

159541

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**IZTACALA**



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES EN LOS ELEMENTOS A  
CONSIDERAR PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO  
TERAPEUTICO DESDE DOS PERSPECTIVAS : ENFOQUE  
CENTRADO EN LA PERSONA Y TEORIA PSICOANALITICA

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER LA LICENCIATURA EN  
**P S I C O L O G I A**

P R E S E N T A :

**ELISA DIANA RODRIGUEZ MOLINA**

LOS REYES IZTACALA

MAYO 1991





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A quien supo encauzarme en la vida, fortaleciéndome en los momentos difíciles y demostrándome con su ejemplo que todas las metas se pueden alcanzar. Siendo la presente una muestra de su esfuerzo.

Con amor y respeto a quien lo es todo para mi. mi Madre.

Con cariño para Alejandro y Bertha. De ustedes obtuve comprensión y apoyo en todo momento. Gracias por ser mis hermanos.

A mis asesores con respeto y cariño. Gracias por brindarme su conocimiento, guía y apoyo desinteresado.

Gabriela Delgado Sandoval

Leticia Maldonado Durán

Fernando Herrera Salas

A mis profesores de Licenciatura de los cuales aprendí a superarme día con día.

Luis Zarzoza

Francisco Javier Rodriguez

Rosalva Cabrera

Joaquín Pérez Chico

Raúl Arguero.



Con cariño para mis mejores amigos a los cuales siempre los recuerdo. Aleksei, Rocio y Eduardo.

Lety gracias por darme tu apoyo, amistad y compañía para lograr terminar esta meta. con cariño. Diana

## INDICE

IZT

Página

Introducción . . . . .	1
Capítulo 1. Enfoque Centrado en la Persona. . .	6
1.1. Elementos a considerar del enfoque centrado en la persona para llevar a cabo el proceso terapéutico . . .	17
1.2. Forma de llevar a cabo la terapia .	26
Capítulo 2. Teoría psicoanalítica. . . . .	46
2.1. Elementos a considerar de la teoría psicoanalítica para llevar a cabo el proceso terapéutico. . . . .	56
2.2. Forma de llevar a cabo la terapia . .	69
Capítulo 3. Principales diferencias entre las teorías existencial humanista y psicoanalítica a considerar para el desarrollo de la terapia. . . . .	82

Capítulo 4. Similitudes entre el Enfoque centrado en la persona y la teoría psicoanalítica en la terapia. . . . .	96
Conclusiones. . . . .	103
Bibliografía. . . . .	109

Para tener un mayor conocimiento de lo que es el enfoque Centrado en la persona y la teoría psicoanalítica, es necesario conocer las condiciones histórico-sociales bajo las cuales surgen, ya que no basta con solo conocer los nombres de los iniciadores.

De tal manera, el presente trabajo tiene como finalidad el comparar 2 corrientes psicológicas como son "La teoría Existencial Humanista" o mejor conocida como "Enfoque Centrado en la Persona", que elaboró Carl Rogers, y la teoría psicoanalítica o "Psicoanálisis" cuyo principal representante fue Sigmund Freud.

Para lograr el objetivo anterior es necesario hacer una retrospectiva, para conocer un poco más los orígenes de cada teoría citada en este trabajo. En el primer capítulo se profundizará sobre el origen de el enfoque centrado en la persona. Como se mencionó anteriormente Rogers fue el iniciador de dicho enfoque. Rogers tuvo una educación conservadora mostrando desde temprana edad un vivo interés por el estudio de la ciencia aplicada, en su ju-

ventud se siente atraído por los estudios humanísticos especialmente historia, religión y psicología, por lo cual se inscribe en un instituto de estudios filosóficos y religiosos. Tiempo después estudia psicología. Es en este periodo donde tiene contacto por medio de Otto Rank de algunos estudios de Freud, por lo que comienzan a germinar en su mente dos polos conceptuales los cuales son característicos de su futura orientación psicoterápica: La importancia del tipo de relación terapéutica y el criterio de que "solo el cliente" sabe lo que le traumatiza, qué dirección tomar, cuales son sus problemas fundamentales y qué experiencias han sido profundamente reprimidas (Lerner, 1974).

Rogers (1958) define al enfoque centrado en la persona como " Una relación en la que por lo menos una de las dos partes tiene la intención de promover el crecimiento, el desarrollo, la maduración, el mejor funcionamiento y el mejor enfrentamiento en la vida, de la otra, quien puede ser un individuo o un grupo. Entonces una relación de ayuda es aquella en la que debería surgir en una o ambas partes un esfuerzo encaminado a obtener una me-

por expresión y un considerable uso funcional de los recursos internos latentes del individuo".

En la psicoterapia de Rogers que primero se conoció como terapia no directiva, no se dan consejos, ni debe tampoco el terapeuta ejercer ningún tipo de influencia sobre el paciente durante el tratamiento. La actividad debe partir total o decididamente del paciente, el cual tiene que enfrentarse por si mismo a sus propias desiciones. El psicoterapeuta se convierte en un "oyente", para perjuicio, en un oyente incondicional; una actividad puede a lo sumo aquí tener cabida, formular ciertas sugerencias a un cliente precavidamente. Además debe procurar no desatar resistencias. Por esta razón no se debe hacer ninguna interpretación. La figura autoritaria del padre del terapeuta está reemplazada aquí por la figura bondadosa de la madre que lo permite todo, que no exige nada. El comportamiento de los psicoterapeutas se caracteriza por las variables del comportamiento, verbalización de contenidos de experiencias emocionales del cliente, además congruencia, autenticidad, valoración positiva incondicional (Condrau, 1982).

En el segundo capítulo, el estudio se enfocará a conocer de manera general la vida y obra de Sigmund Freud, así como su formación, la cual se inició desde muy temprana edad. Dicha educación comenzó a recibirla a través de sus padres, a la edad de 10 años ingresa al liceo, interesándose vivamente en el conocimiento de obras como las de Goethe las cuales lo influenciaron para toda su vida. En el liceo tuvo oportunidad de conocer a quienes más adelante serían determinantes en sus descubrimientos posteriores. Durante su bachillerato Freud se inclina por conocer diferentes culturas como la Grecolatina, Semita e Indúe entre otras.

Freud inicia en 1872 su formación orientada al campo de la medicina. Durante años emprende diversos cursos en anatomía, fisiología, zoología, botánica, física, química y cursos de filosofía. En 1876 Freud comienza sus primeras investigaciones en el Instituto de Anatomía comparada del profesor Karl Claus. En ese mismo año Sigmund ingresa como alumno investigador en el Instituto de fisiología comparada del profesor Ernest Brucke. Bajo la influencia de Brucke, Freud abandona la filosofía en

la naturaleza por un materialismo cientista y positivista.

En 1896 la palabra "Psico-análisis" aparece publicada por primera vez en un artículo de Freud, donde afirma que la neurosis se debe a una perturbación de la vida sexual. En ese periodo adopta el método de asociación libre, que sigue perfeccionando posteriormente. También habla por vez primera acerca del aparato psíquico y de otras técnicas para llevar a cabo el psicoanálisis; las cuales son: el análisis de sueños, análisis de resistencias, análisis de transferencia y la asociación libre (Anzieu, 1979).

Finalmente se realizará una comparación entre estos enfoques (Centrado en la Persona y Psicoanálisis) y también similitudes en los elementos que utilizan para llevar a cabo el proceso terapéutico.



## C A P I T U L O 1.

## ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.

Carl Rogers nace en 1902 en Illinois, Estados Unidos, miembro de una familia numerosa y bien avenida, desde temprana edad muestra vivo interés por el estudio de la ciencia aplicada.

En su juventud se siente atraído por los estudios humanísticos, especialmente historia, religión y psicología, por lo que se inscribe en un instituto de estudios filosóficos y religiosos. En 1922 es enviado a China para asistir a la conferencia internacional de estudiantes cristianos y poco después asiste a los cursos de psicología clínica de la Universidad de Columbia.

Durante este periodo predominan en el campo de la psicología norteamericana:

EL FUNCIONALISMO DE DEWEY: La escuela del funcionalismo tomó forma en un grupo de americanos antiestructuralistas, de la Universidad de Chicago

durante los últimos años del siglo pasado y los primeros de éste.

John Dewey, James R. Angell y Harvey Carr, los principales de este movimiento se caracterizaron porque:

- a) Se oponían al estructuralismo.
- b) Se interesaban por la función de la mente.
- c) Los funcionalistas tendieron a lo práctico.
- d) Se avocaron a lo biológico más que a lo fisiológico, buscaron determinar el lugar que ocupaba la mente en ayudar al organismo humano y animal en su lucha por la supervivencia.

e) Exigieron que se ampliara el campo de la psicología, para incluir métodos y hallazgos de investigación psicológica acerca de animales, niños, de la anormalidad, de los test mentales y de otro tipo.

Este sistema culminó por su oposición al estructuralismo, en su énfasis sobre la adaptación biológica y su preocupación por la utilidad que aparece como un movimiento de la psicología moderna.

EL CONDUCTISMO DE WATSON: John Watson se relacionó con el estructuralismo y el funcionalismo en la Universidad de Chicago. Realizó su doctorado y su tesis fuè sobre el campo de la psicología animal.

Para Watson la psicología va a estudiar la conducta como tema principal, su método va a ser objetivo y su problema central va a ser de predicción y control de la conducta. Los principales temas estudiados experimentalmente por Watson son:

a) El desarrollo emocional temprano en los niños (miedo, amor y odio).

b) El desarrollo conductual en relación con el desarrollo neurológico en la rata blanca.

c) Señales sensoriales al aprender un laberinto.

d) El papel que juega el sentido Kinestésico en el control del comportamiento.

e) La visión de los colores en diversas especies de animales.

f) Los instintos en las golondrinas de mar.

Watson propuso la existencia de cuatro métodos para estudiar la psicología:

a) La observación del comportamiento humano y animal con o sin instrumentos.

b) Los reflejos condicionados, tanto secretores como motores.

c) Los test.

d) Los informes verbales.

EL PSICOANÁLISIS DE FREUD: Un nuevo enfoque en la ciencia del hombre basado en observaciones clínicas y en el estudio de las alteraciones de la personalidad es iniciada por Sigmund Freud, médico vienés.

Sus aportaciones influyeron en la sociología, la religión, la manera de criar a los hijos, las relaciones entre los sexos y la filosofía de la vida del hombre del siglo XX. Freud crea un sistema llamado Psicoanálisis.

La experiencia adquirida por Freud, al tratar a sus pacientes, durante muchos años lo condujo a concebir un sistema terapéutico y una teoría de la personalidad que se le conoce como psicoanálisis; y que sus métodos básicos son la Asociación libre, el Análisis de Sueños, Análisis de Transferencias y

### Análisis de Resistencias.

El sistema de Freud llamó la atención a ciertos problemas como que las raíces del comportamiento estaban en el pasado, la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo de la personalidad y trabajos realizados sobre problemas de frustración y agresión. De todas estas corrientes Rogers Fué influenciado.

Rogers trabaja durante 12 años como director de un Instituto psicopedagógico, en Rochester; además se desempeñó como psicólogo clínico y consejero en la atención de niños delincuentes y con problemas socio-económicos.

Por ese entonces tiene contacto con la terapia racional de Otto Rank, ex discípulo de Freud y también comienzan a germinar en su mente 2 polos conceptuales característicos de su futura orientación psicoterápica: la importancia del tipo de relación terapéutica y el criterio de que "solo el cliente" sabe lo que le traumatiza, qué dirección tomar, cuáles son los problemas fundamentales y qué experiencias han sido profundamente reprimidas.

En 1933 publica su primer libro, "Tratamiento

clínico del niño problema". Más tarde en 1940, es designado profesor de psicología clínica en la Universidad de Ohio. Al dictar clase sobre su experiencia acerca de psicoterapia y consejo comienza avislumbrar que quizás había desarrollado un punto de vista original sobre estos temas. Pero también comprueba, al exponer sus ideas, que aquello que a él le parecía deslumbrador y evidente podía ser vivido como "amenaza" para otras personas. Pese a todo, siente que le es dable aportar algo nuevo para una efectividad de la psicoterapia y por ello publica en 1942 su segundo libro, "Consejo y Psicoterapia" que tuvo notable repercusión profesional. La originalidad de este libro y uno de sus valores reside en que "introduce una concepción nueva y estimulante en cuanto al papel recíproco de cada uno de los miembros de la relación psicoterápica" El paciente es visto como un ser autónomo en alto grado, capaz de comprender sus problemas y además movilizándolo a ello por su propio impulso; el terapeuta, por su parte, en vez de continuar siendo la autoridad científica que "dirige" la terapia, asume un rol (en apariencia) más modesto: el de un "catali-

zador" que favorece al progreso terapéutico. Así este nuevo enfoque psicoterapéutico fué bautizado como "no directivo" por oposición a la mayoría de los vigentes, que, según mostró Rogers podían considerarse como "directivos" (Lerner, 1974).

Durante 1948 a 1958 Rogers se dedica al tratamiento y consejo de estudiantes y pacientes neuróticos en Chicago. En 1951 publica "Psicoterapia Centrada en el Cliente", donde expone su enfoque. En 1961 publica "El Proceso de Convertirse en Persona". En 1966 publica "Psicoterapia y Relaciones Humanas".

Pero es necesario adentrarse a las raíces de la teoría elaborada por Carl Rogers, para poder tener una visión más amplia de dicho enfoque.

El consejo no directivo o centrado en el cliente es un producto de mucho tiempo y de un marco cultural determinado. Su desarrollo no habría sido posible sin la apreciación de los impulsos inconscientes y de la compleja naturaleza emocional del hombre, que fué la contribución de Freud (Garfield, 1979).

