerpo.



Al interrogar a esta persona, nos refirió que hace años su matrimonio era conflictivo. Su personalidad, poco asertiva, con mensajes familiares no verbales, como “*No te defiendas...hay que aguantar... no expreses lo que sientas... no te acerques a la gente*”, eligió inconscientemente a una esposa agresiva y quejumbrosa.

En realidad, si bien el proceso de comunicación de ella era muy desagradable, expresaba su insatisfacción con la falta de “caricias” de su esposo, muy poco expresivo. Y ni hablemos de lo sexual...¿para qué?

Estos círculos viciosos son muy frecuentes en las parejas y una vez que se establecen, se eternizan para el mutuo sufrimiento.

Entonces, contrariamente a las formaciones que estaba recibiendo: psiquiatría tradicional por una parte y psicoanalítica por la otra, las cuales no aceptaban la atención a familiares como partes del problema, cité a la esposa. Apelé al sentido común, confrontando enseñanzas que no podía verificar en la práctica (en esa época asistía al Hospital Neuropsiquiático Borda y al policlínico Rawson, en diferentes días y procuraba intuitivamente lo que hoy día se llama “psicoterapia basada en la evidencia”).



De izquierda a derecha: Prof. Edmundo Fischer (Jefe del Servicio de Psicofarmacología y Bioquímica Experimental, Hospital Neuropsiq. Borda, Alberto Bonhour, Director del Inst. Nacional de Salud Mental, Enrique Pichón Riviére y el autor.

Fue la única reunión de estos tres representantes de la salud mental de Argentina, en el Centenario de la fundación del Hospital Municipal Rawson (1968) en el cual el autor era Jefe Encargado del Servicio de Psicopatología y Salud Mental.

Por otra parte, las clases del Dr. Pichón Riviére, a la cuales asistía además de convertirme en su paciente psicoanalítico, coincidían en varios aspectos con dicha orientación. Si bien no coincidía con algunas de sus teorías, las mismas “me abrieron la puerta” para un pensamiento sistémico y de aprendizaje social (social learning): los problemas psicológicos no son genéticos sino aprendidos principalmente en la familia y en menor grado, en la escuela y otros entornos.

¡Una frase clave de ese maestro, fue, justamente, que “*el paciente es el chivo emisario de la familia*”, elaborada ya en la década del 50!

Volviendo al caso, al ser la esposa invitada por él para acompañarlo en una sesión, al principio ella se resistió alegando que “*el enfermo era él*”. Pero al llamarla yo por teléfono proponiéndole el rol de “ayudante” y para que me explicara mejor las carencias de su esposo, aceptó. Tampoco la estaba pasando bien, aunque tuviera el rol de Perseguidora.

Desde hace bastante tiempo, uno de mis hobbies era tocar jazz, posiblemente por mi tendencia a predominar en lo auditivo y siendo muy sensible a los sonidos y tonos.

Al comenzar esa señora a hablar, desde luego criticando su marido, su tono de voz me resultó intolerable y empecé a sentir molestias en mi área precordial.

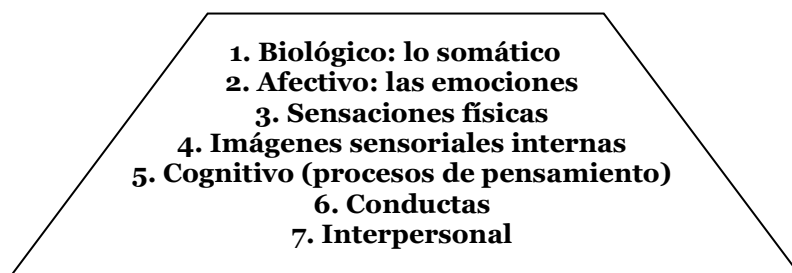
Era natural que así fuera, dado que las familias de mis progenitores tendían genéticamente a trastornos cardiológicos.

Pensé que si fuera el marido, por lo menos me moriría más rápidamente, de un infarto, en vez de sufrir crónicamente acidez y dolor gástrico.

Claro está que si le brindara lo que esa mujer necesitaba en cuanto a afecto y atención de todo tipo, tal vez no sería el objeto de su persecución.

Como ella no trabajaba y tenía demasiado tiempo libre, se me ocurrió proponer que cultive un hobby. El preguntarle si le gustaba la música me dijo que sí y entonces le sugerí el canto, dadas mis inclinaciones musicales, con miras a integrar un coro en el futuro, con las ventajas sociales que eso implicaría. La invité a probar su oído con el piano (tenía uno en otro ambiente) y su actuación fue aceptable. Pero para vocalizar mejor, le propuse previamente acudir a una fonoadióloga conocida, a la cual pedí que grabara la voz de esta paciente para hacérsela escuchar y mejorar los tonos y la emisión.

Como en esa época aun no manejaba la psicoterapia grupal pero conocía algunas técnicas de Psicodrama, realicé prácticas de role playing con el marido para comunicarse más efectiva- y afectivamente, así como un asesoramiento en lo sexual. También le prescribí un antidepresivo de acción rápida. Lo que estaba haciendo en ese momento era utilizar intuitiva y experimentalmente al enfoque Multimodal descrito por Arnold A. Lazarus (1983) en la década del 70, consistente en la consideración de las 7 variables de la personalidad total o “modales”:



Efectivamente, había actuado sobre los siguientes “modales”, que se movilizaron sinérgicamente entre sí:

1. Biológico: antidepresivo
2. Afectivo: como no es posible trabajar directamente con las emociones, el role playing, una técnica que impacta sobre lo Cognitivo y lo Interpersonal, produjo resultados favorables en su vínculo matrimonial
4. Cognitivo: ofreciéndole mi evaluación de sus pareja y sugerencias para expresarse más con ella para romper el círculo vicioso de alejamiento-crítica (lo que más tarde, a partir de 1967 aprendería a llamar “Juegos Psicológicos”, acorde al Análisis Transaccional (Berne, 1964)
3. Interpersonal: citando a su esposa y sugiriéndole a ella fonoadiología y canto

Con estas herramientas combinadas recuerdo haber logrado avances tanto en sus síntomas gastroduodenales como en el rol de pareja, en unas 6 a 8 sesiones. Luego dejó de concurrir y no pude hacer más seguimientos. Pero siendo un caso tan temprano en mi práctica profesional y tan paradigmático, quedó muy fijado en mi memoria.

Me costó bastante explicarse todo esto al colega gastroenterólogo que me lo recomendó...aunque lo hizo pensar en su propia pareja.

¿En cuál Rol se generan y mantienen los síntomas mentales y psicosomáticos?

Actualmente está verificado el rol de la respuesta de stress (stress negativo o distress en estos casos), en la producción de síntomas psicofisiológicos. Las emociones más significativas y frecuentes que los generan son *la ansiedad* y *la rabia*, que en vez de ser expresadas y aceptadas por los correspondientes interlocutores en los diversos Roles, son convertidas de esa manera en malestares físicos.

