

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

18
2 ej.

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA.**

**"INCIDENTES CRITICOS EN LA PSICOTERAPIA .
FRECUENCIA E IMPORTANCIA".**

**TESIS QUE PARA OBTENER
LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA
PRESENTA:
DRA. YESENIA MIRLE C. LOPEZ MONTALVO.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Febrero, 1997

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

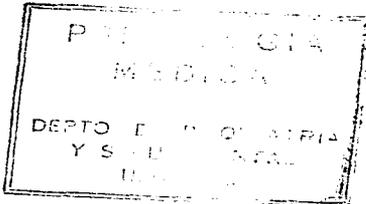
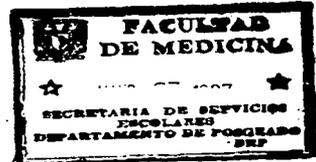
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL .
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA.**

**"INCIDENTES CRITICOS EN LA PSICOTERAPIA ,
FRECUENCIA E IMPORTANCIA".**

DRA. YESENIA MIRLE C. LOPEZ MONTALVO.

ASESOR:

Claudia Fouilloux Morales
Dra. Claudia Fouilloux Morales.



Alm.

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Introducción | 4 |
| Antecedentes | 5 |
| Objetivo general | 14 |
| Objetivos específicos | 14 |
| Planteamiento del problema | 15 |
| Justificación | 15 |
| Hipótesis | 15 |
| Sujetos, material y método | 16 |
| Diseño | 16 |
| Grupo de estudio | 16 |
| Criterios de inclusión | 16 |
| Criterios de exclusión | 16 |
| Metodología | 16 |
| Análisis estadístico | 17 |
| Resultados | 19 |
| Discusión y conclusiones | 24 |
| Bibliografía | 29 |

INTRODUCCIÓN.

La psicoterapia tiene su raíz principal en el Psicoanálisis Tradicional. Intentar cambios radicales en la estructura del carácter de una persona o promover su óptimo desarrollo espiritual, son objetivos de corrientes y escuelas psicoterapéuticas.

En la psicoterapia deben visualizarse , en diversas condiciones patológicas objetivos alcanzables en cada caso individual. Las condiciones patológicas en las cuales la psicoterapia encuentra aplicación abarcan una gama amplia que se extiende desde el apoyo muy pasajero que se le da a una persona para ayudarla a salir, hasta el contacto mantenido por años, con pacientes crónicos que necesitan ayuda psicológica para mantenerse funcionando y viviendo en su medio familiar.

La psicoterapia es un ingrediente siempre presente en el trabajo del psiquiatra, ya sea en el hospital, en el centro de salud, en la consulta privada etc. Las metas de la psicoterapia son que una persona identifique con el fin de cambiarlos, los elementos en su personalidad, sus actitudes, formas de relación y condiciones de su vida, que intervienen directa o indirectamente en la iniciación, curso y evolución de síntomas, trastornos o desviaciones que son para él o para otros motivo de sufrimiento.

El modelo tradicional en medicina de la relación Médico-paciente, es la alianza terapéutica. El médico aporta al paciente sus

conocimientos y su experiencia y el enfermo compromete su empeño y su buena voluntad, esto implica cultivar confianza y expectativas del paciente y le hace asumir responsabilidad en los cambios que se crean necesarios, sin embargo conforme la liga personal se hace más estrecha, es posible que el paciente muestre hacia el terapeuta actitudes irracionales que son análogas a otras actitudes tempranas a lo que FREUD llamó transferencia, su contrapartida la contratransferencia se expresa por actitudes y sentimientos irracionales que el psicoterapeuta puede experimentar hacia el paciente.

Los incidentes críticos definidos por la conducta de los pacientes que crean dificultades especiales para los psicoterapeutas, pueden dividirse en cuatro categorías importantes: amenaza de daño, crítica al terapeuta o a la terapia, presencia de una crisis vital importante, e intentos del paciente de buscar amistad o seducción hacia el terapeuta.

En estudios anteriores se han obtenido resultados convincentes de dichos incidentes críticos en psiquiatras expertos e inexpertos, concluyendo en que cada incidente fué evaluado como más importante y menos frecuente en los primeros y de manera contraria en los segundos.

ANTECEDENTES.

El término psicoterapia se refiere a cualquier forma de tratamiento por medios psicológicos que una persona adiestrada

lleva acabo a través de una relación profesional con un paciente, con el propósito de ayudarlo a remover o atenuar síntomas o patrones de conducta indeseables y mejorar el funcionamiento de su personalidad y sus relaciones con los demás.