En especial se encontrarán raíces de ésta co-

riente en la terapia de Otto Rank y en el grupo de Filadelfia, que ha integrado las opiniones de Rank en las suyas propias. La terapia de Rogers se ha visto influenciada por la psicología que se desarrolla en los Estados Unidos.

Dicho enfoque está construido sobre una base de numerosas observaciones elaboradas por Rogers sobre la conducta del hombre.

Los fundamentos filosóficos de la obra rogersiana pueden encuadrarse dentro de las posturas fenomenológico-existenciales, si bien como el mismo Rogers lo ha señalado frecuentemente, sus ideas sobre psicoterapia brotan, ante todo, de la experiencia clínica concreta y no de la especulación teórica; esta última más la investigación experimental se agregan luego para dar forma y certeza a los datos iniciales de la praxis.

Como otros fenomenólogos (Maslow, Allport), Rogers supone que las personas poseen una motivación o tendencia innata hacia el crecimiento, a la que denomina autorrealización. Se considera que esta motivación es suficiente como para explicar la aparición de toda conducta humana, desde la búsqueda



da de alimentación básica hasta los actos más sublimes de la creatividad.

La autorrealización se define como "la tendencia al crecimiento" que es evidente en toda la vida orgánica y humana, la propensión a desarrollarse, a expandirse, a extenderse y a activar todas las capacidades del organismo. (Rogers, 1961).

Rogers considera que toda la conducta humana, tanto la problemática como la no problemática, refleja los esfuerzos del individuo para lograr la autorrealización en un mundo que él percibe de una manera única. (Bernstein y Nietzel, 1986).

Lafarga (1986), por su parte enfatiza la relevancia que tiene la tendencia innata al crecimiento al sintetizar las hipótesis que formula Rogers para llevar a cabo el Enfoque Centrado en la Persona.

a) El proceso psicoterapéutico está fundamentalmente motivado por el impulso de la persona hacia el crecimiento, la salud y la adaptación. La psicoterapia consiste en liberar a la persona de los elementos que obstaculizan su desarrollo normal.

b) El proceso está más vinculado a la expre-

si3n y clarificaci3n de los sentimientos que a la comprensi3n intelectual de la experiencia.

c) La comprensi3n de las circunstancias del presente inmediato de la persona es m3s importante que su pasado.

d) La experiencia de la relaci3n terap9utica, y no la conceptualizaci3n de 9sta, es el elemento determinante del crecimiento en el proceso psicoterap9utico.

Es por lo anterior que el Enfoque Centrado en la Persona se considera como un "proceso de Crecimiento" en la cual los clientes utilizan sus potencialidades para alcanzar la aceptaci3n emocional.

Axline (1983) se refiere al Enfoque centrado en la persona como : "La orientaci3n no directiva m3s que una t9cnica es un postulado b3sico sobre la capacidad humana que enfatiza la habilidad que existe en todo individuo para ser autodirectivo. Es una experiencia en que participan 2 personas y que da unidad de aquella que busca ayuda; el realizar tan plenamente como sea posible su autoconcepto y el convertirse en un individuo que logra satisfacerse a si mismo, que fusiona en un todo cualquier

conflicto entre las fuerzas internas de su yo o entre el autoconcepto interno y la conducta externa".

### 1.1 ELEMENTOS A CONSIDERAR DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO TERAPEUTICO.

Cuando la psicoterapia existencial fuè introducida a los Estados Unidos, los terapeutas comenzaron ràpidamente a utilizar sus ideas. Para algunos, èsta fuè alguna reacciòn ante su desilusiòn por lo que consideraban una negligencia del psicoanàlisis y de la terapia de la conducta para tratar algunas de las cuestiones fundamentales de la existencia.

Los existencialistas estàn interesados en los significados de la existencia ellos afirman que cada persona es libre de actuar con autenticidad, o sea, de establecer sus propias metas. Si la gente deja que le fijen sus metas, entonces su conducta no tiene autenticidad (Sperling, 1981).

El enfoque centrado en la persona enfatiza la importancia de que todo conocimiento humano se basa en la experiencia. El núcleo del enfoque centrado en la persona se halla en el concepto de que toda persona lleva a cabo un proceso continuo de cambio

y de llegar a ser, se considera al humano como la fuente de valores, el cual posee potencial para la autorrealización.

En la psicoterapia humanista (Centrada en la Persona), el terapeuta no elabora ni culpa al paciente, sino acepta todo lo que éste dice.

La participación de psicoterapeuta se puede describir como un estar experimentando con la otra persona los sentimientos expresados. El psicoterapeuta realiza un esfuerzo máximo por meterse bajo la piel de la persona con quien se comunica e intenta vivir como suyas las actitudes expresadas, en lugar de observarlas desde fuera, a fin de captar los matices más delicados y cambiantes de la expresión; en una palabra, trata de absorberse a sí mismo por completo de la experiencia de la otra persona... En su lucha por conseguir esta captación de las actitudes de la otra persona, el psicoterapeuta no puede formular diagnósticos ni interferir en el proceso (Raskin citado en Lafarga, 1986).

Rogers (1951) cita algunos de los requisitos que tienen que encontrarse en el terapeuta, así pues, es necesario que el terapeuta proyecte Auten-

cidad, Empatía y Valoración Positiva Incondicional; ya que Rogers declaró que son condiciones suficientes y necesarias para provocar el cambio terapéutico.

De acuerdo con Rogers (1951) "El acento de la terapia radica en la experiencia directa en la relación. No se considera que el proceso se relaciona principalmente con el recuerdo del cliente de su pasado, ni con su exploración de los problemas que está enfrentando, ni con las percepciones que él tiene de sí mismo, ni con las experiencias que él ha temido aceptar de una manera inconsciente". Es así como la terapia consiste en experimentar al sí mismo en una amplia variedad de formas, en una relación emocional significativa con el terapeuta. La autenticidad de una relación plenamente humana es la condición primordial de la psicoterapia, y a ella se subordinan todas las demás condiciones. Y esta autenticidad no se consigue sino cuando el terapeuta es verdaderamente auténtico en cuanto a su persona, es decir, cuando es enteramente transparente con el cliente (Gondra, 1975).

Como se mencionó anteriormente para Rogers la

forma de generar una relación que incremente el crecimiento, está en que el terapeuta adopte y exprese genuinamente tres actitudes interrelacionadas. Estas son:

**VALORACION POSITIVA INCONDICIONAL:** Rogers supone que cuando el terapeuta experimenta una actitud cálida, positiva y aceptante hacia la realidad del paciente, se facilita el cambio. Esto implica la disposición genuina por parte del terapeuta para que el paciente manifieste todos sus sentimientos durante la terapia (miedo, confusión, dolor, orgullo, odio, coraje, amor o valor). Es decir, el terapeuta se preocupa por el paciente de una manera no posesiva, sino como una persona con potencialidades humanas; acepta al paciente en forma total más que condicional; no acepta al paciente solo cuando éste se comporta en cierta forma y lo desapruueba cuando se comporta de otra, por el contrario, siempre tiene un sentimiento positivo, franco, sin reservas ni evaluaciones para él.

Rogers en 1962 propone tentativamente la hipótesis de que la relación será más afectiva mientras

más incondicional sea el interés positivo. El orientador no acepta ciertos sentimientos y desaprueba otros. Siente un interés positivo incondicional por esta persona. Este es un sentimiento positivo que se manifiesta sin reservas ni evaluaciones; significa no hacer juicios.

La Valoración Positiva Incondicional incluye tres mensajes principales:

a) Que el terapeuta se ocupe del cliente como persona.

b) Que el terapeuta lo acepte y,

c) Confíe en la capacidad de cambiar y crecer del cliente.

El aspecto "incondicional" de la valoración positiva del terapeuta se muestra en aceptar al cliente tal como es, sin juzgarlo ni evaluarlo. Rogers cree que la experiencia que consiste en ser valorado como ser humano, sin importar la naturaleza de los sentimientos, puede ser una experiencia valiosa y productora que contribuye en gran medida al crecimiento (Clifford, 1980).

Por lo anterior Rogers piensa que cuando esta apreciación no evaluativa está presente en el en-



cuentro entre el orientador y su paciente, es más probable que ocurra un cambio y un desarrollo constructivo.

EMPATIA: Es la segunda condición esencial en la relación terapéutica, es cuando el orientador experimenta una exacta comprensión empática del mundo privado del cliente, tal y como éste lo ve desde su propio interior, y es capaz de comunicar algunos de los fragmentos significativos de esa comprensión. Percibir el mundo interno de significados privados y personales del paciente como si fueran los propios, pero sin nunca perder la cualidad del "como si", esto es la empatía, que es esencial para una relación promotora de crecimiento. Cuando el mundo del paciente está claro para el orientador y puede moverse con libertad dentro de él, entonces puede también comunicar su comprensión de lo que es conocido vagamente por el paciente, o verbalizar significados de la experiencia del paciente, que para él es poco conocida.

La empatía requiere que el terapeuta esté totalmente entregado al esfuerzo por percibir los

sentimientos del cliente, pero no requiere que el terapeuta viva la experiencia de esos sentimientos (Rogers, 1951).

El terapeuta debe ser capaz de sentir el enojo, temor o confusión del cliente como si fueran propios, pero sin asociarlos con su propio enojo, temor o confusión. Cuando el terapeuta capta con claridad el mundo del otro y se desplaza en él libremente, puede comunicarle su comprensión de lo que el cliente ya sabe y transmitirle, también los significados de su experiencia que éste mismo ignora. La importancia de esa penetración empática en la terapia quedó demostrada en el estudio realizado por Fiedler (1950), donde se observaron las siguientes características en las relaciones creadas por terapeutas expertos:

- El terapeuta es muy capaz de comprender los sentimientos del paciente.

- Nunca duda de lo que el paciente quiere decir.

- Las observaciones del terapeuta se adaptan perfectamente al estado de ánimo y satisfacción del cliente.

- El tono de voz del terapeuta transmite su total capacidad de compartir los sentimientos del paciente.

**AUTENTICIDAD:** Rogers supone que el crecimiento personal se facilita cuando el orientador es lo que es, cuando en la relación con su paciente es honesto y sin "máscara" o dobleces, siendo abiertamente los sentimientos y las actitudes que en ese momento están fluyendo en él. Se emplea el término Congruencia para tratar de describir esta condición. Con esto se quiere decir que los sentimientos que el orientador está experimentando son accesibles a él, a su conciencia; se quiere decir, que es capaz de vivir estos sentimientos, ser en la relación, y ser capaz de comunicarlos. Esto significa que el terapeuta llega a un encuentro personal directo con su paciente, conociéndolo sobre una base de persona a persona. Significa que él está siendo él mismo, y no negándose a sí mismo. Mientras el terapeuta sea más capaz de escuchar en forma aceptante lo que está sucediendo dentro de él mismo, y mientras sea más capaz de ver la complejidad de sus sentimientos

sin temor, más alto será el grado de su congruencia.

Esta es la cualidad de la que se habla, y se supone que mientras más genuino y congruente sea el terapeuta en la relación, habrá mayores probabilidades de que ocurra un cambio en la personalidad del paciente. Si existen estas condiciones, se produce inevitablemente un cambio. Las percepciones inflexibles que el cliente tiene de sí mismo y de los demás se relajan y se abren a la realidad. Revisa sus interpretaciones rígidas del significado de su experiencia, cuestiona muchos "hechos" de su vida y advierte que son meros "hechos" porque así los ha considerado él. Descubre sentimientos antes ignorados y los experimenta, a menudo vividamente, en la relación terapéutica. De esta manera aprende a abrirse más a toda su experiencia, a ser los sentimientos que ha temido así como los que ha considerado más aceptables. Llega a ser una persona más fluida, que cambia y aprende (Rogers, 1961).

De acuerdo con Rogers cuando el terapeuta es genuino o congruente, establece una relación humana real.

## 1.2 FORMA DE LLEVAR A CABO LA TERAPIA.

La terapia no directiva o centrada en la persona acepta la filosofía de la autorrealización, siendo su principio fundamental que todas las personas tienen la capacidad de crecimiento y que la tarea del terapeuta consiste en ayudar a eliminar las barreras que impiden ese crecimiento personal. Es por esto que el terapeuta funciona como catalizador de ese crecimiento (Rogers, 1951).

Este tipo de terapia se basa en menor medida en una técnica rígida y codificada, y da mayor importancia a la relación terapeuta-paciente. El enfoque gira al rededor de la idea de que el cliente tiene dentro de sí la potencialidad básica para crecer.

La función del terapeuta es la de proporcionar una atmósfera en la que el cliente se sienta libre para explorarse así mismo, y en la que poco a poco pueda reorganizar las percepciones que tiene de sí mismo y del mundo que le rodea. El terapeuta se abstiene de dar consejos, de hacer sugerencias y de

interpretar. Debido a estos postulados básicos, a este enfoque se le llamó en un principio "No directivo" y más tarde "Centrado en la persona".

En los comienzos de su obra, Rogers vió la influencia del terapeuta sobre el cliente como una intrusión. Argumentó que el terapeuta debe ser objetivo y parco, para que los clientes puedan encarar sus problemas con sus propios métodos.

Rogers, en 1951, menciona que la labor del terapeuta es adoptar hasta donde sea posible el marco de referencia interno del cliente, percibir el mundo como lo ve el cliente y comunicarle su empatía y comprensión por lo que está experimentando.

El enfoque Centrado en la persona se lleva a cabo por medio de entrevistas. Aunque las psicoterapias varían considerablemente, casi todas y entre ellas la centrada en el cliente, exigen la participación de dos personas (por lo menos). En general en el enfoque de Rogers, el psicoterapeuta y el paciente se reúnen con regularidad y participan juntos en procedimientos encaminados a crear cambios positivos en la conducta del paciente, en sus emociones, actitudes y pensamientos (Davidoff, 1980).