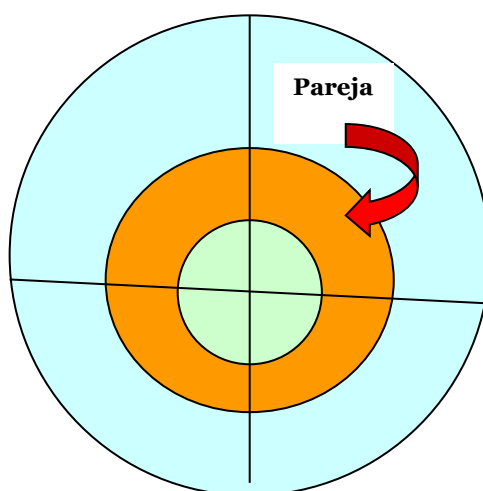
Las emociones son *sociales*, no individuales, por cuanto cumplen una función de comunicación interpersonal y se manifiestan en forma verbal y no verbal.

Para ilustrar esto, hemos producido la siguiente poesía:



**La emoción expresada
Que no es aceptada
Vuelve derrotada...
Y es somatizada**

Hoy día estudiamos los datos de un paciente o cliente y si presente síntomas averiguamos en cuál o cuáles de sus Roles fundamentales (Estudio, Trabajo, Pareja, Familia, Tiempo libre) se producen las transacciones que mantienen dichos problemas. En el caso descrito fue en el de Pareja. Eso no implica que su esposa sea culpable ni responsable de los mismos, sino que el Juego Psicológico que producía y mantenía sus síntomas tenía lugar con ella (en este caso podría haber sido *¡Esta vez de agarré, desgraciado!*)



Paciente vs. cliente o consultante

En cuanto a cómo denominar a quien acude a la consulta, aunque habitualmente se usa el término “*paciente*”, preferimos llamarlo “*cliente*” o “*consultante*”, para evitar el otro, más vinculado al modelo médico o de enfermedad, si bien “*cliente*” tiene un significado más comercial en castellano. En cambio, en inglés, “*client*” se utiliza habitualmente en el ámbito de la psicoterapia, especialmente luego del surgimiento de la Psicología Humanística en los años 50, con Maslow, Rogers, May y otros. Que actualmente se rebautizó como “*Psicología Positiva*”.

Además, definir al que consulta como “*cliente*” facilita el vínculo profesional de apoyo al desarrollo personal, o “*coaching*”, que se puede desarrollar simultáneamente al de psicoterapeuta o después de haber resuelto los síntomas psicopatológicos que obstaculizan la realización de los potenciales personales.

En el modelo tradicional de *enfermedad*, una vez que el paciente está “*curado*”, se puede ir de alta, aunque registre carencias importantes en otros aspectos de su vida, pero el apoyo a los mismos implica el interés y la formación del profesional para ese fin. Si no la posee, es recomendable que trabaje en equipo con “*coaches*” de su confianza, para el mejor beneficio de sus clientes.

La propuesta de formación musical para la esposa en el caso descrito no se encuadra en absoluto en un rol de paciente de la misma, sino en la movilización de un potencial no realizado, que puede enriquecer su vida y reducir su dependencia de las “*caricias*” de su esposo. Porque dicho rol, además de la manifestación artística y creativa que representa, es también una forma de inserción social en un grupo.

Hubiera sido desde luego beneficioso que él reforzara este hobby de ella, generando así un círculo virtuoso en vez de vicioso.

¿Qué hacer con el enorme porcentaje de personas que padecen trastornos psicosomáticos?



Si los médicos clínicos y los especialistas derivaran a todos sus pacientes que padezcan síntomas psicosomáticos para psicoterapia, sería imposible atenderlos dado que conforman alrededor del 30% de toda la población... tal vez más, teniendo en cuenta que alrededor del 20- 25% registra tensión arterial superior a la normal. Imaginemos una multitud de asmáticos, obesos, ulcerosos, anoréxicos, bruxistas (que rechinan los dientes), artríticos, cefaleicos, propensos a accidentes, etc. Al no recibir formación por lo menos parcial como psicoterapeutas, los

médicos apelan a los fármacos sintomáticos y los tranquilizantes, produciendo, aunque sin proponérselo, tendencia a la dependencia de los mismos.

Aunque esto representaría una revolución sanitaria, lo adecuado en nuestra opinión sería la capacitación de todos los médicos (salvo los que no atienden pacientes, como los anatomopatólogos o investigadores), en técnicas breves y eficaces para el manejo del stress y la psicoterapia.

Claro está que por otra parte, el escaso tiempo de que disponen para la consulta tornaría difícil siquiera escuchar las necesidades de sus pacientes. Una alternativa sería la psicoterapia grupal con técnicas vivenciales y formando a los propios pacientes para fomentar su calidad de vida.

Y el médico y otros paraprofesionales están formados para ocuparse de la enfermedad, no de la salud. Una cierta excepción es presentada por los odontólogos, que suelen explicar a su pacientes los métodos higiénicos y de prevención de las afecciones bucales.

El modelo *psicoeducativo* es propuesto por Lazarus, (op.cit.) en vez del de enfermedad, capacitando a cada individuo para utilizar efectivamente su cerebro y sus interacciones *MenteCuerpoAmbiente*.

Todo esto por ahora es una utopía y el ser humano actual sigue atacando su organismo con alimentos malsanos, tabaco y drogas, excesivo stress negativo, falta de sentido de su vida, insuficiente ejercicio físico, obediencia a las modas de la sociedad de consumo. Así, una gran mayoría efectúa trabajos que no disfruta para comprarse cosas que realmente no necesita.

Por estas razones, tanto la Misión de la Universidad de Flores como la del Instituto Privado de Psicología Médica se enfocan en el apoyo para una mejor Calidad de Vida en lo psicológico, corporal, social y ambiental.

El cambio de síntomas de un Área a otra

Ya en la década del 50, el Dr. Pichón Riviére (en Bleger, op.cit) había observado que algunos de sus pacientes “trasladaban” sus síntomas de una a otra Área, en base a sus interacciones con los demás. En nuestra experiencia lo confirmamos y proveemos otros ejemplos de casos.

1. M.P., casado, de 48 años, profesional, derivado por un médico reumatólogo por síntomas de artritis, especialmente en una rodilla, la cual ya hemos mencionado como una afección autoinmune, donde la persona ataca con sus defensas a su propio organismo.

Además de este síntoma psicosomático, M. presentaba un cuadro depresivo, siendo medicado con una combinación de antidepresivo y ansiolítico y psicoterapia individual.

Luego de varias sesiones en las cuales revisa sus vínculos familiares, se contactó con mucha rabia por el maltrato parental sufrido en la infancia, comenzando por primera vez en su vida a expresar esta emoción, verbal y físicamente en las sesiones. Por ejemplo golpeando una almohada en la cual proyecta a su padre y su madre.