En las últimas décadas la psicoterapia ha dejado de ser el tratamiento médico como lo fué en sus orígenes y se ha convertido en un instrumento de ayuda psicológica para personas que encuentran difícil contender con los problemas de la vida (1). Desde un punto de vista diferente se diría que la creciente demanda de tratamientos terapéuticos nace de las personas educadas como un deseo de usar medios científicos para librarse de síntomas, desviaciones y problemas cuya causa es o se asume que es psicológica.

Anteriormente entre los aspirantes a recibir psicoterapia predominaban las personas que sufrían alguna forma de psicopatología ya sea síntomas o desviaciones de conducta.

La psicoterapia pone en marcha cambios favorables en los modos de pensar, de sentir y de actuar. Es posible que lo verdaderamente importante es lo que ocurre realmente en la interacción del médico y el enfermo, es en base a que la persona que sufre es más receptiva y tiende a aceptar las explicaciones que le son propuestas por otra persona dotada de autoridad y lucidez (2).

Una corriente psicoterapéutica mantiene que los síntomas son explicables en términos de conflictos infantiles reprimidos y desaparecen cuando éstos conflictos se exteriorizan y se resuelven. Otra corriente sostiene que los síntomas son formas defectuosas de

aprendizaje y que detrás de ellos no hay nada que tenga importancia. Se dice que para corregirlos basta con adquirir mejores hábitos mediante formas de aprendizaje que modifican la conducta.(2).

Hay que decir que aún dentro de corrientes que tienen muchos elementos en común, algunos teóricos y practicantes enfatizan los aspectos técnicos de sus tratamientos, en tanto que otros sostienen que la técnica no tiene importancia y que lo verdaderamente esencial es la personalidad y la capacidad empática del médico. Una diferencia sustancial en el campo de la psicoterapia es la forma de concebir y de manejar la relación con el paciente.

Una distinción que se hace precisa en el campo de la psicoterapia, es la diferencia entre psicoterapia que dá apoyo y la psicoterapia que se basa en el esclarecimiento de las causas de los problemas y desórdenes.

En la práctica la diferencia puede no ser tan fácil. Por una parte, en cualquier forma de psicoterapia el apoyo moral del médico juega un papel importante, y por otra siempre se proponen explicaciones esclarecedoras de las causas, aún cuando sean implícitas.

Estas explicaciones han de ser aceptadas por el enfermo. No puede ponerse en duda, que dentro del marco de su relación con el médico los pacientes deben de encontrar apoyo y que sus explicaciones les ayudan a dar significados a sus síntomas.

En el psicoanálisis tradicional y en otros sistemas derivados de él el centro del proceso es el análisis de la transferencia y la contratransferencia. Hay algunos ingredientes que siempre están presentes en la relación del médico con el paciente : la autoridad del médico, la confianza del paciente, la fé compartida por ambos participante y el respaldo del grupo social al cual pertenecen.(4).

Aún cuando dos terapeutas hayan recibido el mismo entrenamiento y apliquen las mismas técnicas, las diferencias entre uno y otro en cuanto a inteligencia, sensibilidad, intuición, autoridad, estabilidad, imaginación, objetividad y capacidad de comunicación pueden ser notables, como también lo son las diferencias en cuanto a la autenticidad de sus motivos y el conocimiento que cada uno tiene de sí mismo, todo lo cual permite a unos tener mayor poder que otros, para influir en sus pacientes mediante sus palabras, sus gestos y sus silencios. (5)

La experiencia del médico tiene gran importancia, es interesante mencionar que una investigación en la que se trató de determinar las prácticas que ponen en juego psicoterapeutas de distintas escuelas, se encontró que con el paso de los años, son mayores las semejanzas entre lo que hacen unos y otros.

Conforme evoluciona la psicoterapia y la liga personal se hace más estrecha, es posible que el paciente muestre hacia el terapeuta actitudes irracionales que son análogas a otras actitudes tempranas (6). FREUD denominó transferencia a estos elementos irracionales infantiles como son : dependencia, hostilidad, rebeldía, amor,

rivalidad, etc. ; que se instalan en la situación terapéutica. Su contrapartida la contratransferencia que también se expresa por actitudes y sentimientos irracionales que el psicoterapeuta experimenta hacia el paciente y de lo que puede suscitar en algunos casos " incidentes críticos".

El concepto de incidentes críticos fué desarrollado por FLANAGAN (7) como una forma de identificar los elementos conductuales que guardan alguna relación especial con el resultado de la terapia. Por ejemplo se ha aplicado a la identificación de conductas que caracterizan a los maestros "efectivos" e "inefectivos" al ser juzgados por estudiantes preparatorianos. También se ha aplicado para desarrollar entrevistas de trabajo que se enfocan a la forma en que los aspirantes a un puesto manejan los problemas especiales que podrían surgir.

