



Influencia transgeneracional en el sangrado ginecológico anormal, en la belenofobia y en la infertilidad. Un estudio desde las Constelaciones Integrativas®.

Trabajo Final de Grado: Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud.

Nombre Estudiante: Fernando José Torrijos Gil
Plan de estudios: Grado de Psicología

Nombre Consultor: Toni Sánchez Alonso



Influencia transgeneracional en el sangrado ginecológico anormal, en la belenofobia y en la infertilidad. Un estudio desde las Constelaciones Integrativas. Por Fernando José Torrijos Gil se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Título del Trabajo:	Influencia transgeneracional en el sangrado ginecológico anormal, en la belenofobia y en la infertilidad. Un estudio desde las Constelaciones Integrativas.
Nombre del autor:	<i>Fernando José Torrijos Gil</i>
Nombre del consultor:	<i>Toni Sánchez Alonso</i>
Fecha de entrega (mm/aaaa):	<i>06/2015</i>
Ámbito del Trabajo Final:	<i>Psicología Clínica y de la Salud: Psicología Transgeneracional.</i>
Titulación:	<i>Grado en Psicología</i>
Resumen del Trabajo:	
<p>Pertenecemos a un Sistema denominado familia, cuyos miembros son fruto de una herencia genética, con interacciones biológicas (Witzany, 2000), pero también inconscientes (Jung, 1992; Grof, 1988). Centrándonos en la mujer, es frecuente encontrar mismos conflictos ginecológicos en la actual y en pasadas generaciones. También historial de abortos o de dificultad en quedarse embarazadas.</p> <p>Por otro lado, el DSM-V nos habla de la fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño, como un “miedo intenso y persistente a objetos o situaciones...”, describiendo el trastorno no así su origen. Mientras Grof (2002) sostiene que esa fobia se genera en la experiencia perinatal y Jung (1992) que guarda relación con complejos asociados a una experiencia traumática.</p> <p>En este trabajo me centraré en esos trastornos y mostraré nuevos motivos que dificultan o impiden el embarazo. En esta dirección, mi objetivo es doble: exponer la transmisión psíquica de un hecho traumático, relacionado con la maternidad, por la vía transgeneracional, como afecta sintomáticamente en herederas de generaciones posteriores y demostrar la eficacia de la herramienta de las Constelaciones Integrativas para su abordaje terapéutico.</p> <p>Para ello, llevaré a cabo una investigación con dos mujeres que se ajustan a la problemática, utilizando, además de la herramienta citada, como instrumentos principales, la Anamnesis Integrativa (Vidal y Angrill, 2014) y el Genograma.</p> <p>Como resultados espero obtener una mejora significativa en la sintomatología, una mayor sensación de bienestar emocional y la liberación de barreras psíquicas que impedían el embarazo. Aunque este último resultado requiere un estudio más ambicioso y de mayor muestra y duración.</p>	

Palabras clave:

Trastorno ginecológico - transgeneracional – hecho traumático - aborto – síntomas - Constelación Integrativa.

Índice

0. Introducción.....	3
1. Contexto y justificación	4
2 Revisión teórica.....	4
2.1 Breve repaso histórico del sangrado menstrual	5
2.2 Desde el paradigma biomédico	6
2.3 Visión psicosomática	7
2.4 Hematofobia Y Belenofobia	8
2.5 Aborto psicosocial autoinducido	9
2.6 La transmisión transgeneracional desde la Sistémica y el Psicoanálisis	10
2.7 Carl Gustav Jung. Teoría de los Complejos	12
2.7.1 <i>El inconsciente personal</i>	12
2.7.2 <i>Los complejos</i>	13
2.7.3 <i>El inconsciente colectivo</i>	14
2.7.4 <i>Los arquetipos</i>	14
2.7.5 <i>Los complejos junguianos en las Constelaciones Integrativas®</i>	15
2.8 Stanislav Grof. Las Matrices Perinatales	15
2.8.1 <i>Sistemas COEX</i>	15
2.8.2 <i>Matrices Perinatales Básicas</i>	16
2.9 Bert Hellinger. Las Constelaciones Familiares	17
2.10 Las Constelaciones Integrativas®.....	19
3 Problema.....	21
4 Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis.....	22
4.1 Preguntas y Objetivos	22
4.2 Hipótesis.....	22
5. Propósito de la investigación.....	23
6. Método	23
6.1 Diseño de la investigación	23
6.2 Participantes	24
6.3 Instrumentos	24
6.3.1 <i>El Genograma</i>	24
6.3.2 <i>La anamnesis en Constelaciones Integrativas®</i>	25
6.4 Procedimiento	27
6.4.1 <i>Caso DANIELA</i>	28
6.4.2 <i>Caso MABEL</i>	34

7. Resultados	39
8. Conclusiones	40
9. Discusión	40
10. Referencias bibliográficas	41
11. Anexos	47
<i>11.1 Calendario de trabajo</i>	<i>47</i>

0. Introducción

Blancanieves

(Hermanos Grimm, 1812, 1995)

*“Era un crudo día de invierno, y los copos de nieve caían del cielo como blancas plumas. La Reina cosía junto a una ventana, cuyo marco era de ébano. Y como mientras cosía miraba caer los copos, con la aguja se pinchó un dedo, y **tres gotas de sangre** fueron a caer sobre la nieve. El rojo de la sangre se destacaba bellamente sobre el fondo blanco, y ella **pensó**: “¡Ah, si pudiese tener una hija que fuere blanca como nieve, roja como la sangre y negra como el ébano de esta ventana!”. No mucho tiempo después le nació una niña que era blanca como la nieve, sonrosada como la sangre y de cabello negro como la madera de ébano; y por eso le pusieron por nombre Blancanieves.”*

Hasta aquí la sangre como vida y creatividad aunque...según el mismo cuento, la madrastra induce la muerte con una manzana roja envenenada que bien puede representar la menstruación.

Paula

(Isabel Allende, 1994)

*“Tu abuela ruega por ti a su dios cristiano, y yo lo hago a veces a una diosa pagana y sonriente que derrama bienes, una diosa que no sabe de castigos, sino de perdones, y le hablo con la esperanza de que me escuche desde el fondo de los tiempos y te ayude. . . **Pienso en mi bisabuela, en mi abuela clarividente, en mi madre, en ti y en mi nieta** que nacerá en mayo, una firme **cadena femenina** que se remonta hasta la primera mujer, la madre universal. Debo movilizar esas fuerzas nutritivas (...)”*

Sirva el cuento de Blancanieves, de los hermanos Grimm, y el extracto de Paula (que murió de porfiria, enfermedad relacionada con la sangre) de Isabel Allende para introducir mi Trabajo. Mi intención es relacionar la sintomatología de los trastornos ginecológicos con sangrado anormal con hechos traumáticos transgeneracionales relacionados con abortos y la dificultad de embarazo en la actualidad. Todo ello transmitido psíquica e inconscientemente por el linaje femenino.

Pero no solo quiero demostrar esa correlación sino que mi interés es mostrar y proponer una herramienta eficaz para su abordaje: las Constelaciones Integrativas®.

El interés de este Trabajo se entiende en la medida del alto porcentaje de mujeres en edad fértil que padecen trastornos ginecológicos con sangrado irregular y que además buscan, sin éxito, el quedarse embarazadas. Las Constelaciones Integrativas® permiten elaborar y resolver el hecho traumático transgeneracional que afecta a la cliente (y que padece esos trastornos). Una vez hecho consciente e integrado, es de apreciar una mejoría muy significativa en la sintomatología así como un aumento en la posibilidad de quedarse embarazada.

Los objetivos e hipótesis de este trabajo los referencio principalmente a los trabajos de Freud (1913-14), Jung (1969), Grof (2002), Abraham y Torok (2002) y Vidal y Angrill (2014).

A lo largo de este Trabajo explicaré la relación de hechos traumáticos del pasado (generaciones anteriores) y sintomatología actual de descendientes mediante la transmisión psíquica, genética (Ovogénesis prenatal) y sanguínea. En este punto, me parecen imprescindibles las propuestas de Jung, referentes a los Complejos y de Grof, referentes a las Matrices Perinatales, además de las de Abraham y Torok y su “fantasma” encriptado.

No voy a olvidarme de exponer los planteamientos de Vidal y Angrill de cara a la intervención terapéutica mediante la herramienta de las Constelaciones Integrativas® que trabajaría tanto el mundo externo como el interno del cliente.

1. Contexto y justificación

El tema a investigar me parece relevante debido a que, si bien hay un reconocimiento de enfermedad transgeneracional, apenas se ha llegado a plantear la posibilidad, fuera de los enfoques sistémicos y psicoanalíticos, de que hechos traumáticos de, por ejemplo una abuela, influyan en que una nieta no quede embarazada. Y menos aun de un abordaje terapéutico breve y resolutivo. Tampoco se suele asociar, de la misma manera, y desde la terapéutica más habitual como pueda ser la cognitivo conductual, fobia sangre-agujas-daño de la misma nieta a traslado de un hecho traumático de generaciones anteriores, con las mismas consecuencias y desplazamiento a materiales similares (agujas). En los trabajos a los que he tenido acceso he observado que las vías de transmisión transgeneracionales no reconocen la afectación de los Complejos (Jung, 1969) ni de las Matrices Perinatales (Grof, 1992).

Este Trabajo pretende validar científicamente esta relación así como plantear propuestas terapéuticas para el abordaje de la infertilidad desde la psicología sistémica transgeneracional y concretamente desde las Constelaciones Integrativas®, cuyo corpus teórico se basa en los paradigmas antes citados.

Para ello, aportaré como novedad un enfoque basado, además de en una anamnesis específica, en la teoría analítica jungiana, en la transpersonal de Grof, en la psicogenealogía de Schützenberger (2007) y en la específica de Constelaciones Integrativas®.

Con ello, espero obtener resultados esperanzadores en cuanto a la eficacia de este abordaje terapéutico en mujeres con trastornos de sangrado anormal y con dificultades en quedarse embarazadas evitando fertilizaciones in Vitro.

2 Revisión teórica

Con la finalidad de situarnos y de poner límite al objeto de esta investigación voy a exponer los diferentes Modelos y autores en los que me baso.

Empezaré dando un repaso a través de la Historia de cómo han sido vistos los trastornos ginecológicos relacionados con la sangre y del tratamiento que diferentes culturas han dado a la mujer cuando se ha encontrado en los días de la menstruación.

Al tratarse de trastornos ginecológicos no puedo obviar el Modelo Biomédico, de ahí que explicaré brevemente los relacionados con un sangrado anormal, objeto de mi estudio. No voy a olvidarme de hacer un pequeño repaso por su connotación psicosomática, algo que puede ser de más interés en nuestra especialidad de Psicología clínica. Por lo tanto, tendré en cuenta los Trabajos de Chiozza (1998), Dethlefsen, T. Y Dahlke, R. (1990), Schnake, A. (1995), Hamer, R. (2000), Martel, J. (1996).

También aprovecharé para mostrar como el DSM-V (A.P.A., 2014) nos habla de la fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño, con un “miedo intenso y persistente a objetos o situaciones...”, describiendo sus características diagnósticas no así su origen. Mientras Grof (2002) explica que esa fobia, como veremos, se genera en la experiencia perinatal y Jung (1992) que guarda relación con complejos asociados a una experiencia traumática.

Posteriormente voy a repasar cómo los paradigmas sistémico y psicoanalítico han trabajado el concepto de transmisión transgeneracional.

A continuación pasaré a hablar sucintamente de la Teoría de complejos propuesta por Carl Jung (1934) y la de las Matrices Perinatales propuesta por Stanislav Grof (1992)

Mi revisión teórica continuará en el Trabajo de Bert Hellinger y su propuesta de Constelaciones Familiares y, para terminar con la presentación, la visión de las Constelaciones Integrativas® (Vidal y Angrill, 2014) en las que me basaré para el abordaje terapéutico del objeto de estudio de este TFG.

2.1 Breve repaso histórico del sangrado menstrual

Las primeras búsquedas las enfoco a un repaso histórico y cultural sobre la sangre y cuando ésta va asociada a la menstruación.

El Doctor Wilfredo Ruiz (2014) hace un curioso estudio titulado “Jesús y las enfermedades ginecológicas” donde repasa el sentido de la sangre menstrual, y nos cuenta que en la Biblia podemos leer “*la sangre es el alma, vida de toda carne*” e incluso podemos ver la asociación del vino a la sangre. Además, en (Levítico 15, 19-24) puede leerse como el hombre queda contaminado si toca a una mujer que está menstruando: “*Cuando una mujer tenga flujo, si el flujo en su cuerpo es sangre, ella permanecerá en su impureza menstrual por siete días; y cualquiera que la toque quedará impuro hasta el atardecer. También todo aquello sobre lo que ella se acueste durante su impureza menstrual quedará impuro, y todo aquello sobre lo que ella se siente quedará impuro. Cualquiera que toque su cama lavará su ropa, se bañará en agua y quedará impuro hasta el atardecer. Y todo el que toque cualquier cosa sobre la que ella se siente, lavará su ropa, se bañará en agua y quedará impuro hasta el atardecer. Sea que esté sobre la cama o sobre aquello en lo cual ella se haya sentado, el que lo toque quedará impuro hasta el atardecer. Y si un hombre se acuesta con ella y su impureza menstrual lo mancha, quedará impuro por siete días, y toda cama sobre la que él se acueste quedará impura.*”

Más adelante añade que, si un hombre y una mujer mantenían relaciones sexuales deliberadamente durante el período en que ella tenía impureza menstrual, se les daba muerte. (Le 18:19; 20:18.). Pero... las reglas relativas a la menstruación destacaban la consideración de Jehová hacia las mujeres: “*El esposo cristiano, aunque no está bajo la Ley (Ro 6:14; Ef. 2:11-16), hará bien en respetar los ciclos y cambios fisiológicos de su esposa, morando con ella “de acuerdo con conocimiento” y asignándole honra “como a un vaso más débil, el femenino” (1Pedro 3:7). Visto así, a la luz de la ley mosaica, el morar con una esposa de acuerdo con conocimiento podría incluir el mostrarle consideración durante su período menstrual: De tal manera, si un hombre antepone la satisfacción de sus pasiones a los mejores intereses de su esposa, no estaría ‘asignándole honra.’*

La religión judía primitiva asignaba a la sangre humana un enorme valor, ejemplo de ello son los sacrificios de animales. Y durante la navidad, los adornos rojos tienen su explicación como símbolo del nacimiento por su asociación con la sangre del parto.

Sea cual sea la población del planeta, es obvio que un halo mágico ha rodeado las diferentes explicaciones de la menstruación a lo largo de los tiempos. Ese carácter mágico ha acompañado a la mujer menstruante a una serie de prohibiciones y consideraciones.

Salamanca y Mendoza (2014) nos explican que “*las primeras referencias escritas recogidas en tablillas de Siria y Mesopotamia (3.000 años a.C.) informan sobre la necesidad de procreación, por la alta mortalidad infantil, lo que lleva a que las mujeres pasen la mayor parte de su vida embarazadas, o lactando, así apenas tienen menstruaciones a lo largo de su vida. Es por ello que se consideraba la presencia de menstruación regular como signo de esterilidad y por tanto, motivo para ser repudiada por el marido, abocando la mayoría de las mujeres estériles a la prostitución y rechazo*”. Estos autores concluyen que “*los Persas, que siguieron a los Sirios, encontraron la menstruación aceptable, si esta duraba menos de cuatro días, tiempo en que las mujeres permanecían recluidas en habitaciones especiales. De no ser así, la mujer recibía unos latigazos como purificación.*”

Más adelante, Salamanca y Mendoza hablan de que “*estos símbolos y signos de impureza han llegado a situaciones extremas. En la Edad Media se les prohibía la entrada a las iglesias. Incluso, en algunas zonas rurales de España, subsisten algunas prescripciones curiosas como no bañarse ni lavarse la cabeza pues podría ocasionar fiebres altas y enloquecer, así como no meterse en los ríos pues morirían los peces.*

En América del Sur, en la ciudad colombiana de Santander, actualmente se cree que darle a un hombre una bebida con un poco de sangre menstrual puede llegar a volver loco.

En Asia encontramos el ejemplo en Nepal, donde eligen a una niña como la diosa Kumari y protectora del poblado, dejando de serlo al llegar a la menarquia por considerarla entonces impura.”

Buscando en las principales bases de datos de ámbito psicológico: **Catálogos de Bibliotecas Universitarias de la UOC, Dialnet, APA PsycINFO, APA PsycArticles, Proquest Psychology Journals, Directory of Open Access Journals (DOAJ), RECERCAT, del CBUC** y Agregadores de contenidos como el portal **RECOLECTA** he encontrado diferentes trabajos.

2.2 Desde el paradigma biomédico

Encuentro artículos que, desde un enfoque biomédico, hablan de los trastornos ginecológicos con sangrado anormal, tanto en su parte fisiológica como de abordaje farmacéutico y quirúrgico. En ellos se resaltan las causas más frecuentes: las anomalías estructurales del sistema reproductivo y los trastornos de la ovulación.

Una vez más es una clasificación la que determina qué es normal y qué es anormal y, en este caso, se basa en el flujo sanguíneo y en la capacidad reproductiva.

Como tratamientos de elección, no se complican la vida: medicamentos hemostáticos (ácido tranexámico), administración de estrógenos, anticonceptivos (levonorgestrel) y procedimientos histeroscópicos de menor o mayor intensidad.

Se sabe que alrededor de una cuarta parte de las mujeres de entre 15 y 44 años de edad se queja de sangrados prolongados o demasiado frecuentes o de manchado irregular en sus menstruaciones, según la Web (<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/alteraciones-problemas-ginecologicos.shtml>). Son muchas las posibles repercusiones, en la vida reproductiva, de la anemia ferropénica, y de la deficiencia de ácido fólico, agravadas por pérdidas abundantes, prolongadas y/o demasiado frecuentes. En particular, entre las consecuencias perinatales, se conoce muy bien la relación entre la anemia materna y el bajo peso al nacer, así como entre la deficiencia de ácido fólico y las malformaciones congénitas del tubo neural. Ya la medicina reconoce que, las patologías del sangrado menstrual que se inician en la adolescencia, pueden además repercutir en la fertilidad futura de la mujer.

Epidemiología del sangrado anormal

La American Society for Reproductive Medicine (2013) nos dice que la menstruación se considera normal cuando el sangrado uterino ocurre cada 21 a 35 días y no es excesivo. La duración normal del sangrado menstrual es de entre dos y siete días. El sangrado uterino anormal se produce cuando la frecuencia o cantidad de sangrado uterino difiere de los parámetros indicados anteriormente o cuando la mujer se ha manchado o sangrado entre sus períodos menstruales. El sangrado uterino anormal puede ser causado por una variedad de factores. Las dos causas más comunes son las anomalías estructurales del sistema reproductivo y los trastornos de la ovulación. Según los doctores Dreyer y Disciaciatti (2001), y en artículo reflejado en la revista *Práctica Ambulatoria* en su número 3, podemos extractar a continuación lo más significativo asociado al sangrado uterino anormal, así como su tratamiento convencional.

Causas del sangrado uterino anormal

El sangrado uterino anormal puede deberse a anomalías estructurales del útero. Algunas de las causas estructurales más comunes del sangrado uterino anormal incluyen lesiones benignas (no cancerosas) del útero, como pólipos, *fibromas (miomas)* y *adenomiosis* (engrosamiento uterino causado por el crecimiento de tejido endometrial en las paredes externas del útero) Otras causas incluyen el sangrado asociado al embarazo, que incluye *el embarazo ectópico* y *el aborto espontáneo*, así como trastornos hemorrágicos que afectan la capacidad de la sangre de coagularse normalmente. Las lesiones del cuello uterino o de la vagina (benignas y cancerosas), las *infecciones crónicas del endometrio* (endometritis), el tejido cicatricial (adherencias) en el endometrio y el uso de un *dispositivo intrauterino* (DIU) también pueden estar asociados con el sangrado uterino anormal.

Sangrados uterinos anormales

Hipermenorrea: sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad excesiva.

Menorragia: pérdida ginecológica excesiva, con características de hemorragia importante, de duración prolongada y que aparece a intervalos regulares.

Metrorragia: sangrado uterino que aparece fuera del período menstrual de cantidad variable.

Polimenorrea: patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia menor a 21 días.

Hipomenorrea: sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad reducida.
Oligomenorrea: patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia mayor a 35 días.
Sangrado de la post menopausia: sangrado uterino que sucede luego de un año de la última menstruación.
Sangrado de las niñas: si se produce antes de los 9 años debe considerarse anormal.

Tratamiento

Las anomalías estructurales del tracto reproductivo, tales como fibromas, pólipos o tejido cicatricial, a menudo se pueden tratar durante la histeroscopia. Se pueden introducir instrumentos quirúrgicos a través del histeroscopio para eliminar o corregir las anomalías estructurales dentro de la cavidad uterina.