Con esto, mejoró sorprendentemente sus molestias reumatoideas (Área corporal) pero pasó a exponer ideas paranoides (Área Mental) dirigidas a sus allegados, en especial hacia su amante (Rol de pareja).

Esta era atendida por otro colega de nuestro Instituto y debido al maltrato de su amante, decide cortar el vínculo, lo cual exacerba el resentimiento de M., quien decide desprestigiarla y envía cartas denigrantes, acusándola de actuar como una prostituta, a los familiares y el jefe de ella con ese fin. Además raya el automóvil del colega y rompe un vidrio del Instituto.

Ante este cuadro se le suspende el antidepresivo y se aumenta la dosis del tranquilizante, trifluoperazina, que en dosis altas posee efectos antipsicóticos.

Finalmente al persistir su ideación suicida, alternando con conductas paranoides, se le aplica tratamiento electroconvulsivante, lo cual, juntamente con la psicoterapia, logra una remisión gradual de sus síntomas.

Este caso, de un trastorno severo de la personalidad y con riesgo de suicidio, nos demostró la factibilidad de estos cambios de manifestaciones en las diversas Áreas, de un Argumento de Vida subyacente hamártico, como fueran llamados por Berne los “programas internos” Con un final trágico (que en este caso pudimos mitigar)

Tras un seguimiento de varios meses nos enteramos de que M. se había “despedido” de su ex amante y también en proceso de divorcio de su esposa, aunque incrementando el contacto con sus dos hijos, a quienes había descuidado.

2. El Dr. B. G., médico clínico entrenado en psicoterapia y medicina psicosomática, es invitado por nuestro Instituto para disertar en una Jornada sobre los efectos del stress sobre el organismo. El tema que le fue asignado era “No lo diga con su cuerpo”. Esta presentación correspondería al Rol de trabajo de este colega

Pues unas horas antes de la misma, nos llama para avisar que “se había brotado” con una erupción e intenso prurito que le impedía cumplir su compromiso profesional.

Aquí trasladó su temor a hablar en público a su Área corporal (la piel), eludiendo así el reconocimiento de su situación fóbica: ¡LO DIJO CON SU CUERPO!

Armonía, integración y conflictos entre Roles

La armonía de los roles fundamentales (Estudio, Trabajo, Pareja, Familia, Actividad física, Hobbies, Social y Paciente) se puede lograr planeando cuidadosamente su desempeño, tomando en cuenta principalmente los Valores y necesidades propios y de los participantes en dichos roles y el manejo del tiempo destinado a cada uno de ellos.

Por ejemplo, una mujer casada y profesional que desea cursar un , necesita planear el momento apropiado para tener su próximo hijo, evitando el apilamiento de roles.

O una abuela socialmente aislada, que cuida a sus nietos durante buena parte del día porque su hija trabaja y estudia, requiere conciliar esta actividad con otra social que provea un grupo de pares.



La integración de roles es aun más valiosa para la calidad de vida. Se presenta cuando se desempeñan dos o más roles simultáneamente y forma sinérgica; uno apoyando al otro. Por ejemplo, el esposo apoya al estudio de su mujer, y así refuerza su vínculo afectivo. Un cliente nuestro, obeso y sedentario, sufrió un infarto que requiere rehabilitación, a lo cual se resistía. Pero al ingresar al gimnasio uno de sus hijos accedió a acompañarlo. O una mujer que retoma su carrera, brindando un modelo a su hijos, a los cuales había controlado en el estudio de ellos para sentirse útil como madre.



as1109trwcn_018



Uno de los ejemplos más destacables es el que presentan las parejas emprendedoras o “o copreneurs”, que trabajan codo a codo, como los pioneros norteamericanos que conquistaron el Oeste. Son recordables las películas en las cuales ella conduce las riendas de los caballos, mientras él dispara contra los indios que los persiguen.

. Y también, el de las empresas familiares a las cuales se incorporan los hijos u otros familiares... siempre que se respeten los criterios para el ingreso (coincidencia del negocio con la vocación del ingresante, buena relación con los padres, delegación, capacitación, remuneración acorde al rendimiento, etc.). De otra forma, los dos sistemas sociales simultáneos (empresa y familia), con sus valores contrapuestos: lucro y productividad versus afecto y continuidad, pueden generar severos enfrentamientos entre los integrantes, como veremos en el punto siguiente.

El *conflicto de roles* se presenta cuando uno o más interfieren con otros.

Se observa con frecuencia que mujeres de mediana edad, bajo el influjo del Argumento de Vida inducido por sus padres o sustitutos, crean que han debido escoger entre “ser mujer y madre” o “ser profesional”...y que hayan elegido inconcientemente un esposo machista en caso de concentrarse en su papel de ama de casa. O bien, desvalorizar a los hombres en general para justificar su falta de pareja, y competir en el campo profesional con ellos.



Otros ejemplos: un hombre divorciado debe trabajar y al mismo tiempo atender a sus hijos los días en que conviven; la familia del esposo no acepta a su mujer por profesar una religión diferente o provenir de otra clase social. Las parejas divorciadas y vueltas a casar, con nuevos hijos, en sus disputas sobre las normas a cumplir cuando los chicos duermen en las diferentes casas.

O bien, un marido celoso que se resiste a que su mujer asista a un gimnasio. Una esposa que pretende eliminar a los amigos solteros de su marido, aduciendo que le quitan tiempo a su familia (a veces tienen razón, pero el tema sigue siendo conflictivo).

Estas situaciones requieren una comunicación efectiva que tienda al modelo Ganar-Ganar, porque cuando alguien se impone ambos terminan perdiendo al final.

Lamentablemente, en nuestra estadística de parejas sólo entre un 15 y 20% cuentan con el recurso de dicho tipo de intercambio, aunque todas pueden adquirirlo con psicoterapia o capacitación en talleres vivenciales.

El tamaño relativo de los Roles en la “pizza” o diagrama



Debe aclararse que la superficie asignada a los diversos Roles en el esquema es aleatoria, es decir, no corresponde a la importancia que se asigne a los mismos. En el diagrama adjunto, los Roles de Pareja y de Familia, ubicados del lado derecho, ocupan cada uno un 25% de la superficie total, pero esto se debe sólo a que los ubicamos de ese lado juntos para agruparlos como “Roles domésticos o de entrecasa”, por llamarlos de alguna forma, mientras que los restantes, “externos” al hogar ocupan el 50% restante. Lo adecuado sería dibujar cada Rol con el espacio acorde al tiempo real que se le asigna, en cada caso. En otro diagrama adjudicamos el mismo espacio para todos los roles.

Facilitando el logro de las metas de vida

Los cuestionarios del texto están redactados en términos *positivos*, debiendo marcarse el grado en que son cumplidos, indicando el Estado Actual en cada uno.