En el contexto psiquiátrico se ha utilizado para identificar los estímulos parentales afectivos (8), los incidentes que sirven de predictores o precipitadores para que los pacientes busquen tratamientos como externos y en aspectos del proceso de supervisión de los terapeutas en entrenamiento. La investigación de incidentes críticos en el área de la psicoterapia, aunque ha sido limitada, se ha realizado en diferentes contextos y formas, en su estudio inicial ELBERT obtuvo juicios emitidos por psiquiatras, psicólogos, y otros trabajadores de la salud mental sobre incidentes específicos de la conducta que se creían serían signos representativos de inmadurez

emocional; se reportó un total de 458 incidentes que fueron agrupados en 51 categorías generales.

En un libro STANDAL y CORSINI, publicado en 1959 se interpretó el concepto de incidente crítico de un modo diferente, ya que ellos proporcionaban una descripción de un paciente en psicoterapia junto con la intervención terapéutica controversial, por ejemplo; decirle al paciente "que deje de ser promiscuo". Cada incidente crítico fué seguido de comentarios sobre el procedimiento, la teoría o comentarios éticos por varios críticos eminentes.

Otra forma de estudiar los incidentes críticos en la psicoterapia consiste en identificar la conducta del terapeuta o patron de conducta de interés para determinar la propia conducta del paciente o su discurso justo antes o inmediatamente después de la intervención del terapeuta. (9).

Un ejemplo de esta forma de abordaje es el estudio de LUBORSKY et, al; quienes consideraron a la interpretación de la transferencia del terapeuta como un incidente crítico. En este estudio el discurso fué evaluado justo antes de y enseguida de la interpretación de la transferencia.

Se ha definido al incidente crítico como eventos inusuales o infrecuentes que crean problemas difíciles para el terapeuta. La respuesta del terapeuta a tales incidentes se piensa que tiene un efecto importante en el curso subsecuente de la psicoterapia, que puede mejorar o empeorar este proceso.

Una variante de este abordaje fué escrito por HOROWITZ et, al; (10) ellos identificaron un incidente crítico como una situación en la cual el paciente se comporta con actitudes de enojo, demandante, o alegadora y entonces revisaron la respuesta del terapeuta como indicadores de incomodidad. Los terapeutas que responden de una manera neutral a la conducta provocadora de los pacientes reportaron menos incomodidad que aquellos terapeutas que tuvieron respuestas no neutrales.

Se han descrito otras dos formas distintas de abordar los incidentes críticos en la literatura. En una de ellas, se hace un intento para analizar el impacto inmediatamente útil de la intervención del terapeuta. Un ejemplo de éste abordaje se presenta en el trabajo de ELLIOT et, al; en un estudio con clientes voluntarios, se identificaron 8 tipos de conductas terapéuticas "útiles" (por ejemplo; afirmación, o reaseguramiento, clarificación y comprensión) y 6 tipos de conductas obstaculizantes y tales formas de respuesta del terapeuta como interpretación de autodescubrimiento. En el segundo abordaje de los incidentes críticos LAVIS et, al ; reunieron un grupo de 30 situaciones difíciles encontradas en la terapia. Se evaluaron 9 categorías de dificultades para cada situación, incluyendo las siguientes: sentirse incompetente con el propio desempeño como terapeuta, sentirse confundido acerca de los aspectos técnicos y los pasos futuros, y sentirse fuera del rapport (simpatía, armonía, concordancia) con el paciente. Curiosamente ninguno ha publicado una lista detallada de

incidentes críticos definidos por la conducta de los pacientes que crean dificultades especiales para el terapeuta.

Los pacientes médicamente enfermos pueden provocar diversas reacciones emocionales en el terapeuta (13). Algunos pacientes pueden desencadenar preocupación excesiva, otros despiertan sentimientos de hostilidad y rechazo. El terapeuta debe identificar estos sentimientos con objeto de comprender mejor al paciente y de conservar una actitud de neutralidad terapéutica. La neutralidad a este respecto no significa falta de preocupación por el paciente, sino una actitud compatible y empática con los sentimientos del paciente sin deformación incorrecta por las reacciones personales del terapeuta (14). Las intervenciones que se originan en las necesidades del terapeuta, incluso aunque tengan buenas intenciones, pueden no ser útiles para el paciente. Puede desarrollarse una actitud de apoyo excesivo cuando el terapeuta se identifica con el desamparo del paciente o intenta contrarrestar los sentimientos subyacentes de frustración e impotencia de éste. Este apoyo quizá prive a algunos pacientes de la oportunidad de desarrollar autonomía o autosuficiencia mayores.