Las mujeres que tienen niveles adecuados de estrógeno pero que no ovulan se pueden tratar eficazmente con progestinas sintéticas, como el acetato de medroxiprogesterona.

Para las mujeres con menorragia (menstruación excesiva prolongada o abundante) se puede recomendar la administración de un estrógeno para detener temporalmente el sangrado y estabilizar el endometrio.

El sangrado uterino abundante se puede controlar con el uso de dosis bajas de OCP (anticonceptivos orales).

El ácido tranexámico (hemostático) se puede utilizar para los episodios de sangrado abundante. Este medicamento que se administra por vía oral se utiliza dos veces al día y se ha demostrado que causa una reducción importante en el flujo de sangre menstrual.

Los DIU que contienen levonorgestrel (anticonceptivo) son útiles en el tratamiento del sangrado menstrual abundante y quizás constituyan la terapia más eficaz.

Además, la ablación endometrial (eliminar, quemar o congelar la mayor parte del endometrio) se puede recomendar a las mujeres que ya no deseen ser fértiles y, generalmente, corrige el flujo menstrual abundante. Y, llegados al extremo, se recomienda una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) para tratar el sangrado menstrual abundante. Obviamente este procedimiento se considera también si la paciente ya no desea tener hijos, no ha respondido a otros tratamientos hormonales o quirúrgicos.

2.3 Visión psicósomática

Martel (1996) nos explica en su Gran Diccionario de las Enfermedades que *“Sangrar puede compararse a llorar, a una pérdida de alegría: “Cuando sufro, corren las lágrimas, mi pena es tan intensa que es como si llorase sangre”. ¿A dónde va mi alegría de vivir?*

En la publicación Género y Psicoanálisis, compilación de Teresa Lartigue y Olga Varela (2009), de la Asociación psicoanalítica de Guadalajara (México) podemos leer que *“la mujer tiene tratos naturales y directos con la sangre vaginal que hace su aparición durante la pubertad con la menarca. El rojo fluir retorna mes a mes, e introduce a la mente en una secuencia rítmica. La mujer está atenta a su llegada, a sus alteraciones cíclicas o a las disfunciones posibles (trastornos del ritmo, dolores menstruales, edemas)”*. En la página 4 de la misma publicación, Marian Alizade nos dice que *“la vista de la sangre se asocia con crueldad y agresividad y es asimismo la expresión de un estado de desamparo físico (Langer, 1944: 212)”*. Esta autora cita a Daly (1928) para quien *“el hombre teme a la mujer en estado menstrual porque proyecta sobre ella su propia agresividad”* y la seguimos leyendo: *“El hombre huye con terror de la madre en estado menstrual, porque ve en la hemorragia vaginal la comprobación de su angustia de castración y muerte” (Ibíd.: 213)*.

Martel (1996) también nos explica que *“los dolores menstruales pueden estar vinculados a culpabilidad e ira”*. Habría que explorar abusos antes de la pubertad o el hecho de que los padres están decepcionados por haber dado a luz una niña. Inconscientemente puede que la mujer retrase o haga parar sus menstruaciones: *“rehúso mi feminidad y puede que también mi sexualidad, creyendo que es sucio o pecado porque es la pérdida de sangre (vinculada a la pérdida de alegría) que indica generalmente si estoy embarazada o no”*. Esta decepción de no estar embarazada procede de la memoria incluso, la de la especie, que quiere que esté hecha para la procreación que garantiza su supervivencia. Así, las pérdidas de sangre, indican, en cierta medida, la pena de una mujer, incluso inconsciente, de no haber quedado embarazada, según su programación genética para la preservación de la especie.

La mujer vive cierto temor, una dolencia o culpabilidad. Como mecanismo de defensa, se programa mentalmente y hace cesar sus reglas, rechazando la vida, decidiendo cesar de procrear.

Rehúsa quizás vivir lo que su madre ya vivió con relación a su padre y rehúsa servir inconscientemente de genética (instrumento de reproducción) en su actual relación de pareja, porque recuerda el dolor que sentía al ver a su madre triste en su relación amorosa. Rehúsa vivir esta experiencia.

En este punto, ya empieza a vislumbrarse la afectación intergeneracional y las emociones asociadas. Además de una visión transgeneracional como mujer que debe ser madre, con la lucha interna de querer y no deber tener hijos.

La sangre se asocia tanto al flujo vital como al flujo letal que expresa la agresividad, la violencia, la ruptura de la continuidad de nuestra envoltura protectora (la piel). Se muestra en las hemorragias letales de las heridas, las efracciones de la carne, las amputaciones, la muerte.

Si seguimos leyendo a Alizade, en la página 3 de la compilación anterior, nos dice que *“la sangre genital femenina afirma la fertilidad futura de las mujeres. Es sangre abierta que no requiere de la efracción de la piel para mostrarse. Por más orgullo que produzca el saberse joven y fértil y mujer -mujer gracias a la presencia del rojo fluido, en algún lugar se contamina esta sangre de vida con la otra sangre, la de la herida, la sangre de muerte, la de la vulnerabilidad, del daño, del ataque, de la violencia, de la castración repetida mes a mes”*.

Es interesante consignar la relación leche-sangre en la lactancia que nos hace Marie Langer (1944: 213-214), quien distingue entre la leche buena de la madre cariñosa de la primera infancia y la leche mala de una madre agresiva, fuente de temores paranoicos a ser envenenado/a, que ella equipara a la sangre menstrual. La pubertad trae sangre y trae pechos. Materias ambas vinculadas a la potencial maternidad. La mujer cuyo cuerpo transita por los fluidos de la leche y la sangre ha entregado su cuerpo a la maternidad. El cíclico derrame líquido de las menstruaciones cesa para dejar lugar al producto viviente. Pero si hay un trauma transgeneracional en su familia va a resistirse...

2.4 Hematofobia Y Belenofobia

La fobia a la sangre sorprende respecto al resto de fobias, su marcado componente hereditario. Más del 40% de los afectados tiene familiares con una fobia similar. Las explicaciones más generalizadas dicen que posiblemente lo que se hereda es el comportamiento vicario (me mareo al ver sangre porque de pequeña he visto en un familiar ese comportamiento), del mismo modo que el haber tenido una experiencia desagradable con la sangre puede marcar conductas posteriormente.

En el DSM-IV aparece clasificada esta fobia como específica tipo sangre-inyecciones-daño. Se refiere a *“un miedo intenso y persistente, excesivo e irracional, a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos y una exposición a estos estímulos fóbicos provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad”*. Evitación, ansiedad de anticipación e hipervigilancia son algunas de las conductas habituales con alta posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido.

Bados (2005) nos habla de que *“un leve miedo a la sangre se da en muchos niños y adultos. Fobia más frecuente en mujeres con edad media de inicio es a los 9 años. La mayoría de los fóbicos a la sangre (69%) son también fóbicos a las inyecciones”*. La fobia a la SIH puede conducir a, y es lo que a nosotros nos interesa, evitar embarazos. El mismo Bados nos orienta a buscar explicaciones para el desmayo en la fobia a la SIH en Page (1994). Así, por ejemplo, *“una activación simpática inicial ante la amenaza iría seguida rápidamente por una activación parasimpática en una situación que implica restricción física o en la que no hay respuestas alternativas eficaces a la inmovilidad. Se ha dicho que el desmayo ante la sangre (síncope vasovagal) podría ser una respuesta adaptativa desde el punto de vista evolutivo en circunstancias en las que la inmovilidad implicaría menos riesgo de daño adicional que la huida”*. ¿Huida de qué?

Una explicación alternativa es aquella que tiene en cuenta la correlación entre fobia a la sangre y susceptibilidad al asco y relaciona a esta última con el desmayo. ¿Por qué no añadir evitación del recuerdo de un hecho traumático transgeneracional?

La mayoría de trabajos sobre el tratamiento de la hematófobia han sido publicados por Öst y colaboradores (Öst y Hellstrom, 1997; Öst y Sterner, 1987; Öst, Svensson, Hellström y Lindwall, 2001). Como en otras fobias, los tratamientos aplicados se basan principalmente en la exposición del sujeto al estímulo fóbico. El tratamiento no difiere mucho del de otras fobias específicas: terapias conductuales, técnicas de relajación y de desensibilización sistemática son las más utilizadas. Y aunque no es muy frecuente su uso, también se pueden combatir de manera puntual con fármacos, como los beta-bloqueantes o el midodrine. No obstante, lo aconsejable es eliminar la fobia de manera definitiva con las técnicas conductuales y recurrir a los fármacos solo en ocasiones muy concretas.

2.5 Aborto psicosocial autoinducido

En el artículo *El enfoque de género de las iniquidades en salud desde el prisma de la Bioética*, de Amaro, M.C. (2005) podemos leer que *“en la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de la natalidad. Después fue prohibido por algunas religiones, pero no se considero una acción ilegal hasta el siglo XIX”. “Durante el siglo XX la legalización ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en Rusia (1920); posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de Europa del Este después de la segunda guerra mundial. A fines de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países”*.

Según Wikipedia, “Aborto” proviene del latín abortus [compuesto por ab- («de», «desde») y oriri («salir», «aparecer»)], y hace referencia a la expulsión o extracción del embrión o del feto.

Cuando la interrupción del embarazo es provocada o intencional, a través de medicamentos o de alguna intervención quirúrgica, entonces se trata de un aborto inducido. Las causas de este tipo de aborto pueden ser terapéuticas o no terapéuticas (éstas últimas se producen usualmente en embarazos no deseados).

Un aborto es inducido o provocado cuando hay una interrupción deliberada mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. Las causas, en gran parte suelen ser psicosociales: razones personales, familiares, económicas, sociales,... de la mujer.

Independientemente de ser autorizados o no siempre ha habido y habrá abortos ilegales. Abortos que eran frecuentes dos o tres generaciones atrás o sea en la época de nuestras abuelas y bisabuelas. Sobre todo en países del Este de Europa y Sudamérica.

En la www.unidosporlavida.org podemos leer que *“uno de los métodos más habituales era mediante la utilización de una aguja de tejer. La idea es “ abrir ” el cuello del útero y así expulsar todo el contenido. Se introduce una aguja de tejer fina de diámetro, usualmente en cuclillas. Puede perforarse el útero o la pared posterior vaginal, provocando infecciones y hemorragias. Lo normal es que queden restos del aborto en el cuerpo, y que los instrumentos al no ser esterilizados, combinados con estos, provoquen una sepsis generalizada”*. Por supuesto, se hacía sin anestesia.

Es fácil entender que, desde el punto de vista psicológico, la mujer, si sobrevive, pueda vivir: Culpabilidad, impulsos suicidas, sensación de pérdida, pesar y remordimiento, hostilidad, conducta autodestructiva, ira/rabia, desesperación, etc. Además: fijación en los bebés, instintos maternos frustrados, Odio a todo/todos los relacionados con el aborto, deseo de acabar la relación con su pareja, pérdida de interés en el sexo, incapacidad de perdonarse a si misma, pesadillas. Y es lógico que los efectos negativos del aborto en la mujer afecten también la relación con su esposo o pareja: aversión o desarmonía general en sus relaciones interpersonales. De hecho, ciertos estudios muestran que hasta un 70% de las parejas se separan en el término de un año después de haber ocurrido el aborto.

Si esta vivencia traumática la padeció mi bisabuela ¿cómo siendo mujer no va a llegar a mi psique ese hecho transgeneracional? Seguro que pasó a mi abuela y a mi madre y lo vivieron como supieron y pudieron... Aguja y sangre implican muerte, ¿pueden tener relación con mi fobia específica a la sangre-agujas-daño?

2.6 La transmisión transgeneracional desde la Sistémica y el Psicoanálisis

Lamovsky L. (1999), en su escrito *Transmisión Generacional y Subjetividad*, presentado en la Reunión Lacanoamericana de psicoanálisis (Rosario, 1999), nos habla de que “*de una generación a otra se transmiten significantes y también significaciones congeladas*”. El sujeto está representado en sus fantasmas inconcientes por elementos culturales vehiculizados por la lengua. Lamovsky también nos dice que “*Lacan (1953), en Función y Campo de la Palabra, remitía a la cultura los significantes que representan al sujeto*”. En otros estudios, concretamente en la Tesis de Albite (2005) “*El tránsito del imaginario materno en la subjetividad de tres generaciones de mujeres puertorriqueñas*” podemos leer como se explora el significado y sentido que tiene la maternidad en la subjetividad de las mujeres, identificando las huellas que deja el discurso cultural en la articulación del discurso individual de las mujeres y su intersección con otros discursos, como pueden ser el de tres generaciones anteriores.

En citada Tesis se habla de dos vías lógicas de transmisión: *el discurso de la cultura y el relato familiar que encadenado de padres a hijos hace un tipo de serie transgeneracional. Sin embargo, también podemos hablar de transmisión transubjetiva, es decir de cosas que no han podido ser transmitidas al nivel simbólico por el pensamiento y la palabra (Kaës, 1993), casos donde el pasaje a la confianza y la esperanza es imposible después de una falta vivida como imperdonable a través de las generaciones (Cigoli, 2005)*. Situaciones que implican la repetición de un secreto.

El paradigma psicoanalítico ha recogido desde sus orígenes el hecho traumático y su transmisión psíquica. Ya desde la obra freudiana puede verse un fuerte interés del psicoanálisis por aquello heredado o transmitido desde los ancestros. Kaës (1997) ya nos muestra el interés de Freud en la transmisión de la vida psíquica entre las generaciones. Lamovsky (1999) nos recuerda que “*en Tótem y Tabú (1912), Freud desarrolla la transmisión por identificación con los padres y la transmisión generacional o adherencia de las huellas mnémicas adquiridas en la interacción con las generaciones precedentes. En Moisés y la religión monoteísta (1939), Freud postula el concepto de herencia arcaica conformada por fragmentos de la vida psíquica transmitidos de generación en generación, fragmentos o huellas mnémicas de orden filogenético aportados en el nacimiento mismo que son referentes a factores constitucionales del individuo*”.

Kaës (1996) nos volverá a recordar a Freud, en su Introducción al narcisismo (1914), cuando postulaba que “*...el sujeto de la herencia, como el del inconsciente, está dividido entre la necesidad de ser para sí mismo su propio fin y ser el eslabón de una cadena a la que está unido sin la participación de su voluntad*”. Con estas palabras presenta un apuntalamiento del narcisismo del niño en el narcisismo de la generación anterior, y resalta la importancia del conjunto intersubjetivo del que el individuo es heredero y “esclavo”. Así en el tránsito generacional nos debatimos entre ser uno en nuestra singularidad y a su vez ser herederos y sujetos de grupo en la especie.

Roberto y Ana Losso (2007), en su artículo “*La fantasía inconsciente compartida familiar de elaboración transgeneracional*” nos hablan de Pichon Rivière (1962-65) y su metáfora de “la cruz”: *el individuo aparece en el entrecruzamiento de la rama vertical (cadena transgeneracional) y la horizontal, intergeneracional (cadena de los contemporáneos)*. Abraham y Torok (1978,1987) trataron de diferenciar los conceptos de transmisión transgeneracional e intergeneracional refiriendo la primera a dos generaciones sin contacto directo mientras que la segunda se daría entre dos generaciones con contacto directo (padres-hijos).

Las primeras investigaciones sobre la transmisión transgeneracional nacen a partir de la ampliación de los dispositivos psicoanalíticos con la aplicación de esta terapéutica a parejas, familias y grupos. Boszormenyi-Nagy y Spark (1973), sistémicos, aunque también con formación psicoanalítica, y fundadores del Family Institute of Philadelphia, editan *Lealtades Invisibles*, donde desarrollan una teoría familiar basada en la ética y en la óptica transgeneracional. En la Terapia Contextual, de claro corte transgeneracional, se habla de que cada familia tiene su Libro Mayor, en el que a modo de un libro de contabilidad se anotan las deudas y los méritos de sus miembros. Este libro se transmite de generación en generación, debiendo pagar los descendientes, según compromisos verticales de lealtad, las deudas

contraídas por sus ancestros. El trabajo con el Genograma, será una de sus técnicas más utilizadas (B-Nagy y otros, 1973, 1984) para poder leer ese Libro.

Tapia y Vélez (2011) en su artículo de *“La transmisión transgeneracional del psiquismo”* nos explican que *“la transmisión de la vida psíquica entre generaciones fue adquiriendo cada vez más entidad e importancia en la teoría y clínica psicoanalítica. Importantes son los estudios de: Abraham y Torok (1978,1987) con sus trabajos sobre el duelo, la incorporación, las identificaciones endocrípticas y el fantasma; Faimberg (1987) con sus conceptos del telescopaje entre generaciones y las identificaciones alienantes; Enríquez (1986) con la transmisión del delirio parental; Green (1980) sobre la madre muerta y los duelos patológicos; la novela familiar y los visitantes del yo de Mijollá (1985); los pactos denegativos de Kaës (1989); la desmentida en relación a las identificaciones alienantes (Baranes, 1983,1989), lo negativo de Green (1991) así como los de Missenard, Rosolato, Guillaumin y Kristeva (1991)”*.

Las personas tienden a repetir acontecimientos que los marcaron en forma temprana. Sin embargo parece ser que no solo se repiten las cosas que ocurren directamente entre una madre o padre y su hijo(a), (transmisión intergeneracional) sino que también existen influencias del mundo representacional de los abuelos en el desarrollo y en la estructuración psíquica de un nuevo ser, (transmisión transgeneracional).

Hay bastantes artículos, desde el paradigma psicoanalítico, que explican la transmisión de una generación a otra de ciertos contenidos psíquicos vinculados a sucesos muy significativos (Segoviano, 2008). Faimberg (2007) refiere que la transmisión transgeneracional se debe a un “telescopaje” de las generaciones (normalmente hasta tres) y, es el síntoma, la manera de “denunciar” aquel o aquellos hechos traumáticos. Puget (1993) menciona: *“Algunas familias quedan estructuradas en torno a secretos grupales que deben conservarse definitivamente silenciados, evitando así la desintegración familiar que se produciría al difundirse algún hecho penoso o vergonzoso”*.

Muchos autores, como Alicia Werba en su artículo *“Transmisión entre generaciones. Los secretos y los duelos ancestrales”*, han estudiado el trabajo colectivo y los vínculos invisibles. Lealtades psicológicas hacia personas importantes de generaciones anteriores como resultado de eventos traumáticos ocultos. Freud fue el primero que habló sobre el alma colectiva y, en 1913 manifestó: *“Ninguna generación es capaz de disimular a las que le siguen los acontecimientos psíquicos significativos”*. Hellinger (1998) propuso las constelaciones familiares para estudiar y resolver dinámicamente esos vínculos sistémicos. Schützenberger (2007) remite a la Psicogenealogía y al genosociograma (genograma que pone el énfasis en los fenómenos sociométricos y en las lealtades invisibles dentro de la familia), y Bösörényi-Nagy (1984) a las *“lealtades familiares ocultas”*.

Valle (2014), en su artículo *“Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas”* publicado en el número 7 de la revista *Temas de Psicoanálisis*, dice que *Eiguer (1987) habla de que “el inconsciente de cada sujeto lleva la huella, en su estructura y contenido, del inconsciente de otro u otros. La representación de objeto transgeneracional es una construcción fantasmática inconsciente de sucesos a menudo traumáticos, de alta carga emocional, a la cual se adhieren los miembros de una familia”*. Y añade: *“Estos movimientos dinámicos (investiduras e identificaciones) pueden ser el origen de conflictos y síntomas individuales y familiares”*.

Abraham y Torök (1978) y Schützenberger (2006) coinciden: *“Los duelos no hechos, las lágrimas no derramadas, los secretos de familia, las identificaciones inconscientes y lealtades familiares invisibles pasean sobre los hijos y los descendientes”, “Lo que no se expresa por palabras se expresa por dolores”*. Schützenberger también recuerda que la transmisión transgeneracional hace un puente entre el inconsciente individual de Freud y el inconsciente colectivo de Jung. Así empezamos a entender de qué manera lo que ocurrió en una generación previa se manifiesta una generación posterior, aun de manera inconsciente.

Siguiendo nuevamente el artículo de Tapia y Vélez (2011), leemos que *“el acuerdo inconsciente establecido entre dos o más sujetos, según el cual ciertos contenidos deben ser sometidos al destino de la represión ha sido llamado por Kaës (1989) pacto denegativo. Según Anzieu (1990), los objetos psíquicos inconscientes familiares “no transformables” permanecen enquistados y de manera inconsciente son tomados a través de un pacto denegativo por uno o varios miembros de una generación posterior (transgeneracional). Kaës (1993), nos habla de la transmisión transpsíquica, que proviene directamente del psiquismo de pertenecientes a otras generaciones (padres, abuelos, bisabuelos), y que “atraviesa” la psique de los sujetos”*.