Los terapeutas centrados en el cliente creen que lo que realmente importa es el encuentro aquí y ahora entre el cliente y el terapeuta; suponen que si tal encuentro se caracteriza por tres condiciones decisivas, la modificación terapéutica ocurrirá automáticamente. Las tres condiciones que requiere la terapia son:

1) El terapeuta centrado en la persona debe ser auténtico, debe estar abierto a sus propias experiencias y a las de los demás y debe comunicar esta actitud de apertura. Siendo auténtico el terapeuta se generará una atmósfera donde el cliente pueda ser él mismo.

2) El terapeuta centrado en la persona debe aceptar emocionalmente a sus clientes, lo bueno y lo malo de ellos, sin poner condiciones a la aceptación, sin valorar ni juzgar los sentimientos ni la conducta del cliente. Aquí los clientes deben sentirse completamente seguros en cuanto a la actitud del terapeuta, de manera que puedan explorarse a sí mismos con plena libertad.

3) El terapeuta centrado en la persona debe

entender cabalmente las experiencias emocionales, de sus clientes en todo momento y debe ser capaz de reflejar esta comprensión todo el tiempo.

La terapia centrada en la persona se concentra en la experiencia humana subjetiva, o sea, en cómo se ven las personas a sí mismas y cómo ven los acontecimientos de su vida.

El enfoque centrado en el cliente se lleva a cabo por medio de entrevistas una vez por semana y dura aproximadamente 5 o 6 meses según el caso.

Al desarrollar las condiciones que siguen se dará por sentado que el cliente experimenta la sensación de ser plenamente recibido. Se quiere decir con esto que el cliente se siente recibido psicológicamente por ser el terapeuta tal como es, cualesquiera que sean sus sentimientos (miedo, desesperación, inseguridad, ira); su modo de expresión (silencio, gestos, lágrimas o palabras) o lo que descubrió lo que él es en ese momento. Este término "recibido" implica el concepto de ser comprendido empáticamente y ser aceptado. También corresponde señalar que lo que hace que la condición de ser recibido sea óptima es el hecho de que el cliente la



experimente así y no su mera existencia en el terapeuta (Rogers, 1961).

En el proceso descrito por Rogers en 1961 se contemplan 7 etapas sucesivas para lograr un cambio en la persona. Durante dichas etapas la persona pasa de la fijeza al flujo; de un punto próximo al extremo rígido del continuo a otro más cercano al extremo en "movimiento".

**PRIMERA ETAPA:** Por lo general, la persona que se encuentra en esta etapa de fijeza y se halla alejado de la vivencia no solicitará espontáneamente la ayuda del psicoterapeuta.

Existe cierta retinencia a comunicar el sí mismo. La comunicación solo se refiere a hechos externos.

Los sentimientos y significados personales no se reconocen ni se admiten como propios.

Los constructos personales son extremadamente rígidos.

Las relaciones íntimas y comunicativas se consideran peligrosas.

En esta etapa no se conocen ni perciben los

problemas.

No hay deseos de cambiar.

La comunicación interna sufre un intenso bloqueo.

Durante la primera etapa el individuo no advierte o advierte muy poco la marea y el flujo de vida que se da en su interior. Sus maneras de construir la experiencia están predeterminadas por su pasado y los hechos del presente no logran afectarlas. Su modo de experimentar está "ligado a su estructura"; es decir, reacciona "a la situación presente descubriendo que se parece a una experiencia pasada, lo cual implica reaccionar a ese pasado y sentir eso y no el presente". La diferenciación de los significados personales en la experiencia es burda o global; la experiencia se ve sólo en términos de blanco y negro. La persona no comunica su sí mismo, solamente se refiere a acontecimientos externos, tiende a sentirse exenta de problemas, y los que llega a reconocer los percibe como ajenos a él. Hay intenso bloqueo en la comunicación interna entre el sí mismo y la experiencia. El individuo que se encuentra en esta etapa puede ser descrito

en términos tales como estasis o fijeza, que significaron precisamente lo opuesto al flujo o al cambio.

SEGUNDA ETAPA: La segunda etapa se inicia solo cuando el sujeto pueda vivir la experiencia de ser plenamente recibido, esto a veces se consigue por medio de la terapia de juego o de la grupal, en las que la persona puede ser expuesta a un clima receptivo sin tener que adoptar ninguna iniciativa, y donde tiene tiempo suficiente para llegar a sentir que es recibido. Cuando llega a experimentar que es recibido, se produce un ligero aflojamiento y fluidez de la expresión simbólica, lo cual se caracteriza por lo siguiente:

La expresión comienza a fluir en relación con temas ajenos al sí mismo.

Los problemas se perciben como externos al sí mismo.

No hay sentido de la responsabilidad personal en relación con los problemas.

Los sentimientos se describen como objetos que no pertenecen al sujeto o que corresponden al pasa-

do.

Pueden manifestarse sentimientos, pero no se les reconoce como tales ni como propios.

La posibilidad de vivenciar está limitada por la estructura del pasado.

Los constructos personales son rígidos y no se reconocen como tales sino que se consideran como hechos objetivos.

La diferenciación de los significados y sentimientos personales es muy limitada y burda.

Pueden expresarse contradicciones, pero son pocas las que se reconocen como tales.

En relación con esta segunda etapa del proceso de cambio, se puede señalar que cierto número de clientes que acuden voluntariamente en busca de ayuda se encuentran en ella.

TERCERA ETAPA: Si el ligero avanza y el flujo que se establece en la segunda no quedan bloqueados, sino que el cliente en estos aspectos, se siente plenamente recibido tal como él es, se produce un ulterior desarrollo y flujo de la expresión simbólica. He aquí características que parecen per-

tenecer, en conjunto, a este punto del continuo.

Las expresiones referentes al si mismo como objeto fluyen con mayor libertad.

Las experiencias relacionadas con el si mismo también se expresan como si fueran objetos.

El si mismo también se expresa como un objeto reflejado, que existe principalmente en los demás.

Con frecuencia se expresa o describen sentimientos o significados personales no pertenecientes al presente.

Por lo general como es lógico se trata de comunicaciones de sentimientos pasados.

La aceptación de los sentimientos es minima. La mayor parte de ellos se revela como algo vergonzoso, malo, anormal o inaceptable por alguna otra razón.

Los sentimientos se exhiben y luego a veces son reconocidos como tales.

La experiencia se describe como algo perteneciente al pasado o bien como algo totalmente ajeno al si mismo.

Los constructos personales son rígidos, pero pueden ser reconocidos como constructos y no como

hechos externos.

La diferenciación de sentimientos y significados es ligeramente más nítida y menos global que en las etapas anteriores.

Se reconocen las contradicciones de la experiencia.

Las elecciones personales suelen considerarse ineficaces.

Muchas personas que acuden en busca de ayuda psicológica se encuentran aproximadamente en la tercera etapa. Pueden permanecer en este punto durante mucho tiempo, describiendo sentimientos o significados personales no pertenecientes al presente y explorando al sí mismo como si fuera un objeto, antes de estar en condiciones de pasar a la siguiente etapa.

CUARTA ETAPA: Cuando el cliente se siente comprendido, aceptado con agrado y recibido tal como es en los diferentes aspectos de su experiencia, los constructos de la tercera etapa adquieren gradualmente más flexibilidad y los sentimientos comienzan a fluir con mayor libertad; esto caracte-

riza el movimiento progresivo a lo largo del continuo. Se puede intentar detectar algunos rasgos de esta relajación y agruparlos en una cuarta fase del proceso.

El cliente describe sentimientos más intensos, del tipo "presente-pero-no-ahora".

Los sentimientos se describen como objetos del presente.

En algunas oportunidades se expresan sentimientos en tiempo presente que irrumpen casi en contra de los deseos del cliente.

Hay una tendencia a experimentar los sentimientos en el presente inmediato; esta posibilidad va acompañada de desconfianza y temor.

La aceptación franca de sentimientos es escasa, si bien se observa en alguna medida.

La experimentación está "menos ligada a la estructura" del pasado, es menos remota y en ocasiones puede producirse con escasa distancia temporal.

La construcción de la experiencia adquiere mayor flexibilidad. Se descubren algunos constructos personales, se los reconoce con claridad como tales y se comienza a cuestionar su validez.

La diferenciación de sentimientos, constructos y significados personales aumenta constantemente y existe cierta tendencia a procurar la exactitud en la simbolización.

Se advierte la preocupación que inspiran las contradicciones e incongruencias entre la experiencia y el sí mismo.

Existen sentimientos de reponsabilidad propia en relación con los problemas, si bien son vacilantes.

A pesar de que una relación íntima aún le parece peligrosa, el cliente se arriesga y se atreve a relacionarse en cierta medida a partir de sus sentimientos.

No cabe duda de que esta etapa y la siguiente constituyen la mayor parte de la psicoterapia, tal como se conoce. Estas conductas son muy comunes en cualquier tipo de terapia.

Es importante recordar que ninguna persona está situada por completo en una u otra etapa del proceso, en un momento dado.

QUINTA ETAPA: A medida que se avanzamos en el



continuo podemos señalar un nuevo punto, que denominaremos quinta etapa. Si en la etapa anterior el cliente ha llegado a sentirse recibido en sus expresiones, conductas y experiencias, ello determina un aumento de la flexibilidad, de la libertad y del flujo organismico. Nuevamente podemos esquematizar las cualidades de esta fase del proceso.

Los sentimientos se expresan libremente en tiempo presente.

Está muy próxima la posibilidad de experimentar plenamente los sentimientos. Estos "surgen a borbotones", "se filtran", a pesar del temor y la desconfianza que el cliente le inspira la posibilidad de experimentarlos de manera plena en inmediata.

Comienza a aparecer una tendencia a advertir que vivenciar un sentimiento implica un referente directo.

Los sentimientos que "surgen a borbotones" suelen despertar sorpresa y temor y casi nunca placer.

Los sentimientos del sí mismo se reconocen como propios cada vez en mayor medida; hay un deseo



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALPA

de ser estos sentimientos, de ser el "Yo verdadero".

La experiencia adquiere mayor flexibilidad; ya no es algo remoto, y a menudo se produce con una demora mínima.

La experiencia se construye de modos mucho menos rígidos. Se descubren nuevos constructos personales y se los examina y cuestiona críticamente.

Existe una tendencia intensa y notoria a diferenciar con exactitud los sentimientos y significados.

### IZT.

Las contradicciones e incongruencias de la experiencia son encaradas cada vez con mayor claridad.

Aumente la aceptación de la propia responsabilidad en los problemas que se encaran, y aumenta también la preocupación acerca de en que medida el cliente ha contribuido a ellos. Los diálogos que se sostienen en el interior del si mismo se van liberando, la comunicación interna mejora y su bloqueo se reduce.

Aquí, a diferencia de la primera etapa, muchos aspectos del cliente están en estado fluido. El

cliente se halla mucho más próximo a su ser orgánico, siempre en proceso; se encuentra en mucho mejores condiciones para integrar el flujo de sus sentimientos. Sus constructos de la experiencia se han debilitado y han sido sometidos reiteradamente a prueba, contrastándolos con referencias y pruebas internas y externas. La experiencia adopta un grado de diferenciación mucho más elevado y la comunicación interna, ya en movimiento, puede alcanzar una exactitud mucho mayor.

**SEXTA ETAPA:** Si el cliente sigue sintiéndose plenamente recibido en la relación terapéutica, elementos de la quinta etapa serán reemplazados por una fase distintiva y a menudo dramática, cuyas características son las siguientes:

Ahora el cliente puede experimentar como inmediatos los sentimientos que antes estaban "atascados", inhibidos en su cualidad de proceso. Estos sentimientos fluyen hasta sus últimas consecuencias.

Un sentimiento del presente es experimentado discretamente; de manera inmediata y rica.

Se acepta esta cualidad inmediata de la experiencia y el sentimiento que la constituye. Ya no hay temor, necesidad de negarlo o luchar contra esto.

El cliente vive subjetivamente en la experiencia, pero sin advertirlo.

El si mismo como objeto tiende a desaparecer.

En esta etapa la experimentación adquiere verdaderas características de proceso.

Otra característica de esta etapa es la relación fisiológica que la acompaña.

En esta etapa la comunicación interna es libre y relativamente externa de bloqueos.

La incongruencia entre la experiencia y la percepción se experimente vividamente a medida que se transforma en congruencia.

En este momento de vivencia desaparece el constructo personal pertinente y el cliente se siente libre de su sistema anteriormente equilibrado.

En esta etapa ya no hay más "problemas" externos ni internos.

El cliente vive subjetivamente una fase de su

problema, que ha dejado de ser un objeto.

SEPTIMA ETAPA: En aquellos sectores en que el cliente ha alcanzado la sexta etapa ya no es imprescindible que sea recibido plenamente por el terapeuta, aunque esto sigue siendo útil. No obstante, puesto que la sexta etapa es, por lo general irreversible, el cliente con frecuencia parece ingresar en la séptima y última sin gran necesidad ayuda por parte del terapeuta. Esta fase puede desarrollarse tanto en la relación terapéutica como fuera de ella; a menudo el terapeuta infiere que su cliente ha entrado en la séptima etapa por las referencias de éste, sin que ello se verifique en las horas de las entrevistas. Algunas características de esta fase son:

Los sentimientos nuevos se experimentan de manera inmediata y rica en matices, tanto dentro como fuera de la relación terapéutica.

La vivencia de esos sentimientos se utiliza como un referente claro. El cliente se esfuerza conscientemente por utilizar estos referentes con el objeto de saber de manera más clara y diferen-

ciada quièn es èl, què quiere y cuàles son sus actitudes. Esto es cierto aún cuando se trata de sentimientos que resultan desagradables o provocan temor.

La aceptación de estos cambiantes sentimientos como propios aumenta y coexiste con una confianza bàsica en el proceso mismo.