También pueden surgir sentimientos hostiles hacia el paciente por diversos motivos. En algunos casos estos sentimientos negativos por parte del terapeuta sirven para conservar una distancia emocional del paciente cuya tensión amenaza ser abrumadora. (15). En otros casos, los pacientes que tienen ira intensa tenderán a

lograr un mayor sentido de control sobre sus sentimientos al provocar los sentimientos semejante en el terapeuta.

Tanto los médicos primarios como los terapeutas que atienden a los pacientes médicamente enfermos deben ser capaces de tolerar los sentimientos intensos de ellos mismos y de sus pacientes con objeto de conservar una actitud útil (15).

Es claro que las dificultades para establecer la validez científica de la psicoterapia depende de la multiplicidad de factores que intervienen en ella y la dificultad hasta ahora insuperable para controlarlos. JASPERS hablaba del dudoso ideal de la investigación objetiva de la psicoterapia, en efecto, la psicoterapia más que una ciencia es un arte intuitivo aunque como todo arte tiene reglas, sin embargo sus alcances, sus indicaciones, sus ingredientes, y sus resultados, son en principio accesibles a la indagación científica.

En los últimos años se han diseñado instrumentos para medir aunque sea crudamente, algunas variables en el proceso psicoterapéutico por ejemplo las actitudes del terapeuta y la de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL:

Detectar las actitudes de un grupo de terapeutas hacia los incidentes críticos que pudieran presentarse en el curso de la psicoterapia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la variación en las actitudes de los psicoterapeutas según su edad, y años de experiencia.
- 2.- Determinar la actitud que guardan hacia el grado de importancia y frecuencia de presentación de los incidentes críticos dentro de su propia experiencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la variación en la importancia y frecuencia que asignan los terapeutas a los incidentes críticos según su edad y experiencia.?

JUSTIFICACION:

Se ha descrito que los incidentes críticos en la psicoterapia pueden alterar el curso del proceso terapéutico; la advertencia de dichos incidentes es importante para detectar tempranamente cualquier situación que pudiera ocasionar estrés y ruptura de la relación terapéutica e influir de esta manera en la evolución de la terapia hacia la mejoría o el empeoramiento de la relación médico paciente y por lo tanto de la posibilidad de cura del paciente.

HIPOTESIS:

A mayor edad y experiencia del terapeuta se considera a los incidentes críticos como más importantes y menos frecuentes, en tanto que a menor edad y experiencia del terapeuta se consideran como menos importantes y más frecuentes.

SUJETOS, MATERIAL Y METODO:

El estudio se realizó en un grupo de Psiquiatras elegidos al azar, con experiencia en Psicoterapia.

DISEÑO: Es un estudio de tipo: Observacional, descriptivo, de corte transversal y abierto.

GRUPO DE ESTUDIO: 14 Terapeutas masculinos y 11 femeninos con edades entre 28 y 72 años y con experiencia que va de los 2 a los 20 años en la práctica psicoterapéutica.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1.- Psiquiatras con práctica en psicoterapia sin importar edad ni años de experiencia.

2.- Psiquiatras que aceptaran voluntariamente responder en forma anónima a un cuestionario de incidentes críticos en psicoterapia.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Psiquiatras que no tuvieran experiencia en psicoterapia.

2.-Psiquiatras que no no aceptaran responder el cuestionario de incidentes críticos.

METODOLOGIA: Se aplicó un cuestionario que incluía 52 incidentes críticos (apéndice 1), de acuerdo al formato reportado por Plutchik y cols., el cual fue traducido inicialmente al español y retraducido al inglés con el fin de corregir cualquier error sintáctico o semántico que pudieran estar presentes. Este cuestionario fue realizado por un grupo de 10 psicoterapeutas experimentados, en el se incluyen 52 reactivos, en forma de lista, que contiene una oración

que expresa un incidente crítico, esta lista de incidentes le fue entregada a 30 psiquiatras, a los cuales se les pidió que lo contestaran de manera anónima. 25 de los cuestionarios fueron entregados con las contestaciones (14 hombres y 11 mujeres). Dentro del cuestionario se les pidió a los participantes que calificaran cada uno de los incidentes presentados, en una escala de 0-3, de acuerdo a cuan importante es cada incidente, en su potencial para afectar el curso futuro de la psicoterapia, dentro de esta escala la equivalencia de los valores fue: 0: Sin importancia, 1: poco importante, 2: algo importante, 3: muy importante. Además se les solicitó calificar cada incidente de acuerdo a la frecuencia en que cada incidente se había presentado en su práctica personal, utilizando también una escala de 0 a 3, donde los valores equivalían a nunca, raras ocasiones, algunas ocasiones y muchas ocasiones.