Lógicamente, un puntaje nulo o muy bajo en algunas de sus variables implica una carencia que puede manifestarse además en síntomas psicopatológicos, o simplemente en una forma reducida de calidad de vida.

Y si bien habitualmente se considera que además de la falta de información o formación específicas, son los trastornos psicológicos los que obstaculizan el funcionamiento exitoso en las diferentes Áreas--Mental, Corporal y los Roles fundamentales--, también podría postularse lo inverso: que las limitaciones en el funcionamiento positivo son las que causan o agravan a dichos síntomas.

La ventaja de este enfoque inverso es que el profesional se concentraría en acrecentar lo positivo (orientación humanística y de crecimiento personal), en lugar de sólo tender a eliminar lo negativo (modelo médico o de enfermedad mental u orgánica).

¡El bien-estar y el mal-estar, en realidad, son incompatibles, pero es mejor apuntar a estar bien u óptimamente, que a sólo dejar de estar mal!



Ejemplo: un ama de casa manifiesta un cuadro depresivo ante el “nido vacío”, atribuyendo a dicho cuadro su dificultad para asumir otros roles, como el de Estudio, Actividad física, Hobbies o Social. Entonces, ¿es la falta de manejo adecuado de su tiempo extrafamiliar lo que provoca la depresión actual, o lo inverso es lo que realmente ocurre?

Un modo de resolver esta aparente disyuntiva es tomando en cuenta su Argumento de Vida, que se explicitará más abajo. El tipo de existencia de esta mujer fue descrito por Kathy Dusay, una analista transaccional norteamericana, como un “Argumento banal” ... sin pena ni gloria, típico de muchas mujeres de mediana o en la tercera edad. Cuando ya no son necesarias en su Rol de madre, al carecer de recursos y modelos internos o externos para aplicar su tiempo y energía a nuevos desafíos, caen en un vacío existencial, descrito por el psiquiatra Víctor Frankl. Y el único rol que están “programadas” para adoptar es el de Paciente, con lo cual logran atención y cuidados de su entorno.

Si tienen la suerte de toparse con un terapeuta humanístico y eficiente, su depresión será la puerta que se les abrirá para fijar nuevas metas de vida, superando las limitaciones de su Argumento. Obviamente, esto hará necesario una consideración sistémica de su entorno: una “ecología humana” para apalancar estos cambios. Su propios padres ancianos, hermanos o amigas con limitaciones similares, un esposo celoso o dependiente, hijos acostumbrados a utilizarla como niñera o persona de servicio gratuita, son potenciales “palos en la rueda” en muchos casos. Es que un cambio en el sistema social moviliza a todos los demás integrantes, siendo conveniente reclutar su ayuda y negociar con ellos.

Todo cambio avanza de un Estado Actual a un Estado Deseado y entre los mismos se halla “la brecha”, que implica un proceso (una serie de pasos) a llevar a cabo.

La misión, tanto del terapeuta como del coach, es facilitar y apoyar ese camino.

Y los pasos siempre deben consistir en:

1. Lograr “rapport” (afinidad, confianza) con el cliente utilizando las técnicas de la Comunicación Efectiva, en su mayor parte inspiradas en los aportes de Milton Erickson (Kertész, 2008)

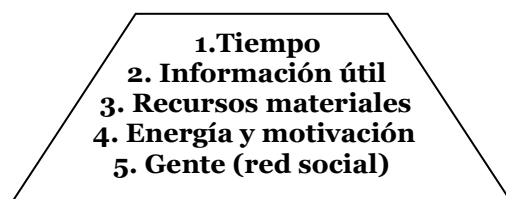
2..Determinar en forma objetiva y por consenso al Estado Actual (lo que se llama en psiquiatría tradicional “conciencia de enfermedad”). Frecuentemente esto no ocurre. Hay clientes adictos a sustancias que consideran “normal” su hábito, obesos que afirmen que sólo tienen el “pecho bajo”, otros que se resignan a “ser inferiores” o sin voluntad, etc. Y así no hay de dónde partir.

En el Budismo Zen se dice que con sólo aceptar el Estado Actual ya se produce un cambio.

En la psicoterapia, se pasaría de un -10 a un 0, dejando de “estar mal”. En el crecimiento personal o coaching, de 0 a +10.

¿Y qué es el crecimiento personal? Lo asociamos con hacer y lograr cosas que nunca logramos antes, o hacer mucho mejor lo que hacíamos.

Una vez consensuado y anotado el Estado Actual, determinamos con qué recursos cuenta el cliente. Los mismos serían fundamentalmente 5, con la sigla “T.I.M.E.G.”



Estos recursos se potencian entre sí. La Información apropiada puede generar bienes Materiales y motivar. La Gente de nuestra red social, apoyarnos y ofrecer contactos. Los bienes materiales, generar más bienes y financiar Información, etc. -

3. Sobre estas bases, estableceremos conjuntamente el Estado Deseado (pueden ser varios). A dónde queremos llegar, siempre descripto en forma objetiva. En Análisis Transaccional se llaman “contratos” (entre profesional y cliente) los objetivos fijados. Siempre se formulan en términos positivos, cuantitativos y con plazos si es factible. Alguna excepción sería “Dejar de fumar”.

Ejemplos: - Estado Actual 98kg. Estado Deseado, 75kg., en un plazo máximo de 1 año
- Ingreso actual mensual: aproximadamente \$ 3000. Deseado: mínimo 5000, en un plazo de 6 meses.
Estado actual: matrimonio conflictivo hace años. Deseado: decidir si sigue casada con un plazo máximo de 3 meses

Se fija el QUÉ con el cliente y luego el profesional propone el CÓMO (pasos del proceso de cambio)

Algunas personas pretenden metas imprecisas, como en el diálogo que reproducimos:

T (terapeuta): *¿Qué cambios quisiera lograr?*

C (cliente) *Eeee...quiero ser uno con el cosmos, Ud. me entiende, no?*

T (como noté que antes de hablar miró hacia arriba y a la derecha, generando alguna escena de futuro, reflejé en términos visuales su mensaje): *¿Si ambos vemos lo mismo, parece que su imagen deseada es de una mayor integración, no? (produciendo rapport)*

C: *Sí, algo así, pero no sé cómo llegar allí...*

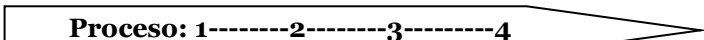
Para resumir, luego de algunas transacciones más su contrato consistió en *“Jugar al tenis dos veces por semana”!*

En vez de ironizar o desestimar su confuso objetivo, buscamos identificarnos con él, adoptando su marco de referencia o modelo del mudo, en lugar de proyectar - especialmente en mi caso - valores pragmáticos.