La vivencia ha perdido casi por completo sus aspectos limitados por la estructura y se convierte en la vivencia de un proceso; esto significa que la situación se experimenta e interpreta como nueva, y no como algo pasado.

Foco a poco el si mismo se convierte simplemente en la conciencia subjetiva y reflexiva de la vivencia. El si mismo se percibe cada vez menos como un objeto y, en cambio, se lo siente con mayor frecuencia como un proceso que inspira confianza.

Los constructos personales se replantean provisionalmente, para ser luego validados mediante las experiencias ulteriores, pero aún en caso de serlo, se los plantea con mayor flexibilidad.

La comunicaciòn interna es clara: los sentimientos y simbolos se correlacionan de manera ade-

cuada y hay términos nuevos para describir sentimientos nuevos.

El cliente experimenta la elección efectiva de nuevas maneras de ser.

Cuando el individuo ha alcanzado la séptima etapa de su proceso de cambio, ingresa en una nueva dimensión. El cliente ha incorporado la cualidad de movimiento, fluidez y cambio a cada aspecto de su vida psicológica; esto se convierte en su característica fundamental. Vive conscientemente sus sentimientos, los acepta y confía en ellos. Sus maneras de construir la experiencia cambian constantemente, puesto que sus constructos personales son modificados por cualquier nuevo acontecimiento vital. Su vivencia tiene carácter de proceso; consiste en sentir lo nuevo de cada situación y volver a construirlo, haciéndolo en función del pasado solo en la medida que el presente sea idéntico a aquel. El cliente experimenta de manera inmediata y al mismo tiempo sabe que está experimentando; procura diferenciar con exactitud sus sentimientos y los significados personales de su experiencia. La comunicación directa entre los diversos aspectos del si

mismo es libre y exenta de bloqueos; el individuo se comunica libremente en las relaciones con las demás, que ahora no están estereotipadas sino que son relaciones de persona a persona. Es consciente de sí mismo, pero no como objeto; se trata más bien de una conciencia reflexiva, un vivir subjetivamente en el sí mismo en movimiento. Vive en sí mismo como un proceso cambiante (Rogers, 1961).



## CAPITULO 2

## TEORIA PSICOANALITICA

Sigmund Freud, nació en el año de 1856, en la ciudad de Freiberg, en Moravia. La familia Freud era judía y hablaba el yidish y el alemán.

Cuando contaba con cuatro años y medio de edad, tuvo un exilio de Freiberg a Viena, Sigmund fue criado por una nana católica y checa de la cual obtuvo sus conocimientos sobre la religión católica.

En cuanto a sus primeros estudios, su padre Jacob le enseñó a leer la biblia, en la edición bilingüe (hebreo y alemán). A la edad de 13 años acompañaba a su padre a excursiones alrededor de Viena, mezclando el placer de la caminata con el de un dialogo de tipo socrático en el que su padre compartía con él sus conocimientos autodidácticos, así como sus valores morales (Anzieu, 1987).

Es muy probable que la educación primera que tuvo Sigmund haya sido al lado de su madre Amalia,

lo cual le enseñó a leer y a escribir en alemán. A los 10 años ingresó al liceo, interesándose vivamente en el conocimiento de obras como las de Goethe y Schelling. Durante la etapa del liceo tuvo amigos como Henrich Braun. Henrich le presentó posteriormente a Fritz Adler.

Freud durante su bachillerato se caracterizó por mostrar un vivo interés en la mitología como la Grecolatina, semita, egipcia, germánica, escandinava e hindú.

En 1875, Freud era doctor en Medicina. Desde hacía 14 años había emprendido estudios médicos, pero no con la perspectiva de curar enfermos, sino para poder realizar investigaciones biológicas de laboratorio. Primero trabajó en el Instituto de Anatomía Comparada del profesor Karl Claus (1835-1899); bajo su influencia Freud se volvió adepto entusiasta del darwinismo. De ahí pasó al Instituto de Fisiología del profesor Ernest Wilhem Brucke. Brucke le pidió que estudiase la histología, de la célula nerviosa. Muy pronto publicó artículos sobre la médula espinal de un pez el petromizón. El estudio de un animal tan curioso fortifi-

cò en Freud no solamente la convicciòn en el proceso de la evolucion, sino tambièn sin duda la idea de que las pulsiones que actúan en el aparato psiquico estàn profundamente arraigadas en lo biològico.

La influencia de Brucke sobre Freud, fue decisiva en la elaboraciòn de un sistema de pensamiento científico relativo al organismo vivo, aunado a su entusiasmo de adolescente por la filosofia de la naturaleza y el romanticismo vital surgido de Goethe y Schelling.

Entre los aportes de Meynert, que marcaron a Freud se encuentra la analogia del aparato psiquico con un sistema òptico (la corteza es una càmara oscura donde se reunen las diversas fuentes de impresiones antes de su "proyecciòn" en la conciencia). Las dos orientaciones de ataque, o de defensa de la energia: las nociones de "principio de desplacer" y de "suma de las excitaciones", la distinción entre "un Yo primario", arcaico y reflejo y un "Yo secundario" cuya funciòn es inhibir y rechazar.

En el laborartorio de Meynert, Freud descubrió tambièn el poder anestèsico de la cocaína.

En lo concerniente a la influencia de Jean-Martin Charcot (1825-1893), Freud aprendió que los trastornos funcionales de los histéricos eran psicogénéticos y reversibles.

Es así como durante la década de 1880 se despertó un gran interés por los problemas de histeria. Mientras que la opinión médica predominante se iniciaba por una explicación orgánica de los fenómenos histéricos o de no ser así se consideraba que éstos fenómenos no eran otra cosa que una simulación de enfermedad; varios médicos y neurólogos estaban estudiando la posibilidad de que hubieran otros factores psicológicos de por medio en la histeria. En otros estaban Charcot y Bernheim; Breuer y Freud. Sigmund Freud después de haber trabajado con los citados anteriormente siguió su camino y desarrolló puntos de vista teóricos que han predominado hasta nuestros días, e incluso han sido tomados como base para el desarrollo de nuevos procedimientos terapéuticos. Así fue como Freud empezó a desarrollar lo que él mismo llamó PSICOANÁLISIS (Freud, 1949).

A partir del surgimiento del psicoanálisis de

Freud, se han propuesto otros enfoques a la psicoterapia. Algunos de estos son variantes del método propuesto por Freud y de ahí que se les incluya entre los métodos psicoanalíticos.

De acuerdo con los postulados de Sigmund Freud, el psicoanálisis y la terapia de carácter psicoanalítico tienden a ser terapias prolongadas e intensas. Existen diferencias entre lo que es psicoanálisis y psicoterapia, las cuales radican en la forma de llevar a cabo el proceso. En la primera tradicionalmente se exige al paciente que se entreviste con el analista de 3 a 5 veces por semana, por lo que un análisis puede durar de 3 a 5 años, así como un buen psicoanálisis puede durar hasta 10 años. Con respecto a la psicoterapia, que técnicamente no es psicoanálisis, puede efectuarse una sesión por semana y durar varios meses.

El enfoque freudiano llamado psicoanálisis, a menudo se considera un tipo de modelo médico (Ullman y Krasner, 1975) debido a que esta teoría pone especial atención en la anormalidad y apareció en una época en la que había gran interés en el descubrimiento de las causas orgánicas de las "enferme-

dades mentales". Se interpretaban los conflictos intrepisuicos y otros factores psicológicos como analogías de los procesos de enfermedad y las conductas problemáticas se convirtieron en síntomas de esos procesos.

El modelo freudiano psicodinámico se basó en un número reducido de principios fundamentales. Uno de éstos es el determinismo psíquico, una creencia de que la conducta no ocurre al azar, sino de acuerdo con causas identificables que en algunas ocasiones son manifiestas y en otras se ocultan tanto de la vista de los observadores externos como del mismo individuo que se comporta de una determinada manera (Bernstein y Nietzel, 1980).

Es desde esta perspectiva como la mayoría, si no todas las conductas (hasta las accidentales) se consideran significativas ya que pueden proporcionar pistas para los conflictos y motivaciones latentes (Freud, 1914).

Zimbardo en 1986, menciona que la terapia psicoanalítica tal como la lleva a cabo Sigmund Freud, es una técnica intensiva y prolongada para explorar la motivación del inconsciente del paciente. Atri-

buye importancia especial al conflicto y a la represión que se derivan de problemas experimentados en las primeras etapas del desarrollo psicosexual del sujeto.

Según la concepción psicoanalítica, los pacientes se recuperan cuando quedan liberados de la represión establecida en sus primeros años de infancia (Moroe, 1955 citado en Zimbardo, 1986). Por lo tanto el objetivo del psicoanálisis es ayudar al sujeto a que traiga a la conciencia recuerdos reprimidos y capacitarlo para que exprese esos sentimientos reprimidos, es decir, liberar al individuo de sus síntomas, angustias e inhibiciones haciéndole además capaz de gozar y ser más eficaz en su trabajo. Para ello hay que hacerle conciente (preconsciente) los contenidos de su psiquismo inconsciente que generan su neurosis. Es decir, es necesario destruir sus resistencias y mecanismos de defensa orientados contra su propio inconsciente, para que éste pueda ser mejor comprendido, aceptado y satisfecho (Garma, 1978).

La meta del tratamiento psicoanalítico según Bernstein (1980) es ayudar al paciente a pensar y

conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. En teoría, cuando el paciente comprende las verdaderas razones (con frecuencia inconscientes) por las cuales se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que estas razones ya no son válidas, entonces no tendrá que seguir conduciéndose de esta manera.

El proceso psicoanalítico es lento y prolongado, mediante el cual se descubren y resuelven esos conflictos, algunas veces las sesiones diarias se continúan durante muchos años. Un buen tratamiento psicoanalítico es muy distinto a un largo tratamiento médico corriente, pasivamente soportado, molesto y empobrecedor. Es más bien comparable a una evolución profesional provechosa, agradable y acumuladora de triunfos diversos aunque trabajosa (Garma, 1978).

TECNICAS

Los instrumentos de la terapia son el intercambio intelectual de palabras y la liberación de sentimientos. El objetivo del terapeuta, consiste en suprimir cambiando la estructura básica de la personalidad del individuo, los síntomas presentes a causa de los cuales el paciente mereció el trata-



miento. Garma (1978) menciona que otro de los instrumentos de la terapia es formular con más precisión la resistencias y mecanismos de defensa orientados contra su propio inconsciente y destruirlos, para que el paciente pueda ser mejor comprendido, aceptado y satisfecho.

Los síntomas neuróticos son debidos a que por motivos hereditarios o infantiles, los instintos del Super Yo han creado conflictos y angustiado demasiado al Yo infantil de un individuo el cual los ha elaborado normalmente.

Haciendo inconscientes los conflictos instintivos y superyoicos presentes y pasados, pueden intervenir en su Yo adulto y enfrentarlos, con lo que el individuo se hace capaz de reaccionar de un modo más normal (Garma, 1978).

Freud ve al hombre como una criatura que forma parte de un mundo natural y cuyo comportamiento está impulsado por necesidades biológicas a las que denominó instintos (González, 1987).

González (1987) menciona una serie de principios básicos de la teoría psicoanalítica, los cuales son:

1) El psicoanálisis debería interpretar a la naturaleza humana no importando características específicas de ésta. Por ejemplo puntos de vista religiosos.

2) La energía psíquica en el hombre es comparable con la energía eléctrica, química o biológica.

3) La energía en el ser humano la cual es biológica, se transforma continuamente en energía psíquica.

4) Se reconoce la existencia de un proceso mental inconsciente, la teoría de la resistencia y la represión así como la importancia de la sexualidad y del Complejo de Edipo.

## 2.1 ELEMENTOS A CONSIDERAR DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO TERAPEUTICO.

Los psicoanalistas emplean diversas técnicas para hacer que los conflictos reprimidos afloren en la conciencia del paciente y para ayudarlo a resolverlos emplean las técnicas: 1) La Asociación Libre; 2) El Análisis de los Sueños; 3) El Análisis de Resistencia y 4) El Análisis de Transferencia.

1) ASOCIACION LIBRE: La regla fundamental de las asociaciones libres es el comunicar al enfermo al comienzo del tratamiento o se lleva gradualmente a ella, señalándosele, en el transcurso de sus sesiones, los aspectos de sus resistencias a expresar totalmente sus pensamientos. Es de suma importancia que también el psicoanalista se deje llevar por dicha regla, para lo cual, debe de escuchar sin seleccionar, todo lo que le comunica su enfermo, lo que al mismo tiempo significa conducirse sanamente

con él. La atención del psicoanalista debe funcionar de un modo uniforme "flotando libremente" (Garma, 1978).

La asociación libre es el procedimiento principal que se emplea en el psicoanálisis. El procedimiento es el siguiente: El paciente se sienta cómodamente en un sofá y el psicoanalista refiere al psicoanalizado en los momentos sucesivos de cada sesión todos los pensamientos que se le ocurren. Tanto los pensamientos importantes como los triviales, los "buenos", los "malos", morales y vergonzosos, los referentes a él mismo, a cualquier otra persona y a su propio psicoanalista, las relaciones entre sí y los inconexos con lo expresado anteriormente; aunque esto le suponga al psicoanalizado el hablar "sin orden ni concierto", ya que su mente vaga con libertad al tiempo que da rienda suelta a la expresión de pensamientos, deseos, sensaciones físicas e imágenes mentales que vaya experimentando. Al paciente se le alienta para que revele cualquier pensamiento o sentimiento, independientemente de lo personal, doloroso o aparentemente insignificativo que sea (Zimbardo, 1986).