En el mismo artículo podemos leer que *“Rand (1995) menciona que cuando una experiencia difícil por ser dolorosa o vergonzosa no se introyecta, se convierte en trauma, el cual queda congelado, convirtiéndose en una cripta. Y esta va a matizar no solo una parte sino todo el psiquismo de una persona. Esto quiere decir que la persona va a organizar su vida en torno a la cripta (pensamientos, sentimientos, conductas).*

Rand (1995) nos habla de la dualidad entre vivir la experiencia, el deseo, y ocultarla por lealtad a un ancestro que tiene valor ideal del yo para la persona”.

Leemos a Nicoló, A.M. (1993) en su artículo *Lo transgeneracional, entre mito y secreto* que *“tiene especial relevancia lo no dicho del ancestro que a veces se instala en el niño como un muerto sin sepultura (el “muerto-vivo”, Baranger, 1961), un fantasma desconocido que retorna desde el inconsciente y ejerce su acoso induciendo fobias, obsesiones, síntomas, pesadillas, enfermedades graves, accidentes, etc. Abraham y Torok (1978) nos hablan de enfermos que decían haber hecho cosas sin saber por qué las habían hecho, es decir que habían hablado o actuado como si fueran otra persona. Dedujeron que un “fantasma” de la familia utiliza a algún miembro de su descendencia, y habla a través de él como si se tratara de un ventrílocuo, e incluso llega a moverle a hacer cosas”.* Este fenómeno ocurre, según los autores, en circunstancias familiares traumáticas: una muerte difícil de aceptar, un suceso que avergüenza, cosas sucias, poco claras o inconfesables que han sucedido en la familia, un asesinato o muerte sospechosa, un aborto, parientes internados en psiquiátricos, delitos que han terminado con una quiebra o prisión de un miembro de la familia, adulterios, incestos y demás abusos sexuales, etc.

Cuando se habla del “fantasma”, esto es en realidad solo una metáfora que no significa que los difuntos vuelven para asediarnos, sino que lo que vuelve son los vacíos que han dejado dentro de nosotros esos secretos familiares, y que finalmente terminan expresándose como palabras o actitudes que no terminamos de comprender y que afectan nuestra vida cotidiana.

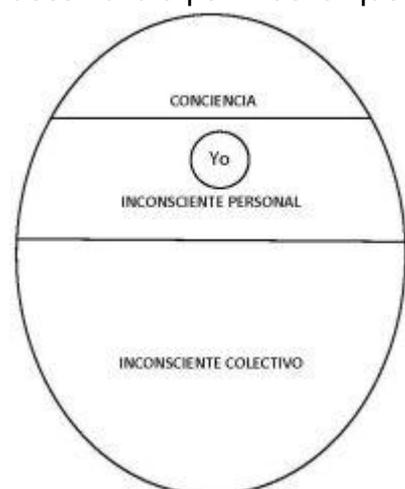
Con un Trabajo transgeneracional vamos a acompañar al cliente a identificar su cripta y a liberar su “fantasma”, para que pueda seguir su vida en paz y al mismo tiempo libere a su descendencia de esta pesada carga. Nuevamente, y para terminar esta exposición transgeneracional, recuerdo las palabras de Ancelin Schützemberger (2006): *“la transmisión transgeneracional hace un puente entre el inconsciente individual de Freud y el inconsciente colectivo de Jung”.* Por lo tanto, Carl G. Jung será nuestra próxima parada.

2.7 Carl Gustav Jung. Teoría de los Complejos

Se puede representar topológicamente el modelo junguiano de la psique como una estructura circular compuesta por tres partes, una pequeña sección es la conciencia, una segunda capa más grande es el inconsciente personal, y luego una inmensa porción que constituye el inconsciente colectivo. El yo está situado en los límites entre la conciencia y el inconsciente personal. Según su teoría, este último estaría conformado por los complejos mientras que el inconsciente colectivo lo estaría por los arquetipos. Entre los complejos y los arquetipos, Jung siempre vio una relación funcional muy estrecha, pues concebía los complejos como «personificaciones» de los arquetipos.

2.7.1 El inconsciente personal

Para la psicología analítica, el yo es el centro de la conciencia y surge desde las primeras fases del desarrollo a partir del arquetipo del Sí mismo, que es el verdadero centro de toda la personalidad.



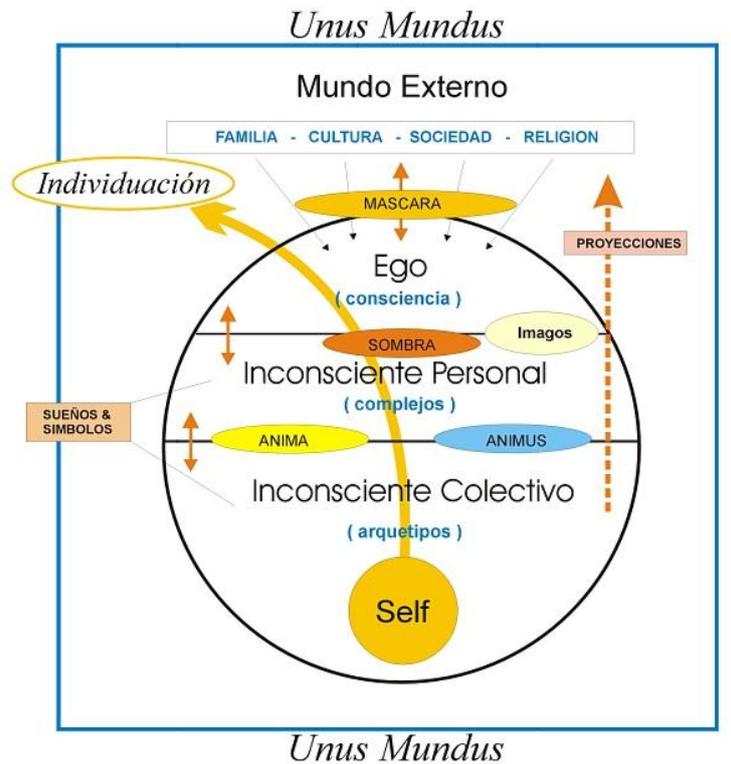
Así que el Yo no es de ninguna manera el ente rector de la psique, es otro Complejo más, con el privilegio sobre los demás complejos de poseer el sentido de la identidad.

Aún así, el Yo es un componente de gran importancia ya que da al individuo la conciencia de existir y el sentimiento de identidad personal.

Estando el Yo situado entre los dos mundos, el exterior y el interior, se explica que una diferencia fundamental que se presenta en las personalidades de los individuos es que para unos el mundo externo es lo

más importante (los extrovertidos) mientras que para otros lo es su propio mundo interior (introvertidos). El inconsciente personal es para la psicología analítica el resultado de la interacción entre el inconsciente colectivo y el mundo externo (familia, cultura, sociedad, etc.). Este inconsciente es mucho más amplio que el freudiano, pues no contiene sólo lo reprimido sino además lo que no se piensa, lo olvidado, lo subliminal, lo presentido, etc. Las unidades funcionales del inconsciente personal son los complejos.

El mapa de la psique seguiría, tal y como explica Delgado, J.A. (s/f) en su artículo *“Teoría del Sistema Psíquico. El complejo del Yo como estructura disipativa”*, con el Nivel perinatal, en el que se concentran las experiencias traumáticas o no del proceso del nacimiento biológico. Grof (1998) ha dividido las experiencias condensadas en este nivel en cuatro matrices perinatales básicas (MPB), que se corresponden con los cuatro períodos por los que atraviesa el individuo a lo largo de su desarrollo embrionario y fetal y que veremos en el siguiente punto. Le seguirían, según este autor, el Familiar, el Nacional, etc. con ciertos símbolos propios de estos niveles (Abrams, Campbell, Hillman, von Franz, Zweig, et al., 1998). En realidad, donde existe un vínculo humano se crea un sí-mismo compartido regulador (Goleman, 1999).



Centro Jung de Buenos Aires - www.centrojung.com.ar - Lic. Daniel Wilhelm ©2008

2.7.2 Los complejos

La psicología analítica entiende los complejos de forma diferente a como los comprendía Freud (1923). En contraste con éste, Jung (1992) consideraba que los complejos no eran algo patológico, sino que representan partes esenciales de la mente, estando presentes en todos los seres humanos, tanto las personas sanas como las enfermas. Lo que más llamaba la atención de Jung sobre los complejos era su autonomía, pues parecen actuar a veces de manera independiente del yo y como si tuvieran una personalidad propia. En estados normales, esta autonomía cobra vida propia para producir los lapsus cotidianos, pero en estados alterados, esta autonomía puede manifestarse como las voces y visiones alucinatorias que escuchan los esquizofrénicos, como los espíritus que controlan a los médiums en trance o como las personalidades múltiples en casos de histeria.

Alonso (2004), en su artículo *“La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia”*, nos explica de una manera sencilla el término Complejo, y lo define como *“aquel conjunto de conceptos o imágenes cargadas emocionalmente que actúa como una personalidad autónoma escindida. En su núcleo se encuentra un arquetipo revestido emocionalmente. En sus Consideraciones generales sobre la teoría de los complejos (1934) introduce la consideración de que el asunto no es que uno «tiene complejos» sino que los complejos le tienen a uno. Toda constelación de complejos deja palpable un estado alterado de consciencia, una ruptura de la unidad de la consciencia dificultándose tanto la voluntad como la memoria. Consecuentemente, el complejo es un factor psíquico cuya valencia energética supera temporalmente al de la consciencia. Un complejo activo nos reduce momentáneamente a un estado de falta de libertad, de pensamientos y actos obsesivos. Generalmente, el complejo se puede suprimir con un esfuerzo de voluntad, pero no se puede eliminar, y en cuanto se presenta la ocasión aparece de nuevo con la misma fuerza que tenía en origen”*.

Según Jung (1934) la vía regia hacia lo inconsciente no son los sueños, sino los complejos, que son los causantes de los sueños y de los síntomas.

Los complejos son producto de la experiencia: trauma, interacciones y patrones familiares, condicionamiento cultural. Pero todo ello se combina con elementos innatos denominados por Jung imágenes arquetípicas, conformándose así la totalidad del complejo. La estructura del complejo está constituida por imágenes asociadas y recuerdos congelados de eventos traumáticos reprimidos en el inconsciente. El "pegamento" que entreteje y mantiene en su sitio los elementos asociados del complejo es la emoción.

Alonso (2004) también nos recuerda que *“el núcleo dual del complejo (huella del trauma y arquetipo subjetivo) va creciendo al acumular asociaciones a lo largo de toda una vida. El concepto de trauma no remite exclusivamente a un conflicto de naturaleza externa sino también a un evento interno en la psique individual, a un conflicto moral derivado de la aparente imposibilidad de afirmar la totalidad de la esencia humana. Consecuentemente, todos disponemos de complejos en la medida en que su origen viene determinado no ya por traumas evidentes sino por la imposibilidad del ser humano de expresar la totalidad de su naturaleza al ser permanentemente coartada por las diversas limitaciones sociales y culturales”*.

2.7.3 El inconsciente colectivo

Jung derivó su teoría del inconsciente colectivo, de fenómenos psicológicos que encontró en la psique de sus pacientes, los cuales no podían ser explicados con base en la experiencia personal, fruto del olvido o de la represión. Descubrió además que varios de estos contenidos guardaban similitudes con temas mitológicos y religiosos del pasado cultural de los pueblos, sin que hubiera una referencia individual que los explicara. Eso lo llevó a pensar que se trataba de la influencia de componentes colectivos que podían manifestarse de manera simbólica en eventos especialmente intensos de la vida de los individuos.

En sus primeras obras Jung dijo que el inconsciente colectivo estaba conformado por “imágenes primordiales” que provenían de la historia pasada de la humanidad. Para evitar que se malinterpretara su afirmación en el sentido de que las experiencias arquetípicas se podían “grabar” en la psique, en 1946 estableció una diferencia entre “arquetipo en sí” y “representaciones arquetípicas”.

En nuestro Trabajo veremos la importancia de la representación arquetípica de la abuela en los Sistemas Familiares de los sujetos de estudio

2.7.4 Los arquetipos

Alonso (2004) en su artículo citado resume sobre ellos que *“podría pensarse en los “arquetipos en sí” como una especie de imágenes en potencia y de contenedores temáticos sin contenidos. Es decir, en sí mismos, los arquetipos son sólo tendencias y entes potenciales (Progoff, 1967). Jung los definió como factores y motivos que ordenan los elementos psíquicos en ciertas imágenes... pero de tal forma que sólo se pueden reconocer por los efectos que producen (Jung citado por Sharp, 1994: 29), en tanto las “representaciones arquetípicas” serían las variaciones personales que se remiten a esas formas básicas que son los arquetipos en sí (Jung, 1991).”*

Representan la posibilidad, nos dice Alonso (2004), de *“que ciertas ideas, percepciones o acciones sucedan ante determinadas circunstancias del entorno. De esta manera, los arquetipos predisponen al ser humano a enfocar la vida y a vivirla de determinadas formas, de acuerdo con pautas anticipadas previamente dispuestas en la psique (Stevens, 1994).”*

Los complejos que llevamos en nosotros nos hacen vivir en un mundo de proyecciones que invalidan de modo considerable el valor de objetividad con el que creemos ver la realidad. Sobre todo en el Complejo del Yo, complejo que dispone de conciencia, de energía, que es autónomo y que se siente libre. Y nosotros, ilusos, pensamos que tenemos una voluntad libre, que podemos hacer y decidir lo que queramos...

Los otros complejos no parecen testimoniar ninguna conciencia, aunque sí información. Información residual con alta carga emocional asociada al arquetipo de antepasado sujeto al trauma. Esta información, al abordar al Complejo del Yo, conducirá a la persona. Es frecuente que alguien se entregue a una acción que piensa que está realizando conscientemente, cuando en realidad se produce sin que lo sepa.

Así, el Complejo del Yo se ve abordado por otros complejos constelados, produciéndose una disociación (Vidal y Angrill, 2014). Siguiendo el hilo de mi Trabajo, el complejo de una abuela o bisabuela materna, por ejemplo, que se mueve libremente por el inconsciente de nuestra clienta, ante un hecho

externo estresante (por ejemplo, un conflicto ginecológico) se va a constelar. Al hacerlo invadirá al Complejo del Yo creando una disociación tal que, de alguna manera, “poseerá” a la heredera, cognitiva, emocional y conductualmente. Hasta tal punto que, si la antepasada evitaba tener hijos o incluso abortaba, inducirá a la clienta a rechazarlos también. Ella no sería consciente de todo esto sino que, simplemente, padecería trastornos ginecológicos e imposibilidad de quedarse embarazada como fidelidad a su Sistema Familiar, evitando la culpa por hacerlo diferente.

2.7.5 Los complejos junguianos en las Constelaciones Integrativas®

Las Constelaciones Integrativas® trabajan con el mundo externo y con el mundo interno. En relación a este último tienen en cuenta el inconsciente individual, familiar, social/cultural, colectivo.

Dentro del inconsciente individual, y teniendo en cuenta que por la teoría de sistemas este tiene relación con los demás, se tiene muy en cuenta el trabajo de Jung relacionado con los Complejos. Cuando Jung estudiaba las palabras estímulo, que por asociación libre, activaban contenidos inconscientes, se daban lugar unas perturbaciones en la consciencia deladoras de los Complejos. Estos contenidos inconscientes tenían en común normalmente algún hecho traumático del pasado, alta carga emocional, asociación familiar y condicionamiento cultural, lo que suponía una alta carga psíquica. Estos complejos se combinan, según Jung, con imágenes arquetípicas. Se habla de un Complejo constelado cuando la consciencia está siendo afectada por él y, entonces, la persona actúa regida por su contenido. Coloquialmente hablamos de nuestras reacciones (perdemos el control de nuestras emociones y conducta) cuando nos “tocan determinada tecla”. Un complejo es sólido y estable y explica las repeticiones de los mismos patrones de reacción y descarga emocional, los mismos errores, las mismas elecciones desafortunadas que se repiten una y otra vez durante la vida de un individuo. Una buena psicoterapia reduciría la potencia de un complejo y un fortalecimiento del yo, teniendo en cuenta que un complejo nunca puede ser eliminado.

2.8 Stanislav Grof. Las Matrices Perinatales

El modelo que Grof (1980) propuso consta de cuatro categorías generales que guardan correspondencia con vivencias (emociones, sensaciones físicas, etc.) que el bebé experimenta en cuatro fases de su vida intrauterina. Hablamos del modelo de las cuatro **Matrices Perinatales Básicas (MPB)**.

Siguiendo los escritos de André Sassenfeld, June Singer y el propio Grof, fundamentalmente su libro *La mente holotrópica*, intentaré mostrar y resumir Las Matrices Perinatales Básicas. Son sistemas dinámicos hipotéticos que en el nivel rankiano del inconsciente desempeñan una función similar a la que tienen los sistemas COEX en el nivel psicodinámico (Grof, 1980). Tienen un contenido que les es propio, a saber, los fenómenos perinatales, que como ya mencionamos presentan dos aspectos: el que llamamos biológico y que consiste en vivencias concretas y realistas relacionadas con las etapas del parto, y uno espiritual o filosófico que es en el fondo la contrapartida psicológica que corresponde a cada una de las etapas del parto biológico. Más allá de su contenido específico las matrices funcionan también como principios organizadores del material que proviene de otros estratos del inconsciente (el material psicodinámico y los fenómenos transpersonales que se dan en conjunto con las vivencias perinatales).

Así, podemos decir que todas las experiencias biográficas están incluidas en las carpetas de cada matriz perinatal. Antes de hablar de cada una de ellas se hace necesario hacerlo de las COEX (Grof, 2002) ya que no podemos entender separadamente ambos Sistemas.

2.8.1 Sistemas COEX

Los recuerdos de las experiencias emocionales y físicas no se hallan almacenados en el psiquismo de manera aislada y fragmentaria sino que configuran complejas constelaciones, a las que Grof denomina Sistemas COEX (Systems of Condensed Experience). Cada sistema COEX contiene recuerdos cargados emocionalmente procedentes de diferentes períodos vitales unidos por el denominador común de compartir

la misma cualidad emocional o la misma sensación física. Cada COEX, pues, contiene numerosos estratos, pero todos ellos se refieren a temas, sensaciones y cualidades emocionales muy concretos. En la mayor parte de los casos, los distintos estratos corresponden a los diferentes períodos de la vida de la persona. Nosotros debemos fijarnos en los COEX que nuestros sujetos de estudio, que describiremos más adelante, experimentan de una manera desadaptativa. Los relacionados con experiencias poco agradables con el aparato reproductor femenino.

Este punto es muy importante ya que da a entender, según la Teoría de Sistemas (Von Bertalanffy, 1976) o la visión holónica (Koestler, 1967, 1979), la interrelación, por ejemplo, entre un hecho traumático de una bisabuela y la afectación posterior de una bisnieta, sin tener conciencia alguno del mismo e incluso sin haberla conocido.

2.8.2 Matrices Perinatales Básicas

Matriz Perinatal Básica I. Desde el punto de vista biológico, esta matriz, que también ha sido denominada el universo amniótico, se caracteriza por la simbiosis natural que se da entre madre e hijo durante el embarazo y corresponde a la condición anterior a las etapas clínicas del parto. Aludiendo a la concepción de Melanie Klein sobre el pecho bueno y el pecho malo, Grof ha hablado del útero bueno y el útero malo. En el caso ideal, útero bueno, todas las necesidades básicas del niño son satisfechas de manera inmediata y se le proporciona seguridad y protección. El útero malo, por su parte, nos muestra vivencias de momentos en los cuales el feto se ha visto afectado por tensiones de variado origen, intoxicaciones por la presencia de sustancias inapropiadas para un embarazo, malos tratos y emociones negativas como miedo y rechazo que sufre la madre y otras situaciones similares.

Matriz Perinatal Básica II. Corresponde a la primera fase clínica del parto donde las contracciones producen la compresión de las arterias que conectan al niño con la madre, y este hecho interrumpe el flujo de oxígeno y alimento. Todo el mundo del feto se cierra en torno a él y lo aplasta, provocándole angustia y un gran malestar físico (Grof, 1992). Estas experiencias conllevan además la sensación de una amenaza vital inmanente, de estar atrapado, enjaulado y sin salida, de tortura emocional y física insoportable. Todo cuanto sucede parece eterno y sin fin.

Las personas que padecen síntomas tales como depresión profunda, pérdida de iniciativa, falta de sentido, falta de interés por la vida e incapacidad de disfrutar suelen estar bajo el fuerte influjo de esta faceta del inconsciente.

Los acontecimientos muy traumáticos del presente reestiman el material perinatal correspondiente y reactivan el viejo dolor emocional y físico. En tal caso, no sólo respondemos a la situación presente sino también a un trauma temprano y fundamental de nuestra vida, lo cual podría explicar la profundidad de las lesiones psicológicas -y la duración de sus efectos negativos- de traumas serios en etapas posteriores.