ANALISIS ESTADISTICO: El análisis de los datos obtenidos fue el promedio de los valores que cada una de los psiquiatras contestó, con el fin de hacer una descripción de los datos obtenidos (este método puede no ser muy útil debido a la naturaleza no paramétrica de los datos obtenidos, sin embargo nos puede dar una idea del comportamiento general de estos). Adicionalmente se realizaron correlaciones de Spearman, entre la calificación de la importancia de cada uno de los incidentes críticos reportados y el sexo del terapeuta, su experiencia como psicoterapeuta y la edad. Asimismo se realizó un análisis factorial, con el método de los componentes principales,

seguido de una rotación varimax para la obtención de la composición.

RESULTADOS.

Los resultados de los promedios obtenidos para la importancia de cada uno de los incidentes críticos reportados se muestran en la tabla 1, presentándose las medias y desviaciones estándar tanto de la importancia subjetiva, como de la frecuencia.

La media total de importancia para todos los incidentes críticos fue de $2.12 \pm .65$, sugiriendo que cada uno de estos incidentes o eventos eran considerados de una importancia variable. La media de la frecuencia fue de 1.041 lo que sugiere además que estos eventos ocurren en pocas ocasiones.

No hubo mucha concordancia entre las respuestas que dieron los sujetos encuestados, aunque en general podemos decir que la importancia general a los incidentes críticos reportados fue media. Los reactivos que obtuvieron mayores promedios respecto a los demás fueron los números 26 y 27, relacionados a ideas o amenazas de suicidio por parte del paciente, el tercero en orden de importancia fue respecto a la agresión física por parte del paciente (preg. 4) y, la discontinuación de la medicación (preg. 41). Los reactivos calificados como los menos importantes fueron la 50, que se refiere a encontrarse al paciente fuera del consultorio, la 47, respecto a si el paciente se refiere al médico utilizando su título profesional, y la 33, "el paciente necesita ir al baño durante la sesión".

Por otra parte, las correlaciones efectuadas fueron en general no significativas, las únicas correlaciones significativas que se encontraron fueron las siguientes:

-Pregunta 40 con la edad ($r=-0.4411$, $p=0.35$).

-Preguntas 48 y 49, que tienen que ver con el contacto con la familia por parte del terapeuta con la experiencia en psicoterapia ($r=-0.5068$, $p=0.16$; $r=-0.5132$, $p=0.15$, respectivamente).

-Pregunta 50, "el paciente se encuentra al terapeuta fuera del consultorio", con la experiencia en psicoterapia.

-Pregunta 9, 22 y 27 con el sexo ($r=0.4856$, $p=0.14$; $r=0.4552$, $p=0.22$; $r=0.4031$, $p=0.46$).

Respecto al análisis factorial, este obtuvo un total de 8 factores, de composición múltiple, es decir frecuentemente el mismo ítem tenía pesos elevados en más de un factor, lo que dificulta de manera importante la interpretación general de la matriz rotada. Sin embargo, esta variación obtenida nos muestra que existieron inconsistencias importantes relacionadas con la contestación de los reactivos, probablemente determinadas por inferencias que algunos psiquiatras de los encuestados hicieron acerca del significado subyacente del ítem. Este fenómeno es más claro respecto al ítem 22, "el paciente dice "te odio" al terapeuta", el cual se caracterizó por una gran variabilidad en las respuestas obtenidas. Sin embargo a pesar de estas inconsistencias, parece ser que la mayoría de los encuestados contestaron de una manera muy similar.

Tabla 1. Promedios y desviación estándar, de la importancia y la frecuencia, por cada uno de los reactivos, del cuestionario de incidentes críticos en psicoterapia.

| | Importancia | Frecuencia |
|---|--------------------|-------------------|
| 1.- El paciente expresa descontento con la terapia. | 1.68±.99 | 1.16±.75 |
| 2.- El paciente expresa descontento con el terapeuta. | 2.24±.88 | 1.08±.70 |
| 3.- El paciente amenaza con terminar el tratamiento. | 1.96±.98 | 1.20±.76 |
| 4.- El paciente agrede físicamente al terapeuta. | 2.44±1.12 | .00±.00 |
| 5.- El paciente insulta al terapeuta. | 2.28±1.02 | .48±.51 |
| 6.- El paciente no paga al terapeuta el momento usual. | 1.64±.99 | 1.36±.81 |
| 7.- El paciente se queda callado por tres minutos o más. | 1.36±1.15 | 1.48±.92 |
| 8.- El paciente intenta tener contactos extras con el terapeuta fuera de la terapia por teléfono. | 1.72±.68 | 1.72..±.84 |
| 9.- El paciente expresa la intención de dañar a alguien. | 2.32±.85 | 1.04±.61 |
| 10.- El paciente expresa fantasías de asesinato. | 2.32±1.03 | .72±.74 |
| 11.- El paciente reta a la capacidad del terapeuta. | 2.08±.61 | 1.12±.78 |
| 12.- El paciente rechaza la terapia. | 1.96±1.06 | 1.04.±.73 |
| 13.- El paciente critica la terapia. | 2.08±.70 | 1.12±.78 |
| 14.- El paciente desea prolongar la sesión. | 1.60±.87 | 2.04±.93 |
| 15.- El paciente llega tarde a la sesión. | 1.84±.69 | 1.72±.54 |
| 16.- El paciente llega intoxicado a la sesión. | 2.28±.98 | .64±.64 |
| 17.- El paciente pierde las citas regularmente sin cancelar previamente. | 2.12±.78 | 1.16±.62 |
| 18.- El paciente invita al terapeuta a eventos sociales (v.g. su boda). | 2.24±.66 | 1.00±.71 |
| 19.- El paciente expresa deseos sexuales respecto al terapeuta. | 1.96±1.2 | .92±.57 |
| 20.- El paciente trata de besar al terapeuta. | 1.92±1.12 | .36±.57 |
| 21.- El paciente dice "te amo" al terapeuta. | 1.76±1.01 | .44±.65 |
| 22.- El paciente dice "te odio" al terapeuta. | 1.68±1.18 | .24±.44 |
| 23.- El paciente dice sentirse rechazado por el terapeuta. | 2.12±.78 | 1.12±.60 |
| 24.- El paciente se deteriora (se psicotiza). | 2.36±.95 | .52±.65 |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 25.- El paciente muestra nuevos síntomas. | 2.12±.88 | 1.60±1.00 |
| 26.- El paciente amenaza con suicidarse. | 2.60±.65 | 1.24±.60 |
| 27.- El paciente expresa ideas suicidas. | 2.56±.58 | 1.88±.67 |
| 28.- El paciente rechaza la medicación. | 1.48±.92 | 2.00±.71 |
| 29.- El paciente suspende la medicación. | 2.44±.58 | 1.56±.51 |
| 30.- El paciente reporta una enfermedad física. | 2.04±.61 | 1.44±.71 |
| 31.- El paciente se enferma durante la sesión. | 1.96±1.02 | .52±.51 |
| 32.- El paciente desarrolla un ataque de pánico durante la sesión. | 2.04±.93 | .44±.65 |
| 33.- El paciente necesita ir a el baño durante la sesión. | 1.12±.97 | .72±.79 |
| 34.- El paciente ofrece obsequios al terapeuta. | 1.48±1.05 | 1.60±.76 |
| 35.- EL paciente expresa celos de la esposa, familia u otros pacientes del terapeuta. | 1.56±1.00 | .92±.76 |
| 36.- El paciente expresa resentimiento por no ser tratado de una manera especial. | 1.72±1.10 | .92.49± |
| 37.- El paciente ha visto a un segundo terapeuta y lo revela. | 1.12±1.09 | .92±.40 |
| 38.- El paciente entrevista al terapeuta como un posible terapeuta para el mismo. | 1.60±1.00 | .88±.83 |
| 39.- El paciente solicita cuotas menores para el tratamiento. | 1.64±.91 | 1.60±.87 |
| 40.- El paciente reporta un evento traumático mayor (v.g. la muerte de la esposa o de uno de los padres). | 2.16±.85 | 1.76±.60 |
| 41.- El paciente revela un crimen mayor o un acto criminal. | 2.44±1.04 | .36±.64 |
| 42.- El paciente reporta un cambio mayor de la vida, como la pérdida del empleo. | 2.28±.89 | 1.52±.77 |
| 43.- El paciente reporta un cambio mayor de la vida, como un embarazo. | 2.08±1.04 | 1.40±.82 |
| 44.- El paciente reporta un cambio mayor de la vida como una enfermedad grave. | 2.40±1.00 | 1.08±.70 |
| 45.- El paciente arriba a una hora no pactada en una emergencia. | 2.08±.91 | 1.12±.53 |
| 46.- El paciente hace preguntas personales al terapeuta (¿está casado(a)?). | 1.72±.84 | 1.44±.77 |
| 47.- El paciente se refiere al terapeuta sin utilizar el título profesional. | 1.08±1.04 | 1.44±1.00 |

| | | |
|--|-----------|----------|
| 48.- Un miembro de la familia del paciente llama para solicitar información acerca del paciente. | 1.92±1.00 | 1.40±.65 |
| 49.- Un miembro de la familia del paciente llama y pide al terapeuta que haga una intervención específica. | 1.68±1.22 | 1.00±.71 |
| 50.- El paciente encuentra al terapeuta fuera del consultorio (v.g. en un supermercado). | .72±.89 | .84±.85 |
| 51.- El paciente llega muy tarde. | 2.00±.82 | 1.16±.55 |
| 52.- El paciente llega a la hora equivocada y quiere ser atendido. | 1.80±.96 | .88±.44 |

DISCUSION.

En base a las respuestas subjetivas que dieron los psicoterapeutas encuestados, la identificación de estos incidentes críticos en la psicoterapia, tiene consecuencias que principalmente afectan el área del entrenamiento de los psicoterapeutas. Los incidentes críticos crean dificultades para el terapeuta, ya que tienden a crear estrés en el terapeuta y alterar de manera significativa la alianza terapéutica. El modo en que el psicoterapeuta resuelve esta situación indudablemente influye en el éxito de la psicoterapia.

Los incidentes críticos serán descritos en 5 categorías importantes: amenaza de daño a sí mismo o a otros, crítica o falta de confianza en el terapeuta o la terapia, presencia de una crisis vital grave durante la terapia, intentos por el paciente de buscar amistad con el terapeuta o seducirlo, e incidentes miscelaneos: llegar tarde a las sesiones con frecuencia,. Estas categorías parecen relacionarse a temores de un tipo o de otro: miedo de daño corporal, miedo de ruptura de la alianza, miedo de ser llamado incompetente, miedo a la cercanía, temor de pérdida financiera, o temor de un litigio. Muchos de estos miedos son reacciones razonables a los retos impuestos por estos incidentes críticos y tienden a movilizar intentos apropiados de enfrentamiento al problema.

Las diferencias entre psiquiatras expertos e inexpertos podrían reflejar una diferencia en el tipo de pacientes que atiende cada

grupo. Los residentes inexpertos basan sus juicios considerablemente por los contactos con los pacientes de la clase media baja que se atienden en la consulta externa o en hospitales municipales.

Los expertos basan sus juicios en su clientela de la práctica privada. Esto cuenta para el hecho de que los residentes perciben muchos de los incidentes críticos como no tan importantes y más frecuentes que los expertos. En otras palabras los pacientes de las clínicas son más propensos a perder sus citas sin avisar, más que los pacientes privados; y además se presentan a horas en que no se les citó y llegan intoxicados a la sesión.

El conocer los incidentes críticos es también de valor para los supervisores clínicos. Tal conocimiento permite al supervisor enfocar su atención en los aspectos claves de la terapia. La identificación de tales incidentes críticos puede constituirse en un paso hacia el desarrollo de la mejoría de métodos para el entrenamiento de psiquiatras y la práctica efectiva de la psicoterapia.

Este aspecto, en donde los incidentes críticos se vuelven de capital importancia en la formación de psicoterapeutas, involucra principalmente a aspectos propios del terapeuta, como su personalidad y la capacidad de comunicación, que tiene incidencia principalmente sobre el establecimiento de límites para el paciente, en el curso del tratamiento psicoterapéutico.

La personalidad del terapeuta se comunica por si misma a los pacientes, desde los primeros momentos del intercambio terapéutico,

en ese inevitable proceso de autodefinición, el terapeuta establece "límites", delinea su perfil personal, al que el paciente debe ajustarse.

Hay casos en el trabajo psicoterapéutico con adultos en que los límites impuestos y las técnicas que los fijan son idénticos a los que se han impuesto al tratar con niños. El terapeuta no permitirá a los pequeños que arremetan contra él físicamente en la ludoterapia, y sería también completamente disparatado dejar que los adultos le lesionaran. Hay dos razones obvias para evitar el ataque físico: la primera es que el terapeuta establece tales límites porque valora sinceramente su bienestar, y nadie que obre así puede permitir a los demás que lo perturbe; la segunda es que, al no permitir que el paciente le haga daño, el terapeuta impide actos que, en última instancia, producen profundo sentimiento de culpabilidad en el paciente. Sería perjudicial para el paciente que el terapeuta estructurara sus relaciones de tal modo que contribuyera a una destructividad mayor, a un sentimiento mayor de culpabilidad y a mayores defensas contra éste.

Desde el día en que FREUD (1913) recomendó que el paciente yaciera en un diván, mientras el analista se sentaba tras él y "fuera del alcance de su vista" a fin de que las comunicaciones del paciente no sufriesen la influencia de la conducta del terapeuta, se propuso que entre ellos no hubiera ningún otro contacto, salvo el de las entrevistas fijadas regularmente.

Se ha instado a los terapeutas a que eviten cualquier situación que pueda originar un encuentro en un ambiente social o en circunstancias similares. La razón principal de apoyar esta limitación es la creencia de que cuanto menos sepa el paciente acerca del terapeuta, más posibilidades habrá de que sus reacciones hacia él sean transferencias, fantasías y actitudes que en realidad son sentimientos básicos hacia alguna persona significativa en el pasado del paciente y ahora desplazados hacia el terapeuta. Los que opinan así llegan a la conclusión de que cuanto menos sepa el paciente acerca del terapeuta, tanto más "puras" serían sus reacciones transferenciales.

La fijación de límites facilita la relación entre el paciente y el terapeuta y protege el bienestar del paciente, evitando una conducta que acarrearía perjuicios irrevocables e irreparables. Limitar rígidamente los contactos entre terapeuta y paciente en las sesiones terapéuticas, puede favorecer el desarrollo de cierto material transferencial, pero al mismo tiempo puede impedir el descubrimiento de otras actitudes transferenciales reveladoras.

El establecimiento de límites tiene consecuencias emocionales importantes para el paciente. Impide el desarrollo de sentimientos innecesarios de culpabilidad; reduce el desasosiego del paciente, de que el terapeuta se le exija más de lo soportable, y estimula su sentido de la realidad; le ayuda a lograr la autodefinición y conciencia de sí mismo, al enfrentarle, cara a cara, con la realidad y la definición de otra persona. Los límites racionales, en la medida

que reflejan integridad, sugieren a los demás que el desarrollo del respeto propio es una posibilidad real en la existencia humana.

BIBLIOGRAFIA.

1.-De la FUENTE R. :Cuaderno de Psicología médica. Dpto. Psiq. Salud mental UNAM. vol. Psicoterapia en la Medicina junio 1990 -3-6.

2.- De la FUENTE R. Cuaderno de psicología médica Dpto. Psq.y Salud Mental UNAM vol- Unidad y diversidad de las influencias Psicoterapéuticas. junio 1990 -16-23.

3.- ROBERT PLUTCHIK , Ph, D. CRITICAL INCIDENTS IN PSYCHOTERAPY. Am. Journal of Pchychoterapy 1994 vol. 48 No. 1.-75-84.

4.- GREBEN SE: The essence of Psychotherapy. Br. Journal of Psychiatry 1981 vol. 138 : 449-451.

5.- POWER Rn, ; On the Process and Practice of Psychotherapy: Some reflection. Br. Journal Med. Psychology-1981, 54 No.1 -15-23.

6.- LOWEMBERG G. :Interindividual Consistences in Determining behavior Am. Journal 1986 45, - 32-40.

7.- GREBEN Se: Psychotherapy Today Further Consideration of the Essence of Psychotherapy 1987; 151-283-287.

8.- DOANE J.,Fallown I, Goldstein M.,Mintz J., ;Parental affective style and the treatment of Schizophrenia. Arch.Gen. Psychiatry 1985 vol. 42 -34-42..

9.- HEPPNER P. Roehlke H; Differences among supervises at different levels of training:Implications fora development. Model of supervision. J. of Counsoling Psychiatry; 1984, 31:1; 7-90.

10.-LUBORSKY L; Bach Rach H; Graff H.; Pulver S. ; Christoph P.A. ; Preconditios and consequences of transference interpretations.J. Nerv, and Mental Disease 1979, 167; No. 7: 391-401.

11.-DAVIS J. et, al; Development of taxonomy of therapist difficulties: Initial report. British Journal of Medical 1987; 60:109-119.

12.-MARMOR J. et, al: Dynamic Psichoterapy and Behavior Therapy: Are they Irreconcilable?. Arch. Gen. Psychiatry, 1971, 24: 22-28.

13.-LAKE B. Hope Ch.B. et,al: Concept of Ego Strenght in Psychoterapy. Br, J. Psychiatry 1985; 147: 471-478.

14.-LATTHAN G; Saari M.: The Situational Interview. ; J. of applied Psych. 1980, 65, No. 4, 422-427.

15.-STEINER J: et, al; Psychoterapy Under Attack. Lancet 1 (8423), 1985; 266-267.