Esta es una de las técnicas fundamentales que Freud desarrolló para ayudar al paciente a cubrir el material inconsciente. La asociación libre evolucionó como parte de la búsqueda de una manera de recuperar los hechos olvidados que no fuera por medio de la hipnosis; consiste en pedir al paciente que se someta a una regla fundamental: la de decir todo lo que le viene a la mente sin corregir ni censurar.

La idea es que al eliminar las restricciones de tipo lógico, de presión social o las reglas de otro tipo, el material inconsciente saldrá a la superficie.

Un estilo más común, es que el paciente asocie de manera libre mientras se encuentra acostado en el diván. El analista toma asiento fuera de la vista del paciente para evitar toda interferencia en el proceso.

Freud desarrolló esta técnica para animar al paciente para que exponga todos los pensamientos e ideas que le vengan a la mente, prescindiendo de que tengan o no alguna relación entre sí e inclusive aunque no tengan sentido. Según la postura de-

terminista de Freud tarde o temprano cada una de estas asociaciones conducen a alguna área importante y reprimida de la vida del paciente.

Freud sostenía que las asociaciones libres no son causales, sino que están determinadas. La tarea del analista es rastrear esas asociaciones hasta su fuente y descubrir que hay debajo de la superficie psicoanalíticamente.

X2) EL ANALISIS DE LOS SUEÑOS: En el transcurso del tratamiento psicoanalítico la interpretación de los sueños constituye la "via regia", el mejor de los caminos para llegar al inconsciente. Los sueños son importantes, sin excepción alguna; surgen del inconsciente patógeno, provienen de los conflictos presentes unidos a los infantiles, contienen la situación transferencial, indican el tema urgente de cada sesión psicoanalítica y aíslan del resto, pero sin artificios, una parte del psiquismo inconsciente, lo que hace relativamente fácil y provechosa su interpretación.

Sin embargo, en la mayoría de los tratamientos la interpretación de los sueños es sólo una pequeña

parte de la labor. Más veces se interpretan comportamientos, fantasías, reacciones corporales o la sucesión de las asociaciones. Todo ello examinado en la relación transferencial actual, en el "aquí y ahora" de las sesiones psicoanalíticas y en su traducción a la situación infantil hereditaria (Garma, 1978).

Los psicoanalistas piensan que los sueños son una fuente significativa de información acerca de la motivación "inconsciente" del paciente, cuando una persona está dormida de su Yo está menos alerta contra los impulsos originados en el Ello (id), de modo que una motivación que no puede expresarse durante la vigilia tal vez se exprese en un sueño.

Algunas motivaciones son tan inaceptables para el Yo inconsciente, que no pueden revelarse en forma abierta ni siquiera en los sueños, sino que deben expresarse en formas disimuladas o simbólicas (Zimbardo, 1986).

En el psicoanálisis es importante el uso que se hace en la terapia de los sueños y de su interpretación (Freud, 1938). El mismo Freud creía que los sueños eran un medio especialmente útil para

estudiar el material reprimido, y los llamaba "el camino real hacia el inconsciente". Tanto Freud como otros analistas han dedicado mucho estudio a los sueños y al simbolismo de los sueños. Como resultado de este estudio, se establece como hipótesis que durante el sueño el paciente relaja sus controles y gracias a esto algún material anteriormente reprimido se escapa y se manifiesta en forma de sueño (Garfield, 1979).

El terapeuta procura descubrir las motivaciones ocultas mediante el estudio de los símbolos que aparecen en el contenido del sueño.

Mediante las interpretaciones el psicoanalista señala al psicoanalizado lo que desconoce, ya que el tratamiento psicoanalítico consiste en hacer consciente (preconsciente) lo inconsciente patógeno. Los contenidos de las interpretaciones se refieren tanto a los instintos, como al Super Yo o al Yo. En especial de este último, a los mecanismos de defensa que en forma de resistencias, actúan contra la progresión psicoanalítica, exploratoria y curativa.



3) ANALISIS DE RESISTENCIAS: Resistencia quiere decir todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de la labor psicoanalítica. En mayor o menor grado, está presente desde el principio hasta el fin del tratamiento (Freud, 1912). Las resistencias defienden al status quo de la neurosis del paciente. Se oponen al analista, a la labor y al Yo razonable del paciente. La resistencia es un concepto operacional, no algo creado por el análisis. La situación analítica es el campo donde se manifiestan las resistencias (Greenson, 1976).

La resistencia se presenta cuando el enfermo tiene un incremento de la atracción de sus contenidos psíquicos reprimidos y de sus prohibiciones superyoicas, a seguir asociando libremente. Entonces sus pensamientos se hacen más superficiales, más alejados de lo inconsciente y, al mismo tiempo, el enfermo exagera sus manifestaciones transferenciales (Garma, 1978).

Durante el proceso de asociación libre, el paciente quizá muestre resistencias, es decir, incapacidad o renuncia para hablar de ciertos deseos,

ideas o experiencias. El psicoanalista supone que el paciente manifestará varias formas de resistencia durante el transcurso de cualquier esfuerzo para descubrir el material inconsciente amenazante (Bernstein y Nietzel, 1986).

La resistencia a menudo es confundida con defensa o represión, designa las fuerzas que el paciente continuamente pone en acción a veces sin saberlo, para oponerse al reconocimiento de su deseo inconsciente. La resistencia es un fenómeno que se halla estrechamente ligado a la cura psicoanalítica y a lo que ésta pone en juego: Transferencia, Repetición, Rememoración, etc. (Fedida, 1974).

Las resistencias, impiden que regrese a la conciencia el material reprimido doloroso de recordar. Dicho material frecuentemente se vincula con la vida sexual del individuo o con sentimientos hostiles o de rencor que éste guarda hacia sus padres. Dicha resistencia es lo que más sirve al enfermo para defender sus neurosis, sobre todo cuando inconscientemente percibe la vulnerabilidad de cualquier otra forma de enmascaramiento frente a la actividad interpretativa del psicoanalista (Garma,

1978).

Es necesario vencer esta resistencia en el psicoanálisis si es que la terapia ha de avanzar satisfactoriamente. Para disolver la resistencia, el analista se apoya en las interpretaciones basadas en la transferencia.

El objetivo del psicoanálisis consiste en que el paciente se enfrente a esas ideas, deseos y experiencias dolorosas.

4) ANALISIS DE TRANSFERENCIA: El concepto de transferencia es un concepto clave para el psicoanálisis y se refiere a los sentimientos y actitudes que desarrolla el paciente hacia el analista (Freud, 1950 cit, en Garfield, 1979).

La transferencia es sentir impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona en la actualidad que no son apropiados para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la primera infancia. La susceptibilidad de un paciente a reacciones trasferenciales se debe al estado de insatisfacción de sus

instintos y a la consiguiente necesidad de oportunidades de descarga (Freud, 1912).

La transferencia se define en su empleo psicológico como una connotación de "desplazamiento" y "pasaje". La teoría del aprendizaje designa transferencias de hábitos, transferencias sensoriales, etc. En sus primeros escritos Freud asimila la transferencia a un fenómeno de desplazamiento de afecto y de pasaje de una representación a otra. Pero el término transferencia encuentra su especificación psicoanalítica cuando designa una estructura de relación original entre el analizado y el analista, dentro de la cura.

Laplanche y Fontalis proponen comprender a la transferencia como "el proceso mediante el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos en el marco de un determinado tipo de relación establecida en ellos y, de un modo especial, en el marco de la relación analítica" (cit. en Ferrida, 1974).

En torno a las actitudes que tiene el paciente hacia el analista, Freud las concibe como reacciones que pueden ser de dos tipos: positivas o nega-

tivas, las cuales son emociones ó actitudes que el paciente tuvo previamente hacia sus padres y ahora transfiere al analista. Freud considera que al terapeuta se le puede acusar de todo tipo de actitudes o de comportamientos negativos que en realidad nunca ha tenido, pero que son distorsiones elaboradas por el paciente y manifestadas en la transferencia. Técnicamente, el analista conserva una actitud neutral.

Según Zimbardo (1986) el paciente por lo general en el proceso psicoanalítico genera una reacción emocional hacia el terapeuta. Dicha asociación emocional recibe el nombre de Transferencia. En la mayoría de los casos el terapeuta es identificado con un padre o un enamorado. Se habla de transferencia positiva cuando los sentimientos dirigidos hacia el terapeuta son de amor o de admiración. La transferencia positiva se refiere a las diferentes formas de apetencias sexuales así como el amor, el respecto o el gusto por el analista.

La transferencia negativa entraña alguna variedad de agresión en forma de enojo, disgusto, odio o desprecio por el analista. Debe tenerse pre-

sente que todas las reacciones de transferencia son esencialmente ambivalentes, y lo que aparece clínicamente es sólo la superficie. A menudo la actitud del paciente es ambivalente, o sea una mezcla de sentimientos positivos y negativos.

Los motivos de la transferencia son el que a todo individuo de su constitución hereditaria -que tiene contenidos psíquicos precisos y no solamente predisposiciones- y sus vivencias infantiles le llevan a realizarse en determinados tipos de reacción y a repetirlos luego en el transcurso de toda su vida.

La transferencia afectiva es el verdadero motor del tratamiento psicoanalítico. Es también la que imprime todas sus vicisitudes, tanto de curación o mejoría como de fracaso. Lo que no indica que sea inmutable. Su destino primitivo es modificado por las intervenciones adecuadas del psicoanalista a través de sus interpretaciones. Estas reducen lo actual a lo pasado y así sacan al enfermo de su compulsión a la repetición y enderezan su comportamiento.

Un aspecto importante y frecuente de la trans-

ferencia es el que toma la forma del amor hacia el psicoanalista. Está favorecido por el ambiente propicio, y seductor de las sesiones psicoanalíticas para las manifestaciones del enfermo, por la comprensión profunda del psicoanalista que despierta amor y por sus interpretaciones que descubren y así destruyen los aspectos transferenciales negativos, con lo que llegan a predominar los positivos.

## 2.2 FORMA DE LLEVAR A CABO LA TERAPIA

Las psicoterapias son aquellas técnicas que se basan en la acción terapéutica de interactuar con el paciente, oírlo, discutir con él, sugerirle cosas, persuadirlo, enseñarlo y entrenarlo. Se les han denominado terapias de "conversación", aunque no se trata solo de hablar. Una de estas terapias que utilizan los procedimientos anteriores es el psicoanálisis (Landaver, 1975).

Freud formula su labor médica con la determinación de revelar al enfermo neurótico sus tendencias reprimidas inconscientes, y descubrir con este fin las resistencias que en él se oponen a semejante aplicación de su conocimiento de sí mismo. El descubrimiento de estas tendencias no equivale siempre a su vencimiento; pero una vez descubiertas se confía en alcanzar este último resultado utilizando la transferencia del enfermo sobre la persona del médico para infundirle la convicción de la falta de adecuación de las represiones desarrolladas en la infancia y de la imposibilidad de vivir con-



forme a las normas del principio del placer (Freud, 1918-1919).

"A la labor por medio de la cual hacemos llegar lo reprimido a la conciencia del enfermo le hemos dado el nombre de Psicoanálisis, porque análisis es un término que significa descomposición y disociación y hace pensar en una semejanza con la labor que el químico realiza en su laboratorio con los cuerpos que la naturaleza le ofrece. Porque en realidad existe una analogía en cuanto a un punto importantísimo. Los síntomas y las manifestaciones patológicas del enfermo son, como todas sus actividades anímicas, de naturaleza compuesta. Los elementos de esta composición son, en último término, motivos o impulsos instintivos. Pero el enfermo no sabe nada, o solo muy poco, de estos motivos elementales. Somos nosotros los que le descubrimos la composición de estos complicadísimos productos psíquicos referimos los síntomas a las tendencias instintivas que los motivan, y le revelamos en sus síntomas la existencia de tales motivos instintivos, que hasta entonces desconocía (Freud, 1918).

Por otro lado, durante las sesiones de terapia

psicoanalítica, los pacientes se recuestan en un diván o se sientan en una silla cómoda mientras el terapeuta se sienta al lado o detrás del paciente. El diván parece el lugar adecuado para someter al paciente a la hipnosis.

La labor del paciente es el de establecer asociaciones libres de ideas, ya que permite que su mente vague libremente y de un informe franco y fluido de sus pensamientos y sentimientos. Se pide al paciente que diga cuanto se le ocurra y que no oculte nada, por más tonto, absurdo o trivial que le parezca. La asociación libre le obliga al paciente a prescindir de sus defensas y conduce a la confesión de incidentes relacionados con un conflicto.

Así también se espera que los pacientes sometidos a terapia psicoanalítica cuenten sus sueños. Se considera que los sueños son una fuente importante de información a cerca del inconsciente del paciente. Freud creía que los sueños reflejan los conflictos, las motivaciones y los deseos reprimidos del paciente.

El terapeuta psicoanalítico estudia los sueños

de sus pacientes y sus asociaciones libres relacionadas con los sueños para profundizar en la comprensión del inconsciente del paciente. Los analizados, sin saberlo, presentan otras conductas importantes. Es característico que a lo largo del tratamiento experimenten fuertes sentimientos hacia su terapeuta (amor, odio, reverencia, miedo, deseo, etc.). Freud pensaba que estos sentimientos se suscitaban cuando el terapeuta se identificaba en la mente del paciente; con personas importantes en la vida pasada de éste, personas que a menudo eran muy importantes en los conflictos reprimidos; y a este fenómeno es al que se le conoce como transferencia (Davidoff, 1986).

El paciente psicoanalítico llega al análisis porque su padecimiento neurótico le impulsa a embarcarse en el difícil viaje terapéutico. Su problema es suficientemente grave para inducirle a emprender un programa que es para largo tiempo, doloroso y costoso. Sus funciones yoicas y su capacidad de relaciones de objeto a pesar de su neurosis se consideran suficientemente sanas como para soportar los rigores de la terapia psicoanalítica. Sólo un

neurótico relativamente sano puede ser psicoanalizado sin modificaciones ni desviaciones importantes.