Matriz Perinatal Básica III. La matriz III es quizás la matriz perinatal más dinámica y se corresponde con la segunda etapa clínica del parto. En términos biológicos comparte con la matriz II las contracciones uterinas y sensaciones de confinamiento y asfixia. La diferencia está en que el cuello uterino finalmente se abre y el feto comienza a avanzar por el conducto vaginal de su madre.

Esta matriz se halla, pues, ligada al dolor, la ansiedad, la agresividad, la excitación y la energía impulsora, pero su aspecto más inaudito lo constituye, sin duda, la excitación sexual.

Pero ¿qué significado tiene todo esto para nuestra vida cotidiana? Comencemos señalando la importancia que tiene el hecho de que nuestras primeras experiencias sexuales tengan lugar en el contexto de una situación que conlleva un peligro inminente de muerte. En este caso, el sufrimiento va también unido a la experiencia de provocar sufrimiento y a la ansiedad y a la agresividad ciega. Por otra parte, durante el paso a través del canal del nacimiento, el niño entra en contacto con diversos productos biológicos, como mucosidades, sangre y, quizá, orina y excrementos. Esta conexión -combinada con otros eventos-

constituye el fundamento natural para el desarrollo posterior de una variedad de desórdenes y desviaciones sexuales. Los desórdenes y aberraciones sexuales, las neurosis obsesivo-compulsivas, las fobias y las manifestaciones histéricas parecen también hundir sus raíces en esta matriz.

Matriz Perinatal Básica IV. La cuarta matriz perinatal está relacionada con la fase clínica final del parto, el momento del nacimiento del niño y la situación inmediatamente posterior. Se vive como una explosiva liberación y una experiencia de muerte y renacimiento.

Ciertos acontecimientos biográficos, como el éxito, la superación de grandes dificultades y el fortuito escape de situaciones peligrosas están vinculados a la MPB IV. La MPB IV también puede estar asociada a la ruptura de un matrimonio conflictivo y al comienzo de una nueva relación amorosa.

Patologías referenciadas a las matrices perinatales básicas

Todas las fobias (claustrofobia, tanatofobia, aracnofobia, etc.) se pueden relacionar directamente con aspectos emocionales de las Matrices Perinatales.

Es muy interesante ver la relación entre las funciones reproductivas femeninas y trastornos emocionales debido a la similitud profunda descrita entre el patrón de la agonía del nacimiento, el orgasmo sexual y la experiencia de dar a luz a un niño que parece activar la memoria inconsciente del propio nacimiento de la madre. También los problemas típicos relacionados con la menstruación y el sexo en general parecen estar relacionados con los fenómenos de nacimiento.

OVOGÉNESIS PRENATAL

Aprovechando el mundo perinatal quiero recordar la vía de transmisión biopsíquica mediante la Ovogénesis prenatal. Tal y como leemos a Morales et al. (2006), en la etapa de formación embrionaria femenina, las células germinales al llegar a las gónadas (ovarios) continúan dividiéndose por mitosis donde se producen millares de ovogonias, que son células madres del ovario con toda la dotación genética de la especie (diploides). Este proceso se mantiene suspendido hasta que, a partir de la pubertad y por efectos hormonales, se desprende un ovocito en cada ciclo menstrual. Por lo tanto, podemos pensar que en esa transmisión génica va incluida todo el material psíquico transgeneracional femenino así como el masculino según esté valorado en el linaje de mujeres del Sistema Familiar.

En esta misma línea, en las XIV Jornadas Psicoanalíticas del EPBCN, Rey, Rodríguez, Sáncer y Tayó (2014) explicaron en su ponencia que Michael Skinner (2009), afirma que las experiencias de vida de los abuelos, e incluso los bisabuelos, modifican sus óvulos y espermatozoides hasta tal punto que el cambio pasa a sus hijos, nietos y bisnietos, según un fenómeno hoy conocido como “herencia epigenética transgeneracional”. También, que en estudios sobre conducta epigenética realizados por Michael Meanly (2001), demuestran cómo experiencias traumáticas de nuestro pasado, o del pasado de nuestros ancestros, dejan marcas moleculares adheridas a nuestro ADN.

2.9 Bert Hellinger. Las Constelaciones Familiares

Las **Constelaciones Familiares** son una terapia alternativa que toma elementos de la antropología social, la teoría sistémica y el psicoanálisis. Nacen de la mano de Bert Hellinger, ex misionero católico formado en el psicoanálisis. Aportan una perspectiva transgeneracional, que reconoce la transmisión, a través de las generaciones, de conflictos, hechos impactantes y modos de comportarse que de alguna forma determinan los problemas psicológicos actuales.

El principal referente teórico lo constituye la obra del propio Hellinger (Hellinger, 1994; Hellinger y ten Hövel, 1996). Otros autores básicos podrían ser: Schäfer, 1997; Ulsamer, 1999, Weber, 1999 y Stiefel, Harris y Zollmann (2002).

Yolanda Alonso (2005) en su artículo “*Las constelaciones familiares de Bert Hellinger: un procedimiento psicoterapéutico en busca de identidad*” nos recuerda que “el ámbito de actuación propio de las

Constelaciones lo constituyen los problemas personales, físicos o psicológicos. Aunque también son efectivas en los ámbitos escolares (Franke-Gricksch, 2002) y organizacionales. La información obtenida a través de la aplicación de la técnica se utiliza como ayuda para tomar decisiones, tanto relativas a recursos humanos como logísticas (Weber, 2002)”.

Las Constelaciones Familiares a lo largo de los años han evolucionado muchísimo, no solo en la forma de proceder sino en la amplitud de los Campos de información. Un nuevo método de trabajo ha venido siempre de la mano de un nuevo campo. Así, Bert Hellinger desarrolló primeramente las Constelaciones Familiares Clásicas (las más conocidas y practicadas en el mundo). Luego llegaron las Constelaciones Movimientos del Alma, siguieron después las Constelaciones Movimientos del Espíritu y últimamente las Constelaciones Mediales. Por último, salen a la luz las Constelaciones Integrativas®, de la mano de Vidal y Angrill (2014).

Todo lo que existe en este Universo tiene un campo de información que lo sostiene. Todo lo que tenga un campo de información es posible constelarlo (Vidal y Angrill, 2014). El término constelación tiene relación con la visión jungiana basada en la activación de la carga psíquica inconsciente. Cuando hablamos de constelar nos referimos a representar un Complejo por medio de actores (representantes) que darán vida, o mejor aún, canalizarán, a miembros de la familia (vivos o fallecidos) que siempre son parte de ese complejo individual del cliente y, por supuesto, el trauma, la carga emocional y los hechos que son los originales y que hacen resonar su conflicto actual.

¿Qué mueve a los representantes de una Constelación a expresarse de una u otra manera?

Parece que la respuesta está en la física cuántica. Según el entrelazamiento cuántico, Erwin Schrödinger (1947), nos dice que cuando dos partículas han interactuado entre sí, siempre estarán conectadas y lo que a una de ellas le suceda tendrá un efecto en la otra aunque se encuentren a miles de kilómetros de distancia entre sí. Esto explica la interacción entre miembros de una familia (Sistema familiar) tanto vivos como fallecidos y, también, entre miembros de un Sistema recién formado como pueden ser los miembros de un Taller grupal. Por otro lado, la Teoría del Campo energético nos explica que vivimos rodeados de campos invisibles de información, organizados sistémicamente en orden de jerárquico. Arthur Koestler (1967) definió a estas totalidades/partes como *holones* (Del Griego holos, todo), algo que es a la vez un todo y un parte. Cada sistema es una totalidad en sí mismo y forma parte de un sistema mayor. Al constelar, los representantes serían holones pertenecientes al Campo inicialmente de la Consciencia personal pero, según la Teoría de Sistemas, conectarían entre sí por ser parte y pertenecer a sistemas jerárquicamente superiores accediendo a la información de ellos.

El procedimiento

Una constelación empieza con una mínima anamnesis por parte del constelador, que en el caso de las Constelaciones Integrativas® es exhaustiva. De esta manera, conocemos la demanda, los hechos más significativos del Sistema Familiar y lo que el cliente desea obtener con el Trabajo.

A continuación, el cliente elige de forma intuitiva entre el resto de los asistentes a los que representarán a los miembros de su familia, incluido él mismo, pues durante la configuración el interesado adopta un papel como observador externo de la escena. Cuando la escena está configurada el interesado se incorpora tomando el lugar de su representante. Los cambios que van sucediendo y la imagen final de la familia suelen resultar altamente significativos para el cliente, que por lo general manifiesta sentirse finalmente aliviado y haber conseguido un importante grado de comprensión y de implicación con sus circunstancias familiares. Es frecuente que se sienta emocionalmente muy conmovido, expresando las emociones que sostenían el hecho significativo que lo limitaba.

Höppner (2001), realizó en su tesis un diseño cuasi-experimental en busca de cambios en una muestra de 85 clientes tras someterse a esta terapia. Como suposición de base, Höppner mantuvo que el cambio psicológico inducido por una Constelación Familiar se producía a través de un cambio de la *imagen interna* de la familia, dándole un *orden*. En consonancia con esta suposición, su trabajo buscó detectar cambios en ciertos parámetros cognitivos, como el concepto y aceptación de uno mismo, sentido de

coherencia o locus de control. También, el bienestar psicológico antes y después de la terapia, llegando a encontrar mejoras significativas en un periodo de seguimiento de cuatro meses.

El orden

Como ha salido la palabra orden se hace necesario, en este punto, hablar de los principios básicos de las Constelaciones Familiares: los órdenes del amor (Hellinger, 2000)

- **Primer Orden del amor.** Derecho a pertenencia. Todo el que tiene derecho a pertenecer, pertenece y no se le puede negar ese derecho, si se hace habrá consecuencias para el sistema. Por ejemplo, si a una abuela la dejaron embarazada y el padre desapareció, ese hombre pertenece al sistema.
- **Segundo Orden del amor.** Jerarquía. Existe una jerarquía natural que depende del orden de entrada en la vida. El padre antes que el hijo y el hermano mayor antes que los siguientes...
- **Tercer Orden del amor.** Equilibrio entre el dar y el tomar. Debe existir entre iguales un equilibrio entre lo que se da y lo que se recibe. Las relaciones entre desiguales como por ejemplo padres e hijos, no existe esa reciprocidad, los hijos devuelven lo recibido a su vez a sus hijos o a la vida.

El amor es otro pilar en las Constelaciones familiares. Amor visto, no como enamoramiento, sino como reconocimiento. Reconocimiento y aceptación de lo que fue y de lo que es. Amor, primeramente, a los padres tal y cómo fueron y cómo son. En la medida que hay reproches y estos nos separan de ellos se demuestra en los Trabajos que peor va a los clientes en la vida: trabajo, dinero, relaciones, enfermedades, etc. Y, en segundo lugar a toda experiencia tanto agradable como lo más desagradable que podamos imaginar. Si no somos capaces de amar (reconocer y aceptar), por ejemplo, a una pareja de la que nos separamos, una enfermedad por muy grave que sea, incluso a un violador, y verlos como experiencias necesarias para nuestra evolución seguiremos atascados en la vida.

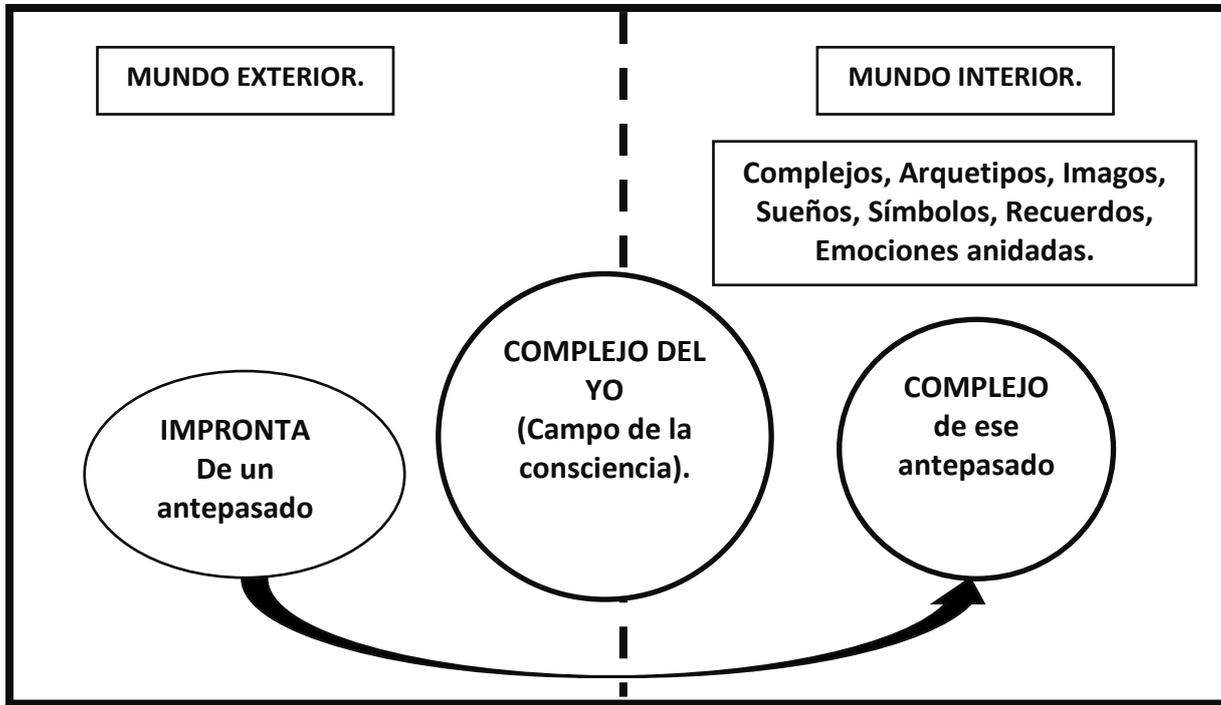
2.10 Las Constelaciones Integrativas®

“Las Constelaciones Integrativas representan actualmente el mayor campo de sanación y de solución personal dentro de las Constelaciones Familiares” (Vidal y Angrill, 2014). Es un campo totalmente nuevo y un método totalmente diferente, que integra el mundo exterior consciente con el mundo interior inconsciente, el *Unus Mundus* (Jung, 1976).

Principios Teóricos de Constelaciones Integrativas (Vidal y Angrill, 2014)

- Cuando constelamos, lo que estamos representando en la constelación son hechos que están en un eterno presente, según la Teoría del Desdoblamiento del Tiempo (Garnier Malet, 2012). Si un personaje está sufriendo, está sufriendo eternamente, en un eterno presente.
- Estamos ante un campo de sanación sin límites, en el que una cliente –madre- puede sanar con su Trabajo a un hijo no presente en la sala. No hay que olvidar que el holón inconsciente individual es parte del holón inconsciente familiar (Koestler, 1979).
- Todo pensamiento, deseo, anhelo crea futuros potenciales y, aunque sea solo uno el que colapse en nuestro universo (Everett, 1955), el resto siguen activos. Al constelar borramos futuros potenciales no deseables.
- Al constelar solo trabajamos con futuros potenciales y su probabilidad, nunca con el pasado, el pasado es inamovible, siempre la constelación trabaja con los futuros (Vidal y Angrill, 2014).
- Los hechos traumáticos de algún miembro del Sistema así como informaciones de alta carga emocional son traspasadas transgeneracionalmente al inconsciente personal de herederos vivos. Hablamos de información con autoconsciencia, que en Constelaciones Integrativas se denomina *impronta*, y que normalmente alimenta a un Complejo (Jung, 1992). Podríamos hablar del fantasma encriptado (Abraham y Torok, 1978) ya explicado anteriormente. Así, los apegos, adicciones, anhelos, del antepasado pueden interferir en la vida de nuestros clientes, con la finalidad de ser satisfechos. Por lo tanto, en el Campo Integrativo se trabaja, fundamentalmente, con las improntas apegadas para liberar a las personas de su interferencia.

Llegado a este punto, la idea es liberar al Complejo del Yo de esas informaciones, de esos complejos, que perturban la conducta de la persona e incluso son el origen de sus enfermedades y trastornos.

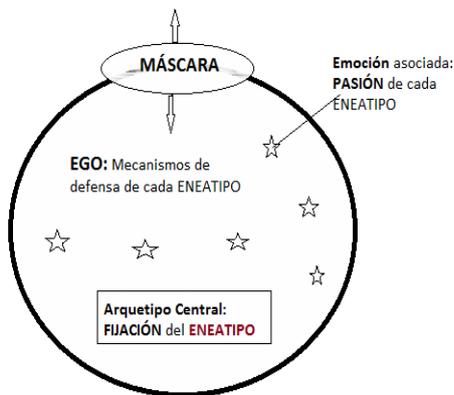


Representación de la activación de un complejo familiar (Vidal y Angrill, 2014).

En la figura anterior, lo primero que observamos es que el antepasado al fallecer ha desaparecido del mundo externo, por lo que solo queda su imagen virtual, con sus deseos, anhelos, adicciones, traumas, en el mundo interno en forma de complejo (en su núcleo, el arquetipo del antepasado revestido emocionalmente).

Este Complejo del antepasado si se constela por algún hecho externo isomórfico llegaría a abordar el Complejo del Yo provocando disociación de la personalidad, y rigiendo nuestros pensamientos, emociones y conductas. Tengamos en cuenta, además, que el Complejo del Yo, como Complejo, estaría formado por:

MUNDO EXTERNO: familia, cultura, sociedad, religión.



- **Arquetipo central:** FIJACIÓN de cada eneatiipo: reformador, ayudador, etc.
- **Arquetipo persona (MÁSCARA):** imagen pública.
- **Ego (El CENSOR):** represión, mecanismos de defensa.
- **Emoción asociada:** PASIÓN de cada eneatiipo: ira, envidia, etc.

De esta manera se puede enfocar la Terapia, trabajando sobre el carácter (explicado según el Eneagrama, Naranjo, 2003) que se instauró en la infancia y la falta de madurez, entendida como dificultad para sostener desde el Yo los envites de los diferentes Complejos que se activan ante situaciones vitales externas.

Tabla que referencia las partes del Complejo del Yo con los eneatis (Naranjo, 2003)

ENEATIPO	Arquetipo -FIJACIÓN-	Arquetipo Persona-MÁSCARAS	EGO Mecanismo de Defensa	Emoción de Carga -PASIÓN-
1	El reformador	Preocup. excesiva por el orden, lo adecuado.	La Idealización.	Ira
2	El ayudador	Seductor. Falsa abundancia	La Represión.	Orgullo, soberbia
3	El triunfador	Hacedor, exitoso, individualista.	La Identificación.	Vanidad
4	El creativo	Se considera distinto, incomprendido.	Introyección.	Envidia
5	El investigador	Autosuficiente, asceta.	El Aislamiento.	Avaricia
6	El pensador	Acusador, apegado a las normas, duda.	La Proyección.	Miedo
7	El planificador	Autoindulgente, huida del dolor, entusiasmo.	La Evasión y Racionalización.	Gula
8	El jefe	Justiciero, vengativo, autoritario.	La Negación.	Lujuria
9	El mediador	Huyen del conflicto, calmados.	La Narcotización.	Acidia.

3 Problema

A raíz de la primera menstruación (menarquia) la mujer entra en su etapa fértil pero también da comienzo a un período vital asociado que atravesará con mayor o menor incomodidad.

Es frecuente que la mujer (un 40%) llegue a padecer trastornos premenstruales así como sangrado anormal. El SPM afecta entre un 30 y 80 % de mujeres en edad fértil, con sintomatología diversa (Fisher *et al.* 1989). Esto conlleva una serie de síntomas físicos: dolor de cabeza, calambres, inflamación de senos, distensión abdominal, trastornos gastrointestinales, anemia ferropénica y dolor severo. Pero también psíquicos: Ánimo deprimido, disforia o desesperanza, ansiedad, tensión interna, labilidad emocional, con llanto frecuente, irritabilidad, enfado y/o aumento de conflictos interpersonales, pérdida de interés en las actividades cotidianas dificultad para concentrarse, etc.

Todo ello puede ir desde unas molestias pasajeras y llevaderas hasta un verdadero calvario físico y emocional. Y, lo que es más serio y significativo, conflictos de relación social, de pareja, y de fertilidad.

Aquí es donde empieza el problema que planteo en este Trabajo. La mayor parte de las mujeres se resignan a este cuadro físico-psíquico e incluso a no poder quedarse embarazadas. Bastantes buscan en la Medicina remedio para sus síntomas físicos y algunas, bastantes menos, en la Psicología para sus problemas emocionales, que suelen ser tratados desde enfoques cognitivo conductuales o gestálticos. También, más de una pareja desesperada por no conseguir el deseado embarazo acude a Clínicas de Fertilidad con diferente porcentaje de éxito. ¿Se puede hacer algo más y diferente?

Es la resignación y la aceptación social la que distrae a la mujer de explorar, por lo general, nuevas vías de solución y adaptarse a las ya conocidas para ir sorteando las molestias y dificultades.