Estas técnicas requieren formación en Análisis Transaccional, hipnosis Ericksoniana y algo de Programación Neurolingüística, pero para eso están los cursos y talleres, no?

4. Finalmente, se diseña un plan estratégico y táctico, con los pasos a dar para alcanzar el Estado Deseado. Y el profesional “facilita” este proceso, utilizando las técnicas de la Comunicación Efectiva (op. cit., 2008)

RESUMEN:

ESTADO ACTUAL  ESTADO DESEADO

FACILITACION DEL TERAPEUTA O COACH

Recursos disponibles:

Tiempo

Información

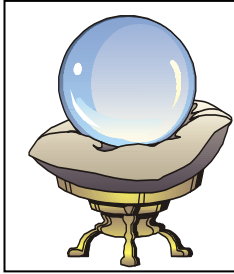
Bienes materiales

Energía y motivación

Gente

Para las definiciones del coaching y sus diferencias con la psicoterapia, asesoría y mentoring, ver Kertész (2008c)

El Argumento de Vida (Berne, 1972; Kertész et al, 2003)



El Argumento de Vida es un “programa” generado en la infancia bajo influencias paténtales y luego olvidado, pero que es actuado en etapas posteriores. Regula los valores, creencias, decisiones, emociones, el estilo de vida y el desenlace de la misma. Reemplaza a conceptos mágicos o supersticiosos como la astrología, quiromancia, destino, mal de ojo, etc. y a otros seudocientíficos como la atribución de factores genéticos a comportamientos aprendidos “Yo soy...gordo / depresivo / desordenado / malo / fóbico/”

Puede ser detectado mediante: 1. Observación de conductas actuales; 2. Historia personal; 3. Relatos de terceros; 4. Imaginería de pasado (regresiones) y futuro (progresiones); 5. Genograma y Cuestionarios de Conductas Paténtales: son mensajes / mandatos que permiten predecir las conductas filiales; 6. Preguntas específicas (Quién le puso sus nombres y por qué, qué pondrán en su lápida, etc.

Corroboración : Estadísticas de miles de casos con redecisión de la decisión de no vivir y de otros temas. Sesiones de terapia familiar observando los mensajes verbales y no verbales que emiten y refuerzan los “mandatos” o mensajes hipnóticos de las figuras parentales.

POSTSCRIPTUM

Por nuestra experiencia de más de 40 años con más de 10.000 pacientes / clientes y la de centenares de colegas que recibieron formación en la Asociación Internacional de Análisis Transaccional y Ciencias del Comportamiento (ANTAL) y el Instituto Privado de Psicología Médica (IPPEM), podemos afirmar que el Diagrama de Áreas de Conducta y Roles fundamentales es una herramienta de gran utilidad para el diagnóstico, fijación de objetivos, seguimiento y evaluación de cambios, tanto para fines terapéuticos como de crecimiento.

Al cubrir los aspectos esenciales del ser humano, nos permita la sistematización de los mismos, siendo especialmente indicado para el llamado Coaching Personal (existen muchas otras formas de coaching con orientaciones específicas, como las de liderazgo, marketing, finanzas, deportes, creatividad, educación de hijos, etc.

Al disponer por primera vez luego de la generación de este modelo, en 1976, de una fundamentación y un cuestionario de auto- y heteroevaluación, en proceso de validación, ofrecemos a la comunidad científica y profesional, así como a las personas interesadas en su Incrementar su calidad de vida, un instrumento de utilidad.

Bibliografía

- Berne, Eric (1964): *Los juegos en que participamos*. Diana, Méjico.
- Berne, Eric (1974): *What do you say alter you say Hello?*- Grove Press, Nueva York
- Bleger, José (1963): *Psicología de la conducta*. Eudeba, Buenos Aires
- Frankl, Víctor (2007): *El hombre en busca de sentido*. Herder, Barcelona
- Kertész, Roberto y Guillermo Induni (1978) :*Análisis Transaccional para Todos*. Conantal, Buenos Aires
- Kertész, Roberto y Kerman, Bernardo (1985): *El manejo del stress*. Ippem, Buenos Aires
- Kerman, Bernardo (2003): *Nuevas ciencias de la conducta: Perspectivas para el Tercer Milenio*. Editorial de la Universidad de Flores, Buenos Aires
- Kertész, Roberto y Atalaya, Clara (1991):*MAPA: Cuestionario de Mensajes Parentales*. 2ª. edición, Ed. Ippem, Buenos Aires
- Kertész, Roberto, Atalaya, Clara y Kertész, Adrián (2010): *Análisis Transaccional Integrado*. 4ª. edición, Editorial de la Universidad de Flores ,Buenos Aires
- Kertész, Roberto (2008a): *Comunicación Efectiva* (texto y cuestionario). Publicación interna de la Universidad de Flores, Buenos Aires
- Kertész, Roberto (2008b): Seminario sobre “*Problemas actuales del estudio de la conciencia*”, en la asignatura “*Corrientes Psicológicas III*” del Doctorado en Psicología de la Universidad de Flores, Buenos Aires.
- Kertész, Roberto (2008c): *Coaching Transaccional: Más allá de la terapia-El Qué y el Cómo en los roles de apoyo*. Publicación interna de la Universidad de Flores, Buenos Aires
- Lazarus, Arnold A. (1983): *Terapia Multimodal*. Editorial Ippem, Buenos Aires
- Pichón Riviére, Enrique (1964): *Comunicación personal*, Buenos Aires

Cuestionario de Áreas de Conducta y Roles Fundamentales Índice

Cuestionarios	Página
1. Mi Estado Mental actual	14
2. Mi Estado Corporal	15
3. Criterios mínimos para la elección de la Pareja estable	16
4. Los 13 vínculos positivos de mi Pareja actual	17
5. Mis relaciones Familiares	18
6. Mi rol Social de amistad	19
7. Importancia que asigno a lo que me aportan mis Roles Sociales	20
8. Amigos: ¿Cómo los consigo y conservo?	21
9. Mi práctica de Hobbies	22
10. Motivaciones para mi Actividad Física	23
11. Estudio: Los 23 Pasos Básicos del Aprendizaje	24
12. 1 Trabajo: Mi grado de satisfacción de las Necesidades de Maslow mediante el Trabajo	25
12. 2 Mi grado de satisfacción general en el Trabajo	
12. 3 Trabajo: Preguntas adicionales para formularme sobre mi vocación	26
12. 4 ¿Armonía o conflicto de Roles con el trabajo?	
12. 5 Trabajo: Mi plan de retiro y jubilación	27
12. 6 Mis relaciones en el trabajo	
12. 7 Influencia de mi nivel de educación, formal o no formal, en mi Trabajo	

1. Mi Estado Mental Actual

A continuación enumeramos las principales variables que describen nuestro Estado Mental, sólo como una orientación general para evaluarnos a nosotros mismos en este aspecto. Marque para cada variable lo que mejor corresponda a su Estado Actual. Si lo desea, puede sumar los puntajes.