El paciente psicoanalítico produce el material para el tratamiento por medio de asociaciones libres, reacciones de transferencia y resistencias. El analista emplea los procedimientos de las confrontaciones, la aclaración, la interpretación y la traslaboración. Pero todo esto no explica cabalmente lo que sucede o deja de suceder en el curso de la terapia. Hay otro ingrediente terapéutico capital, que tiene gran importancia en el éxito o en el fracaso del tratamiento psicoanalítico, la llamada "alianza de trabajo" (Greenson, 1976).

En el psicoanálisis clásico, el modo predominante de comunicar material clínico es que el paciente intente la asociación libre de sus ideas, que por lo general se inicia después de haber concluido las entrevistas preliminares. En éstas, el analista había llegado a valorar la capacidad que tiene el paciente de trabajar en la situación psicoanalítica.

El paciente suele asociar libremente sus ideas

en la mayor parte de la hora, pero también puede comunicar sueños y otros sucesos de su vida diaria o de su pasado. Es característico del psicoanálisis el que se pida al paciente que incluya sus asociaciones cuando cuenta sus sueños y otras experiencias. La asociación libre tiene prioridad sobre todos los otros medios de producir material en la situación analítica.

La asociación libre suele emplearse indebidamente al servicio de la resistencia. Toca entonces al analista estudiar esas resistencias para establecer el empleo apropiado de la asociación libre. También puede suceder que un paciente pueda detener la asociación libre por un colapso en las funciones de su Yo. La misión del analista sería entonces tratar de establecer el pensamiento yoico lógico del proceso secundario.

La asociación libre es el método principal para producir material en el psicoanálisis. Se emplea en ocasiones especiales en aquellas formas de psicoterapia exploratoria, la llamadas "psicoterapias de orientación psicoanalítica". No se emplea en las terapias antianalíticas, ni en aquellas que refuer-

zan defensas o apoyo (Greenson, 1976).

Desde el tratamiento de Dora, Freud supo que las reacciones de transferencia y las resistencias del paciente proporcionaban el material esencial para la labor analítica. A partir de entonces la situación analítica se disponía de modo que facilitara el desenvolvimiento máximo de las reacciones de transferencia del paciente. Las resistencias apuntan a impedir este desenvolvimiento a obstruir el análisis de la transferencia. Tanto la resistencia como la transferencia son las que comunican información de vital importancia acerca de la historia reprimida del pasado del paciente.

Importa concentrarse en el hecho de que el paciente tiende a repetir en lugar de recordar; la repetición es siempre una resistencia en relación con la función de la memoria. Pero repitiendo, reviviendo el pasado, el paciente facilita que el pasado entre en la situación de tratamiento. Las repeticiones transferenciales inducen en el análisis un material que sin eso sería inaccesible. Debidamente manejado, el análisis de la transferencia llevará a recuerdos, reconstrucciones, al insight y

al final, al cese de la repetición.

Para que las reacciones de transferencia se produzcan en la situación analítica, el paciente debe estar dispuesto y ser capaz de correr el riesgo de alguna regresión temporal en lo referente a las funciones del Yo y las reacciones objetales. El paciente debe tener un Yo, capaz de regresar temporalmente a reacciones transferenciales, pero esta regresión ha de ser parcial y reversible, de modo que el paciente pueda ser tratado analíticamente y seguir viviendo en el mundo de la realidad. Las personas que no afrontan la regresión a la realidad y las que no puede volver fácilmente a la realidad son poco convenientes para el análisis (Greenson, 1976).

La técnica psicoanalítica está estructurada para garantizar el desarrollo máximo de la neurosis de transferencia. El anonimato relativo del analista, sin intrusividad, la llamada "regla de abstinencia" y el comportamiento "de espejo" concurren todos al propósito de preservar un campo relativamente incontaminado, para la neurosis de transferencia en desarrollo (Fenichel, 1941 cit. en Green-

son, 1916). La neurosis de transferencia es un instrumento de la situación analítica y sólo puede anularla la labor analítica. Facilita la transición de la enfermedad a la salud.

La neurosis de transferencia es el vehículo más importante para el éxito del psicoanálisis; por otra parte, es la causa más frecuente de fracaso terapéutico (Freud, 1912). La neurosis de transferencia puede resolverse sólo por el análisis; otros procedimientos podrán modificar su forma, pero no harán más que afianzarla (Gill, 1954).

El psicoanálisis trata de resolver las reacciones transferenciales analizándolas sistemáticamente y totalmente (Greenson, 1976).

Son las resistencias repeticiones de todas las operaciones defensivas que el paciente ha realizado en su vida pasada. Todas las variedades de fenómenos psíquicos pueden emplearse para resistir, pero cualquiera que sea su origen, la resistencia opera por medio de Yo del paciente. Aunque algunos aspectos de una resistencia puedan ser conscientes, la parte esencial la desempeña el Yo inconsciente.

Caracteriza la terapia psicoanalítica el aná-



lisis de las resistencias. Al psicoanalista toca descubrir la forma en que resiste el paciente, a qué resiste, y porque lo hace. La causa inmediata de una resistencia es siempre la evitación de algún afecto doloroso como la ansiedad, la culpabilidad o vergüenza. Detrás de esta motivación se hallará un impulso instintual que desencadenó el afecto doloroso. En definitiva, se descubrirá que lo que la resistencia quiere evitar es el miedo a un estado traumático (Freud, 1936).

Uno de los primeros y decisivos pasos en el análisis de una resistencia, es convertirla en ajena al Yo para el paciente. Una vez realizado esto, el paciente formará una alianza de trabajo con el analista, y se identificará temporal y parcialmente con él por su disposición a tratar analíticamente sus resistencias.

En el psicoanálisis es donde el terapeuta trata de descubrir la causa, el objeto, el modo y la historia de las resistencias (Knight, 1952).

En el psicoanálisis clásico se emplea buen número de procedimientos terapéuticos en diversos grados. Caracteriza todas las técnicas consideradas



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

analíticas el que tienen por objetivo directo incrementar el insight que el paciente tiene de sí mismo. Algunos procedimientos no facilitan el insight per se, pero refuerzan las funciones del Yo necesarias para llegar a la comprensión.

El procedimiento analítico más importante es la interpretación, todos los demás le están subordinados tanto teórica como prácticamente. Todos los procedimientos analíticos son pasos que conducen a una interpretación o que hacen efectiva una interpretación.

### IZT.

La interpretación es el procedimiento que distingue el psicoanálisis de las demás terapias, porque en el psicoanálisis, la interpretación es el instrumento último y decisivo. Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente. Más exactamente, significa hacer consciente el significado, el origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado. Esto por lo general requiere más de una intervención. El analista emplea su propio inconsciente, su empatía e intuición, así como sus conocimientos teóricos para llegar a una interpretación. Al interpretar se

va más allá de lo observable y se atribuye significado y causalidad a un fenómeno psicológico (Fenichel, 1945).

La alianza de trabajo es la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica. Freud (1913) menciona una "transferencia aprovechable", una relación que debe establecerse antes de se le de una interpretación al paciente.

Las manifestaciones clínicas de esta alianza de trabajo son la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del psicoanálisis con los sentimientos dolorosos y regresivos que provoca. La alianza se forma entre el Yo razonable del paciente y el Yo analítico del analista. El hecho significativo que ocurre es una identificación parcial y temporal del paciente con la actitud y el modo de trabajar del analista que el paciente percibe directamente en las sesiones analíticas regulares (Greenson, 1916).

El paciente, el analista y el encuadre analítico contribuyen a la formación de esta alianza de

trabajo. La conciencia del padecimiento neurótico y la posibilidad de que el analista le ayude, mueven al paciente a buscar la situación analítica y a trabajar en ella.

El analista lleva a la alianza de trabajo su constante interés en el entendimiento y el insight, su continuo análisis de las resistencias y sus actitudes cordiales, empáticas, sinceras y no juzgadoras (Freud, 1912). El encuadre analítico facilita la formación de la alianza con frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento, el empleo del diván, el silencio, etc. Esto favorece no sólo a las reacciones de regresión y las de transferencia neurótica, sino también a la alianza de trabajo (Greenson, 1976).

La alianza de trabajo proporciona la motivación cotidiana, así como la capacidad de realizar la labor analítica. El material esencial reprimido e inaccesible lo proporcionan las reacciones de transferencia neurótica, y principalmente la neurosis de transferencia (Greenson, 1976).

## CAPITULO 3

PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LAS TEORIAS  
EXISTENCIAL HUMANISTA Y PSICOANALITICA A  
CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO DE LA TERAPIA

El término psicoterapia se refiere a los intentos de restaurar la salud mediante recursos psicológicos. Consiste esencialmente en ejercer sobre el enfermo (paciente) una influencia directa o indirecta capaz de estimular en él reacciones conducentes a la salud (De la Fuente, 1983).

La psicoterapia se lleva a cabo mediante el lenguaje. Hablar significa discurso, pero también escuchar y callar. El diálogo es aquí el único instrumento de la actividad del terapeuta; todos los demás recursos que puedan ser eventualmente precisados en el curso del tratamiento, sirven sólo de apoyo o para facilitar la comunicación oral. El lenguaje del paciente es comunicación, el paciente se comunica con el terapeuta y éste participa con el paciente.

Cuando se afirma que la psicoterapia se realiza mediante el diálogo, se dirige ya hacia el terreno del ser humano. Mediante el lenguaje, el hombre explica algo, hace presente su pasado y su futuro. Ello le permite vivir de nuevo los acontecimientos, el paciente habla con el terapeuta, pero también consigo mismo. De su propia biografía extrae aquellos sufrimientos, decepciones, inhibiciones, maltratos e igualmente alegrías, recreando mediante el relato una coyuntura que a su debido tiempo no fuè satisfactoriamente realizada.

Según Landaver (1975) los métodos y técnicas psicoterapéuticos pueden ser clasificados dentro de dos categorías: La psicoterapia superficial y la psicoterapia profunda.

Dentro de las psicoterapias profundas se encuentran las teorías psicoanalíticas y la teoría existencial humanista (De la Fuente, 1983).

Una de las numerosas diferencias que hay entre la teoría existencial humanista y el psicoanálisis es el punto de vista fenomenológico de los existencialistas y su rechazo de la causalidad de la conducta. La importancia que le dan a llegar ser, con-

trasta con las opiniones pesimistas de Freud. Llegar a ser significa para los humanistas, una situación que nunca está estática. Siempre es posible el cambio. La meta es llegar a ser completamente humano, y el individuo siempre está en libertad de trabajar para lograr esa meta. Por lo cual los humanistas sostienen que las personas por el solo hecho de ser humanas pueden cambiar por sí mismas ya que tienen la capacidad de luchar por sus objetivos y metas. Esta negación del determinismo, que es la base de la ciencia moderna, es probablemente el aspecto de la psicología existencial que critican más fuertemente y con frecuencia los psicólogos.

Para Rogers, el terapeuta ayuda al cliente en su autoexploración, en sus pasos hacia la madurez, en la adquisición de una mayor confianza en sí mismo, para alcanzar sus propias metas y la realización como ser humano. En el psicoanálisis, las relaciones terapéuticas y las interpretaciones del analista ayudan a los clientes a resolver sus problemas personales. En la terapia centrada en el cliente el terapeuta no interpreta, facilita el proceso de auto-comprensión.

La diferencia de fondo fundamental entre los enfoques directivos y no directivos radica en la consideración de quién ha de llevar la responsabilidad de la dirección del proceso. Para los directivos, ésta recae en el terapeuta; mientras que para Rogers y los suyos será el cliente quien dirija su propia terapia. De ahí el término "no dirección": se trata de no asumir la responsabilidad de la dirección del proceso, o desde un punto de vista más positivo, de dejar en manos del cliente la dirección del mismo. Con este nuevo término, acuñado para indicar la diferencia fundamental entre la nueva psicoterapia y las terapias tradicionales, Rogers se refiere a tres importantes aspectos de su terapia: la elección de los objetivos por el cliente, la dirección hacia los mismos por el mismo cliente y la abstención de toda interferencia por parte del terapeuta. Pero además la no dirección comparte otro elemento positivo descuidado en estos primeros momentos. Su meta última es la independencia y su libertad del cliente.

Las diferencias concretas entre ambos enfoques según Gondra (1975) son las siguientes:



1.- En lo que respecta a la elección de los objetivos de la acción terapéutica, frente a la opinión directiva, Rogers defiende vigorosamente el derecho del cliente a elegir sus propias metas. "El consejo no directivo se funda en el presupuesto básico de que el cliente tiene derecho a seleccionar las propias metas de su vida, aún cuando éstas difieran de aquellas que el consejero escogería para sí. También cree que si el individuo tiene un mínimo de comprensión de sí mismo y de sus problemas, probablemente acertará en la elección.

2.- La segunda diferencia radica en una filosofía de la persona humana. Frente a la insistencia en el valor de la conformidad social y el derecho del más capaz de dirigir al menos capaz, "el punto de vista no directivo concede gran valor al derecho de todo individuo a ser independiente psicológicamente, y a mantener su integridad psicológica".

3.- En consecuencia, mientras que los terapeutas directivos concretan todos sus esfuerzos en el síntoma o problema concreto del cliente, la terapia no directiva dirige sus esfuerzos hacia la persona del mismo. Su centro de interés es la persona, no

el síntoma concreto. "El grupo no directivo pone su énfasis en el cliente mismo, no en el problema. Si el cliente, gracias a la experiencia del consejo, consigue un "insight" suficiente como para comprender sus relaciones con la situación real, entonces puede escoger el método de adaptación a la realidad que tenga más valos para él".