La Psicología Analítica, la Transpersonal y la Sistémica proponen la transmisión transgeneracional del trauma. Mediante el espacio psíquico, tanto vía inconsciente familiar como perinatal, se recibe información que se actualiza en forma de síntomas. Sacar a la luz, descifrar el/los fantasmas (Abraham y Torok, 1978), va a permitir resolver: aliviando síntomas y, como es mi intención demostrar en este Trabajo, llegar a conseguir el embarazo deseado (siempre y cuando, claro está, no haya problemas orgánicos que lo impidan). Para ello, voy a proponer la herramienta de las Constelaciones Integrativas®

4 Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis

4.1 Preguntas y Objetivos

Teniendo en cuenta el problema planteado se abren algunas preguntas. En este Trabajo me voy a centrar, sobre todo, en responder a ese... ¿Se puede hacer algo más?

Una primera pregunta sería: ¿De qué manera pueden los acontecimientos del pasado afectar a algún miembro de generaciones posteriores? ¿Cómo y por qué hay relación entre los síntomas ginecológicos y un trauma en mi Sistema Familiar? ¿Qué lo activa y mantiene vivo en la psique de la paciente?

¿Cómo conseguir elaborar ese trauma desde las Constelaciones Integrativas® y, de esta manera, resolver síntomas y quedarse embarazada?

La primera pregunta deseo resolverla para mostrar que la relación psíquica con nuestros ancestros no termina con la muerte, por ejemplo la relación entre una abuela que se auto practicaba abortos y una nieta con conflictos de sangrado y dificultades en quedarse embarazada. Para ello me propongo como *primer objetivo*: **explicar los dos mecanismos de transmisión psíquica transgeneracional, que traspasan y mantienen vivo, y a su vez oculto, el secreto o hecho traumático en dos casos concretos.**

Una vez respondida la primera pregunta, sentando las bases explicativas de la sintomatología ginecológica y de la imposibilidad de que una mujer se quede embarazada (nuevamente recuerdo que siempre y cuando no haya causa orgánica que lo impida) quiero abordar la segunda cuestión: ¿cómo resolver?

En este caso abordo el *segundo objetivo*: **mostrar la eficacia de un proceso terapéutico basado en las Constelaciones Integrativas® ilustrándolo en dos casos concretos.**

4.2 Hipótesis

Una vez cercadas preguntas y objetivos a responder y a investigar planteo dos Hipótesis de trabajo:

H1: Los acontecimientos traumáticos del pasado relacionados con abortos afectarían a mujeres del mismo Sistema Familiar y generaciones posteriores en forma de trastornos ginecológicos y dificultad en quedarse embarazadas.

H2: Las Constelaciones Integrativas® serían una herramienta eficaz y eficiente para resolver la sintomatología asociada a los trastornos ginecológicos y poder quedarse embarazada por la vía natural.

5. Propósito de la investigación

Esta investigación tiene por objeto no solo relacionar episodios traumáticos abortivos de antepasadas con trastornos ginecológicos de sus descendientes, algo que ya está recogido, de alguna manera, por corrientes sistémicas y psicoanalíticas. La idea es seguir explorando un poco más en las vías de transmisión psíquica. Para ello contaré con la Psicología analítica de Jung y la Psicología Transpersonal de Grof, concretamente sus estudios de los complejos y las matrices perinatales.

Mi intención es plantear y dejar abierta una vía de trabajo terapéutico en el abordaje de trastornos ginecológicos y problemas de infertilidad femeninos. Para ello intentaré demostrar que mientras en la psique de la mujer siga encriptado, olvidado y rechazado el trauma original no habrá espacio para una buena salud ginecológica ni para una fecundación. Mediante la utilización del genograma, una exhaustiva anamnesis y las Constelaciones Integrativas® voy a relacionar la sintomatología, traumas transgeneracionales y las entidades psíquicas (complejos y matrices) de la paciente con la intención de, mediante esta última herramienta, resolver y liberar el trauma, aceptar los hechos y crear el suficiente orden psíquico y sistémico para desbloquear todo conflicto y dificultad asociados.

El síntoma busca abrir el secreto y a la vez mantenerlo en silencio (Abraham y Torok, 1978). Según estos autores, la necesidad de mantener el secreto obedece a una lealtad inconsciente con el objeto de amor, el ancestro, puesto que su revelación provocaría un sentimiento de culpa en el descendiente. De ahí, que el Trabajo terapéutico sea una suerte de duelo: rendición y aceptación nada sencillas.

La investigación teórica será ilustrada con dos casos de pacientes que se ajustan a lo expuesto: trastornos ginecológicos con sangrado anormal y dificultades en quedarse embarazadas.

6. Método

6.1 Diseño de la investigación

A la hora de plantear el diseño de la investigación utilizo como base la misma las dos Hipótesis que he formulado anteriormente. Siguiendo su enunciado intentaré recoger las bases teóricas que he expuesto en puntos anteriores y relacionar esos conocimientos con la particularidad y novedad de los dos casos en los que voy a adentrarme.

También me van a servir de límite especificando cuál va a ser y en qué parámetros se va a conducir mi planteamiento.

H1: Los acontecimientos traumáticos del pasado relacionados con abortos afectarían a mujeres del mismo Sistema Familiar y generaciones posteriores en forma de trastornos ginecológicos y dificultad en quedarse embarazadas.

Ante esta primera Hipótesis, llevándola a un caso concreto, la variable independiente sería el acontecimiento traumático del pasado de, por ejemplo, una abuela que se autopracticó abortos. La variable dependiente, por su lado, sería la afectación en la nieta: trastornos ginecológicos e infertilidad.

H2: Las Constelaciones Integrativas® serían una herramienta eficaz y eficiente para resolver la sintomatología asociada a los trastornos ginecológicos y poder quedarse embarazada por la vía natural.

Con esta segunda Hipótesis busco probar la eficacia de una Constelación Integrativa en dos casos de mujeres que se ajustan al problema.

6.2 Participantes

La investigación contará con dos participantes principales, mujeres, en edad fértil: **Daniela y Mabel**. Ambas participarán en dos sesiones de Constelaciones Integrativas® espaciadas entre 2 y 3 semanas, trabajando su sintomatología. Como es sabido, cada Constelación contará a su vez con un número variable de representantes que serán elegidos en función de lo significativo de su presencia e intuitivamente por cada una de las clientes. De esta manera, la elección será aleatoria dentro de un grupo de representantes potenciales que acuda el día de los Trabajos.

Entre los aspectos éticos de la investigación resaltaría:

- *Valor y validez científica-clínica.* Para lo que pretendo presentar una herramienta eficaz en el abordaje psicobiológico de trastornos ginecológicos e infertilidad. Para ello propongo una base teórica y una propuesta terapéutica consistente expuestas con un lenguaje coherente y estructurado.
- *Selección equitativa de los sujetos.* Escojo a dos mujeres que se ajustan perfectamente a la investigación y que pueden beneficiarse de la misma.
- *Consentimiento informado.* Ambas mujeres consienten la investigación participando en ella voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismas.
- *Respeto a los sujetos inscritos.* Además de recoger su consentimiento las garantizo respeto. Este respeto implica: permitir que cambien de opinión y abandonar la investigación; que el manejo de la información siga reglas explícitas de confidencialidad; que toda información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación se las dé a conocer; que, en reconocimiento a su contribución, les informaré de la investigación y resultados, y que el bienestar de ellas será prioritario en todo momento.

6.3 Instrumentos

Los instrumentos principales que voy a utilizar en la investigación serán el Genograma y la Anamnesis. Un tercer instrumento sería el propio Campo de información que siempre muestra una imagen situacional del Complejo del Yo así como de los Complejos Familiares que afectan al cliente. Antes, y sobre todo después, de los Trabajos solicitaré a Daniela y Mabel que se hagan un análisis ginecológico.

6.3.1 El Genograma

Para McGoldrick y Gerson (1987), el genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información, sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. El genograma, al presentar la información en forma gráfica facilita formular hipótesis sobre cómo un problema individual, en este caso trastornos ginecológicos relacionados con la sangre e infertilidad, puede estar relacionado con el contexto familiar y de forma transgeneracional.

El Genograma, tal como recoge Holman, 1983 (citado por Hansen y L`Abate, 1992, pp. 169-170), permite no solo recoger información y hacerla partícipe a la persona sino también de alentarla a expresar sus sentimientos acerca de los miembros y los eventos que son discutidos.

Bowen (1991) invita a incluir todos los detalles de los acontecimientos familiares, pasados, actitudes, personalidades, hábitos, muertes, traumas, separaciones, divorcios.

Anne Ancelin Schützenberger (2007) nos propone el *Genosociograma comentado*, que se enmarca dentro del trabajo terapéutico transgeneracional y consiste en construir, junto con el paciente, el árbol genealógico familiar con los datos que posea la persona y su familia. A lo largo de su trabajo con la persona, se buscan situaciones repetitivas, identificaciones, acontecimientos graves, nombres, fechas, enfermedades, accidentes y muertes acaecidos en la familia. Gracias al trabajo con el Genograma, se busca hacer conscientes esos lazos con el pasado para así evitar su repetición en las siguientes generaciones o en el presente. A través de un enfoque psicogenealógico, se incluyen en nuestro historial de vida los acontecimientos más significativos biográficos y prebiográficos. Se busca la liberación de ataduras transgeneracionales negativas que se manifiestan en forma de enfermedades, conductas negativas y muertes o accidentes casuales, y que responden a situaciones no resueltas, cuentas transgeneracionales sin saldar y dinámicas psíquicas propias de nuestras familias de origen, de las familias actuales, y también a hechos relevantes de vida anteriores a la concepción de la persona.

El Genograma se considera como parte del proceso terapéutico y no un test, ya que por sí solo produce terapia. Mi intención es que, mientras Daniela lo construye pueda conseguir la cooperación de los miembros de su familia extensa para obtener detalles, conecte emocionalmente y también llegue a tener comprensiones asociadas. Posteriormente, lo comentamos juntos.

6.3.2 La anamnesis en Constelaciones Integrativas®

En Constelaciones Integrativas® la Anamnesis debe recoger tanto hechos del mundo externo como del mundo interno (Vidal y Angrill, 2014).

En el **mundo externo** hay 3 grandes preguntas:

- **La demanda: ¿Cuál es el asunto o de que se trata?**
 - Nombre y edad, elementos vivos o no de la familia propia si se tiene y también la familia de origen.
 - Qué le ha movido al cliente a venir a constelar.
 - ¿Cuánto tiempo hace que empezó este asunto?
 - ¿Ocurrió algo significativo un año o dos o más antes de este asunto?
- **¿Hechos relevantes de la familia propia y de origen?**
 - Todo lo referente a la entrada o salida de la vida. Los muertos de la familia, incluidos los abortos naturales o provocados.
 - Violaciones, enfermedades físicas graves (peligro de muerte), adopciones realizadas o hijos dados en adopción, psicopatologías, ruinas económicas, sucesos de guerra, fertilización asistida, separaciones o divorcios de los padres, separaciones propias, etc...
 - Llevar el nombre de un miembro que murió temprano o un hermano que no llegó a nacer.
 - Fechas significativas que coinciden: bodas, muertes, nacimientos, etc....
- **¿Qué esperas conseguir hoy aquí?**
 - Pregunta muy importante ya que es la que estructura el trabajo y la solución.

En el **mundo interno** las preguntas tienen muy presente la Teoría jungiana, sobre todo la referente a Complejos y los Traumas. Por lo tanto, al tener en cuenta respuestas inconscientes, es irrelevante si el cliente ha conocido directamente a algún antepasado (abuelos) o si recuerda o es consciente de ciertos

datos. Para Constelaciones Integrativas® manifestaciones emocionales, disociaciones y conflictos somáticos pueden deberse a la activación de material psíquico mediante alguna situación vital estresante externa de similar temática.

Sería algo similar a la activación de los esquemas básicos descritos por Beck (1981), Ellis (1979) y Freeman (1988) que hacen dar un significado concreto a tus experiencias, al mundo y a ti mismo/a. Hasta el punto de que guían tus pensamientos, conducta y emociones de manera inconsciente. Adquiridos en las relaciones tempranas, en el ambiente familiar, están inactivos hasta que ciertos eventos lo activan, llegando a regir la vida de la persona.

Pero, me refiero a los Complejos, estructuras psíquicas más complejas cargadas de imagos correspondientes a cada antepasado, traumas asociados y emociones.

Por lo tanto interesa:

- Saber la situación de los abuelos si están en la vida o no, y qué edad tenía el o la cliente en el caso de haber fallecido alguno de ellos.
- Saber si hubo hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas con anestesia general, incubadora, parto o gestación difícil, o separación temprana de la madre.
- Saber el resto de muertes significativas de la familia de origen y de la propia, incluidos abortos espontáneos o provocados, programas de fecundación asistida (in Vitro), y si se ha llevado colocado por algún tiempo el DIU clásico, el que no lleva hormonas.
- Situaciones traumáticas desde la concepción al parto.
- Situaciones traumáticas desde los 0 a los 7 años.
- Situaciones traumáticas desde los 7 a los 21 años.
- Situaciones traumáticas desde los 21 años en adelante.

Situaciones traumáticas a tener en cuenta por ser significativas y muy importantes:

- Experiencias traumáticas en general.
- Vínculo afectivo. Duelos por separación no resueltos
- Intervenciones quirúrgicas.
- Hospitalización prolongada.
- Enfermedades desvitalizantes.
- Ambiente laboral.
- Hábitos y adicciones.
- Promiscuidad sexual
- Vulnerabilidad emocional.

Indagación sobre el embarazo, alrededor del parto y primeros 7 años:

- Embarazo tóxico y/o problemas en el parto, incubadora o intervención quirúrgica.
- Muerte de la madre en el parto. Intento de aborto fallido.
- Pérdida sufrida por la madre durante o después del embarazo.
- Adopciones en todas sus variantes, ser adoptado o dar en adopción.
- Muerte de uno de los progenitores, fundamentalmente la madre.
- Hospitalización de madre o del niño en los primeros 7 años de vida.
- Muerte de un hermano hijo de los padres.
- Separación de los padres.
- Acogida temporal por otros familiares.

Hay que prestar mucha atención a comentarios como los siguientes (debidos a activación de Complejos que invaden la estructura del Yo):

- A veces escucho como una voz dentro de mí que me dice cosas.
- Es como si algo dentro de mí me obligara a hacer cosas que no quiero hacer.
- A veces tengo pensamientos que no son míos.
- Hay momentos en que no soy yo.
- Hay momentos en que mi esposa/marido me dice que parezco otra persona.

- Hay algo dentro o fuera de mí que me impide hacer todo lo que me propongo.
- A veces siento como si hubiera otra voluntad dentro de mí.

Lista de otras manifestaciones clínicas a tener en cuenta: Escuchar voces que hablan dentro de la cabeza o fuera de ella, Pensamientos extraños y obsesivos, Trastornos compulsivos, Obsesiones de todo tipo, Personalidad múltiple, Cambios repentinos en la personalidad o en el humor, Confusión mental, Falta de voluntad, Somnolencia fuera de los horarios habituales del sueño, Cansancio o fatiga crónica, Dolores o síntomas físicos en ausencia de patología orgánica, Enfermedades psicosomáticas, Fobias y miedos, Ideas de suicidio, Agresividad repentina, Conflictos vinculares, Conflictos afectivos, Conflictos de pareja, Trastornos o cambios en la esfera sexual, Adicciones, Depresión, angustia o ansiedad, Obesidad, Anorexia, etc.

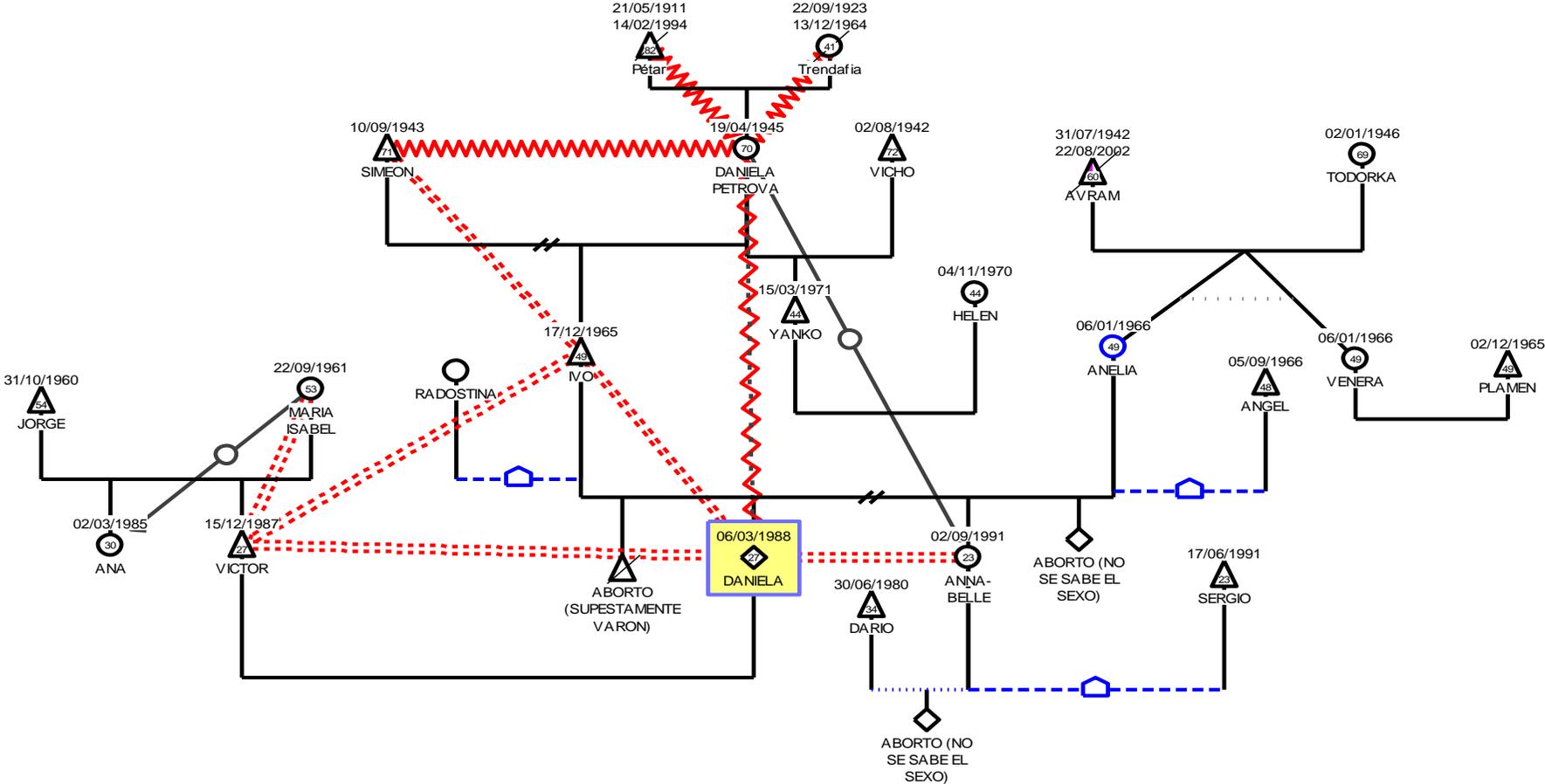
6.4 Procedimiento

Los pasos a seguir en mi investigación van a ser:

- Solicitar a Daniela la realización de su Genosociograma tras haberle explicado que ponga especial atención en lo relativo a enfermedades y conflictos del linaje femenino hasta tres generaciones anteriores así como que recoja cualquier hecho traumático o significativo en su Sistema Familiar. Estaré en continuo contacto con ella para cualquier duda. Mi intención era recoger Genograma tanto a Daniela como a Mabel pero ésta no encuentra disposición por parte de la familia.
- Realizar una Anamnesis a cada una según adaptación para Constelaciones Integrativas®. La entrevista se hará con el Genograma presente (en el caso de Daniela).
- Es fundamental cercar la conexión entre el conflicto a Trabajar (trastornos ginecológicos e infertilidad) y algún hecho o antepasado. Es de esperar que se refiera a una abuela o bisabuela.
- Plantaremos una escena lo más ajustada posible que de alguna manera corresponda al trauma, emoción e imagos del Complejo de esa antepasada.
- En Taller grupal se trabajará con ambas en dos fechas, espaciadas entre dos y tres semanas.
- Tras ambos Trabajos solicitaré feedback de cómo se sienten a nivel psicoemocional y, en la medida de lo posible, resultados de exploraciones ginecológicas para contrastar la eficacia biomédica.
- Más difícil, debido al plazo de entrega de este TFG será valorar un posible embarazo. De ser así lo recogeré hasta el último momento.