	Nunca	Pocas Veces	Frecuente	Casi Siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
1. Estoy orientado/a en el espacio					
2. Estoy orientado/a en el tiempo					
3. Me concentro en lo que hago					
4. Tengo buena memoria					
5. Puedo pensar con claridad					
6. Puedo tomar decisiones racionales sobre datos confiables que obtuve					
7. Puedo solucionar los problemas en forma eficaz					
8. Enfrento mis conflictos internos de un modo que me deja satisfecho/a					
9. Resuelvo mis conflictos con los demás tendiendo al modelo Ganar-Ganar (donde todos consiguen lo que necesitan)					
10. Puedo imaginar visualmente situaciones en forma creativa					
11. Mi diálogo interno es positivo (me digo frases agradables)					
12. Mantengo una alta autoestima (me valoro)					
13. Siento emociones agradables (alegría, gozo, afecto)					
14. Siento miedo pero debido a causas reales a las cuales enfrento					
15. Cuando siento rabia la expreso sin agredir					
16. Me defiendo con serenidad si me atacan					
17. Cuando siento tristeza la comparto y así la supero					
18. Realizo actividades creativas					
19. Disfruto lo artístico y lo bello					
20. Disfruto aprender cosas nuevas					
Puntaje total =					

2. Mi Estado Corporal

A continuación, enumeramos las principales variables que describen cómo percibimos y manejamos nuestro cuerpo. Marque para cada variable lo que mejor corresponda a su Estado Actual. Si lo desea, puede sumar los puntajes.

	Nunca 0	Pocas veces 1	Frecuente- mente 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
1. Me siento físicamente bien y fuerte					
2. Estoy conforme con mi cuerpo					
3. Mi cuerpo está relajado					
4. Cuando siento excesivo stress, lo manejo en forma natural (me relajo, hago ejercicio, expreso lo que siento, escucho música, practico un hobby, etc.)					
5. Duermo bien las horas que necesito					
6. Mantengo una dieta sana					
7. Como tranquilo / a y mastico lentamente					
8. Me abstengo de fumar					
9. Evito el alcohol salvo en cantidades moderadas					
10. Evito consumir drogas ilegales					
11. Tengo un peso adecuado a mi estatura y edad					
12. Percibo las sensaciones en mi cuerpo y respondo adecuadamente a ellas					
13. Hago ejercicio regularmente (por lo menos tres veces por semana media hora)					
14. Consulto regularmente al médico					
15. Sigo las indicaciones del médico					
16. Consulto regularmente al odontólogo					
17. Sigo las indicaciones del odontólogo					
18. Estoy libre de síntomas psicósomáticos					
19. Estoy libre de síntomas físicos orgánicos					
20. Conduzco a velocidad moderada y con prudencia					
21. Mantengo mi aseo personal					
22. Cuido la higiene de los alimentos que consumo					
23. Mantengo la higiene del lugar en que vivo					
Puntaje total =					

3. Criterios mínimos para la elección de la Pareja estable

En base a un estudio exploratorio de más de 2000 parejas atendidas en el lapso de 40 años en 10 países hemos detectado los siguientes criterios mínimos obligatorios para una elección adecuada de la pareja. Suele ser necesario añadir a los mismos, otros criterios acordes a cada caso (religión, límites de edades, buen trato de la pareja con los familiares propios, etc.) Dejamos varios casilleros vacíos para este fin.

Aplíquelo para su posible pareja estable y sugerimos que le pida a él/ ella que haga lo mismo y comparen los resultados. A veces uno se deslumbra por el atractivo físico o el “amor a primera vista” pero luego la realidad, representada por los otros factores, malogra el vínculo.

La atracción física puede ser un criterio mínimo apropiado para una relación temporaria de *amantes*, pero no para compartir la misma a largo plazo.

Criterios a aplicarse a la pareja que estoy iniciando	No corresponde 0	Corresponde en escasa medida 1	Corresponde en parte 2	Corresponde en gran parte 3	Corresponde Totalmente 4
1. Valores compartidos (conceptos fundamentales que orientan nuestras conductas y el uso de los recursos)					
2. Valores no compartidos pero que no producen conflictos					
3. Atracción física					
4. Nivel socioeconómico similar					
5. Nivel cultural similar					
6. Cuidado de la salud					
7. Potencial y motivación para el crecimiento personal similares al mío					
8- Si tengo hijos de un matrimonio anterior, los trata con afecto y respeto					
9. La relación de edades es adecuada para mí					
10.					
11.					

4. Los 13 Vínculos Positivos de mi Pareja Actual

Los mismos pueden ser expresados también como transacciones habituales entre los estados del Yo Padre, Adulto y Niño de cada participante, en el lenguaje del Análisis Transaccional.

Marque para cada uno lo que mejor describa su situación actual. Pídale a su cónyuge que llene también este cuestionario y luego comparen sus resultados. Esto puede dar lugar a una mejor comunicación, pero en ocasiones también a discusiones por sentirse uno o ambos miembros injustamente calificados o por tomar conciencia de necesidades insatisfechas.

Este ejercicio complementa a lo descrito en la página anterior como factores de éxito matrimonial. Acorde a los 2000 casos citados más arriba, en los casos de convivencia armónica luego de los 10 años los 4 factores más significativos fueron: La comunicación efectiva Ganar-Ganar; 2. El apoyo recíproco para las actividades de cada uno; 3. Las pequeñas gentilezas diarias y 4. Algunas responsabilidades compartidas La crianza conjunta de hijos y las relaciones sexuales, al contrario de lo creído habitualmente, no resultaron significativas para el éxito marital. Tampoco los pasatiempos y viajes.

Nuestras estadísticas arrojan sólo un tercio de parejas a largo plazo (más de 10 años conviviendo) que mantienen vínculos armoniosos. De éstos, la mitad (sólo alrededor de un 15%) disfruta de una comunicación efectiva y solución conjunta de problemas, donde ambos ganan. En el restante 15%, habitualmente uno decide y el otro obedece, pero esto les resulta cómodo a ambos. Los dos tercios restantes no disfrutan de una relación gratificante: la mitad (alrededor de un tercio) se separa o divorcia)... y el tercio restante se soporta, generalmente atribuyéndolo al deseo de proteger los hijos, pero realmente por temor a la soledad o aspectos económicos . Puede haber influido, desde luego, una inadecuada elección inicial. Éstas son malas noticias: sólo se tiene un 30% aproximadamente de probabilidades de mantener una relación grata a largo plazo. ¡Pero las buenas noticias son que con una psicoterapia o asesoramiento y formación en las habilidades sociales necesarias, la probabilidad de armonía se eleva a alrededor del 90%!

Estos datos empíricos, si bien poseen valor debido al alto número de casos y las observaciones hechas en diversas culturas, requieren una investigación en base al método científico, que planeamos realizar.