Rogers por lo tanto, cree que la gente es esencialmente buena, y que ningún sentimiento es destructivo. Lo que aparece como sentimientos destructivos, refleja deformaciones impuestas eternamente, como las contorsiones que tendría que realizar una planta al tratar de crecer bajo un ladrillo. Las etiquetas y los diagnósticos no sirven de nada. Sin embargo, para Freud la gente en su totalidad se ve impedida por sí misma, ya que está atada a impulsos inconscientes de orden sexual que manejan sus conductas, por lo cual todos los seres humanos presentan conductas de amor y odio.

Por otra parte, existe una notable diferencia entre el psicoanálisis y sus variantes, por un lado los puntos de vista existenciales, y por el otro, ya que estos últimos consideran que la persona debe

tener amplia libertad de elección. Se considera que el libre albedrío es una de las características más importantes del hombre. (Davison y Neale, 1980).

El psicoanálisis utiliza la Libre asociación y el Análisis de los sueños para penetrar en los conflictos inconscientes.

Es por medio de la Asociación libre, el Análisis de los sueños y el fenómeno de transferencia que el analista puede formular sus hipótesis sobre el origen de la problemática que presenta el paciente, sus posibles causas y alternativas de solución. En el Enfoque Centrado en el cliente, éste procura deshacerse de sus problemas expresando libremente al terapeuta sus sentimientos (Clifford, 1980). El terapeuta con orientación humanista es auxiliado durante el proceso terapéutico por tres actitudes básicas: Valoración Positiva Incondicional, Empatía y Congruencia.

La forma en cómo el terapeuta y el paciente tratan de buscar las razones del problema varía de acuerdo a la teoría de la personalidad en la cual crea el terapeuta. Si se cree como Freud, que los problemas neuróticos se deben a urgencias instinti-

vas reprimidas y a fijaciones inconscientes profundas tratará de encontrar formas de explorar la mente inconsciente del paciente. Por otra parte, si se cree como Rogers que los problemas de ajuste se relacionan profundamente con faltas y debilidades de la auto-estimación, se puede hacer el intento de encontrar formas para que el paciente progrese por sí mismo sin confiarse demasiado en el terapeuta (Landaver, 1975).

Desde el punto de vista del enfoque existencial humanista, el concepto que Freud sostenía de la naturaleza del ser humano se considera negativista y pesimista. El ser humano se encuentra empujado por fuerzas destructivas y animales, que residen en el Id y que de no ser controladas y reprimidas las energías sexuales y de agresión, le llevarían a la destrucción propia y la de su especie (González, 1987).

Una de las principales diferencias que Rogers (1961) marca entre su teoría y la de Freud es que los existenciales humanistas hacen inferencias y formulan hipótesis de observaciones previas, dichas hipótesis son susceptibles de comprobación; por lo

que evitan elaborar inferencias de alto nivel y desarrollar teorías abstractas y no experimentales. Por el contrario la metodología de los psicoanalistas se basa en gran medida en la historia que el paciente relata de sí mismo, mediante los tres instrumentos anteriormente mencionados, lo que les permite hacer inferencias del porqué se dan determinadas conductas, por lo cual la teoría psicoanalítica no tiene posibilidad de ser comprobable.

Con respecto a la forma de llevar a cabo la terapia surge un elemento diferencial entre Freud y Rogers: el primero procuró elaborar una "técnica", enfatizando su mayor importancia frente a la personalidad del terapeuta; Rogers en cambio, sostiene la posición opuesta (Lerner, 1974).

En la terapia psicoanalítica, el paciente en el diván (por indicación del analista) asume inevitablemente el rol de subordinado ante su terapeuta, quien al interpretar lo comunicado imprime el sello "directivo" de la autoridad: la terapia se centra en el terapeuta. Por oposición en la entrevista Rogeriana, el terapeuta "no directivo" y su paciente están uno a uno en un mismo plano físico y je-

ràrquico: son dos seres humanos interaccionando con libertad alrededor de la problemàtica del paciente: la terapia se centra en èste.

El enfoque centrado en la persona se encamina a incrementar la capacidad del cliente para crecer en una direcciòn que solo el cliente determina y a mejorar el concepto que el cliente tiene de si mismo. Mientras que la terapia psicoanalitica tiene como objetivo el ayudar a los pacientes a sacar a flote los instintos reprimidos para lograr la superaciòn.

Los terapeutas psicoanaliticos subrayan la importancia de comprender intelectualmente el problema de la persona trastornada; los terapeutas centrados en el cliente evitan los diagnòsticos y la valoraciòn de cualquier clase. No determinan lo que està mal ni establecen un estrategia curativa; asi como tampoco se interesan por los acontecimientos pasados (Lerner, 1974).

Los terapeutas Rogerianos cree que lo realmente importante es el encuentro aqui y ahora, entre el cliente y el terapeuta. Suponen que si tal encuentro se caracteriza por tres condiciones decisi-

vas, la modificación terapéutica ocurrirá automáticamente.

1) El terapeuta centrado en el cliente debe ser auténtico; es decir, estar abierto a sus propias experiencias y a las de los demás, debe comunicar esta actitud de apertura hacia el cliente. Siendo auténtico el terapeuta, se generará una atmósfera donde el cliente pueda sentir confianza en el terapeuta y en sí mismo lo que facilitará que el cliente sea auténtico. Los terapeutas consideran necesaria esta condición para la modificación de la conducta, ya que la mayoría de las corrientes psicológicas se caracterizan porque el terapeuta es más directivo y por lo tanto no es necesario que tenga las características anteriormente citadas.

2) Los terapeutas centrados en el cliente deben aceptar emocionalmente a sus clientes; lo bueno y lo malo de ellos, sin poner condiciones a la aceptación, sin valorar ni juzgar los sentimientos ni la condición del cliente. Aquí los clientes deben sentirse completamente seguros en cuanto a la actitud del terapeuta, de manera que, puedan explorarse a sí mismos con plena libertad. Los terapeu-

tad psicoanalíticos también aceptan a sus pacientes sin condenar "moralmente" la conducta de éstos, pero tienden a colocarse en un plano emocional más lejano que el terapeuta centrado en el cliente. Además el terapeuta psicoanalista juzga de lo apropiado e inapropiado de la condición del paciente, así como también alaban la condición "bien adaptada" y señalan la mal adaptada.

3) Los terapeutas centrados en el cliente deben atender cabalmente las experiencias emocionales de sus clientes en todo momento, y deben ser capaces de reflejar esta comprensión en todo momento. Aunque los terapeutas psicoanalíticos dan muestras de comprender los sentimientos de sus pacientes, no hacen incapié en que la comprensión sea en todo momento condición de la terapia, que por sí misma conduzca a la modificación de la conducta.

La terapia centrada en el cliente se concentra en la experiencia humana subjetiva, o sea en cómo se ven las personas a sí mismas y cómo ven los acontecimientos de su vida. La psicoterapia psicoanalítica enfoca los aspectos internos, profundos de la motivación de la personalidad (Davidoff, 1980).



Con respecto al fenómeno terapéutico conocido como transferencia, los psicoanalíticos esperan que se de la transferencia, es más, la necesitan para su labor terapéutica, y por lo tanto es obvio que la promoverá (abierta o sutilmente). En tanto la actitud del terapeuta rogeriano es opuesta, ya que no espera la transferencia ni la necesita para su tarea, en dado caso que ésta se de, el terapeuta la aprovecha en el curso de la terapia. Por el contrario, su expectativa se refiere a que el paciente se experimente a sí mismo y al terapeuta de la manera más real posible. A esto se añade que, contrariamente a la actitud habitual del analizado que espera las interpretaciones de su analista, el paciente en la terapia de Rogers, tiende a desarrollar iniciativa y responsabilidad para una libre autoexploración, ya que la posición de su terapeuta es claramente favorable en ese sentido (Lerner, 1974).

Frente a las demás terapias, construidas en torno a la manipulación de la persona y a su adaptación a unos criterios clínicos preconcebidos, la terapia no directiva afirma la autonomía de la persona y trata de liberar a la terapia de los límites

estrechos -tanto teóricos como prácticos- a los que las escuelas habían confinado (Gondra, 1974).

## C A P I T U L O 4.

SIMILITUDES ENTRE EL ENFOQUE CENTRADO EN LA  
PERSONA Y LA TEORIA PSICOANALITICA  
EN LA TERAPIA.

Las similitudes que existen entre las teorías centrada en la persona y psicoanalítica son realmente pocas, ya que dichas teorías enfatizan diferentes aspectos del ser humano, pero en el presente capítulo se tratará de mostrar algunos de los principales puntos en común entre ambas.

Uno de los puntos en común entre estas dos teorías es con respecto al desarrollo humano normal ya que por un lado los terapeutas centrados en la persona afirman que de el nacimiento en adelante se desarrolla un único (sistema) autosistema. El individuo desarrolla estilos de percibir, sentir, etc. los cuales son característicos del ser humano. En tanto los psicoanalíticos sostienen que el crecimiento se lleva a cabo a través de la resolución de conflictos mediante etapas sucesivas. Y es por

medio de la identificación y la interiorización del Ego (Yo) maduro que ejerce el control y surgen las estructuras del carácter.

La meta que persiguen ambas terapias es por un lado: fomentar la autodeterminación, la autenticidad y la integración. Liberando el potencial humano y ampliando la conciencia (Rogers). La consecución de la madurez Psicosexual y fortalecimiento de las funciones del Ego que reducen el control ejercido por los impulsos inconscientes y reprimidos (Freud).

La Terapia Centrada en la Persona de Carl Rogers, así como la Terapia Psicoanalítica de Sigmund Freud, se basa en la introspección dado que suponen que la mejor manera de modificar la conducta desorientada es que el individuo adquiera una mejor conciencia de sus motivaciones y necesidades (London, 1964).

Tanto la teoría elaborada por Rogers así como la elaborada por Freud están interesadas en la cuestión básica de la existencia humana; ambas están encaminadas a aliviar el sufrimiento; ambas creen en que las interacciones que el individuo

sostiene con otras personas interfieren en el sano desarrollo de las personas.

Lerner en 1974 menciona que Freud era mucho menos directivo que la mayoría de sus seguidores, al sostener en su esquema del Psicoanálisis que: "El analítico respeta la peculiaridad del paciente, no procura modificarla conforme a sus propios ideales, y le es muy grato ahorrarse consejos y despertar en cambio, la iniciativa del analizado". Con estas palabras Freud se muestra notablemente afin al espíritu rogersiano, lo cual revela que las diferencias entre ambas psioterapias no implican la falta total de coincidencias. Y en pos de establecer correlaciones, es interesante destacar que el creador del psicoanálisis, aún dentro de su marco de referencia teórico, mostraba en su "modus operandi" un sorprendente parecido con la actitud de captación empática rogersiana. Así puede constatar-se el siguiente párrafo, perteneciente también al esquema del psicoanálisis: "La experiencia mostró en seguida que lo mejor y más adecuado que el médico analizador podía hacer era abandonarse a su propia actividad mental inconsciente, observándose en

un estado de atención constante, evitar en lo posible toda reflexión y toda producción de hipótesis conscientes; no querer fijar especialmente en su memoria nada de lo oído y aprehender de este modo, con su propio inconsciente, lo inconsciente del analizado". Por oposición al intelectualismo interpretativo de algunos analistas (sobre todo jóvenes), Freud se muestra aquí sugestivamente empático.

Con respecto al fenómeno llamado transferencia el terapeuta psicoanalítico acepta y mantiene dicho fenómeno, es decir, ayuda de una manera sutil a que exista la transferencia durante el proceso terapéutico, ya que para llevar a cabo el análisis desde un enfoque psicoanalítico es necesario que exista la transferencia, para que la meta de la terapia sea alcanzada. En tanto que el terapeuta con orientación humanista no "provoca" dicho fenómeno, aunque si este se llega a dar, la función del terapeuta es canalizarla a lo largo de la terapia para que el cambio de la persona sea favorable.

Quizás existen tantas similitudes como diferencias entre el psicoanálisis y el enfoque centrado en la persona debido a que muchos destacados te-

rapeutas centrados en la persona, fueron entrenados originalmente como psicoterapeutas. Uno de los teóricos existencialistas más destacados es Rollo May.

Según May (1976) vivimos en una época de transición. Los valores y las metas están cambiando continuamente, y esto nos lleva a poner en tela de juicio que es lo que podemos creer, y que es lo que nos hace sentirnos perdidos y desamparados. Por esta razón la gente busca la compañía para evitar la ansiedad que viene de la soledad y el vacío.

Al igual que Freud, May piensa que los seres humanos pasan por etapas de desarrollo definidas. El patrón que continúa a través de todas estas etapas es la lucha contra la independencia.

Otra similitud que comparten tanto el enfoque centrado en la Persona como la teoría Psicoanalítica es que ambas terapias se llevan a cabo por medio de la conversación entre el terapeuta y el cliente, la cual es el medio para realizar el cambio terapéutico.

Freud y Rogers comparten sus ideas en torno a la transferencia, mencionando que si los seres humanos abandonan la expansión, crecimiento y desarro-

llo por las finalidades de autoprotección; si las reestrictciones del neurótico y del psicótico representan "manifestaciones notables de destreza en el vivir" es razonable esperar que los esfuerzos de autoprotección general del paciente se revelen también como tales en sus reacciones específicas hacia el terapeuta (Singer, 1979).

Las teorías Centrada en la Persona y Psicoanalítica tienen similitudes en cuanto a la meta de la terapia; ya que el objetivo fundamental de los terapeutas con orientación humanista es de impulsar al cliente a que por sí mismo inicie su crecimiento y su autorrealización sin depender de nadie, en tanto que los psicoanalistas están conscientes que no ayuda al desarrollo del tratamiento el intervenir afectivamente con el paciente, por lo que ellos recomiendan que conforme vaya transcurriendo la terapia los pacientes encuentren por sí solos sus futuras normas de comportamiento y definan su personalidad (Garma, 1978).