6.4.1 Caso DANIELA

Genograma de Daniela



GENOSOCIOGRAMA COMENTADO

DANIELA (cliente): 06/03/1988

Con Daniela Petrova, la abuela, tiene una relación distante y hostil. Esta siempre ha pensado que: Daniela "va por libre", "iba a ser un putón".

A Daniela le operaron de amígdalas con 6/7 años, porque antes siempre estaba enferma de anginas y mucha fiebre. En la época que le operaron de anginas su padre estaba engañando a su madre con otra mujer.

VÍCTOR (pareja de Daniela): 15/12/1987

Desde pequeño tiene problemas en los pulmones, asma. Tuvo una enfermedad de la sangre.

Su madre supuestamente se quedó embarazada de él teniendo el DIU. Su nacimiento fue programado, para que el parto no coincidiera con las fiestas de Navidad.

Sus padres no han tenido mucha comunicación con él. Su madre está más atenta con su hermana Ana.

ANNA-BELLE (hermana de Daniela): 02/09/1991

Ha empezado a criticar a Daniela también cuando antes eran amigas.

Miente mucho a la familia. No saben que ha tenido un aborto. Ni un tumor maligno cerca del ombligo (estómago).

ANA (cuñada de Daniela, hermana de Víctor): 02/03/1985

Ignora a Daniela. Lleva 3 años intentando tener hijo y no puede.

Se están haciendo pruebas con su pareja y parece que les da que no tiene ningún problema. Hay momentos de mucha tensión entre ella y Daniela.

IVO (padre de Daniela): 17.12.1965

Montaña rusa, inestable emocionalmente, bipolar. Inseguro, agresivo, susceptible y muy sensible. Con Artrosis, apnea y tensión alta.

De pequeño estuvo a punto de morir por neumonía y tuberculosis.

ANELIA (madre de Daniela): 6.01.1966

Gemela de Venera, ella la más masculina. De pequeña fue operada igual que su hermana gemela Venera de apendicitis.

"En el 4º mes de gestación conmigo (Daniela), no se sentía muy bien, pensaba que mi padre le era infiel, se sentía muy insegura. No se sentía protegida por mi padre. Fue un embarazo triste y sin mucha ilusión. No sentía cariño por parte de mi padre. Se sintió muy sola durante todo el embarazo. En los últimos meses del embarazo se acuerda que un día desapareció mi padre con unos amigos de juerga y ella lo intentaba localizar pero no pudo y se puso tan nerviosa que hasta tuvo que venir una ambulancia. Ahí fue cuando sintió que no quería tener más hijos con él."

"Antes de tenerme a mí, se queda embarazada por primera vez a los 19 años. Cree que es en primavera (pero no está segura). Aborta en el 2 o 3 mes, ella cree que hubiese sido un niño. Le acompañó a abortar mi abuela Daniela Petrova (que tiene más de 10 abortos según le ha contado a mi madre). Después de abortar, mi madre se sentía muy culpable".

"Después, tuvo otro aborto después de tener a mi hermana Anna-Belle. Ella cree, pero no está segura, que fue en el año 1993 (verano). Aborto porque no se sentía segura con mi padre, en general porque nunca se ha sentido segura con su pareja.

Mi madre me destaca que la última vez que se vio con mi padre este le dijo que quería más a su madre (Daniela Petrova) que a sus propias hijas."

DANIELA Petrova (abuela paterna):19/04/1945

Persona dominante, agresiva, crítica, negativa, manipuladora. Artrosis y tensión alta.

Viajaba mucho y era madre ausente. Al igual que su marido, fue infiel, dominando en la relación.

Tiene miedo cuando va en coche. No le gusta sumergirse la cabeza en el agua. Tiene miedo de casi todo.

Ha ido a muchos videntes para que le adivinen el futuro.

Su tía Helen (hija del segundo matrimonio de Daniela, con Vicho) le cuenta a Daniela que su abuela, Daniela Petrova había hecho magia para separar a sus padres: Ivo y Anelia.

SIMEON (abuelo paterno): 10/09/1943

Se sabe poco de él. Se casa con Daniela Petrova y al poco empieza a maltratarla, y tras un periodo de amenazas se divorcian, cuando ya tenían a Ivo.

Y nunca más se supo (abuelo excluido). Daniela la abuela cuenta que fue un mal padre y los abandonó.

El padre, Ivo, recibió un ramo de flores a los 17 años en su cumple y piensa que fue él.

Herederas: Daniela y Anna-Belle

AVRAM (abuelo materno): 31/07/1942. Falleció el 22/08/2002

La persona más cercana a Daniela, quien más le cuidó.

Murió de cáncer de estómago.

TODORKA (abuela materna): 02/01/1946

Madre estricta, miedosa. Mente cerrada.

Infarto, uñas de los pies se le clavan. La regla se le fue cuando murió su marido.

TRENDAFIA (bisabuela paterna): 22/09/1923. Falleció el 13/12/1964

Carecemos de información, tan solo de que, junto a Pétar (marido) y Daniela Petrova (hija) formaban una triada con alto grado de violencia.

Anamnesis del caso

DATOS DE FILIACIÓN.

- Apellidos y Nombre: **Daniela**
- Edad: **27**
- Estado Civil: **en pareja**
- Nº de hijos: **0**
- Lugar en la familia origen: **2** (contando a aborto)
- Nivel de Estudios: **medios**
- Domicilio: **Barcelona**
- Lugar de Procedencia: **Bulgaria**
- Nivel socio-económico: **medio-bajo**
- Fecha de evaluación: **6 de Mayo del 2015**

MOTIVO DE CONSULTA.

- Necesitamos saber qué te ha movido a venir a constelar: **Mi fobia a la sangre y a las agujas. Cada vez que tengo que hacerme un análisis de sangre enfermo y padezco de ataques de ansiedad. También quisiera quedarme embarazada, llevo bastante tiempo intentándolo con Víctor.**
- ¿Cuánto tiempo hace que empezó la fobia? **Desde siempre, quizá en la niñez.**
- ¿Ocurrió algo significativo un año o dos o más antes de este asunto? **No tengo ningún recuerdo pero me viene la escena de estar una temporada en casa de mi abuela Daniela Petrova y tener que ponerme inyecciones diarias por mis problemas de garganta. Yo no quería, gritaba y lloraba...**
- ¿Hechos relevantes para Constelaciones Familiares de la familia propia y de origen? **Los hechos más relevantes, según el Genograma, son: abuelo paterno excluido, la madre y la abuela Daniela Petrova (con historial de abortos).**

HISTORIA FAMILIAR.

Todo lo referente a la entrada o salida de la vida. Los muertos de la familia, incluidos los abortos naturales o provocados. Violaciones, enfermedades físicas graves (peligro de muerte), adopciones realizadas o hijos dados en adopción, psicopatologías, ruinas económicas, sucesos de guerra, fertilización asistida, separaciones o divorcios de los padres, separaciones propias, etc... Llevar el nombre de un miembro que murió temprano o un hermano que no llegó a nacer. Fechas significativas que coinciden: bodas, muertes, nacimientos, etc... **Recogida en ampliación de Genograma.**

Según el Genograma es significativo:

- Historial de divorcios y separaciones.
- Relaciones conflictivas e incluso violentas con maltrato.

- Gran número de abortos, muchos de ellos provocados.
- Problemas ginecológicos en mujeres. Incluso a abuela materna se le fue la regla al fallecer su marido.
- Padre a punto de morir de pequeño por neumonía y tuberculosis.
- Abuelo materno y hermana Anna-Belle con cáncer de estómago.

- Su padre ¿vive? **SÍ**
- Su madre ¿vive? **SÍ**
- Sus abuelos ¿viven? **SÍ, excepto el materno.**

Daniela habla con intensa emoción de su abuela paterna: *No sé que me despierta pero me produce mucha hostilidad. Es con quien más me he relacionado y siento que me odia. También me produce temor. Era extraña, hacía brujería...*

Tanto mi abuela como mi madre tuvieron abortos. También mi hermana.

- ¿Ha habido suicidios, problemas de alcoholismo, de drogas...? **NO**
- ¿Ha habido personas excluidas? **Simeón, mi abuelo paterno.**

PERÍODO PERINATAL.

¿Cómo fue el embarazo? **En el 4º mes de gestación conmigo (Daniela), mi madre no se sentía muy bien, pensaba que mi padre le era infiel, se sentía muy insegura. No se sentía protegida por mi padre. Fue un embarazo triste y sin mucha ilusión. No sentía cariño por parte de mi padre. Se sintió muy sola durante todo el embarazo.**

¿Cómo fue el parto? **No lo sé.**

QUÉ ESPERAS CONSEGUIR HOY AQUÍ.

Me gustaría dejar de tener fobia a sacarme sangre. También, aunque quizá se tenga que tratar en otra ocasión, creer que puedo quedarme embarazada.

Evaluación realizada, Hipótesis explicativas y desarrollo del análisis funcional del caso y objetivos terapéuticos

Si siguiera un abordaje terapéutico habitual (exposición con tensión muscular aplicada, Borda, et al. 1998, por ejemplo) propondría los siguientes instrumentos: una **entrevista semiestructurada**, por ejemplo la **Entrevista para la hematófobia** (Borda, Antequera y Blanco, 1994), el **Inventario de fobia a la sangre** (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994). Compuesto por 50 ítems referidos a diversas situaciones, relacionadas preferentemente con la sangre, las inyecciones y otros supuestos, midiendo en una escala las respuestas (fisiológicas, cognitivas y motoras) del paciente. Así mismo, un **Cuestionario de Miedos, FQ**, (Marks y Mathews, 1979) interesándome especialmente su subescala de hematófobia, compuesta por 5 ítems referidos a la sangre donde el paciente valora en escala la frecuencia de evitación. Incluso otros instrumentos, que serían apropiados si quisiera ahondar en situaciones y síntomas: **Inventario Multidimensional de la Fobia a la Sangre/Heridas, MBPI**, (Wenzel y Holt, 2003) y/o la **Escala de Síntomas ante Sangre-Inyecciones, BISS**, (Page y cols., 1997). Recoge 17 síntomas físicos y Daniela valoraría su aparición o no.

De **forma operacional**, empleando el **modelo de triple sistema de respuesta**, los problemas de Daniela se presentan de la siguiente forma:

- **Conducta motora:** Evitación situaciones en las que haya sangre. Conflictos en el trabajo por negarse a hacer análisis de sangre.
- **Conducta cognitiva:** Expectativas de peligro y ansiedad. Piensa que “no puede”. También, sólo de pensar que no va a poder ser madre se angustia.
- **Conducta psicofisiológica:** tensión, ansiedad, miedo, gritos, desmayos, etc

Abordaje desde las Constelaciones Integrativas

La familia de Daniela, según Puget (1993), ha quedado estructurada, hasta donde sabemos, a partir de un trauma relacionado con abortos cuyo origen apunta a la figura de la abuela, Daniela Petrova. Y gracias a la

herramienta del Genosociograma (Schützenberger, 2007) podemos leer el Libro de esa Familia (Böszörményi-Nagy, 1985).

Es sabido que ha habido abortos pero se leen como algo natural y, en ningún caso, se cuestiona la intencionalidad de algún antepasado. De ahí el secreto, de haberlo, queda silenciado, evitando la desintegración familiar que se produciría al difundirse algún hecho penoso o vergonzoso (Puget, 1993).

Para desvelar lo que guarda la psique (personal y familiar), sacar a la luz los hechos traumáticos transgeneracionales, y resolverlos, utilizamos la herramienta de las Constelaciones Integrativas

Tratamiento aplicado: Constelación Integrativa

Tema a constelar: Fobia a las agujas, y a la sangre. Problemas en quedarse embarazada.

Abreviaturas del Terapeuta, del cliente y de los personajes más significativos en la constelación:

- **C:** Clienta (Daniela)
- **CT:** Constelador
- **RC:** Representante de la cliente.
- **RfAS:** Representante Agujas/sangre (mujer)
- **Ab:** Abortos
- **PM:** Abuelo paterno clienta.
- **MM:** Abuela paterna clienta.
- **M:** Madre de clienta

CT: ¿Qué necesitas?

Al empezar la Constelación preguntamos a Daniela por su demanda y procedemos a una Entrevista según el Modelo de Anamnesis Integrativa.

Centrándonos en la Fobia, Daniela es preguntada por la situación más temprana que recuerde relacionada con agujas y sangre. Relata una escena en su Bulgaria natal en casa de sus abuelos paternos. El hablar de ello la activa emocionalmente. Así, intuimos que el complejo asociado (abuela/abuelos paternos) se ha constelado (Robertson, 2002) invitando a representarlo en nuestro Trabajo terapéutico.

Las agujas, a las que tanto teme, suponen un símbolo al que Daniela ha desplazado algún hecho traumático relacionado con algún personaje de su Sistema Familiar. De ahí que sean representadas, y por extensión la fobia, en la Constelación para que se revele el Familiar o miembro del Sistema que tanto “afecta” a Daniela y le produce su fobia.

C: Que no me afecten tanto los análisis de sangre. Es exagerado. Tengo pánico a las agujas. También llevo muy mal el ser madre. Quisiera pero de momento no hay manera, además en mi familia todas las mujeres abortan...

Desarrollo de la Constelación

El **CT** le pide a **Daniela** que escoja, entre el público asistente al Taller, a un representante para ella, otro para las agujas, otro para la abuela paterna y otro para el abuelo paterno. Para cada representante debe sentir si siente escoger a un hombre o a una mujer.

La escena va configurándose. La **RC** es abordada por **RfAS** atormentándola y haciéndola sentir mucho miedo. A continuación, al salir **MM**, se dirige a **RfAS** y esta se retira. **La hipótesis era acertada: detrás de las agujas se encontraba la abuela Daniela Petrova.**

CT a C: Háblame de tu abuela...

C: Me atrae demasiado. Pasé gran parte de la infancia en su casa. Era rara. Se llevaba mal con todos. Me daba miedo. Luego me enteré que tuvo muchos abortos, no sé si todos de mi abuelo...

CT a C: ¿Y tú, has tenido abortos?

C: Que yo sepa, no

Tanto **C** como **RfAS** sienten que hay mucho muerto en el Sistema, bebés. Incluso sale alguien espontáneamente del público y se tumba en el suelo en posición fetal. **RfAS** se tumba encima y el representante se encoge.

CT pide que doce personas del público (**Ab**) se tumben en el suelo y se dejen sentir. **MM** apenas se inmuta. Algunos abortos están muy enfadados, otros no se mueven. Necesitan ser acogidos.

La **C** está muy afectada y temerosa con la escena.

CT a RC: **Aquí están los que no nacieron en tu Sistema.**

- Los **Ab**, o mejor dicho la imagen psíquica en el inconsciente de **Daniela** de este hecho, se agita. Sale a la luz.
- **MM** sigue sin inmutarse, como si todo eso no fuera con ella. La representante dice fríamente: “yo los maté porque quise”
- Aparece en escena **PM** que se lleva las manos a la cabeza. Preguntando al representante manifiesta que no sabía nada de eso.

La abuela **MM** se autopracticó abortos a voluntad y su marido nunca se enteró. Ahora, al saberlo, su representante **PM** hace gestos de angustia, terror y rabia a la vez.

- **PM** se dirige hacia **MM** para agredirla. También la empuja hacia los **Ab**. Ella se resiste y forcejea con **PM**.

El **CT** permite la liberación emocional entre **MM** y **PM** dentro de unos límites. Se busca que la energía de la ira se consuma y, acompañando la lucha con unas frases que les conmuevan, se transmute hacia la paz.

Hay que entender que en la psique de **Daniela** conviven en un Complejo el enfado de **PM** y la frialdad y decisión de **MM** de abortar. De tal manera que, por un lado y lealtad, acepte inconscientemente no tener hijos (decisión de **MM**) y, por otro, haya un enfado e impulso a hacerlo de otra manera. Pero esto último supone traicionar al Sistema...

En la medida de que estos Complejos se pacifiquen se alejarán del Complejo del Yo, desaparecerán los síntomas y para Daniela la posibilidad de tener hijos ya no estará asociada con muerte.

Terapéuticamente se pretende que la cliente, **Daniela**, sea testigo del fantasma encriptado (Abraham y Torok, 1978), de la carga emocional asociada y que lo perpetua, y que éste al ser visto por la heredera reconociendo las cosas tal y como fueron, sin juzgarlas, descanse en lo más profundo del inconsciente (Jung, 1969; Robertson, 2002).

La estrategia, entonces, sería: que **PM** transmute su rabia (por haberse enterado de que su mujer mató a sus hijos, abortando) dirigiéndola y extinguiéndola con un forcejeo con **MM** y dirigido por **CT**. Posteriormente se invitará a **MM** y **PM** a que se dirijan hacia **Ab** y lleguen al dolor por esas muertes acogidos con amor.

CT acompañará en todo momento a **C** para que vaya mirando a los ojos a los representantes llevando al consciente la experiencia enquistada y participando en la resolución. Todo esto la va a suponer una gran activación emocional, en todo momento controlada.

Teniendo en cuenta que la persona más significativa para **C** es su abuela, ambas representarán la diada más importante del Trabajo, clave para el éxito del mismo.

- Después de forcejear, según Maniobra de Contención de Jirina Prekop (2003) dirigida por **CT**, **MM** y **PM** se abrazan.

CT a PM y MM: ¡Acoged a vuestros hijos!

El proceso de acogida se prolonga durante bastantes minutos y la carga emocional que se manifiesta se asemeja a la de un duelo.

C se suma espontáneamente al grupo y **Daniela** es invitada a hacerlo. En la medida que abrace emocionalmente la situación será más efectivo el Trabajo y mejores los resultados.

- **Daniela** está afectada pero le cuesta entrar. Se mira con **MM** un buen rato y acaban abrazándose.
- **CT** le hace decir a **Daniela** varias frases: “querida abuela, no te juzgo”, “te quiero”, “soy tu heredera y ahora lo voy a hacer diferente, por ti, por mí y por todas las mujeres de la familia”
- **Daniela** se tambalea, es mucho para ella. Necesita sostén femenino. Necesita a su madre **M**, pero esta no tiene fuerzas para transmitírselas.
- **CT** saca a una **representante para la feminidad-maternidad**, buscando que recupere la transmisión del linaje femenino: abuelas, bisabuelas, tatarabuelas, etc.
- Al poco se suma la madre y se invita al resto de mujeres de la sala que rodeen la escena. La idea es que grabe que la feminidad es buena, que la maternidad es buena y conlleva amor y vida y que tal y cómo fue estuvo y está bien.

El Trabajo se complementa con la audición durante la Constelación de diferentes músicas que facilitan la experiencia emocional. Ente ellas, **Ave Marías** (Schubert, Caccini) y **Lacrimosas** (Preisner, Mozart, Verdi).

CT: **Dejemos esto actuar. Gracias a todos.**

Segunda Constelación Integrativa

La segunda Constelación se realiza transcurridas dos semanas. Daniela me indica que quiere Trabajar el enfado que tiene con su hermana Anna-Belle, que las mantiene separadas, sin hablarse desde hace dos años cuando antes eran íntimas. Daniela cuenta que todo fue a raíz de sentirse traicionada por su hermana ya que aireó a su abuela ciertas confidencias, hasta tal punto que hermana y abuela la humillaron e hicieron piña contra ella. Como vemos, nuevamente aparece en escena la abuela Daniela Petrova, su Imago es demasiado poderosa.

El Trabajo se torna nuevamente femenino, sacando a escena representantes para ella, su hermana, su madre y su abuela. En el transcurso de la Constelación observamos que la hermana está sosteniendo a la madre que es ajena y totalmente inconsciente de la carga sistémica. Podemos entender que las hermanas están enfrentadas en la medida que representan a abuela y madre, respectivamente, así como el histórico distanciamiento entre aquellas. Se hicieron necesarias unas dinámicas de reconocimiento y aceptación por parte de las cuatro mujeres para pacificar la psique y para reencontrarse, tanto las hermanas como estas con su madre y su abuela.

Tras llorar juntas, y reconocerse, se consiguió pacificar el/los Complejos asociados a lo femenino en el linaje de Daniela.

6.4.2 Caso MABEL

Anamnesis del caso

DATOS DE FILIACIÓN.

- Apellidos y Nombre: **Mabel**
- Edad: 30
- Estado Civil: casada
- Nº de hijos: 0
- Lugar en la familia: 2
- Nivel de Estudios: universitarios
- Domicilio: Barcelona
- Lugar de Procedencia: Barcelona
- Nivel socio-económico: medio
- Fecha de evaluación: 25 de Marzo del 2015

MOTIVO DE CONSULTA.