Además, publicar próximamente un libro sobre parejas.

Vínculos	Nunca 0	Pocas veces 1	Frecuente- mente 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
1. Valores y normas compartidas (Padre Crítico + a Padre Crítico +)					
2. Valores no compartidos pero que no producen conflictos (Adulto-Adulto)					
3. Protección conjunta hacia terceros (hijos, etc.) (Padre Nutritivo- Padre Nutritivo)					
4. Protección y apoyo brindada de un miembro de la pareja al otro (Padre Nutritivo a Niño) para sus actividades					
5. Protección y apoyo recibida del otro (Niño a Padre Nutritivo)					
6. Pequeñas gentilezas diarias (Padre Nutritivo a Niño)					
7. Comunicación efectiva donde ambos ganan (Adulto-Adulto)					
8. Colaboración eficaz en actividades (Adulto-Adulto)					
9. Responsabilidades compartida en alguna actividad, además de la educación de hijos (Adulto-Adulto)					
10. Dar y recibir afecto (Niño Libre-Niño Libre)					
11. Relaciones sexuales mutuamente satisfactorias (Niño Libre-Niño Libre)					
12. Diversiones y esparcimientos compartidos (Niño Libre-Niño Libre)					
13. Ambos miembros de la pareja nos llevamos bien con los amigos de cada uno de nosotros					
Puntaje total =					

5. Mis Relaciones Familiares

Por su diversidad, sólo describiremos en el cuestionario que sigue las principales variables que inciden en la armonía familiar y la evolución adecuada del ciclo de vida de sus miembros. Las relaciones descritas se aplican tanto a la familia de origen como a la familia política. Si lo desea, puede sumar los puntajes. Aun no disponemos de estadísticas, que publicaremos cuando se hayan logrado, para cotejar sus resultados

	Nunca 0	Pocas veces 1	Frecuente- mente 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
1. Durante las comunicaciones familiares nos escuchamos mutuamente					
2. Nuestra comunicación es efectiva, satisfaciendo a todos los que intervienen					
3. La comunicación familiar es agradable					
4. Tomamos decisiones en conjunto					
5. Resolvemos nuestras diferencias en forma satisfactoria para todos los involucrados					
6. En nuestra familia, ambos padres comparten la autoridad					
7. En nuestra familia cada uno expresa libremente sus emociones pero sin agredir al otro					
8. Nos expresamos afecto libremente					
9. Cuando discrepamos lo hacemos respetando las opiniones ajenas					
10. Se apoya el crecimiento y la autonomía de los hijos acorde a sus edades					
11. Cada uno pide directamente y en forma cortés lo que necesita					
12. Nos agrada estar reunidos en familia					
13. Vienen invitados a nuestra casa y comparten reuniones con nuestra familia					
14. Nuestros hijos van a las casas de otros familiares y de amigos					
15. La educación y la fijación de normas de conducta de los hijos está a cargo de los padres					
16. Cuando surge la necesidad, los padres explicamos las razones de las normas a nuestros hijos					
17. Los abuelos, tíos y otros familiares cuidan a los menores y juegan con ellos					
18. Existe apoyo a la creatividad de los integrantes					
19. Todos colaboran en las tareas del hogar					
20. Pedimos y recibimos protección y apoyo cuando lo necesitamos					
21. Brindamos protección y apoyo cuando alguien lo necesita					
22. Los parientes de la pareja se llevan bien entre ellos					
Puntaje total =					

6. Mi rol Social de Amistad

	No corresponde en mi caso 0	Corresponde en escasa medida 1	Corresponde en parte 2	Corresponde en gran parte 3	Corresponde totalmente 4
1. Cuento con un solo amigo íntimo hace más de 1 año					
2. Cuento con dos amigos íntimos hace más de 1 año					
3. Cuento con por lo menos tres amigos íntimos hace más de 1 año					
4. Tengo facilidad para establecer nuevas amistades					
5. Mis amigos se llevan bien con mi pareja					
6. Mis amigos se llevan bien con mis familiares					
7. Compartimos actividades gratificantes con mis amigos					

**7. Importancia que asigno a lo que me aportan mis Roles Sociales
(amigos, conocidos, etc.)**

Marque con una X la categoría que mejor corresponda a su caso

Aportes y beneficios de mis roles sociales	Nada importante	Importante	Muy importante
	0	1	2
1. Una placentera programación del tiempo libre			
2. Refuerzos de mi autoestima			
3. Pertenencia incondicional			
4. Una alternativa fundamental, en caso de no contar con una familia adecuada			
5. Intercambio de “caricias” positivas o refuerzos sociales			
6. Una red de personas que me puede ser útil para otros roles, como los de pareja o trabajo, problemas financieros o legales			
7. Consuelo para malos momentos y pérdidas			
8. Apoyo para proyectos significativos			
9. Regocijo ante nuestros éxitos			
10. Mediación amigable en caso de conflictos con nuestros seres queridos			
11. Compartir actividades de mutuo interés (deportes, hobbies, culturales, comunitarias, políticas, religiosas, viajes, etc.)			
12. Otras			

8. Amigos: ¿Cómo los consigo y conservo?

Marque con una x el casillero que mejor describa sus habilidades sociales para el logro de nuevas amistades y su mantenimiento a través del tiempo

Habilidades sociales para iniciar y mantener amistades	Nunca 0	Pocas veces 1	Frecuente- mente 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
1. Mantengo la Posición Existencial “Yo estoy bien, tú estás bien”					
2. Intercambio abundantes “caricias positivas”					
3. Acentúo lo positivo					
4. Cuando es necesario, los corrijo con respeto					
5. Averiguo qué desean o necesitan y los ayudo para lograrlo.					
6. Cultivo un interés auténtico en ellos					
7. Sonrío y uso el buen humor.					
8. Recuerdo los nombres y apellidos y los saludo con los mismos.					
9. Los escucho activamente					
10. Detecto lo que les interesa y hablo de eso					
11. Los invito a sentirse importantes					
12. Evito las discusiones					
13. Acepto mis errores sin rebajarme					
14. Mantengo una actitud amable					
15. Induzco el “Sí”					
16. Les induzco a hablar y explayarse					
17. Dejo que se apropien de mis ideas si necesito que las apoyen					
18. Los protejo cuando se sienten mal o inseguros					
19. Redefino lo que hacen de negativo, en lo posible, como debido a motivos elevados.					
20. Me expreso con riqueza en mi comunicación, dramatizo.					
21. Uso la paradoja, la metáfora y el desafío					
22. Lidero con preguntas en vez de órdenes					
23. Doy por sentado que el otro vale					
24. Induzco a que sus errores parezcan fáciles de enmendar					
25. Comparto la mesa					
Puntaje total =					

9. Mi Práctica de Hobbies

Definimos a los hobbies como *ocupaciones creativas y activas sin fines de lucro*. En nuestra estadística, los practica regularmente menos del 5% de la población. Sin embargo, pueden desarrollar algunas capacidades no expresadas en nuestra actividad laboral, o compensarlo cuando nos resulta rutinario.

Este cuestionario puede vincularse con el de la Autoevaluación de las Inteligencias Múltiples (CAIM). Eventualmente, los hobbies pueden convertirse en trabajos si logran ser remunerados, mientras se tenga interés en ello. Los hobbies difieren de las *diversiones* en que éstas son habitualmente pasivas y receptivas.

1. ¿Practica regularmente algún hobby? Sí () No ()
2. ¿Alguno de sus familiares de la infancia lo hacía? Sí () No ()
3. ¿Quién/es realizaban cuáles hobbies?

4. ¿Qué opinaban u opinan sus padres y otros familiares sobre estas tareas recreativas?

5. ¿Sus padres apoyaban su hobby si UD. practicaba alguno de chico? Sí () No ()
5. Si no lo práctica, ¿le agradaría iniciar alguno? ? Sí () No ()
6. Si su respuesta es afirmativa, cuál/es elegiría? Marcar todos los que correspondan:
 - 6.1. Visuales: pintura, dibujo, fotografía, cine, etc. ()
 - 6.2. Música/tocar instrumentos ()
 - 6.3. De la naturaleza: jardinería, observación o crianza de animales ()
 - 6.4. Manuales (mecánica, cocina, costura, aeromodelismo, etc.) ()
 - 6.5. Coleccionismo ()
 - 6.6. Juegos: ajedrez, bridge, etc. ()
 - 6.7. Literarios ()
 - 6.8. Invenciones ()
 - 6.9. Teatro ()
 - 6.10. Otros ()
7. ¿Qué significa un hobby para Ud.?

10. Motivaciones para mi Actividad Física

Ahora, en vez de justificar por qué no hacemos ejercicio, definamos qué nos entusiasma para iniciarlo y continuarlo

Factores motivantes	Nada 0	Muy poco 1	Poco 2	Medianamente 3	Mucho 4
1. Sentirme bien					
2. Prevenir enfermedades					
3. Divertirme					
4. Mantener mi peso					
5. Tener buen estado atlético					
6. Estar en compañía					
7. El ambiente en que practico					
8. Tener buen aspecto físico					
9. Que me quede mejor la ropa					
10. Mayor atractivo sexual					
11. Llenar el tiempo					
12. Defensa personal					
13. Superarme continuamente					
14. Reducir el excesivo stress					
15. Pertenecer a un grupo					
16. Otros (describir)					
Puntaje total =					

11. Estudio: Los 23 Pasos Básicos del Aprendizaje (Rol de Estudio)

Los 23 Pasos Básicos Marque con una x el casillero que mejor describa su situación actual	Nunca 0	Muy pocas veces 1	Frecuente- mente 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
1. Me valoro como estudiante					
2. Tengo ganas de estudiar para incorporar conocimientos					
3. El estudio es una de las formas agradables de ocupar mi tiempo					
4. Lo que estudio me será útil para mi futuro					
5. Aunque no me agrada alguna materia, la estudio por lo menos para aprobarla					
6. Me concentro en lo que estudio					
7. En general comprendo bien lo que estudio					
8. Mientras estudio asocio / juego mentalmente con los contenidos					
9. Tengo mis propios criterios para evaluar los contenidos que estudio					
10. Puedo memorizar y recordar lo estudiado					
11. Tiendo a aplicar lo que aprendo en mi vida diaria					
12. Tomo apuntes eficazmente en clase					
13. Cumpló mis planes de tiempo para estudiar					
14. Subrayo los textos de un modo que me facilita la comprensión y memorización					
15. Hago resúmenes eficaces					
16. Mi ambiente de estudio es grato					
17. Me siento cómodo /a presentando en público lo que estudio					
18. Lo que estudio me ayuda a decidir mi vocación					
19. Estudiar en grupo me es productivo					
20. Mi familia me apoya para el estudio					
21. Me presento tranquilo/a rendir los exámenes					
22. Mantengo buenos vínculos con mis compañeros					
23. Me llevo bien con los profesores					
Puntaje total =					

12.1 Rol de Trabajo: Mi Grado de Satisfacción de las Necesidades de Maslow mediante el Trabajo

Satisfacción de mis Necesidades brindada por el trabajo	Ninguna 0	Muy escasa 1	Escasa 2	Aceptable 3	Alta 4
1. Básicas (materiales, fisiológicas)					
2. Seguridad (conservar las Básicas)					
3. Pertenencia (se miembro de uno o más grupos, compartiendo afecto)					
4. Reconocimiento, status, autoestima					
5. Autorrealización (aplicación del potencial personal, creatividad, enfrentar desafíos, contribuciones a la comunidad)					
Puntaje total=					

12.2 Mi Grado de Satisfacción General en el Trabajo (Medido en Grado de Satisfacción Actual)

Variables del Rol de Trabajo	Ninguno 0	Escaso 1	Aceptable 2	Satisfactorio 3	Muy Satisfactorio 4
1. Me gusta (vocación)					
2. Remuneración					
3. Reconocimiento que recibo (de jefes, pares, clientes, etc.)					
4. Posibilidad de aprendizaje y desarrollo personal					
5. Entorno físico					
6. Ambiente y relaciones sociales					

Si realiza más de un trabajo, puede repetir el cuestionario para cada uno, o bien integrar todas sus tareas en uno.

Una vez llenado el Cuestionario, le invitamos a que lo estudie a través de su propia historia laboral. ¿Tiende a través de los años a mantener los mismos puntajes? Eso puede atribuirse a su Argumento de Vida y a los Valores que lo sustentan.

En cambio, si en alguna variable nota modificaciones abruptas, las mismas podrían atribuirse a factores externos, como los socioeconómicos, influencia de otros roles, etc.

12. 5 Trabajo: Mi Plan de retiro y jubilación

12. 5. 1 ¿Tiene algún plan para esto? Si () No ()

12. 5. 2 ¿Cómo satisfará los 5 niveles de Maslow al retirarse?

Básico	
Seguridad	
Pertenencia	
Reconocimiento	
Autorrealización	

12. 5.3. ¿Cuáles son sus modelos familiares al respecto?

12. 6 Mis relaciones en el Trabajo

12. 6. 1 ¿Tiene conflictos significativos y continuos con superiores, pares o subordinados en su trabajo actual, sean familiares o no? Sí () No ()

12. 7 Influencia de mi nivel de educación, formal o no, en mi Trabajo

12. 7. 1 ¿Influye? Sí () No ()

12. 7. 2. ¿Si influye, ¿de qué forma lo hace?

12. 7. 3 ¿Tiene planes de capacitación formal o informal? Sí () No ()

12. 7. 4 Lee libros o revistas culturales o científicas habitualmente? Sí () No ()