Otra de las más importantes similitudes que comparten las teorías Centrada en el Persona y Psicoanalítica es que inmediatamente al iniciarse la



terapia los pacientes se suelen sentir aliviados, ya que los terapeutas de ambas orientaciones les crean un ambiente propicio para que no halla obstáculos que impidan el crecimiento, y la confianza del paciente.

Tanto el Psicoanálisis como el enfoque centrado en la Persona están encaminados a yudar a que las personas resuelvan sus conflictos de una manera satisfactoria. Ambas teorías se organizan de acuerdo al material verbal que les dan los pacientes durante la terapia; ambas, así mismo tratan de que los pacientes encuentren por sí mismos las mejores alternativas de solución a sus problemas dejando a un lado las sugerencias que les puedan aportar los terapeutas.

## C O N C L U S I O N E S .

En psicología existen diversas corrientes, las cuales han prevalecido; dichas teorías se orientan a tratar de resolver problemas de diversa índole, es por lo cual sumamente importante el conocer las bases teóricas de estas corrientes, así como también adentrarse a conocer su metodología y por supuesto las alternativas que dichas corrientes brindan a los pacientes en tratamiento.

Como un profesional, el psicólogo tiene la obligación de conocer los diferentes enfoques con los que cuenta el área de la psicología, para que en el momento en que alguna persona llega a solicitar ayuda profesional, éste oriente adecuadamente al paciente; ya que contará con una amplia gama de conocimientos en su área y también con las herramientas necesarias para ayudar a resolver todo tipo de problemas logrando mejoras satisfactorias en la conducta a futuro.

Partiendo de la idea anterior el presente trabajo encuentra un verdadero sentido al desarrollar

dos enfoques diferentes entre los muchos con que cuenta la psicología, específicamente en el campo de psicología clínica; ya que dicho campo es por demás vasto e interesante.

A lo largo de este trabajo se tocaron diferentes aspectos de dos corrientes psicológicas como son el Enfoque Centrado en la Persona y la Teoría Psicoanalítica de Carl Rogers y Sigmund Freud respectivamente

Primeramente se hizo una retrospectiva del enfoque centrado en la persona y de la teoría psicoanalítica, con la finalidad de conocer más el momento histórico-cultural prevaleciente, es decir, el tipo de ideología y hechos relevantes que pudieron contribuir a la creación de cada una de estas corrientes psicológicas. Así también como el conocer los aspectos relevantes e inquietudes que tanto Rogers como Freud tenían, lo cual los motivó a elaborar sus teorías psicológicas. De las cuales también se hace referencia en este trabajo y se explican sus principales actitudes (en el Enfoque Centrado en la Persona) y sus principales técnicas (en la Terapia Psicoanalítica), para llevar a cabo el pro-

ceso terapéutico. Dichas actitudes son de el enfoque centrado en la persona la Empatía, la Valoración Positiva Incondicional y la Congruencia. Y del Psicoanálisis sus técnicas son: El Análisis de Resistencias, El Análisis de Transferencias, El Análisis de los Sueños y la Asociación Libre.

De esta manera se trata de dar al lector una breve semblanza de la teoría psicoanalítica y del enfoque centrado en la persona; al citar los postulados teóricos y las metas a obtener respectivamente.

Al desarrollar el trabajo se pudo observar que la formación de Freud contrasta en gran medida con respecto a la formación de Rogers; ya que el primero nace en el siglo pasado, y las ideas predominantes en ese tiempo se inclinaban más a la investigación científica, de ahí que Freud halla tenido una formación más cientista y una profesión como la de médico. Es también por esta causa que sus investigaciones como científico las halla orientado a observar y analizar los procesos mentales tanto desde el punto de vista médico como psicológico.

El psicoanálisis se transformó no solo en un

movimiento, sino en una metafísica. Debe su origen a aquel investigador que por primera vez vió en el paciente algo más que el portador de una enfermedad y con ello, se abrió la posibilidad para acceder a nuevas relaciones en la comprensión de la salud y de la enfermedad. Lo que había sido considerado desde el principio como una relación impersonal en el encuentro médico paciente, fué destacado por Freud como lo más esencial en el proceso de curación a través de la cercanía y distancia personales entre el terapeuta y sus pacientes y en la comprensión de la historia interna de los mismos. Mediante el desciframiento de aquella parte de la Psique humana, denominada por él "inconsciente" se convirtió Freud no solamente en el fundador de una nueva comprensión de la enfermedad dentro de la medicina, sino en el precursor de una nueva psicología.

En contra posición Rogers se forma en una escuela conservadora, y tiene una especial inclinación por los estudios filosóficos y humanísticos, por lo cual estudia filosofía, historia y psicología. Rogers va combinando su formación desde e

punto de vista existencialista con las ideas humanistas que surgían en ese momento, por lo que al crear su teoría toma como eje principal la autodeterminación y la autosuficiencia que existe en todo ser humano de una manera innata.

Es característico de este enfoque que el terapeuta no de consejos, sugerencias u otro tipo de guías al paciente durante el tratamiento. Ya que el fundamento básico de esta corriente es que la actividad a desarrollar debe salir totalmente de la persona. Las características de este tipo de arreglo son que el terapeuta debe proyectar calor emocional, apreciación valorativa y autenticidad hacia el cliente; ya que esta conducta propicia en los pacientes una autoexploración con autoapreciación realista, disminuyendo la angustia la percibir y representarse a otros hombres y acontecimientos.

Finalmente en los dos últimos capítulos se trata de dar al lector las diferencias y las similitudes que existen entre el enfoque centrado en la persona y la teoría psicoanalítica específicamente en los elementos utilizados para llevar a cabo el proceso terapéutico, y a su vez conocer los tipos

de tratamientos, los objetivos de las terapias así como su duración.

Lo anterior tiene como meta que el lector se involucre más con respecto al conocimiento de las diversas teorías psicológicas, ya que la mayoría de lectores solo tiene una referencia somera en una o dos teorías y no conoce la variedad existente.

Para concluir, este trabajo no abarca en toda su grandiosa extensión los objetivos que la teoría psicoanalítica y el enfoque centrado en la persona consideran al elaborar sus planes de tratamiento, debido a la amplitud de materiales a revisar así como también a la falta de experiencia y conocimientos suficientes para reunir todo este material bibliográfico, analizarlo, y mostrarlo de tal manera que saliera un producto de gran calidad e incomparable valor documental.

## B I B L I O G R A F I A .

- Abraham, J. y Sperling, PSICOLOGIA SIMPLIFICADA.  
México. Compañía General de Ediciones. 1981 pp  
175-190
- Anzieu, Didier. EL AUTOANALISIS DE FREUD Y EL  
DESCUBRIMIENTO DEL PSICOANALISIS. volumen 1.  
México. Editorial Siglo XXI 1987 pp. 7-151.
- Anzieu, Didier. EL AUTOANALISIS DE FREUD Y EL  
DESCUBRIMIENTO DEL PSICOANALISIS. volumen 2.  
México. Editorial Siglo XXI 1988 pp. 641-704.
- Axline, Virginia. TERAPIA DE JUEGO. México. Editor-  
ial Diana 1983 Capítulo 2 pp. 18-58.
- Bernstein, Douglas y Nietzel, Michael. PSICOLOGIA.  
México. Editorial Trillas. 1986 pp. 369-376.
- Bernstein, Douglas y Nietzel, Michael. INTRODUCCION  
A LA PSICOLOGIA CLINICA. México. Editorial Mc  
Graw-Hill 1986 pp. 662-680.
- Condrau, Glen. INTRODUCCION A LA PSICOTERAPIA. Mé-  
xico. Editorial Diana Capítulo 2 pp. 15-81.
- Corev, Gerald. THEORY AND PRACTICE OF COUNSELING AND



- PSYCHOTHERAPY. Estados Unidos. Editorial Ful-  
lerton 1984 pp. 80-95.
- Davidoff, Linda. INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA. Mé-  
xico. Editorial Mc Graw-Hill 1980 Capitulo 12  
pp. 385-399.
- Davison, J. y Neale, P. PSICOLOGIA DE LA CONDUCTA  
ANORMAL. México. Editorial Limusa 1980 pp.  
550-580.
- De la Fuente, Ramon. PSICOLOGIA MEDICA. México.  
Editorial Fondo de Cultura Económica 1983 pp.  
14-25 y 376-390.
- De Peretti, Andre. LIBERTAD Y RELACIONES HUMANAS  
Madrid, España. Editorial Marova 1976 pp.  
19-27.
- Escobar, M. E. LA TRANSFERENCIA EN LA RE-FLEXION DE  
LOS CONCEPTOS DE FREUD EN LA OBRA DE LACAN.  
México. Editorial Siglo XXI 1983. pp. 57-70.
- Eysenck, H. J. PSICOLOGIA HUMANA. México. Editorial  
Manual Moderno Capitulo 20 pp. 355-365.
- Fedida, Pierre. DICCIONARIO DE PSICOANALISIS. Ma-  
drid, España. Alianza Editorial 1979 174p.
- Frank, Victor. PSICOANALISIS Y EXISTENCIALISMO. Mé-  
xico. Editorial Fondo de Cultura Económica

1980 pp. 110-119.

Freud, Anna. NORMALIDAD Y PATOLOGIA EN LA NIÑEZ. Buenos Aires. Editorial Paidós 1986 (biblioteca de psicología profunda) pp. 27-47.

Freud, Sigmund. LOS ORIGENES DEL PSICOANALISIS. España. Editorial Biblioteca Nueva 1981 pp. 20-37.

Freud, Sigmund. TRES ENSAYOS SOBRE TEORIA SEXUAL. España. Alianza Editorial 1983 pp. 240-250.

Freud, Sigmund. OBRAS COMPLETAS. España. Alianza Editorial pp.2457-2461.

Freud, Ernest y Freud, Lucile. SIGMUND FREUD SU VIDA EN IMAGENES Y TEXTOS. Buenos Aires. Editorial Paidós 1976 pp. 42-87.

Garfield, Sol. PSICOLOGIA CLINICA EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA. México. Editorial Manual Moderno 1979 269p.

Garma, Angel. EL PSICOANALISIS TEORIA, CLINICA Y TECNICA. Buenos Aires Editorial Paidós 1978 (biblioteca de psicología profunda) pp. 325-356.

Gondra, José. LA PSICOTERAPIA DE CARL ROGERS, SUS ORIGENES EVOLUCION Y RELACION CON LA PSICOLO-

GIA CIENTIFICA. Bilbao, España. Edición vizcaina 1975 (biblioteca de psicología) pp. 65-71.

González, Ana M. EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA. APLICACIONES A LA EDUCACION. México. Editorial Trillas 1987 pp. 15-50.

Greenson, R. Ralph. TECNICA Y PRACTICA DEL PSICOANALISIS. México. Editorial Siglo XXI 1989 pp. 23-157.

Keller, Fred. LA DEFINICION DE PSICOLOGIA. México. Editorial Trillas 1984 151 p.

Lafarga, Juan y Gomez del Campo, José. DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO. volumen 2 México. Editorial Trillas 1986 Capitulo 1 pp. 15-31.

Lafarga, Juan y Gomez del Campo, José. DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANID. volumen 3 México. Editorial Trillas Capitulo 3, Capitulo 5 y Capitulo 10 pp. 57-69, 87-98 y 155-172.

Landaver, G. PSICOLOGIA. Colombia. Talleres gráficos de Carvajal y Compañía 1975 pp. 92-109, 182.

León, B. Eugenia y Baez H. Yolanda. APUNTES DE PSICOLOGIA. México. 1981 Talleres gráficos del

- Instituto politecnico Nacional. Capitulo 1 pp. 7-30.
- Male, Pierre. PSICOTERAPIA DE LA PRIMERA INFANCIA. Buenos Aires. Amorrortu Editores 1975 pp. 203-213.
- Martinez, Miguel. LA PSICOLOGIA HUMANISTA FUNDAMENTACION EPISTEMOLOGICA, ESTRUCTURA Y METODO. México. Editorial Trillas 1982 pp. 68, 88 y 93.
- Morgan, G. y Clifford, T. BREVE INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA. México. Editorial Mac Graw-Hill 1980 pp. 78-90.
- Mueller, F. L. LA PSICOLOGIA CONTEMPORANEA. México. Editorial Fondo de Cultura Económica 1983 235 p.
- Rogers, Carl. PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. México. Editorial Paidós 1988 Capitulo 1, Capitulo 2 y Capitulo 4 pp. 19-31, 32-68 y 123-175.
- Rogers, Carl. ORIENTACION PSICOLOGICA Y PSICOTERAPIA. México. Editorial Paidós 1986 pp. 90-101.
- Rogers, Carl. EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. México. Editorial paidós 1961 pp. 101-146.

Rogers, Carl y Kinget, Marian. PSICOTERAPIA Y RELACIONES HUMANAS. España. Editorial Hombres, hechos e ideas. Tomo 1 1971 pp. 218-236.

Rubinstein, S. L. PRINCIPIOS DE PSICOLOGIA GENERAL. México. Editorial Grijalbo 1980 pp. 317-346.

Sarason, I. y Sarason, B. PSICOLOGIA ANORMAL. México. Editorial Trillas pp. 232-248.

Singer, Erwin. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA. México. Editorial Fondo de Cultura Económica 1979 pp. 65, 115, 119, 235-236.

Schaefer, Charles y O'connor, Kevin. MANUAL DE TERAPIA DE JUEGO. México. Editorial Manual Moderno 1988 Capítulo 1 y Capítulo 2 pp. 9-17 y 18-58.

Zimbardo, Philip. PSICOLOGIA Y VIDA. México. Editorial Trillas 1986 pp. 440-461.