- Necesitamos saber que te ha movido a venir a constelar: **Problemas ginecológicos: Desde que soy adolescente hasta ahora, tengo problemas en la zona pélvica, quistes en los ovarios, sangrado abundante... Me operaron y tuve un prolapso uterino. Después tuve candidas, cistitis, displasia cervical....etc. También diagnosticada de Trastorno disfórico premenstrual.**
- ¿Cuánto tiempo hace que empezó este asunto? **Adolescencia**
- ¿Ocurrió algo significativo un año o dos o más antes de este asunto? **Mi abuela materna murió hace 14 ó 15 años. Mi madre me escondió su muerte.**
- ¿Hechos relevantes para Constelaciones Familiares de la familia propia y de origen? **El anterior tiene peso suficiente ya que coincide el hecho con el comienzo de sus conflictos ginecológicos.**

PROBLEMA ACTUAL.

Una vez conocido el motivo de consulta empezamos a explorar por los síntomas y signos expresados por el sujeto **(Descrito anteriormente)**

HISTORIA FAMILIAR.

Todo lo referente a la entrada o salida de la vida. Los muertos de la familia, incluidos los abortos naturales o provocados. Violaciones, enfermedades físicas graves (peligro de muerte), adopciones realizadas o hijos dados en adopción, psicopatologías, ruinas económicas, sucesos de guerra, fertilización asistida, separaciones o divorcios de los padres, separaciones propias, etc... Llevar el nombre de un miembro que murió temprano o un hermano que no llegó a nacer. Fechas significativas que coinciden: bodas, muertes, nacimientos, etc...

- Tu padre, tu madre ¿viven? **SÍ**

Se le pregunta si conoció o no a los abuelos, tanto por la rama paterna y materna. Si viven o están muertos.

Mabel habla con intensa emoción de su abuela materna: Era buena, tranquila, mi abuelo la echó de casa junto con mis dos tías (de muy corta edad), y metió a una chica de 16 años con la que vivió de pareja, después echó a esta chica y volvió con mi abuela. Mi madre nació después. Tuvo muchos abortos... Algo que me contó recientemente.

Tanto mi abuela como mi madre tuvieron también muchos trastornos ginecológicos.

Preguntar:

- Si ha habido suicidios, problemas de alcoholismo, de drogas... **NO**
- Si ha habido personas excluidas. **NO LO SÉ**

INFANCIA Y NIÑEZ.

Periodo pre-natal, peri-natal, post-natal. Primeros 7 años. Posibles traumas.

- ¿Cómo fue el embarazo? **¿Normal?, siento no recordar nada.**
- ¿Cómo fue el parto? Fue natural, normal, por cesárea (Cuál fue el motivo). **Normal**

QUÉ ESPERAS CONSEGUIR HOY AQUÍ. La cliente responde: **Resolver mis problemas ginecológicos. Vivo una tortura desde hace muchos años. Además, ¡desearía tanto quedarme embarazada!**

Evaluación realizada, Hipótesis explicativas y desarrollo del análisis funcional del caso y objetivos terapéuticos

El caso que expongo se trata de una mujer de 30 años con trastornos ginecológicos desde la adolescencia. Dejando aparte la sintomatología médica (patología premenstrual), el DSM IV TR (2002) recoge el Trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

Por su parte, en el CIE-10, estas afecciones se mencionan como "Síndrome de tensión premenstrual", que aparece en el Anexo: "Otros procesos del CIE 10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento", en el Capítulo XIV: "Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99), dolor y otras afecciones con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual". El TDPM se caracteriza clínicamente por severas alteraciones del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional.

Los instrumentos de evaluación habituales son: el cuestionario de malestar menstrual de Moos (DMM), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (CPE) y el Listado de Síntomas de Hopkins (SCL-90), que se aplican tanto en la fase folicular como en la fase lútea.

De **forma operacional**, empleando el **modelo de triple sistema de respuesta**, los problemas de Mabel se presentan de la siguiente forma:

- **Conducta motora:** Ha llegado a las conductas de evitación: No sale apenas de casa. Evita reuniones sociales. Relaciones incómodas con la familia y compañeros de trabajo.
- **Conducta cognitiva:** Ella explica que vive permanentemente preocupada por si le vuelven a coger estos estados de nervios y dice que no está segura de poderlo controlar o soportar. Pensamientos temerosos ante nuevos trastornos y a la reacción de su marido. También, sólo de pensar que no va a poder ser madre se angustia.
- **Conducta psicofisiológica:** tensión, ansiedad, miedo a que los problemas vayan a más y no se resuelvan nunca, sangrado anormal, picores, dolores, etc.

Abordaje desde las Constelaciones Integrativas

El Trabajo terapéutico tiene muy en cuenta la influencia transgeneracional de los síntomas de Mabel. Recuerdo que nos habla de que su madre y su abuela (materna) también padecían trastornos ginecológicos. Pero además, nos indica que había hechos traumáticos y secretos: el abuelo expulsó de casa a la abuela con dos niñas pequeñas y bastantes abortos. Incluso, como veremos en la Constelación, la madre le escondió a Mabel la muerte de su abuela: secretos, culpas, lealtades, resentimientos, etc. La utilización de la Anamnesis Integrativa y del Genograma desvelan el equivalente a los instrumentos que mencioné anteriormente, habituales en otras propuestas terapéuticas.

La importancia y la relación de estos hechos con los problemas de Mabel es fundamental en Constelaciones Integrativas®, y es básico su abordaje para ordenar la psique de ella y así resolver sus síntomas y su infertilidad.

Tratamiento aplicado: Constelación Integrativa

Tema a constelar: El cliente (mujer), desde que es adolescente hasta la actualidad, tiene Trastornos ginecológicos diversos. También menciona conflictos con su sexualidad y su feminidad, pero prefiere no hablar de ello.

Abreviaturas del Terapeuta, del cliente y de los personajes más significativos en la constelación:

- **C:** Clienta (Mabel)
- **CT:** Constelador
- **RC:** Representante de la cliente
- **Ab:** Abortos
- **PM:** Abuelo materno clienta.
- **MM:** Abuela materna clienta.
- **P2:** Segunda pareja del abuelo materno (niña de 16 años)

CT: ¿Qué necesitas?

C: Desde que soy adolescente hasta ahora, tengo problemas en la zona pélvica, quistes en los ovarios, me operaron y tuve un prolapso uterino, me operaron, después tuve candidas, cistitis, displasia cervical....etc. Conflictos con mi sexualidad, mi feminidad. Me gustaría ser madre pero no hay manera.

Desarrollo de la Constelación

Sale RC, se toca la barriga, la acaricia, como si estuviese embarazada

CT a C: ¿Has tomado pastillas anticonceptivas?

C: Sí.

CT a C: ¿DIU?

C: Hace mucho, durante unos meses, me dio problemas...

CT a C: **¿Era DIU liberador de hormona (levonorgestrel) o clásico?**

C: **Yo creo que el normal, tendría 22 o 23 años...**

Esta pregunta es muy importante ya que en las últimas investigaciones en Constelaciones (Vidal y Angrill, 2014) se ha observado que el DIU sin hormonas no evita la fecundación, solo la fijación. Por lo tanto, genera vida aunque sea por días.

Se ha observado que estos abortos no conscientes influyen significativamente en la vida psíquica de la paciente hasta el punto de generar estos cuadros sintomáticos y psicoemocionales que hemos descrito en el caso de no ordenarlos y hacerlos conscientes mediante un Trabajo terapéutico, como el que desarrollo a continuación.

CT: **Háblame de tu abuela materna**

C: **Mi abuela materna murió hace 14 ó 15 años, mi madre me escondió que murió.**

CT: **¿Te escondió que había muerto?**

C: **Cuando me enteré, ya llevaba un año muerta.**

CTM: **¿Qué sabes de ella?**

C: **Era buena, tranquila, mi abuelo la echó de casa junto con sus hijitas, y metió a una chica de 16 años, después echó a esta chica y volvió con mi abuela, mi madre nació después. Tuvo muchos abortos.**

Tal y como expuse en la Teoría los hechos traumáticos transgeneracionales (Abraham y Torök (1978) son los que más afectan a los clientes. De ahí que hemos de fijarnos especialmente en nuestros abuelos y bisabuelos, sobre todo si presentaron cuadros que guarden relación con la sintomatología objeto de tratamiento. En el caso de una mujer con trastornos ginecológicos e infertilidad prestaremos especial atención al linaje femenino.

CT: **¿Cuántos?**

C: **No sé, muchos, pero no sé cuántos.**

CT: **Señala a 9 ó 10 de personas de la sala para que hagan de abortos (Ab). Se colocan en la sala de pie, cerca de la RC.**

- **RC** se sigue tocando el vientre.

CT a RC: **Aquí están los que no nacieron.**

- Los **Ab** se mueven por el campo, uno se agarra a las piernas de **RC**, otros dan patadas en el suelo...
- **CT** saca a **P2** y a **PM**. También saca a **Mabel** al Campo.
- Hay muchos **Ab** tumbados, gimiendo y quejándose. **PM** enfadado y rabioso, se acerca a **RC** que está tumbada con varios Ab.

La idea y pretensión es que estos abortos sean acogidos por el Sistema Familiar ya que, independientemente de que sean abortos de la abuela, la madre o de la misma cliente, necesitan ese vínculo amoroso con la madre. Este encuentro es parte de la resolución del Trabajo que se propone.

- Se acerca **MM** e intenta sacar de allí a **PM**. **PM** mira a **MM**
- **CT** acerca a **PM** y a **MM**, **PM** y **MM** se empujan.

CT a PM y MM: **Así fue vuestra vida y así el dolor que os hicisteis.**

Otro punto importante es que la cliente vivencie y ordene psíquicamente el conflicto entre la tríada: abuelo-abuela-amante de 16 años. Ese desorden, culpa, rabia y frustración necesita ser expresado por ella como representante afectado y solo así resolverá ella y paralelamente su Sistema Familiar.

- Algunos abortos se desplazan por el Campo, se dan la mano y giran alrededor...etc, Uno se enfada, no puede controlar y sale de la sala....etc...
- Se miran **P2** y **MM**, **MM** con mirada despreciativa hacia **P2**.
- **MM** mira a **PM**

CT: Pone a **P2** y **MM** una al lado de la otra, las dos miran a **PM**

- **Mabel** se va poniendo delante de varios **Ab** para abrazarlos y poner paz.
- Salen espontáneamente más mujeres para ayudar a **RC** con los **Ab**.
- A **Mabel** le cuesta entrar en el dolor, los abraza pero no hay emoción.
- **P2** y **MM** empujan a **PM**.
- **PM** no hace nada sólo mira a **MP**.
- **MP** empieza a emocionarse.

CT hace que diga P2 a MM: **“Tenemos la razón tú y yo y así nos fastidiamos la vida. Yo me sentí mayor, y tú estabas en una historia donde no existía amor, podemos dejar que esto sea así para siempre o resolverlo ahora”**

- **P2** y **MM** se abrazan.
- Hay varios grupos de **Ab** tumbados, con distintas cuidadoras o madres de los abortos dobladas (mujeres representantes que hacen función de madre).
- **PM** se pone delante de **P2** y **MM**, que están cogidas de la mano. Los tres se abrazan.
- **Mabel** sigue abrazando a **Ab**, algunos de ellos, al preguntarles, comentan que la cliente no lo hacía de corazón, no podía.

Ya terminada la Constelación, **Mabel** comenta que le ha costado entrar ya que el primer aborto que quería abrazar estaba muy agresivo.

CT: **Dejemos esto actuar. Hemos llegado hasta donde se ha podido.**

Hemos intentando ordenar la psique del cliente. En ella están muy activos los complejos (Jung, 1969) de estos ancestros. Y cualquier hecho externo, como puede ser todo lo asociado a trastornos ginecológicos, los constela. Esto implica que lleguen al Complejo del Yo y generen todo el cuadro psicoemocional de Mabel.

La pretensión de la Constelación no es otra que “pacificar” a estos complejos haciendo que bajen a zonas más profundas del inconsciente y así permitir que la cliente se libere de la disociación que le supone la presencia de esos “fantasmas” transgeneracionales.

Mabel tiene una gran dificultad en expresarse emocionalmente. Esto dificulta una mejor resolución de los hechos así como una transición hacia su aceptación. Estas fases pasan ineludiblemente por un abordaje emocional de la culpa y la ira y de un dolor cuya expresión habitual es una rendición hacia el llanto.

Un abrazo sentido y amoroso con la persona más significativa asociada al trauma es fundamental para considerar que el Trabajo va a ser realmente eficaz.

Segunda Constelación Integrativa

Aproximadamente a las tres semanas se cita a **Mabel** para volverla a constelar. Comenta que ha notado mejorías significativas en su fase premenstrual. En esta ocasión, no ha tenido dolores lumbares ni de cabeza, ha estado menos irritable, menos ansiosa, y el sangrado ha sido más “normal”. Está sorprendida ya que sus menstruaciones suelen ser verdaderas torturas.

Preguntándole si ha tenido algún síntoma novedoso o alguna reacción especial tras el primer Trabajo me comenta que, a pesar de la mejoría general, tanto física como anímica, le ha aumentado el picor vaginal. Le duele también más que nunca, hasta el punto de haber suspendido las relaciones sexuales. Acudió al ginecólogo que le diagnosticó candidas, ¡nuevamente!

Le propongo hacer un Trabajo explorando a quién representan las candidas. Para ello sacamos representante para ellas y representante para Mabel (RM). La constelación nos muestra al representante de las candidas agarrarse fuertemente a las piernas de la representante de la cliente. Espontáneamente salen dos representantes más que se tumban agarrándose a los pies de RM, y en posición fetal. Esta posición nos da la clave para pensar en que las candidas simbolizan a abortos. Presumiblemente a abortos propios (recordemos que utilizó DIU clásico por una temporada) y también, porqué no, a abortos no acogidos de su Sistema Familiar.

Este segundo Trabajo consistió en acompañar a Mabel al Campo de información para que fuera acogiendo a sus abortos, amando a esa energía psíquica en forma de nonatos que tiene rechazada y que se expresa en el cuerpo en forma de síntomas (Cándidas). Teniendo en cuenta su dificultad emocional se llegó hasta donde ella pudo abrirse.

7. Resultados

Höppner (2001) mantiene que el cambio psicológico inducido por una Constelación Familiar se produce a través de un cambio de la *imagen interna* de la familia. Es de esperar que ambas mujeres expresen en Anamnesis, y con el Genograma en mano en el caso de Daniela, diferencias y dificultades relacionales con otras mujeres de su Sistema Familiar, bien sean hermanas, la madre, la abuela, etc. Como se ha visto, la transmisión transgeneracional mueve cognitiva y emocionalmente en los momentos del parto (tanto al feto como a la madre) y a través de la propia sintomatología ginecológica que seguro compartirán varias mujeres, así como conductualmente. También serán significativas fobias y otros trastornos psicológicos asociados. En estos casos, y en el de no quedarse embarazadas, la aceptación de sí mismas y autoestima se verá afectada. Los resultados, entonces, los he valorado en nuevas entrevistas, recogiendo igualmente cualquier modificación relacionada con la menstruación, la actividad sexual, dolor, etc. Solicito, en cualquier caso, que se realicen una revisión ginecológica para determinar la evolución de sus trastornos.

Resultados obtenidos y evolución del cliente (Caso DANIELA)

El sábado 23 de Mayo tengo una entrevista con Daniela y me comunica una gratísima noticia: **está embarazada**. Me lo cuenta entremezclando alegría y preocupación debido a la inseguridad que le produce la situación por el historial de abortos en la familia. Obviamente no podemos afirmar categóricamente que sea debido a la Constelación Integrativa pero, debido a que llevaba tiempo intentándolo sin éxito, y sabiendo de la eficacia del Trabajo con el material psíquico transgeneracional podemos sospechar algún tipo de relación.

Respecto a su fobia a sangre-agujas no podemos valorar el éxito del trabajo ya que no se ha enfrentado en este periodo a una extracción de sangre ni inyección. Sin embargo la invito a que me facilite el resultado tan pronto se dé la situación.

Resultados obtenidos y evolución del cliente (Caso MABEL)

Su última menstruación ha sido prácticamente normal. También se siente mejor emocionalmente. Esta mejoría se traduce en sentirse menos ansiosa y con más ánimo además de estar menos irritable. Apenas ha discutido con su pareja en este período, lo que para ella es algo inusual.

Se le propone que siga asistiendo a propuestas de apertura emocional, acudiendo, por ejemplo, a Talleres de Constelaciones como representante. Necesita expresarse emocionalmente para así poderse vincular

con los abortos y poder recuperar su feminidad y su disposición a la maternidad. Paralelamente, se espera que la sintomatología ginecológica vaya desapareciendo. Todas estas nuevas sensaciones de mejora deberán ser ratificadas con los resultados de su próxima revisión ginecológica.

8. Conclusiones

En este Trabajo he expuesto la base teórica que sustenta la Transmisión psíquica transgeneracional. Esta transmisión puede ser presentado mediante diferentes enfoques como el biológico, mediante la Ovogénesis prenatal Morales et al. (2006), el que propone Jung (1969) y su Teoría de Complejos o bien Abraham y Torok (1978) hablando del fantasma encriptado. No me olvido de Stanislav Grof (1980) y sus Matrices Perinatales.

Mediante cualquiera de ellos hemos podido explicar la traslación del hecho traumático, así como sus consecuencias sintomáticas, a concretamente dos herederas, por las vías del parto (Matrices perinatales, Ovogénesis) y del inconsciente (Complejos, Fantasma encriptado).

Tanto en el caso Daniela como en el caso Mabel se confirma la primera Hipótesis que me planteo. Hechos traumáticos relacionados con sus dos abuelas, en la figura de abortos, afectan tanto a una como a otra en forma de trastornos ginecológicos y dificultad para quedarse embarazadas. En el caso de Daniela, además, objetos relacionados con la práctica abortiva (agujas, sangre) le producen una fobia que difícilmente podría relacionarse con ese origen.

Respecto a la segunda Hipótesis, podemos proponer la herramienta de la Constelaciones Integrativas como posibilidad terapéutica sencilla y eficaz. Recordemos que el Trabajo se basa en una conciliación con hechos traumáticos del Sistema familiar llevada a cabo de una manera experiencial, donde la emoción y el cuerpo cobran protagonismo frente a la cognitivo, algo más habitual en el abordaje de lo transgeneracional en otro tipo de Terapias.

La aplicación de esta herramienta es una alternativa a tener en cuenta, por parte de profesionales de la Psicología Clínica y de la salud en general, de cara a abordar trastornos ginecológicos y dificultad de la mujer en quedarse embarazada, en particular, y frente a cualquier otro trastorno psicológico, con base transgeneracional.

9. Discusión

La primera lección aprendida ha sido la de dar forma académica a una idea de investigación. También a expresar y enfocar mis intereses profesionales a casos concretos.

Para ello comencé a abrir diferentes líneas de investigación alrededor de las preguntas, objetivos e hipótesis de este TFG. Todas ellas guiadas por una visión transgeneracional y siempre enfocada a los mundos interno y externo de la persona. En el camino de elaboración he aprendido de muchos autores.

Estas líneas fueron pautadas en un calendario de Trabajo que he procurado seguir aunque con la flexibilidad que supone el tener imponderables así como el querer avanzar en el mismo. También he tenido que contar con las dos participantes en la investigación y con su disposición temporal, teniendo que posponer entrevistas y Constelaciones.

Respecto a la metodología he de reconocer que la herramienta de las Constelaciones Integrativas, unida al Genograma (Genosociograma comentado) y a la Anamnesis Integrativa podrían ser suficientes aunque siempre hubiera sido deseable ampliarlas con algún instrumento de medida o test utilizado en los enfoques cognitivo-conductuales. En cualquier caso, quedo a la espera de que, tanto Daniela como Mabel, me comuniquen resultados de exploración ginecológica.

También se puede echar de menos un estudio con mayor número de participantes de cara a aumentar la validez del mismo. Aun así, los resultados del mismo dan lugar a volver la mirada hacia las Constelaciones a la hora de abordar la problemática ginecológica.

Vuelvo a recordar que la cuarta parte de mujeres de entre 15 y 44 años se queja de trastornos ginecológicos con sangrado anormal. Y que también es importante tener en cuenta toda la emocionalidad asociada a estos conflictos, y la dificultad de quedarse embarazada o de llevar un embarazo a buen término.

La propuesta terapéutica con Constelaciones Integrativas aporta a estas mujeres en edad fértil una nueva esperanza de cara a resolver esos trastornos y a desbloquear mecanismos psíquicos que dificultan el quedarse embarazada. Los abordajes habituales suelen ser biomédicos o, en el caso de ser psicológicos, tratan fundamentalmente la ansiedad y las fobias, por las vías cognitivo-conductuales o gestálticas. En cualquier caso, con un número de sesiones bastante elevado y con resultados que, aunque significativos, no suelen ser resolutivos.

Por ejemplo, en una terapia psicoanalítica familiar, hubiéramos necesitado de un gran número de sesiones y la casi segura participación de otros miembros del Sistema Familiar. En Constelaciones Integrativas, las sesiones son mínimas, en ocasiones solo una, y no es necesaria la presencia física de familiares, pudiendo representar a cualquier miembro del Sistema aunque esté fallecido, incluso que no haya conocido el cliente.

Las Constelaciones Integrativas buscan pacificar la psique del cliente, aceptando los hechos tal y como ocurrieron, y amando y reconociendo a todos los miembros del Sistema Familiar. No pretenden desprenderse de lo transgeneracional por inducir la repetición y el funcionamiento prevalente de las posiciones narcisistas, sino que lo integran con amor y aceptación.

En las Conclusiones ya perfilé lo interesante de este abordaje terapéutico tan sencillo y breve de cara a la sintomatología ginecológica, a los trastornos psicológicos asociados y a la infertilidad femenina por causas no orgánicas. Lo propondría a toda mujer si se dilata en el tiempo el quedarse embarazada y antes de elegir las vías de fertilización asistida o de adopción.

Aun así, esta herramienta solo puede verse como una alternativa a otras opciones que la mujer, y por extensión su pareja, pueden adoptar ante su problemática. No es pretensión de mi estudio convencer ni garantizar su eficacia y mucho menos invitar a desechar otras vías y, en ningún caso, la médica.

Quedan abiertas nuevas líneas de Trabajo planteando la utilización de la herramienta de las Constelaciones Integrativas en otros trastornos y síntomas que podamos valorar asociados a un hecho traumático transgeneracional como: fobias, trastornos de ansiedad, enfermedades genéticas, drogadicción, etc.

10. Referencias bibliográficas

Abraham, N. y Torok, M. (1978). *L'écorce et le no yau*. París: Flammarion.

Abraham, N. y Torok, M. (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Albite, L. (2005). *El tránsito del imaginario materno en la subjetividad de tres generaciones de mujeres puertorriqueñas* (Order No. 3180836). Available from ProQuest Psychology Journals. (305395602). Recuperado en pdf en la WWW: <http://search.proquest.com/docview/305395602?accountid=15299> (12.03.2015).

Alonso, J.C. (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Univ. Psychol.* Bogotá, 3(1), 55-70.

- Alonso, Y. (2005). Las constelaciones familiares de Bert Hellinger: un procedimiento psicoterapéutico en busca de identidad. *International journal of psychology and psychological therapy*, 5(1), 85-96.
- Allende, I. (1994). Paula. Barcelona: Plaza y Janés Editores S.A.
- Amaro, M. C. (2005). El enfoque de género de las iniquidades en salud desde el prisma de la Bioética. *Rev Cubana Enfermer*, vol.21, n.1 [citado 2015-05-18], pp. 1-1. Disponible en WWW: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-2961.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Anzieu, D. (1990). *Los significantes formales y el yo-piel en las envolturas psíquicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bados, A. y Coronas, M. (2005). Intervención en un caso de fobia a la sangre, inyecciones y heridas (pp. 47-65). En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Coords.), *Terapia psicológica: Casos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Baranes, J. (1989). Desmentida, identificaciones alienantes, tiempo de la generación. En *Lo negativo, figuras y modalidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baranger, W. (1961), El muerto vivo, estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, IV(4), 586-603.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979/1981). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Begley, S. (2010). Newsweek. *How Your Experiences Change Your Sperm and Eggs*, [en línea], formato html. Consultado en la WWW: <http://www.newsweek.com/how-your-experiences-change-your-sperm-and-eggs-73677> (23.03.2015).
- Benhaim, D. (2008). Psicoanálisis e Intersubjetividad. *La filogénesis y lo transgeneracional*, [en línea], formato html. Recuperado en la WWW: http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulop.asp?id=199&idioma=&idd=3#_ftn4 (12.03.2015).
- BERTALANFFY, L. Von (1962): Progresos en la teoría general de los sistemas. En L. Von BERTALANFFY (1968): *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1976.
- BERTALANFFY, L. Von (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Böszörményi-Nagy, Spark, G. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row. (2 ed., New York: Brunner/Mazel).
- Bowen, M. (1991). De la familia al individuo. Barcelona: *Editorial Paidós*.
- Cigoli V. (2005). Di generazione in generazione. Trasmettere, tramandare, trasferire, in Nicolò A.M., Trapanese G. *Quale psicoanalisi per la famiglia?* Franco Angeli, Milano, 217-245.
- Corigliano, A. M. N. (1993). Lo transgeneracional, entre mito y secreto. *Revista Interazione*, 1/96.
- Chabalgoity, A. (2011). Con los miedos de él alcanza. *Psicoterapias Psicoanalíticas de AUDEPP*, 4, 73-89.
- Daly, C.D. (1928). Der Menstruationkomplex. *Imago*, tomo XIV.
- Del Valle, María. *Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas*, [en línea], formato pdf. Recuperado en la WWW: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2014/01/Mar%C3%ADa-del-Valle-Laguna.pdf> (14.03.2015).
- Delgado, J.A. (s/f). *Teoría del Sistema Psíquico. El complejo del Yo como estructura disipativa*. Recuperado de la WWW: <http://www.odiseajung.com/articulos/teoria-del-sistema-psiquico/> (15.03.2015).
- Desclee de Brouwer, N. (2003). *¿Cómo pagamos las faltas de nuestros antepasados? El inconsciente transgeneracional*, [en línea], formato pdf. Recuperado de la WWW: <http://bioconde.files.wordpress.com/2012/01/cc3b3mo-pagamos-las-faltas-de-nuestrosantepasados.Pdf> (12.03.2015).

- Dreyer, C. Y Disciaciatti, V. (2001). Sangrados ginecológicos anormales. Revista Práctica Ambulatoria - Vol. 4 Número 3. Recuperado de la WWW: http://www.foroaps.org/hitalba-pagina_articulo.php?cod_producto=461 (6.03.2015).
- Duek, D., Califano, V., Becker, S. y Waisbrot, D. (1989). El secreto y sus efectos. *5tas Jornadas Freudianas*. Recuperado de la WWW: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/056_adolescencia2/material/fichas/transmision_psiquica.pdf (14.03.2015).
- Ellis, A. (1979). The practice of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 61-100). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Enríquez, M. (1986). El delirio en herencia, en Kaës y otros, *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006.
- Fraimberg, H. (2007). *El parentesco fantasmático, transferencia y contratransferencia en terapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Faúndez, X., y Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la Transmisión Transgeneracional del Trauma Psicosocial. *Revista de Psicología*, 19(2), Pág. 31.
- Franke-Gricksch, M. (2002). Du gehörst zu uns. Systemische Einblicke und Lösungen für Lehrer, Schüler und Eltern. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Freud, S. (1913-1914). *Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIII - Tótem y tabú, y otras obras*. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires y Madrid: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914), *Introducción al narcisismo*, Vol. XIV.
- Freud, S. (1917), *Duelo y melancolía*, Vol. XIV.
- Freud, S. (1919), *Lo siniestro*, Vol. XVII.
- Freud, S. (1920), *Más allá del principio del placer*, Vol. XVIII
- Freud, S. (1923), *El yo y el ello*, Vol. XIX.
- Freud, S. (1926), *Inhibición, síntoma y angustia*, Vol. XX.
- Freud, S. (1939), *Moisés y la religión monoteísta*, Vol. XXIII.
- Garnier Malet, J. P. (2012). *Cambia tu futuro por las aperturas temporales*. Barcelona: Reconocerse.
- Goleman, D (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Paidós.
- Greco, O. (2007). *La transmisión de una experiencia traumática a lo largo de las generaciones: un caso clínico*, [en línea], formato html. Recuperado en la WWW: <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulop.asp?id=174&idioma=&idd=2> (14.03.2015)
- Green, A. (1980). La madre muerta, en *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- Green, A. (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*, Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- Green, A. (1991). *Lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grimm, J., y Grimm, W. K. (1995). *Blanca nieves*. London: Courier Corporation.
- Grof, S. (2006). El viaje definitivo: la consciencia y el misterio de la muerte. Barcelona: La Liebre de Marzo. [ISBN 9788487403897](https://doi.org/10.1016/j.liebre.2006.03.001).

- Grof, S. (2002). *La psicología del futuro: integrando el espíritu en nuestra comprensión de la enfermedad mental*. Barcelona: La Liebre de Marzo. [ISBN 9788487403521](#).
- Grof, S. (2000). *La revolución de la conciencia*. Barcelona: Kairós. [ISBN 9788472454811](#).
- Grof, S. (1999). *El juego cósmico: exploraciones en las fronteras de la conciencia humana*. Barcelona: Kairós. [ISBN 9788472454149](#).
- Grof, S. (1998). *Psicología transpersonal: nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Barcelona: Kairós. [ISBN 9788472453074](#).
- Grof, S. (1994). *La mente holotrópica: los niveles de la conciencia humana*. Barcelona: Kairós. [ISBN 9788472452886](#).
- Grof, S. (1998) *Psicología transpersonal. Nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- Hamer, R. G. (2000). *Resumen de la Nueva Medicina Germánica*. Traducción española actualizada el año 2004. Alhaurín el Grande: Editorial Amici Di Dirk: Ediciones de la Nueva Medicina S.L.
- Hansen, J. y L' Albate, L. (1992). *Approaches to family therapy*. Macmillan Publishing co Inc. New York, U.S.A.
- Hellinger, B. (1994). *Los Órdenes del amor*. Barcelona: Herder
- Hellinger, B. (2003). *Constelaciones familiares de despedida con descendientes de víctimas y autores* (C. Beaumont, Trans.). Heidelberg, Germany: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Hellinger, B. (2003). *La paz comienza en el alma: constelaciones familiares en el servicio de reconciliación* (C. Beaumont, Trans.). Heidelberg, Germany: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Hellinger, B. (2006). *Los Órdenes de la ayuda*. Buenos Aires: Ed. Alma Lepik
- Hellinger, B. y ten Hövel, G. (1996). *Anerkennen, was ist. Gespräche über Verstrickung und Lösung*. Múnich: Kösel.
- Höppner, G. (2001). *Heilt Demut, wo Schicksal wirkt? Evaluationsstudie zu Effekten des Familien-Stellens nach Bert Hellinger*. Múnich: Profil.
- Jung, C. G. (1935). *La psique y sus problemas actuales*. Santiago de Chile: Editorial Zig-Zag.
- Jung, C. G. (1943). *Tipos psicológicos*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Jung, C. G. (1968). *Consideraciones sobre la historia actual*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Jung, C. G. (1976). *Aion: contribución a los simbolismos del sí-mismo*. Barcelona: Paidós.
- Jung, C. G. (1983). *La psicología de la transferencia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Jung, C. G. (1990). *Las relaciones entre el Yo y el Inconsciente*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Jung, C. G. (1991). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Jung, C. G. (1991). *Realidad del alma*. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Jung, C. G. (1992). *Lo inconsciente: en la vida psíquica normal y patológica*. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Jung, C. G. (1993). *Psicología y Educación*. Barcelona: Editorial Paidós
- Jung, C. G. (1999). *Obra completa. Volúmenes 1, 4, 9, 10, 14 y 15*. Madrid: Editorial Trotta S.A.
- Jung, C. G. (1992) *Los complejos y el inconsciente*. Madrid: Alianza Editorial.

- Kaës, R. Faimberg, H. Enríquez, M. Baranes, J.J. (1983), *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*, Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Kaës, R. (1989), El pacto denegativo en los conjuntos trans subjetivos. En Missenard y otros, *Lo negativo. Figuras y modalidades*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991: 130-169.
- Kaës, R. (1996). Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud, en *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Dunod: Amorrortu editores.
- Kaës, R. (1996) Introducción: el sujeto de la herencia, en *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. París: Amorrortu editores.
- Kaës, R. (1997). Introducción. Dispositivos psicoanalíticos y emergencias de lo generacional, en *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*. Dunod: Amorrortu editores.
- Koestler, A. (1967). *The Ghost In The Machine*. London: Hutchinson.
- Koestler, A. (1979). *Janus: A Summing Up*. London: Pan Books
- Kaës, R. (1995). Alianzas, pactos y contratos inconcientes. *El grupo y el sujeto del grupo*.
- Lacan, J. (1953) Función y campo de la palabra y el lenguaje en Psicoanálisis. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lamovsky, L. (1999). Transmisión de las significaciones desde el contexto cultural y familiar. Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis en Rosario.
- Langer, M. (1944). Algunas aportaciones a la psicología de la menstruación. *Revista de Psicoanálisis*, II (2).
- Lartigue, T. y Varela, O. (2009). Género y psicoanálisis. Contribuciones contemporáneas. Asociación Psicoanalítica de Guadalajara, A. C.
- Losso, R. y Packciarz Losso, A. (2007). *La fantasía inconsciente compartida familiar de elaboración transgeneracional*, [en línea], Formato htm. *Revue internationale de psychanalyse du couple et de la famille* N° 2007/1 - La famille et ses ancêtres. Recuperado de la WWW: <http://www.psicoanalisis.com.ar/Losso/Tbjo.Losso.htm> (15.03.2015)
- Maciel, M. (2014). El uso del psicodrama en la psicoterapia transgeneracional. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 92-99.
- Martel, J. (1996). *El Gran Diccionario de Las Dolencias y Enfermedades*. Editions Quintessence.
- McGoldrick, M., y Gerson, R. (1993). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- McGoldrick, M., Gerson, R. y Shellenberger, S. (1999). *Genograms: assessment and intervention*. New York: W.W. Norton.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Reviews in Neuroscience*, 24, 1161–1192.
- Meschiany, M. (2008). Enfoque transgeneracional. *Actualidad Psicológica*, 33(367), 30-32.
- Mijolla, A. (1985). Fantasmas e historias de familia en *Los visitantes del yo: fantasmas e identificación*. Madrid: Technipublicaciones, 167-195.
- Missenard, A. Rosolato, G. Guillaumin y Kristeva, J. (1991). *Lo negativo. Figuras y modalidades*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Morales, M. E., Larios, H. M., Carlos, E., y López, N. (2006). Gametogénesis. I. Revisión de la literatura, con enfoque en la ovogénesis. *Medicina Universitaria*, 8(32), 183-9.
- Nachin, C. (1995). Del símbolo psicoanalítico en la neurosis, la cripta y el fantasma, en *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma*. Dunod: Amorrortu editores. 1997.
- Naranjo, C. B. (2003). *El Eneagrama de la Sociedad. Males del mundo, males del alma*. JC Sáez Editor.

- Nicoló, A.M. (1993). *Lo transgeneracional, entre mito y secreto*. Revista *Interazione*, 1, 96.
- Öst, L. G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68-74.
- Öst, L. G. y Hellstrom, K. (1997). Blood-injury-injection phobia. En G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias. A Handbook of Theory, Research and Treatment* (pp. 131-161). Nueva York: Wiley and Sons.
- Öst, L. G. y Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Öst, L. G., Sterner, U. y Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 109-121.
- Öst, L. G., Svensson, L., Hellström, K. y Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Pichon Riviere, E. (1961-63). Clases dictadas en la "Primera Escuela Privada de Psiquiatría Dinámica".
- Prekop, J. (1991). *Si me hubieras sujetado: bases y práctica de la terapia de contención*. Barcelona: Herder
- Prekop, J. (1997). *El pequeño tirano*. Barcelona: Herder.
- Prekop, J., y Hellinger, B. (2003). *Si supieran cuánto los amo*. Barcelona: Herder.
- Progoff, I. (1967). *La psicología de C. G. Jung y su significación social*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Puget, J. y Wender, L. (1993). *La vida secreta de los secretos*. Revista AAPP, XVI.
- Robertson, R. (2002). *Introducción a la Psicología Junguiana*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Rojas, M. C. (2000). Itinerario de un vínculo: transferencia y transformación. Relato clínico, una familia silenciosa. *Clínica familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. Barcelona: Paidós.
- Rouchy, J. (1995). Secreto intergeneracional: transfusión, guardián, resurgencia. *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma*. Dunod: Ediciones Amorrortu.
- Rozenbaun, A. (2005), Trauma, transmisión generacional e historización, *Revista de Psicoanálisis*, LXII, 2: 399-406.
- Ruiz, W. (2014). Jesús y las enfermedades ginecológicas. Recuperado de la WWW. <http://mirincondistrital.org/jesus-y-las-enfermedades-ginecologicas/> (6.03.2015).
- Salamanca, A. Y Mendoza, N. (2014). *Ginecología evolucionista. La salud de la mujer a la luz de Darwin*. Granada: Editorial Universidad de Granada. Recuperado en la WWW: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDMQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.doctormendozaladrondeguevara.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F01%2FGinecolog%25C3%25ADa-Evolucionista.pdf&ei=gb5ZVbqAO4n8UI7RgLA&usq=AFQjCNEDEKtzCgvmGAtnurcCsMi09SMcang&sig2=LCxh1nP2vRZZnA7yt4_nlg (6.03.2015)
- Sánchez, J. (2003). De las ideas de las madres a las interacciones con sus bebés. *Anales De Psicología*, 19(2), 279. Recuperado de la WWW: <http://search.proquest.com/docview/1288754004?accountid=15299> (14.03.2015).
- Schäfer, T. (1997). *Was die Seele krank macht und was sie heilt. Die psychotherapeutische Arbeit Bert Hellingers*. Múnich: Knauer.
- Schnake, A. (1995). *Diálogos del Cuerpo*. Santiago de Chile: Ed.4 Vientos.
- Schnake, A. (1995). *La voz del Síntoma*. Santiago de Chile: Ed.4 Vientos.
- Schrödinger, E. (1947). *¿Qué es la vida?* Buenos Aires: Espasa Calpe, Buenos Aires.

- Schützenberger, A. A. (2006), *¡Ay, mis ancestros!*. Buenos Aires: Editorial Omeba.
- Schutzenberger, A. A. (2007). Transgenerational analysis and psychodrama: applying and extending Moreno's concepts of the co-unconscious and the social atom to transgenerational links". In: C. Baim, J. Burmeister y M. Maciel (eds.). Psychodrama: advances in theory and practice. London: Routledge, p.p. 155 175.
- Segoviano, M. (2008) Transmisión Psíquica Escuela Francesa. *Psicoanálisis e intersubjetividad No. 3*.
- Sharp, D. (1994). *Lexicón Junguiano*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.
- Sheldrake, R. (1990/2007). *Una nueva ciencia de la vida. La hipótesis de la causación formativa*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Sheldrake, R. (1990). *La presencia del pasado. Resonancia mórfica y hábitos de la Naturaleza*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Skinner, M.K., Manikkam, M., y Guerrero-Bosagna, C. (2009). Epigenetic transgenerational actions of enviornmental factors in disease etiology. *Trends Endocrinol.*, 21, 214–222. Doi: 10.1016/j.tem.2009.12.007
- Stevens, A. (1994). *Jung o la búsqueda de la identidad*. Madrid: Editorial Debate.
- Stiefel, I., Harris, P. y Zollmann, A.W.F. (2002). Family constellation: A therapy beyond words. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23, 38-44.
- Tapia, M. y Vélez, N. (2011). La transmisión transgeneracional del psiquismo. *Uaricha, Revista de Psicología*, 8(16), 45-52.
- Tisseron, S. (1997). Introducción, El psicoanálisis ante la prueba de las generaciones, en *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Clínica del fantasma. Dunod: Amorrortu editores.
- Tisseron, S. (1995). Las imágenes psíquicas entre las generaciones, en *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Clínica del fantasma. Dunod: Amorrortu editores. 1997.
- Ulsamer, B. (1999). *Ohen Würzel keine Flügel. Dir Systemische Therapie von Bert Hellinger*. Múnich: Wilhelm Goldmann.
- Valle Laguna, M. (2014). Transmisión transgeneracional y situaciones traumáticas. *Temas de Psicoanálisis*, 7, 1-28.
- Varela, B. (2015). Los desplazamientos forzados y la desterritorialización como experiencia traumática personal y transgeneracional.
- Vidal, J.A. y Angrill, M. (2014). *El Campo energético en las Constelaciones Integrativas*. Barcelona: En Sintonía con la Vida.
- Weber, G. (1999). *Felicidad dual. Bert Hellinger y su psicoterapia sistémica*. Barcelona: Herder.
- Weber, G. (2002). *Praxis der Organisatiionsaufstellungen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Witzany, G. (2000). *Life: The Communicative Structure*. Norderstedt: Libri.
- Zytner, A. R., Martínez, A. C., y Casal, P. (2014). *Transmisión generacional de duelos no elaborados. Apuntes para la clínica*.

11. Anexos

11.1 Calendario de trabajo

Calendari de treball que cal ajustar dates reals. Aquest calendari serà revisar i validat pel consultor per tal d'acordar amb l'estudiant el procés d'aprenentatge

Etapas i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	Febrer		Març				Abril				Maig			Observacions/ Comentaris estudiant	Observacions/ Comentaris consultor/a
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3		
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG															
1. Elecció del tema															
....1.1. Identificar un tema															
... 1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit															
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball															
2. Planificació del treball															
....2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG															
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball															
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball															
3. Desenvolupament del treball															
....3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG															
....3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric															
....3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua															
4. Lliurament de la memòria															
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació															