

Universidad Nacional Autónoma de México  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Tesina

*El Dolor Psíquico del Profesional de la Salud como  
Contratransferencia durante la Práctica Profesional*

Que para obtener el título de  
Licenciado en Psicología

*Presenta*

**Gabriel Vega Jiménez**

No. De cuenta 09854106-3

Asesor

**Dr. Juan Refugio Salinas Orozco**

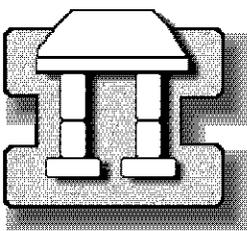
Dictaminadores

**Lic. Jorge Montoya Avecías**

**Mtra. Maria Luisa Olivares González**

Tlalnepantla Edo. De. México

Los Reyes Iztacala, Junio 2005





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.

## Reconocimientos



A la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Estudios Superiores Campus Iztacala, a sus profesores que con su conocimiento fundamentaron el suelo del lugar desde el cual ahora parto.

Gracias a sus caminos recorridos y a sus verdades adoptadas es que puedo decir que construyo y discierno mi propio sendero; agradezco al discurso psicoanalítico y al Interconductual, al Dr. Juan Salinas Orozco, a la Mtra. Maria Luisa González Olivares, al Prof. Jesús Nava Ranero y al Mtro. Eugenio Díaz-González que sin saberlo reventaron mis ecos más silenciados, colocándome en la disyuntiva de escuchar o seguir gritando

## Agradecimientos



Gracias a mi Padre, a mi Madre y mis hermanos por dejarme ser en la medida de sus posibilidades y fuera de ellas.

A mis amigos de siempre, a mis entrañables y eternas amigas, a mis compañeros artistas, y al extraño y discreto eco.

Gracias a la “mala suerte”, a la desesperación, a la angustia, al deseo, al síntoma porque hablan de una verdad no dicha, ya que detrás de ellos está la tranquilidad y la alegría verdaderos

# ÍNDICE

Reconocimientos	I
Agradecimientos	II
Resumen	IV
Introducción	V
Capítulo 1. El dolor	
1.1. Siempre el dolor	2
1.1.1. Historia del concepto de dolor	5
1.1.2. Los encargados del dolor	9
1.2. Nervios luego entonces dolor	14
1.2.1. Teorías del dolor fisiológico	16
1.2.2. Tipologías del dolor	20
1.3. El dolor psicológico	23
1.3.1. El dolor visualizado por la Psicología	23
1.3.2. Factores que influyen en la percepción del dolor	25
1.3.3. ¿Dónde está la herida del alma?	30
1.4. El psicoanálisis y su aproximación al dolor	34
1.4.1. Sigmund Freud explica el dolor psíquico	38
1.4.2. Dolor anímico ¿cuestión de placer y displacer?	43
Capítulo 2. La convocación del dolor psíquico	
2.1. Emociones y sentimientos como piedra angular del dolor psíquico	53
2.1.1. De la fisiología hasta la psicología de las emociones	57
2.2. Un psicoanálisis a los afectos	63
2.2.1. Angustia y dolor	71
2.2.2. Lo latente del dolor psíquico	75
2.3. El dolor psíquico en la afectividad vincular clínica	77
2.3.1. La alianza terapéutica	80
2.3.2. Transferencia	83
2.3.3. Contratransferencia	90
2.3.4. Lo presente del inconsciente	94
Capítulo 3. Contratransferencia y dolor psíquico en el profesional de la salud	
3.1. Factores y condiciones que presuponen dolor psíquico	99
3.1.1. El síndrome del <i>Burn out</i>	101
3.1.2. La posición inconsciente del profesional	106
3.2. Mecanismos de defensa y dolor	112
3.2.1. Relatos de contratransferencia	115
3.2.2. Médicos	117
3.2.3. Psicólogos	125
3.2.4. Otros profesionales	133
3.3. Contratransferencia como herramienta de cambio	136
3.4. El análisis en el profesional de la salud	141
Conclusiones	149
Bibliohemerografía	163

## Resumen

---

**S**e hace una revisión descriptiva acerca de lo que es el dolor anímico como producto de afectos, emociones y sentimientos contruidos dolorosamente en épocas pretéritas, se establece su psicodinámia mediante el discurso psicoanalítico. Por lo tanto se exponen los factores y condiciones en las que el profesional esta expuesto a experimentar dolor psíquico: la transferencia y la contratransferencia. Procesos fundados sobre afectos insatisfechos o intolerables marcan la pauta para la búsqueda de su satisfacción inconsciente o para su rechazo por cuasar displacer su satisfacción. Dado que la relación con el paciente es un proceso meramente afectivo y que una vez establecido el dolor psíquico como el estado de añoranza en la que la investidura narcisista se muda en investidura de objeto expresado por ideas o afectos, se exponen las vicisitudes en la que el dolor puede ser evocado inconscientemente. La dinámica afectiva inconsciente en el profesional es la que provoca que experimente dolor al ser convocado por el paciente, por lo tanto, el uso conciente de este proceso de contratransferencia establece el buen desempeño clínico del profesional. Finalmente se apunta el análisis en el profesional como el camino para el conocimiento y control de sus procesos afectivos conscientes e inconscientes.

## Introducción

**E**l dolor es un concepto siempre indeseado e igual de inevitable. Por momento benéfico filosóficamente, expiatorio teológicamente, funcional fisiológicamente y hasta abordable científicamente, lo cierto es que cotidianamente el dolor, es una experiencia que nos acompaña a lo largo de nuestro vivir. Toda vez como un punto de comparación entre los buenos y los malos momentos de nuestro espectro de percepciones. Entendemos que es una señal de que algo no anda bien en nuestro cuerpo y como tal ponemos toda nuestra atención en el y en cómo se esta desarrollando para ponerle fin. Pero nuestro cuerpo también es psíquicamente sensible y el dolor deviene en sufrimiento, en dolor psíquico, una sensación sin materia que en ocasiones le antecede una génesis física. Aunque también puede ocurrir a la inversa, un dolor que puede desembocar una somatización, convirtiéndose en psicósomático dirían algunos profesionales de la salud, como algo que tradicionalmente no tienen cura o se facilita el eliminarlo.

En tiempos antiguos, lo que hoy conocemos como médicos, antes fueron personas visualizadas como agentes encargados de curar lo dolores del cuerpo y del alma. Basados en una concepción dualista el cuerpo tenía ingerencia en la mente, un equilibrio de estas dos entidades se entendía como una buena salud. Así que cualquier persona que acudiera a estos profesionales para poner en sus manos la dolencia física y del alma.

Desde el siglo XIX, el médico ha dejado de lado la concepción humanista para con su paciente, por lo que las dolencias del alma por demás subjetivas dejaron de ser parte de su objeto de estudio. La ciencia médica dio un giro en espiral hacia el centro de su quehacer profesional, delimitando su conocimiento y competencia para con la demanda social generada a partir de entonces. Fue así que comenzó a modificar la concepción de la enfermedad y por lo tanto del dolor.

Así pues es notable que el dolor psíquico parte inherente del ser hablante, se hace presente hasta en aquellos que lo estudian y lo investigan, y sin lugar a dudas e el profesional de la salud. Cuando esto sucede ¿cómo lo vive?, ¿sabe cómo proceder cuando durante su labor profesional experimenta deseos, emociones y sentimientos dolorosos? Por ejemplo cuando un psicólogo experimenta odio, hastío, simpatía para con su paciente, el médico que padece alguna enfermedad cardíaca y tiene a un paciente en rehabilitación porque está cansado de lidiar con sus miserias humanas, con su comportamiento, sus sufrimientos. Estos son solo ejemplos de lo que puede emanar de una relación cínica entre sus partes y que es necesario abordar teóricamente.

Existen diversos estudios que abordan tal problemática, Ponce de León (1997) llevó a cabo una investigación sociológica del cuanto les es difícil a los médicos adoptar el rol de enfermo cuando padecen una enfermedad de cierta gravedad, nos relata cómo en su proceso de sufrimiento y cómo cambia la percepción del dolor y del sufrimiento cuando ellos son quienes lo experimentan. Dentro de una relación clínica surgen procesos entre los involucrados en ella: se remueven símbolos, significados, confianzas, recuerdos, emociones, sentimientos, en pocas palabras afectos que pueden traer dolor anímico. Al respecto Wachtel (1993) nos proporciona elementos interesantes al respecto. Menciona que algunas veces el paciente requiere del profesional cierta información que el profesional considera inapropiada dar por ser de ingerencia personal (¿es usted casado?, ¿está cansado de escucharme hablar de los mismo diariamente?, ¿tiene hijos?, etcétera) entonces se abre un debate sobre la viabilidad de que el terapeuta compenetre y traspase la línea de la relación clínica con el paciente y que supone un desnudamiento y anudamiento afectivo. Finalmente menciona que el profesional no está exento de experimentar debilidad ante su paciente, y que es conveniente revelar aspectos si se juzgan clínicamente oportunos. Se aborda el dolor que puede causarle el paciente al terapeuta y deja una impresión de que el dominio de estas situaciones se va adquiriendo con el paso del tiempo, una suerte de artesanía en el manejo y afrontamiento del dolor en el profesional.

Por otra parte Kleinke (1995) deriva el tema desde un concepto llamado desaliento profesional definido como un estado de agotamiento profesional, despersonalización y escasa autosatisfacción experimentado en la labor que consiste en ayudar a otro con sus problemas. El desaliento es definido por agotamiento físico y emocional, malas

relaciones interpersonales y menor satisfacción con uno mismo. Otro concepto maneja de es el del terapeuta deteriorado y se aplica cuando el funcionamiento del terapeuta se ve afectado por una dependencia química, a un trastorno de personalidad o a conflictos personales. Propone que partiendo de que el psicoterapeuta es vulnerable al mismo tipo de estrés que afecta al resto de las personas, existe una resistencia profesional auspiciada por el hecho de que el psicoterapeuta se percibe como alguien que ayuda a los demás y que por tanto no necesita en algún momento del tipo de ayuda que él proporciona. Este autor revela que no se aborda la génesis de tales actitudes que esconden un dolor del alma. De la misma manera Camillo-Loriedo (1993 en; Méndez, 1995) plantea que los terapeutas se piensa son inmunes a los problemas de los pacientes, afirma que es imposible que se involucre en sus casos. Un profesional muy distante revela que tienen temor a involucrarse. Sostiene que las emociones y sentimientos que emergen del profesional durante la sesión pueden ser de aburrimiento ante pacientes “estancados”, ira ante pacientes que no se les puede comprender bien, simpatía o antipatía, paranoia cuando se forma repentinamente una alianza encubierta con el profesional, o angustia ante emitir un juicio que traiga consecuencias desastrosas. Finalmente se propone que el profesional sepa involucrarse y salir afectivamente del caso fácilmente, mas sin embargo el dolor psíquico experimentado por el profesional puede convertirse un procesos que se quiere hallar y resplandecer.

La búsqueda de la génesis del dolor psíquico, de alguna explicación del funcionamiento, dinámica de este suceso le ha sido conferida a la psicología. Diversos enfoque teóricos han proporcionado literatura referente a que es lo que se entiende como dolor psíquico y su sufrimiento. El hecho de que el dolor así este fundamentado por emociones y sentimientos que lo provocan, le confiere cierta complejidad cuando se le intenta dar una explicación coherente desde el enfoque positivista. Dado que la información necesaria para descifrar la génesis del dolor anímico solo se obtienen de la palabra de aquel que lo padece, será la fenomenología el modo de conocimiento que, como marco de la teoría psicoanalítica, se parte para el desarrollo de la búsqueda: el dolor psíquico del profesional de la salud cuando esta frente al dolor psíquico de su paciente.

Freud (1895) en su escrito Proyecto de Psicología realiza un detallado desmenuzamiento de la dinámica fisiológica del dolor, una lógica descripción gracias a sus conocimientos en Neurología, para posteriormente ofrecer una explicación del dolor

psíquico. Así lo define como una “herida” abierta en donde la vida anímica sufre un desequilibrio de la energía total de sus sistemas psíquicos y da como resultado una movilización de una investidura energética de cierto nivel que tendrá como objetivo contrarrestar la succión de energía que produce tal herida, provocando así que la energía total del sujeto se concentre en ella, haciendo consciente un dolor confuso de localizar porque sucede en el cuerpo anímico. Y por lo que abre el panorama por el cual se accede a conocer los mecanismos del dolor anímico y de su evocación ante el otro.

Así que el dolor anímico en el profesional de la salud cuando accede a su paciente es el tema principal, conocer todas sus vicisitudes, su estructura, si dinámica y su desenlace es algo que la literatura no aborda como tal solo se dan datos escuetos y superficiales acerca de ello (González-Merino y Guevara –Rosas, 1999; Díaz-Contreras, 1984)

Entonces el pensar en el dolor del profesional de la salud es un tema que no se da de manera explícita en alguna referencia literaria. Sea como fuere, es de suma importancia abordar la cuestión para el bienestar tanto del profesional como de sus demandantes. Supuestamente el profesional de la salud durante su formación académica debe ir adoptando la idea de fortalecer su equilibrio físico y anímico que le permita ejercer su profesión eficientemente (Illescas-Martínez y Ruiz-Espinosa, 1987) pero en realidad se desconoce el número de profesionales que buscan tal objetivo. De manera muy ligera se piensa en el profesional de la salud como alguien que puede sufrir por lo que la demanda y obligación de que tenga que considerar su problemática afectiva convocada por el paciente se hace evidente.

Con base en lo expuesto anteriormente se define el hecho de que el profesional de la salud tiene escasos conocimientos de lo que debe de hacer cuando es él quien experimenta dolor anímico. Es evidente que aquella persona dedicada a aliviar los sufrimientos y dolores sea vulnerable a los mismos provocados por su paciente. Se piensa en el profesional debe de ser siempre neutro, distante, frío a la vez que amable, cooperativo, que tenga buena disposición, nunca enojarse, hartarse o sentir deseos negativos...en pocas palabras ser todo un profesional. Sin embargo tarde que temprano llegan a emerger emociones encontradas que como grietas en la máscara de aquel que se piensa invulnerable, cuando es así ¿el profesional sabrá que hacer con ello?, ¿se imaginara que estas emociones tienen un significado a la vez que oscuro útil? De

manera muy superficial se piensa en el profesional de la salud como alguien que no le está permitido sentir dolor frente a su paciente, que debe de estar exento de sufrir o que debe ser un dechado de fortaleza y virtud.

Por lo que el objetivo de esta tesina está basado en dos ideas principales, primero describir cómo la psicología aborda la cuestión del dolor psíquico en el profesional de la salud exteriorizado como producto de emociones y sentimientos experimentados en sesión clínica y segundo, mostrar y proponer cómo el discurso psicoanalítico abre caminos de explicación, solución e investigación para el tema.

# E I Dolor

*Conocer a través del sufrimiento  
Esquilo, Agamenon.*

**H**ablar del dolor es tratar una multiplicidad de ideas y representaciones que cuya historia nos puede llevar a un sin fin de recovecos de aquello profundamente humano. El dolor bajo su cualidad física nos recuerda que se posee un cuerpo susceptible y vulnerable a los estímulos externos e internos que pueden llegar a ser mortales; nos acerca a la idea de muerte, a ideas de un desequilibrio perdido en salud, nos aleja de la idea de vida y bienestar ¿no es acaso el dolor el que nos hace percibir con toda su extensión alguna parte de nuestro cuerpo? La forma en que invada nuestro ser requerirá exigencias propias: quedarse postrado, la luchan constante contra él mediante todos nuestros recursos, el aprender a temerle por su significado muy personal, el desear no experimentarlo o el sentirlo aunque ya no exista la parte afectada, en

fin, el cuerpo nos reclama y toma vida propia. Pero yendo más allá todo se complica cuando no basta sentirlo físicamente, cuando va desde una sensación que dura un instante, horas o una eternidad (como el dolor de la fibromialgia), hasta cuando toma otros caminos alejándose de la carne. Que alivio sería que se mantuviera al margen de estas fronteras, pero llega a trascender desligándose de lo físico y penetra en el alma o nace en ella. Es ahí donde se construyen otro tipo de heridas que se abren y cortan con otro tipo de estímulos ya totalmente subjetivos. Heridas que ubicadas en un lugar imaginario duelen. Entonces la idea es escudriñar precisamente este tipo de dolor que los griegos definían como aflicciones propias del alma, tales como la angustia, el miedo, el sufrimiento, la soledad, la desesperación, la tristeza, la nostalgia, el horror, el rechazo y la repulsión, como ejemplos de todos aquellos afectos que causan desagrado.

Por lo tanto en este capítulo se hace una revisión descriptiva acerca de lo que es el dolor en general; historia, definición y evolución para finalmente abordar su perspectiva psicológica, desde un enfoque donde el dolor como cualidad afectiva es percibido como un proceso psíquico en el que intervienen emociones y sentimientos. Así se muestra su aparición y establecimiento en la vida anímica del profesional como persona para posteriormente conocer su dinámica cuando es convocado por el dolor de alguien más.

## 1.1. Siempre el dolor

Al tener en mente que la ciencia, como actualmente la conocemos, está determinada por una ideología dominante desde el siglo XIX, cuyo carácter científico responde a aquello absolutamente visible, medible y cuantificable, nos damos cuenta que ciertas disciplinas al avanzar en este sentido ofrecen ciertas disonancias en su aplicación. La Psicología y la Medicina como áreas de la salud que principalmente buscan aliviar el dolor de sus pacientes, han fragmentado al ser humano cercenando su complejidad, desmenuzando sus dolencias con técnicas de intervención y tratamiento, es decir, han especializado su campo de

acción. Es paradójico que estas dos áreas hayan avanzado en su conocimiento cuando en algún punto de su historia dejaron de lado la visión integral del ser humano. Desde los inicios de la Medicina, los encargados de curar los males de la gente fueron agentes cuyo enfoque estaba determinado por la dualidad mente-cuerpo, eran doctores y psicólogos a la vez, que tomaban en cuenta los dolores que provenían del cuerpo y del alma.

Al correr de los años, los conocimientos sobre los males del ser humano se fueron profundizando gracias al positivismo reinante. Los profesionales de la salud han tenido desde siempre como fin último aliviar el dolor físico y anímico del paciente, pero al romper científicamente con la dualidad este objetivo se le complicó al profesional. Por ejemplo, la Medicina ha alargado la esperanza de vida del ser humano pero ha desequilibrado la parte física con respecto a la anímica. Ahora el tratamiento médico está encaminado a transformar lo físico y necesariamente posible en el paciente, en otras palabras, el médico solo escucha lo que su conocimiento le permite escuchar, pero en ocasiones el dolor y la enfermedad del paciente son mucho más de lo que su teoría y práctica le permiten ver. Por otra parte, en Psicología hay escuelas que insisten en fragmentar al individuo olvidando su esencia humana llena de subjetividad, complejidad y constante cambio, todo en aras de una científicidad del conocimiento. La sistematización y la racionalidad son aspectos básicos de toda profesión en ciencias de la salud, pero no hay que perder de vista que el ser humano es más que un rígido sistema y una razón. Tal concepción lleva a dejar de lado el sufrimiento anímico, que por ser subjetivo, escapa de todo abordaje científico, donde el dolor psíquico de ambas partes fluye sin ser cuestionado.

Recordemos que siglos atrás el positivismo hizo cisma entre los sanadores que aplicaban procedimientos científicos validando su carácter oficial diferenciándose de aquellos que insistían en practicar su “ciencia” como lo hacían desde el inicio de los tiempos (Gachtel y Turk, 1999).

Con ello podemos notar que desde entonces el sujeto ha estado en manos de ciencias que hacen caso omiso a sus palabras, a su propia percepción de las cosas y a los sucesos que le causan problemas, síntomas y dolores. En este sentido tenemos que aún existen médicos “no científicos” como resultado de la persistencia ancestral en nuestra mente de la dualidad y el carácter “mágico” y humano que envuelve al sanador, sea médico, curandero o psicólogo. Por ejemplo, en el individuo enfermo surgen una serie de procesos afectivos hacia su sanador ya que se percibe que éste posee el conocimiento de aquello que esta desequilibrando su salud, así mismo, acude a él lleno de esperanza buscando comprensión y ayuda poniendo frente a sus ojos todo su dolor físico y anímico, entonces ambas partes establecen una comunicación íntima, una necesidad de exponerse y evidenciarse en la medida en que haya un apoyo y una escucha. Sentimientos, emociones y percepciones que afloran tanto en el sanador como en el paciente debido a que se establece una relación en donde la sensibilidad es evocada por un estado de debilidad o de poder, por enfermedad o por no saber como actuar o que pensar (De la Fuente, 1992).

Así entonces dentro de una relación clínica (ya sea médica, psicológica, terapéutica, rehabilitatoria, etcétera.) existe una compenetración humana, en la cual dos seres buscan algo, sienten, se expresan: dos subjetividades que dentro de una relación muy estrecha procesos cognoscitivos surgen, se devoran, se transforman, influyen y recrean realidades que como fin ultimo es el bien común; la salud. El ser humano es sensible y perceptivo, cualidades que se amplifican cuando dentro de una relación clínica el dolor anímico llega a ser el común denominador, por lo tanto es necesario conocer cómo ha sido concebido, vivido, atacado, eliminado y recreado a través del tiempo.

Para conocer y entender cómo se establece en lo anímico entonces es necesario atenderlo desde una perspectiva subjetiva que es en realidad la mejor vía para situarlo como un acompañante de siempre, una sensación que ha sido escuchada desde los inicios de la humanidad y silenciada en nuestros días.

### 1.1.1. Historia del concepto del dolor

Para iniciar la búsqueda del concepto del dolor anímico habrá que delimitarlo y diferenciarlo de cuando sucede en lo físico, por lo tanto lo haremos inicialmente pensando qué es lo que se define como tal. Básicamente para cualquiera el dolor es aquello que podemos sentir en nuestro cuerpo, una sensación desagradable que nos indica que algo está dañando nuestra integridad y que podría llegar a malos términos si no se actúa con rapidez. Este dolor puede ser en la superficie de nuestra piel, el contacto con algo filoso, la sensación de una espina, algo quemante, un golpe con determinada fuerza, etcétera. O bien pudiera ser dentro de nuestro cuerpo: una punzada en el pecho, un cólico en el estómago, una fiebre, una desagradable sensación en el interior de la cabeza, etcétera. Es evidente que podría definírsele científicamente, y de hecho, los dolores antes descritos son comunes y han sido experimentados desde siempre. Pero, ¿Cómo se definen aquellos dolores que se experimentan y que desde siempre se han ubicado dentro del alma o la mente? Sentimos dolor cuando nos regañan, cuando perdemos a una persona amada o cuando vemos sufrir a alguien, surge entonces un dolor sentido e invisible que se define como tristeza, melancolía, rencor, o cualquier acepción que encontremos. Cada persona describirá su dolor de manera diferente. Esto hace que sea multidimensional en donde las definiciones y derivaciones de él se entremezclan: sufrimiento, angustia, miedo, palpitaciones, sudoraciones, escalofríos, entre otras. Es entonces necesario no perder de vista que el dolor puede presentarse anímico o físico, y es ahí donde parte su historia y su desarrollo conceptual.

Desde el inicio de la humanidad el dolor siempre fue el indicio de que algo no está funcionando bien dentro del cuerpo. Su presencia y significado ha sido el flagelo de la humanidad, y su causa ha sido base de especulaciones desde los albores del entendimiento humano. Ha sido tal su fuerza que ha influenciado la vida de filósofos, generales, artistas, músicos, científicos e incluso figuras

bíblicas (Caillet, 1995). Lo cierto es que dentro de él flota lo místico, lo etéreo y por consiguiente, influye muchas veces en las personas como algo materialmente invisible. Tan así ha sido que la humanidad ha tratado de controlarlo mediante diversas técnicas y metodologías empíricas, científicas, desde efectivas hasta inútilmente bárbaras. Tanto la teoría como la práctica de su manejo siempre han estado unidas en su desarrollo.

En el antiguo Egipto, India y China se pensaba que los dioses, demonios y espíritus de los muertos originaban el dolor. Hipócrates, fundador de la medicina, sostuvo que había cuatro humores que controlaban el organismo: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, y que cuando existía un desequilibrio de proporciones éste se presentaba. Platón (428 a 347 A.C.) fue que lo vislumbro como una sensación propia del alma traducida como una experiencia emocional residida en el corazón. El dolor y el placer eran sensaciones opuestas que habitaban en el corazón y eran pasiones del alma. Tal fue su concepción que Hipócrates concibió la frase “*Divinum est opus sedare dolorum*” que se traduce como aliviar el dolor es obra divina (Caillet, 1995). Fue así que en todas las culturas de la civilización antigua comenzaron a concebir esa bipolaridad de la sensación dolorosa, física y del alma. Como ejemplo hace 4500 años los Chinos desarrollaron un sistema para el manejo su tratamiento con Acupuntura, sistema que en la actualidad goza de reconocimiento médico oficial puesto que su efectividad ha sido avalada por pacientes que han dejado de ser seres sufrientes. Por una parte al igual que Hipócrates los egipcios creían que el corazón era el centro de las sensaciones, y por otra los Indios de Norteamérica le daban mucho más importancia a las raíces emocionales del dolor (Norman y Cadi, 2002).

En el amanecer de la humanidad no existía frontera alguna entre el curanderismo y lo que hoy se conoce como la medicina puesto que podemos decir que formaban un conocimiento dual. El paciente cuyo dolor fuera físico, mental o ambos, tenía la seguridad y la esperanza en que el sanador podía eliminar sus

males. Pero surge la cuestión ¿cómo es que el dolor objetivo y subjetivo se desliga desde la magia y la mística, hasta llegar a lo científico?

En todas las culturas del planeta la medicina siempre ha estado basada en un carácter mágico y místico. En los inicios la gente creía que las causas de todos los males de la humanidad eran provocadas por divinidades todopoderosas que de acuerdo a las faltas o debilidades humanas tenían el poder de infligir castigos en forma de padecimientos físicos o anímicos. Así entonces en cada cultura llegó a existir una especialización en cuanto a enfermedades y los dioses que la provocaban.

Como ejemplo, en la cultura prehispánica el dios Xipe-totec era el que mandaba enfermedades como el mal de ojo, la sarna y la postema. En Texcoco se creía que el Dios Tezcatlipoca castigaba a los lascivos enviándoles las enfermedades venéreas. A Quetzalcóatl se encomendaban los enfermos de catarro y reumatismo; también las mujeres estériles se acercaban a él solicitando sus favores. Los mexicas evocaban a las diosas Xochiquetzal (auxiliadora de las embarazadas) Matlacueye y Macuxóchitl favorecían el buen desarrollo del recién nacido. Teinteotl o Centeotl custodiaba los medicamentos y las yerbas medicinales, y era un Dios adorado por los médicos, cirujanos y parteras (Gutiérrez-Espinosa y Paredes-Flores, 1997). Estas formas de creencia eran la base fundamental en el proceso de curación de los enfermos. Los sanadores ofrecían su pleitesía a dichos dioses para que el tratamiento y la intervención tuvieran efecto positivo en sus pacientes. El objetivo era que hicieran convergencia los poderes divinos con los de la naturaleza de sus técnicas, métodos y medicamentos para que tuviera éxito la sanación (Barquín, 1990 en: Gutiérrez-Espinosa y Paredes-Flores, 1997).

Resulta evidente que en los pueblos antiguos se concebía la creencia de que las enfermedades se presentaban para castigar a quienes habían ofendido a los espíritus y demonios, en consecuencia habría que contrarrestar tal afrenta, es

cuando surge la terapéutica del curandero con todos sus artificios, ceremonias, rituales, ofrendas y rezos.

En la medicina prehispánica los médicos trataban todo tipo de enfermedades tanto las comunes como las complejas, y de igual manera estaban constituidas las técnicas y metodologías utilizadas. Se trataban a pacientes con heridas físicas o enfermedades que necesitaban cataplasmas, lavados, frotamientos, purgantes, calmantes, antibióticos, medicamentos, etc. Pero siempre, de acuerdo al padecimiento, el tratamiento incluía aspectos psicológicos, por ejemplo cuando el sujeto presentaba sangre negra o melancolía se le recomendaba dedicarse a cosas alegres como el canto, la música, la ejecución de instrumentos, a los epilépticos se les indicaban comer cerebro de zorro cocido y comadreja, a los miedosos se les instigaba a usar sangre de zorra y zorruelo, a la idiotez; untando cerebro de venado en la parte frontal de la cabeza y flor de corazón en el pecho. Aunque no mencionan enfermedades mentales equiparables a las hoy conocidas es relevante que siempre estaban relacionadas con la cabeza y la parte sentimental del corazón, es decir, la explicación del origen y desarrollo de los sufrimientos anímicos se remontaban a fuentes somáticas (Peña y Viesca, 1977 en: Gutiérrez-Espinosa y Paredes-Flores, 1997).

La concepción precolombina de la medicina hacía hincapié en el aspecto emocional de toda enfermedad, y tomaba en cuenta todo lo que el paciente pueda referir ya sea como orgánico y/o sentimental. Es por esto que dentro de la terapéutica prehispánica los curanderos tenían ingerencia y competencia sobre los malestares de la gente, ya que ellos presentaban esa escucha del paciente, atendiendo por igual el dolor físico y anímico. Por lo tanto era concebido como una experiencia física a la vez que anímica, entonces los encargados de curar y de manipularlo fueron personas con un conocimiento total del cuerpo y del alma, y los remedios y explicaciones empírico-teóricos estaban sustentados en ello.

### 1.1.2. Los encargados del dolor

Las personas dedicadas a aliviar y eliminar los dolores de la gente causadas por afecciones somáticas o anímicas siempre se manejaban bajos los preceptos ya descritos sin mayor dificultad puesto que su conocimiento abarcaba ambos aspectos. Tan es así que existían personajes con funciones específicas a las demandas sociales. De esta manera estaba organizado el poderío y la ideología de los pueblos del Anáhuac. El pueblo mexicana que antes de 1521 era el que dominaba el mundo precortesiano, mantenía la herencia de su conocimiento lleno de tintes místicos, el cual influenciaba en gran medida a los pueblos que estaban bajo su mandato. De hecho en México- Tenochtitlan se encontraban los mejores médicos, cirujanos y profesionales de la salud de todo el mundo antiguo. Ahí se encontraban los más avanzados métodos, técnicas y tratamientos para las enfermedades tanto físicas como anímicas. Si bien existían especializaciones médicas en otros pueblos, en Tenochtitlan se concentraba lo mejor de la sociedad civilizada en ese momento.

Entre los aztecas el oficio de curar estaba subdividido: el tlama-tepticitl se parecía al médico internista porque sanaba con remedios físicos o medicinas ingeridas o aplicadas sobre los tegumentos; el toexoxotla-titicitl era el equivalente al cirujano; el tezoc-tezoani en los desaparecidos flebotomianos; la temap-quiticitl era la comadrona y el papiani-panamecani era el herbolario (López-Austin, 1984).

Se sabe que el acto de curar comprendía varios tiempos dedicados al soma y a la psique. El curandero pendiente de la reacción de acuerdo a sus técnicas llegaba al diagnóstico. Siempre tomaba en cuenta para su tratamiento el tiempo y las circunstancias que pudieran involucrar un bien o un mal, para el sanamiento del paciente. Dado que los ritos religiosos y civiles esotéricos constituían una sólida base de unidad moral y social, la medicina partía de un estado místico para adivinar primero la causa del mal y cómo curarla. Por ello se insiste en que la base de la medicina moderna radica en la eliminación de la ansiedad en el

paciente, de que sus males son vulnerables al conocimiento médico y místico (Foucault, 1986; Aguirre, 1963 en: Gutiérrez- Espinosa y Paredes-Flores, 1997).

La cultura Mexicana sufrió un cambio lacerante en 1521 con el sometimiento impuesto por los españoles. El choque de dos cosmogonías que no pudieron acoplarse trajo consigo una represión ideológica y social. Los antiguos mexicanos fueron estigmatizados por la sociedad española, aplastaron sus costumbres, su sociedad, su religión y principalmente su modo de conocimiento no positivista. Con conceptos traídos por los europeos durante la época colonial se clasificaron a los médicos de cada grupo étnico.

Ahora la forma de abordar el mundo doliente de la persona se había resquebrajado, por lo que se concibió a los médicos prehispánicos como personas dedicadas a las malas artes de la sanación, así se llegó a conocer al *brujo* que era una persona que se dedicaba a realizar actos extraordinarios por tener pacto con el diablo, se resignificó al *curandero* como alguien que se dedicaba al arte de curar sin tener título oficial de médico. Por otro lado estaba el *hechicero* que cultivaba el cariño y voluntad de la gente y que provocaba enfermedades por su pacto con el diablo, y por último estaba el *chaman* que es un hechicero que dotado de elementos mágico-religiosos cura y hace milagros. Eran sacerdotes, poetas o místicos que se comunicaban con los muertos y los demonios: eran especialistas del alma humana, que conocían su forma y destino (Viesca-Treviño, 1992; Jiménez, 1990 en: Gutiérrez- Espinosa y Paredes-Flores, 1997).

Como se puede notar el carácter afectivo permeaba ahora con mayor fuerza la relación entre sanador y sanado. Es evidente que a pesar de que la sociedad y organización prehispánica concebía un conocimiento médico con tintes decardistas, desde el curandero o médico general hasta el shamán o médico especialista, el sufrimiento anímico siempre ha sido parte importante de casi todo padecimiento ya que al paciente se le suministraban infusiones, calmantes, emplastos, cirugías, etcétera, pero también se le proveía de objetos portables de

acuerdo al padecimiento (ojos de venado para el “mal de ojo”), es decir, cualquier objeto que materializara la fe del paciente en su cura integral (López-Austin, 1971). De esta idea se puntualiza la fe del paciente hacia su sanador, en sus conocimientos, sus métodos, y sus tratamientos que eliminan la enfermedad basados en la vivencia mórbida del paciente.

Dadas tales ingerencias de carácter curativo sobre lo interno anímico de la persona, surge la pregunta ¿Cuáles eran las características del curandero para que pudiese producir y manejar tales efectos y afectos? Se desprende la idea de que el encargado de curar el dolor físico-anímico pudiese ser un conocedor de las profundidades del cuerpo y alma humana, y sobre todo de emociones y sentimientos propios. Con esta idea nos adentramos un poco a la cuestión principal: el dolor anímico como resultado de emociones y sentimientos experimentados por el profesional cuando se enfrenta al mundo afectivo doliente de su demandante. Algunos datos muestran esta idea. Las características generales de un sanador ancestral son hasta cierto punto imprecisas por el paso del tiempo y la falta de evidencia literaria pero se puede deducir un poco de ellas con datos relacionados.

Por una parte, se percibe que los antiguos sanadores fueron personas con una personalidad creadora, sensible y transformadora de realidades, eran gente predestinada por designios divinos de portar la sabiduría. De igual manera ciertos investigadores consideran que la mayoría de los shamanes fueron personas con patologías *ad hoc* a su rol sanador, y que por lo tanto cierta locura los introducía al entendimiento trascendental de las enfermedades (Eliade, 1960). Según Cheney y Adams (1986, en: Gutiérrez- Espinosa y Paredes-Flores, 1997) Las principales cualidades de los sanadores eran que poseían una concepción religiosa profunda del mundo dado que han recibido el “don de sanar”, un poder divino de curación que es otorgado durante la infancia, en una especie de predestinación a las artes curativas. Por otra parte algunas personas se instruyen a la sanación debido a la transmisión del conocimiento por parte de familiares que

son curanderos, al legado místico o por voluntad propia aunque también se piensa que eran personas portadoras de ciertas patologías que los hacían verse diferentes, sabios y excéntricos a los ojos de los demás (Loback, 1986).

Más allá de que se mantuvieran al margen o atravesaran lo patológico, la posibilidad de que sus rasgos de personalidad al igual que su historia personal influyeran en su actividad sanadora aumentaba, cuando sus pacientes acudían a ellos para solucionar sus problemas sentimentales y emocionales. Es cuando el sanador actuaba desde su propio sentir dañando o sanando, pudiese ser que tales situaciones sirviesen como válvula de escape de su propia hostilidad o pasividad al hacerse copartícipe de un dolor afectivo. De hecho los médicos aztecas tenían el poder y el conocimiento para dañar o sanar según las demandas de sus pacientes (López-Austin, 1971). Los así llamados hechiceros, eran individuos Tlatlacatecolotl que decían controlar las fuerzas sobrenaturales. Dirigían su actividad mágica para provocar enfermedades. Algunos llegaron a convertirse en un problema social pues llegaban a dañar a varios miembros de la comunidad. La envidia o la venganza hacían que estos profesionales, por medio de ceremonias, provocaran daños a hombres y mujeres. Habían los que hechizaban con su aliento (teipizani), los que manipulaban a su antojo las relaciones de pareja, y los que utilizaban muñecos o figuras representativas de aquellos a los que querían dañar, que en general hacían padecer a su víctima hasta dejarlas morir (Quezada, 1989).

De hecho, esto lo confirma Sharon (1980) dentro de un fragmento de una entrevista que obtuvo con un curandero del Perú en 1965 que a continuación se describe:

La envidia esta fijada en el hombre, envidia las cosas que pertenecen al prójimo, preámbulo del mal de la brujería, la represalia y la venganza. Pero este odio, envidia, surge con fuerza porque dentro del hechicero como el que acude a él para hacer el mal se conectan interiormente focalizando el odio que ambos

tienen. Si uno odia por alguna razón, el hechicero es el individuo en el cual esta concentrado todo el mal. Luego el cliente saca de sí todas sus aflicciones, sus penas, sus intenciones y el curandero las aumenta haciéndolas subir con su conocimiento y poder. Existe afinidad entre las dos partes...Estas dos fuerzas tienen que estar aliadas para coincidir en algún lugar (p. 53)

De algún modo estos casos dejan entrever que procesos afectivos en el paciente y en el profesional han estado muy vinculados y que en la actualidad este trato en donde los afectos mueven el quehacer del profesional sigue presentándose ¿Quién no ha pasado por una experiencia en donde el profesional al que se acude ofrece un trato muy poco ético? Médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos que poseen fama de ser muy apáticos, regañones, toscos, rigurosos y hasta aquellos que lastiman en su trato más allá de lo meramente profesional llegando a dañar física y psicológicamente a sus pacientes.

Como se ha esbozado el dolor, ya sea material o inmaterial, ha sido atenuado mediante criterios subjetivos en donde el paciente realiza toda una construcción mental que lo lleva a actuar y pensar de formas específicas ante su sanador sea brujo, hechicero o médico. Muchas veces el paciente va con el médico sólo como pretexto para hablar de aquello fuera del cuerpo, que enclavado en el alma, clama la calma y sólo frente al profesional de la salud puede ser tranquilizado, por lo tanto médicos, dentistas, enfermeras, rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos o curanderos, serán depositarios de aflicciones específicas y los profesionales responderán ante ellos de manera intrincada.

Todo lo descrito con anterioridad es para remarcar el hecho de que el ser humano tiene capacidad para sentir de manera física como anímica, el abordar y analizar los procesos de ambas partes nos dará las líneas de investigación a través de las cuales se mejorará el tratamiento y sanación del doliente. Para encontrar aquellos dolores, afectos establecidos como tristeza, aflicción, soledad, odio, miedo,

angustia entre muchos más es necesario retomar lo que pudiese explicarse bajo la fisiología para encontrar los límites en donde el dolor se independiza de lo físico, como por ejemplo, el sufrimiento que siente como tristeza un individuo que esta ante una persona alegre o igual de triste. Es necesario buscar primero lo que es el dolor físico para establecer sus fronteras con el afán de encontrar el objetivo: hallar el origen y dinámica del dolor psíquico ya esbozado donde estímulos escinden un lugar inmaterial.

## 1.2. Nervios luego entonces dolor

Para comenzar a tratar el tema del dolor es bien una tarea extensa sobre todo si se piensa en dar una definición conceptual. Una definición enciclopédica lo determina como una sensación penosa y molesta que se experimenta en una parte del cuerpo donde nervios sensitivos transmiten impulsos eléctricos a los centros nerviosos. Cualquier estímulo normal exagerado puede provocar dolor, así entonces parece ser que es el aviso de que se esta llegando a un límite tolerable (Hilgar y Hilgard, 1975).

En términos fisiológicos es más fácil abordar y encontrar una explicación a los intrincados caminos del dolor. La capacidad del hombre para comprender, aprender y actuar como un organismo individual en su entorno se debe gracias al funcionamiento del sistema nervioso.

La morfología del sistema nervioso está dividida en dos partes basales: el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP). El primero constituye toda la masa nerviosa albergada en la cavidad craneal y espinal y comprende al sistema periférico. Al conjunto encéfalo-espinal se le califica de central por su función unificadora de recepción, integración y control que desempeña el conjunto de la actividad nerviosa. El SNP da entrada a receptores sensitivos hacia el SNC y da salida a nervios efectores (músculos y glándulas). Así mismo este sistema proporciona al organismo la referencia sobre lo que le

rodea fuera y dentro del él. Mediante el sistema vegetativo el SNA regula con relativa independencia el sistema simpático y el parasimpático que están íntimamente relacionados a la vida vegetativa y emocional: la acción del simpático prepara al cuerpo para afrontar situaciones de emergencia, reduciendo las actividades que no contribuyen de modo directo al esfuerzo muscular mientras que el parasimpático ejerce una labor de protección de los recursos corporales y facilita la eliminación de residuos (Pineda-Contreras y Martínez-Arredondo, 1997).

La neurona es el elemento angular del sistema nervioso. Toda ella se encuentra en un finísimo sistema de membranas que mediante el intercambio iónico de sodio y potasio forma lo que se conoce como impulso eléctrico o corriente nerviosa. Esta corriente se propaga a través de las fibras empezando por las dendritas (receptor de estímulo físico o neuronal) y finaliza en el axón que transmite dicha excitación hasta otra neurona o a un efector, por ejemplo un músculo.

El mecanismo nervioso del dolor funciona de manera particular. Este tiene como primera instancia una reacción fisiológica y consecuentemente tónica, cada una persiste por diferentes lapsos de tiempo. Viaja a través de dos vías; una es la vía del dolor localizado, en la que sus fibras contienen una gran cantidad de mielina, por lo que la transmisión y duración es más rápida; la otra vía es la del dolor difuso en la cual sus fibras son amielínicas, por lo que su transmisión es más lenta y duradera, teniendo así un mayor lapso de protección para la región dañada. El estímulo que produce el dolor, generalmente es intenso y puede causar daño a los tejidos. Las fibras nerviosas que lo conducen han sido clasificadas por su localización: a las fibras sensitivas se les llama aferentes y las motoras eferentes. Las primeras se encargan de llevar la información de la periferia al centro y las eferentes se encargan de transmitir la respuesta del centro a la periferia, principalmente a los músculos. Precisamente las vías eferentes o descendentes modifican e influyen sobre las vías ascendentes: estas son

importantes en el control de las respuestas consientes y reflejas de los estímulos dañinos o nocioceptivos.

El dolor así definido deja en claro que éste obedece a procesos fisiológicos en donde la bioquímica del cuerpo ofrece un sistema complejo de protección y aviso sobre estímulos que amenazan el equilibrio natural. Aun con ello, se expresa de formas que parecieran desobedecer las leyes de la medicina; dolores de un miembro que ha sido amputado, dolores “injustificados” como en el caso de la histeria o la hipocondría, hasta el llegar a la aflicción producida por los afectos. Por esto entran en juego las explicaciones científicas con teorías que intentan describir estas excepciones a la regla.

### 1.2.1. Teorías del dolor fisiológico

Así entonces, tenemos que el dolor es una sensación captada por las terminaciones nerviosas y receptoras, sobre el lugar del cuerpo en que obra la causa del éste. El centro nervioso que recibe el aviso manda a su vez, por vía nerviosa deferente, la orden adecuada para contrarrestar el efecto la causa. En el siglo XIX se pusieron en marcha los esfuerzos modernos para extender la fisiología y la psicología del dolor. El estudio tomó fuerza con el descubrimiento de puntos de sensibilidad; al tacto, al calor, al frío y al dolor. Esto llevo a encontrar la presencia de receptores nerviosos apropiados bajo la piel que servirían como transductores entre el estímulo y la transmisión de impulsos nerviosos. Fue así como esta sensación ocupó un lugar como modalidad sensorial.

Desde 1896, Von Frey (Becks, 1980) destacó que las terminaciones nerviosas libres son receptores de dolor especializados, hecho que lo llevó a crear la teoría de la especificidad del dolor, según la cual el dolor cutáneo (y probablemente otros) eran el resultado de la estimulación directa de dicha terminaciones

nerviosas libres, del mismo modo en que la vista se debe al estímulo de cono y bastones en la retina. Esta teoría gozó de amplia popularidad y aceptación aunque en nuestros días no alcanza a explicar sus manifestaciones caprichosas. En esos mismos años Goldschneider concibió la teoría de la pauta. Esta teoría propone que el dolor depende de una suma de entradas neurales que deben de alcanzar un nivel crítico para que se sienta dicha sensación. No basta el estímulo periférico, porque en ésta suma son importantes los sistemas centrales. Las teorías modernas de la pauta incluyen sumas periféricas y centrales, y tienen en común el empeño de explicar porque el dolor puede seguir más allá de la estimulación focal (Hilgard y Hilgard, 1975).

En los trabajos anteriores de Goldschneider y de Von Frey existían huecos teóricos y limitantes que no ajustaban a la realidad teórica de los científicos o ¿a la realidad dolorosa sentida por los pacientes? La existencia de esa subjetividad del ser humano con respecto a su dolor se siguió manifestando y fue Beecher (1956, en: Brown, Thomas y Wallace, 1986) quien decidió abordar tal limitante. Realizó un estudio con soldados heridos durante la Segunda Guerra Mundial de la Batalla de Anzio. Hizo una comparación con civiles que habían sido sometidos a una operación quirúrgica de igual magnitud a las operaciones sometidas en los soldados, con respecto a la necesidad de tomar calmantes para el dolor. Encontró que la mayoría de los soldados no exigían tomar calmantes puesto que el dolor no era “brutal”, mientras que el 80% de los civiles requirieron de calmantes porque consideraban intolerable el dolor percibido. Por lo tanto Beecher concibió que la diferencia entre los dos grupos radicaba en aspectos psicológicos emocionales y a una ganancia secundaria. Esto significa que los soldados tenían una resistencia mayor al dolor porque para ellos el estar con vida generaba una emoción tal que lo contrarrestaba; era mejor sentir ese suplicio que el sentirse nuevamente en combate con la presión, el estrés y el miedo mortalmente peligrosos, además de que esas heridas simbolizaban el regreso a casa (ganancia secundaria). Tomando en cuenta la similitud de las molestias, tanto de los civiles

como de los soldados estudiados, bien pudieron estos procesos psicológicos afectar significativamente lo relativo del dolor físico.

Por tal situación numerosos estudios han demostrado la importancia de cómo el estado psicológico de un individuo puede afectar la percepción del dolor. La teoría que ha tenido gran influencia sobre la subsiguiente aceptación del hecho de que existe una interacción entre procesos psicológicos y fisiológicos es la de Melzack y Wall en 1965 conocida como la teoría del control de la puerta (Foley y Payne, 1992; Gatchel y Turk, 1999; Sing-Khalsa y Stauth, 1999; Norman y Cady, 2002). Aunque su teoría inicial es básica, la mayor aportación fue la introducir a la comunidad científica la importancia de los factores centrales y psicológicos en el proceso de percepción del dolor.

La teoría de Melzack y Wall sostiene que existen receptores específicos para tal sensación. Con base en ello Sing-Khalsa y Stauth (op. cit.) realizan una descripción sencilla de la misma. Mencionan que los nervios del dolor son tan delgados que los neurotransmisores viajan a través de ellos a una velocidad de entre 60 y 5 km/h siendo los nervios del tacto más gruesos y “aislados” por lo que conducen el impulso eléctrico a 320 km/h. Estos nervios atraviesan ciertas “puertas” situadas en la parte posterior de la medula (sustancia gelatinosa del asta dorsal). Dependiendo de la cualidad del impulso éstas “puertas” se saturan de acuerdo al número de impulsos provenientes de la parte receptora (por ejemplo, si existen más impulsos eléctricos de parte del nervio del tacto éstos impiden el paso a los impulsos provenientes de los nervios del dolor o viceversa). Una vez traspasado el umbral de la puerta, los impulsos se dirigen al cerebro, visitando en primer lugar al tálamo. Aquí es en donde se deriva la señal eléctrica hacia dos partes; a la corteza cerebral (donde se controla el pensamiento) y al sistema límbico (centro antiguo de las emociones). Una vez procesada la información por medio de éstas dos estructuras se condensa la acción a seguir; si el dolor no es de peligro el cerebro manda un neurotransmisor llamado serotonina que relaja los músculos, inhibe los nervios afectados, baja el ritmo cardíaco, etcétera. Si el

peligro fuera inminente el cerebro libera noradrenalina que produce en el organismo una “reacción de huida” acelerando el ritmo cardiaco, tensando los músculos, poniéndose en estado de alerta y por lo tanto abriendo “más puertas del dolor” creando un círculo vicioso (ciclo del dolor). Cuando la información se divide en el tálamo apreciamos el fenómeno en sus dos modalidades; el sensorial y el psicológico. Así es cuando los dolores son percibidos, tolerados y vividos de diferentes maneras puesto que la corteza cerebral participa en dicho evento

Resaltando el mecanismo de modulación que regulan los impulsos eléctricos provenientes de nervios del dolor o del tacto (teoría del control de la puerta) y que el pensamiento (principalmente procesos de atención y recuerdo) es el que tiene la última palabra en la sensación tenemos que finalmente *éste es el que produce la mayor parte en el devenir del dolor*. No hay que perder de vista esta idea porque ella nos lleva a entender la génesis del dolor psíquico. Aunque se haya aceptado el proceso mental en el dolor por la “teoría de la puerta” han sido pocos los investigadores que han abordado la segunda vía de éste (Sing-Khlasa y Stauth, 1999; Salinas-Orozco, 2002a). En ello están involucrados principalmente los médicos y psiquiatras que a su vez dictan la pauta a los psicólogos sobre concepciones, acciones y terapéuticas a seguir.

### 1.2.2. Tipologías de dolor

Los problemas de definición del dolor tienen una gran historia. Cuando Aristóteles enunció los cinco sentidos lo dejó fuera. Hasta el siglo XIX el componente sensorial material del dolor llegó a ser parte fundamental en la ciencia fisiológica y psicológica. En la búsqueda del concepto está implícito su carácter pragmático, su encargo social para enmarcar a aquellos sufrientes y dolientes que no tenían un lugar en el ámbito médico, personas cuyos achaques son dolores “engañosos” que supuestamente no tienen causa fisiológica. Así que para contar con un marco de referencia se precisaron aplicar criterios clínicos

para su clasificación. Pineda-Contreras y Martínez-Arredondo (1997) ofrecen dicha taxonomía que depende de los criterios aplicados y de los intereses de estudio en cada área. Sin embargo las principales clasificaciones dependen de la localización (puntos físicos) y de la temporalidad (duración e intensidad)

Dentro de la localización encontramos los siguientes suplicios: a) el dolor cutáneo, que es aquel que coincide con lesiones en la piel. Suele tratarse de un dolor delimitado, bien localizado con características claras y bien definidas (heridas o quemaduras), b) el dolor somático o profundo, es aquel que esta localizado en los músculos o estructuras óseas particulares. Es el que más frecuentemente alimenta a causa de los dolores no justificados o psicógenos. Se caracteriza por ser un dolor mal definido y localizado de variaciones inciertas y totales, c) el dolor visceral, es un dolor poco usual porque no existen nociceptores viscerales específicos. Las condiciones que producen este dolor son variables y distintas, no aparece dolor a la incisión, ni por quemadura pero si por dilatación, espasmo, tracción o isquemia. La localización es diversa dada las frecuencias con que pueden dar dolores irradiados o referidos en zonas distintas de donde reside la lesión.

Dentro de la temporalidad, los martirios únicamente son dos: el primero, el dolor agudo, que es aquel que se comporta una fuente identificable cuya duración es limitada. En un periodo predecible de tiempo lo que causa el dolor se curará. La gente suele recuperarse de un dolor agudo en un periodo razonable y limitado de tiempo. Se puede experimentar ansiedad o miedo al inicio, pero éste debe disminuir en el momento en que se identifique el problema, se comience el tratamiento y se lleve a cabo la recuperación. Su presencia posee un elevado valor adaptativo, ya que indica la necesidad de tomar medidas para remediar un proceso patológico en marcha. En segundo lugar se encuentra el dolor crónico, este aparece cuando el propio mecanismo de dolor no funciona, o cuando ciertos trastornos asociados se convierten en crónicos por razones desconocidas. Como consecuencia se hace persistente, y el propio síntoma se convierte en un

trastorno. Por lo general se alarga más de tres meses, y se suele asociar a múltiples consecuencias biológicas, psicológicas y sociológicas. Una variación del dolor crónico es el crónico intermitente, se trata de periodos en donde la sensación desagradable desaparece alternados con periodos en que se hace presente, como las migrañas o la artritis reumatoide. Por consiguiente el elemento que entra en la definición clínica es el tiempo gastado en relación con los tratamientos e intervenciones que han resultado ineficaces.

Realmente es extenso hacer una condensación y unificación de términos del dolor puesto que en él convergen las ciencias médicas, psiquiátricas, sociológicas y psicológicas. Y precisamente en este último rubro es el que desequilibra toda definición positivista ya que al tener elementos psicológicos le da un cierto matiz aceitoso que escapa de las manos de la ciencia. Si bien con la teoría de Melzack y Wall existió un consenso más o menos coherente para visualizar tal evento, no existen profesionales que se dediquen al lado psicológico. Para el dolor físico están los médicos, neurólogos, anesthesiólogos, psiquiatras, etcétera. Para tratar el dolor emocional, la respuesta divaga al encontrar respuestas débiles o contradictorias (Salinas-Orozco, 2002a). Con base en esto se puede afirmar que los profesionales de la salud tienen un esparcido conocimiento sobre lo que es el dolor, sobre todo para definirlo, sujetarlo, clavarle un alfiler en su centro simétrico y exhibirlo como la más extraña de las mariposas.

Por consiguiente, para Hilgard y Hilgard (1975) el estudio científico del dolor ha mejorado al basarse en la definición del sentido común, que ostensiva, agudiza la distinción entre sus componentes: el sensorial y el del sufrimiento. Ellos remarcan el hecho de que se le ha llegado a comprender mejor cuando éste deja de ser definido de manera mecanicista y científica. Y así lo reafirma Foucault (op. cit.) que ese alejamiento y neutralidad en la mirada del científico lo lleva a no poder enjaular a la naturaleza (en este caso, el dolor) a términos técnicos. Se tiene que regresar a lo que la naturaleza dicta, a lo ostensible del evento, aquello que se muestra por sí mismo, y no a lo que la razón y la lógica humana marca

como una verdad, de lo contrario estará observando una copia cercenada del hecho real y puro. Así mismo Caudill (1995) sostiene que el dolor revela un proceso complejo, y su percepción consiente puede verse magnificada, coloreada y reinterpretada a partir de lo que expresa la gente. Estas aseveraciones tiene la constante de que toman en cuenta la percepción de la gente sobre sus dolores como un aspecto básico en la observación de éste, es decir, el aspecto psicológico de una sensación encarnada. El enfoque conceptual con el que se trabaje dicha problemática deberá de sustentarse desde un modo de conocimiento adecuado que de razón y lógica a la subjetividad del ser. Por lo tanto en la explicación del dolor producido por afectos, emociones y sentimientos tendrá que venir bajo un carácter psicológico.

### 1.3. Dolor psicológico

Ya se ha descrito lo que es el dolor físico desde la Medicina y hasta un poco de la Sociología, pero ¿Qué es lo que la Psicología dice al respecto? El objetivo es hallar la génesis del dolor o sufrimiento traducido como pena, desamparo, desolación, odio, tristeza, llanto, ausencia, duelo, desamor, en fin, todas esas sensaciones que se definen como sentimientos y emociones no gratas y que comúnmente denominamos como algo lastimante puesto que “hieren” dentro del cuerpo. Lesiones en aquellas cualidades que habitan en la vida anímica que reclaman nuestra atención y que hace sentir y decir que existe una herida. Interesa encontrar la dinámica de aquellos sitios sobre los cuales al ser penetrados provocan dolor por ser angustiantes, tristes, horribles, desoladores, cansados, débiles, molestos, sensibles, etcétera. Y sobre todo comprender el porqué se muestra ante la presencia de otro en situaciones muy específicas. Así pues, el objetivo será el de encontrar en la literatura psicológica lo que se dice al respecto para poder llegar con bases firmes al tema en cuestión y sustentar reflexiones.

#### 1.3.1. El dolor visualizado por la Psicología

Ya se ha revisado lo que la medicina principalmente entiende como dolor. Encontramos que lo hace satisfactoriamente hasta que se topa con que este tiene tentáculos que abarcan la psique humana, entrando entonces en los dominios de la psicología. A pesar de su revoltura histórica en sustentarse en un modo de conocimiento científico o filosófico, la psicología junto con sus numerosos objetos de estudio, y por lo tanto de técnicas y metodologías, han ofrecido un despliegue de explicaciones objetivas acerca del dolor.

¿Qué es el dolor para la psicología? Según Morani (1976) dice "...impresión anormal y penosa recibida por una parte viviente percibida por el cerebro. Dolor moral en psiquiatría, inquietud penosa e indefinible que abarca la afectividad. Es sistema esencial de la melancolía" (p. 50). Más adelante, de acuerdo a la definición de Wolman (1993) "el dolor es lo opuesto al placer. Sensación producida por una estimulación muy intensa de las terminaciones nerviosas libres de los receptores del dolor localizados en la piel" (p. 141). Los conceptos dan testimonio del año en que fueron concebidos. Actualmente Gregory (1995) concibe al dolor a partir de datos proporcionados por Melzack y Wall en 1982 describiéndolo "como una experiencia afectiva y perceptiva compleja por lo que significa el agente nocivo y por el 'estado de su mente' en el momento, así como por patrones nerviosos sensoriales suscitados por la estimulación física" (p. 316).

Tomando como base este autor, actualmente se ha reevaluado el estado actual de la teoría de la puerta aunque siguen existiendo datos contrapuestos y controversiales. La evidencia de que hay una puerta (o modulación de entrada) es más fuerte que nunca. Se ha aceptado que hay tres dimensiones psicológicas principales en la experiencia dolorosa: la discriminación-sensorial, la afectiva – emocional y la cognitivo-evaluativo. Los datos psicofisiológicos indican que cada una es soportada por sistemas cerebrales especializados que interaccionan para crear las cualidades multidimensionales de las algias (Norman y Cady, 2002)

Esta constante influencia médica denota cómo el estudio científico principalmente del dolor físico, cuyo comienzo se sitúa en los años cincuenta, no lo iniciaron los psicólogos, sino representantes de otras disciplinas como la anestesiología, la bioquímica, la neurofisiología y la farmacología. Históricamente en los Estados Unidos el neurólogo Jhon Bónica en 1974 fundó la primera Clínica del Dolor (Gatchel y Turk, 1999). La ingerencia de la psicología en este campo se produjo cuando ya estaban articulados los planteamientos de las otras disciplinas, cuando los especialistas observaron que existían otros factores que van más allá de la fisiología humana, por ejemplo que la cultura influía en la percepción del dolor.

Existen evidencias de que tal sensación no está ligada simplemente a la magnitud del daño físico, sino que también está determinada por nuestro aprendizaje, ideas, situación y por la capacidad de comprender sus causas y captar las consecuencias, incluso por la significación que el dolor tenga en la cultura en que hemos crecido intervienen de manera preponderante en la actitud, en la manera de sentirlo o de responder a él. Como ejemplo está el ya mencionado caso de Beecher en 1956 con los soldados de la batalla de Anzio o los partos indoloros de cierta región de África en donde por ontogenia los maridos de las mujeres recién preñadas son los que “sufren” todo el proceso de alumbramiento (Liceaga, 1989). Pero todavía queda pendiente hallar lo que se dice acerca del sufrimiento anímico, del dolor causado por emociones y sentimientos.

### 1.3.2. Factores que influyen en la percepción del dolor

Por todo lo anterior los psicólogos han investigado las posibles causas por las que la gente desarrolla y mantiene tanto los dolores como sus sufrimientos. Por esto Pineda-Contreras y Martínez-Arredondo (op. cit.) describen los factores que contribuyen a la exacerbación del dolor siendo los siguientes: a) atención, si una persona se concentra en la observación del dolor éste será percibido con mayor intensidad, por ejemplo, se ha visto que un deportista lesionado olvide su dolor por estar concentrado en la meta de su empresa sólo cuando está en reposo al

final de la competencia percibe su calvario en todo su esplendor, b) la ansiedad, ésta se caracteriza por ir acompañado de tensión muscular y por el incremento de secreciones de algunas glándulas. Este factor contribuye al desarrollo e incremento de dolores relacionados con el sistema músculo-esquelético y con el aparato digestivo, c) la depresión, se caracteriza por disminución de actividad, trastornos en el sueño y en la alimentación. Las personas que se deprimen con facilidad muestran incapacidad para controlar su dolor: los síntomas típicos son la falta de interés en los aspectos de la vida, pensamientos, deseos o intentos de suicidio, pérdida del sueño, del apetito, del deseo sexual, tristeza, descuido de la apariencia personal, pesimismo y dificultad en la concentración. Por lo tanto las personas que enferman pueden mantener su dolor mediante la depresión que les causa o por su tendencia a deprimirse, d) los beneficios y la utilidad, es decir que el factor social puede dispararlo. Hay personas para quienes el dolor es una fuente de satisfactores convirtiéndose en el punto en torno el cual gira su vida, ejemplos; individuos cuya relación familiar era insatisfactoria y que a partir de su enfermedad (dolor) reciben cuidados y buen trato, a la posibilidad de evadir responsabilidades como el trabajo, gastos, etcétera, e) el tipo de afrontamiento será la manera en que la persona se comporta ante su dolor, ya sea para resolverlo o para ignorar las consecuencias, y esto está relacionado con las habilidades y capacidades tanto físicas como mentales del sujeto, y por último f) las alteraciones de personalidad como aberraciones patológicas semejantes a las que presentan los alcohólicos, drogadictos, psicóticos; delirios que son creencias fijas y falsas excluyendo las supersticiones mantenidas en una sociedad. Un ejemplo de ellos es cuando el paciente se queja obsesivamente de un dolor inexistente para el profesional que lo atiende, y donde cada vez más el paciente lo va haciendo complejo aumentándolo, caracterizándolo, exagerándolo (Foley y Payne, 1992).

Quizá el factor psicológico común en la descripción médica del dolor sea el de personalidad como concepto que evoca lo netamente humano. Para el psiquiatra Schoenmacker (1979 en; Beks, 1980) describe tres categorías psicológicas que

explica el dolor como enfermedad psiquiátrica: primera, la exageración por factores psicológicos provocado por un daño físico local menor (i.e. el estudio de Beecher (1959) con soldados de la Batalla de Anzio), segunda, el dolor como una conversión observable en histéricos que tiene fundamento en la explicación psicoanalítica, y tercera, el dolor por ideas delirantes o alucinaciones del tipo de la esquizofrenia.

Como conclusión el psiquiatra afirma que es fácil explicar que los patrones de personalidad anormal son la causa del trastorno físico (somático), más sin embargo cuando menos es probable que la estructura de personalidad anormal sea la resultante psicológica del sufrimiento provocado por una enfermedad física. Es decir que todo aquel se sufre a causa de un dolor médicamente “validado” está en riesgo de presentar anormalidad en la personalidad.

Esta idea la refuerza el médico Wilbert Fordyce (1990, en: Foley y Payne, 1992) al tratar el tema pero no se mete en ambigüedades y únicamente aborda el dolor postoperatorio. Da por hecho que al transcurrir los días o meses necesarios para eliminar un determinado dolor no habría razón para que este continuara haciendo sufrir al paciente. Afirma que la conducta del dolor permanece más allá del tiempo de curación debido a la interacción de tres factores: la sobreprotección prolongada, el confundir el dolor con el sufrimiento y el refuerzo de la conducta que inicio el dolor o el sufrimiento. Aquí el médico puntualiza la relación del paciente y con la familia como una interacción sobre protectora:

Alentando al enfermo a que descansa o proteja la parte dañada del cuerpo y por lo tanto cuando existe movimiento por regla es doloroso lo que origina la idea de que la recuperación no es completa. Se confunde el daño y el dolor como la misma cosa. El segundo factor es el de confundir el dolor con el sufrimiento, componente emocional del problema dolor; aparece cuando la

persona cree que el dolor afectara o amenazará de alguna manera su vida en un futuro inmediato (p. 8).

Con lo hasta aquí reunido es notorio que la psicología al igual de medicina toman en cuenta la carne humana en el dolor como factor determinante en el desarrollo y dinámica del dolor del “alma”. Aunque no es debatible tal cuestión, lo que interesa indagar es el dolor producido por afectos y no por estímulos físicos. La psicología como ciencia del lo humano no ofreció respuestas al respecto se mantiene al margen de lo físico pero no explica lo que esta fuera de él.

El sufrimiento como un componente emocional del dolor físico es una cuestión que en ocasiones se investiga pero que no se llega a un acuerdo total. Por ejemplo, este médico no toma en consideración a aquellos pacientes cuyos dolores se originan en un “miembro fantasma” a causa de una amputación y que no tienen que ver con factores de personalidad. Según describe Sacks (1992, en: Salinas-Orozco, 2002a) que todos los amputados y los que trabajan con ellos saben que un “miembro fantasma” juega un rol esencial en el uso de un miembro artificial. Para ello se requiere que el paciente haya incorporado en su imagen psíquica del cuerpo del miembro fantasma. Cuando se produce la pérdida de un miembro la primera reacción es el dolor efímero. A partir de que la herida es un hecho cumplido, el dolor desaparece y entonces se presenta el fenómeno de la “fantasmización”. Un miembro amputado es reemplazado por una sensación de miembro fantasma. Psicoanalíticamente se le considera como un primer paso en el proceso del “metabolismo psíquico” de la parte del cuerpo perdido: la angustia se transforma en “estado de duelo” (y tristeza). Este fenómeno es comparable a la introyección de objeto, de un objeto fantasma. El desligamiento progresivo de la investidura de objeto interiorizada hasta su desaparición es comparable a la reducción gradual de la parte de cuerpo fantasma hasta su extinción de un miembro fantasma dentro de un curso normal (Salinas-Orozco, op.cit.).

Con base en lo anterior se deduce que el ser humano tiene la tendencia a crear imágenes psíquicas de los que le rodea: físico o simbólico. La imagen física tiene efecto concordante a la imagen simbólica; la amputación de un brazo enfermo cuando estaba presente producía dolor orgánico con repercusión en la psique del individuo, al ser retirado el brazo, por alguna causa sigue doliendo anémicamente en la imagen psíquica. Al sufrir una pérdida el algia radicará en que ya no encontramos nuestra imagen psíquica materializada en un objeto (el miembro amputado) que puede significar bienestar, belleza, alegría, salud, etcétera. Sacks (op.cit) es partidario de la explicación de que el dolor tiene una localización en algún lugar del organismo, existente o inexistente, siempre habrá un proceso neurobiológico que estará en el origen. Pero al respecto existen aún desavenencias

Todo lo descrito deja entrever que para los científicos del comportamiento el dolor es un ente que se puede controlar, con experimentos objetivos que lo reducen a un acto cuantitativo, a través de un juego de laboratorio, en donde las condiciones a las que se somete el sujeto son diferentes a las que habría cuando el dolor se presenta de forma natural. Se quiere disfrazar, reducir, artificializar el evento puro. Ya lo puntualizaba Foucault (op.cit.) que el científico siempre estará tomando una copia al carbón de la naturaleza, una copia que estará bajo las reglas y definiciones de aquel que está preguntando y no bajo las reglas de la acción misma. Encontrar esas reglas subjetivas que subyacen en la persona podría ofrecer una explicación del dolor experimentado por las emociones y los sentimientos de diversa índole. El dolor referido como anímico o psíquico es una expresión fenomenológica de sentimientos y emociones de todo tipo. ¿Será posible que el dolor psíquico esté situado en el recuerdo, en las palabras, en las ideas? Daudet Alphonse (1992, en: Salinas-Orozco, 2002b) parece insinuarlo:

Antes que nada para qué sirven las palabras, para todo eso que es verdaderamente se ha sentido el dolor [tanto como la pasión]?  
Ellas llegan cuando éste [el dolor] ha terminado, cuando se ha

calmado. Ellas hablan de un recuerdo, impotentes y mentirosas (p. 35).

El dolor psíquico es vivido como algo “extra” de su referente físico, y esta adición es la que nos interesa indagar, todo aquel dolor psíquico que emerge en la persona. Ya no tanto en el paciente puesto que, como veremos más adelante, el doliente puede ser el profesional ante su enfermo. Entonces el dolor psíquico puede presentarse como un sufrimiento sentido por las cosas, sucesos o personas antes de las cuales existe una relación que le hace experimentar, pensar o decir un dolor en alma. Precisamente palabras que definen, estructuran y materializan esa parte del dolor que no tiene fundamento ni razones orgánicas, y que en ocasiones llega a empañar el quehacer del profesional en el área de la salud cuando esta frente al dolor de otro.

### 1.3.3. ¿Dónde está la herida del alma?

Tenemos en claro que el dolor físico tiene una dinámica en donde la fisiología ofrece la explicación de él; la sensibilidad del cuerpo es el campo material en donde estímulos producen la experiencia desagradable del dolor físico, y por otro lado encontramos que el alma es el campo inmaterial en donde estímulos físicos y subjetivos producen la experiencia desagradable del dolor anímico donde tales estímulos subjetivos serían los afectos (emociones y sentimientos). Siendo así ¿Cómo se construye la herida que duele en el alma, y cómo es posible que se experimente dolor una y otra vez de acuerdo a experiencias específicas? Los pesares del alma como sufrimientos ante ciertos afectos significan un tremendo hilo que promete desencadenar una infinidad de situaciones, ideas y objetos que duelen, y el profesional como persona que trabaja bajo esta constante exhibición afectiva, puede estar en condiciones de afrontarlo o no. Más sin embargo el paciente acude al profesional para indiscriminadamente derramar sobre él primordialmente sus dolencias anímicas, disfrazadas o expuestas, asumidas o

inconscientes. Y en la misma medida el profesional reacciona ante tal disyuntiva. Se encuentran dos mundos afectivos con heridas propias.

Podemos ver a gente que cuando acude al médico no se le encuentra razón aparente para que el paciente sienta y experimente determinados síntomas, entonces ¿Qué expresa el dolor físico? Posiblemente las palabras, creadoras de la realidad tangible e intangible, pueden provocar en el organismo reacciones. Algunas veces los pacientes que acuden al médico llegan con afecciones físicas causadas por emociones encarnadas que no son escuchadas pero que tampoco son solicitadas por el profesional de la salud, debido a que el profesional está instruido para ver, buscar y escuchar lo que su verdad teórica le dictamina cobijado por su sentir emocional. Hablamos de afectos que afectan el mundo interno emocional y sentimental del profesional. Y ante esta situación la relación clínica puede encaminarse de manera caprichosa.

En la investigación hecha por los psicólogos Rudy, Kerns y Turk (1988 en: Pineda-Contreras y Martínez-Arredondo, 1997) cuyo objetivo original fue el de encontrar que existe una interdependencia entre la depresión y el dolor cuando este está relacionado con aspectos sociales, personales, laborales y familiares, se puede describir y clarificar la idea de que el dolor psíquico es generado por lo afectivo y no expresado en el paciente, que a su vez no es escuchado por el profesional debido a diversas razones (que posteriormente se analizan). Se reporta el caso de un hombre de 56 años, empleado de oficina, el cual llegó quejándose principalmente de dolor en el lado izquierdo de la cara desde hacía 6 meses. La molestia era descrita como una sensación quemante y de hormigueo que cursaba con dolor profundo y constante asociado con un dolor intermitente. Las pruebas médicas de diversa índole no revelaron ninguna patología importante aunque *varios examinadores notaron al paciente con desánimo*. Los miembros de la sección de odontología y cirugía oral solicitaron un estudio psiquiátrico, donde el paciente *habló* al psiquiatra encargado del caso de la muerte de su hijo único 6 meses atrás. Muy afectado el paciente *platicó* su

profunda pena por la pérdida de su hijo *nunca había podido expresar estos sentimientos* o mostrar pena debido a que pensaba que era su deber ser fuerte por el bien de la familia. Poco a poco fue capaz de desahogar sus sentimientos acerca de la pérdida de su hijo y su ira hacia el homicida de su hijo. El dolor en su cara disminuyó gradualmente y pudo regresar a su trabajo.

Analizando este ejemplo desde una perspectiva psicoanalítica se encuentran tres constantes; el tipo de escucha que se le hace al paciente, la necesidad del paciente y la existencia del tono afectivo desagradable en la génesis de sus síntomas. Partiendo de que en psicoanálisis, uno de los objetivos que se buscan es que la persona hable de aquello que no puede y no se atreve a hablar, que exteriorice esas palabras cargadas de sentimientos y emociones inquebrantables, reflexionaremos el caso.

En ciertas frases el paciente delata su sentir implícitamente justificando su presencia ante el médico, mientras que el profesional se aboca a cómo el cuerpo esta respondiendo aún cuando escucha algo diferente “... *varios examinadores notaron al paciente con desánimo...*”. Estos examinadores logran captar el sufrimiento detrás del dolor físico que luego entonces deja de ser injustificado. En ambos casos el dolor del paciente fue aminorando gracias a que pudo hablar de un dolor que no radicaba en su cuerpo sino en su alma.

Aquí es importante destacar que el dolor anímico producido en los profesionales a consecuencia de este paciente; llevo a “sentir” en sus médicos que algo no andaba bien con el, restándole importancia por compararla con su afección física. El punto es que después de varios días de inspección somática los profesionales de la salud intervinientes en el caso (médicos, odontólogos, cirujanos, etcétera) decidieron remitirlo con el psiquiatra ¿Por qué si desde un principio los profesionales lo notaron desanimado y al no encontrar causas orgánicas de su padecimiento no le cuestionaron nada al respecto? El verlo sufrir como consecuencia de un dolor silencioso fuera de toda fisiología, fue el motivo principal para remitirlo pero de igual manera fue la causa para que no le

cuestionaran nada al respecto ¿El dolor de “ver” el dolor les impidió actuar eficazmente? Quizás pudo haber entrado en juego un ir y venir de afectos como la compasión, el hastío, la preocupación, la angustia, el miedo, que los hizo finalmente escuchar y redimensionar el dolor que no coincidía con lo mostrado por los análisis de gabinete y que ahora se justificaba de otra manera. En el paciente entonces hubo un proceso en donde el equilibrio anímico de la psique se descompensa y se comienza a experimentar una aflicción que, por ejemplo, se siente en el pecho y que quita toda la atención, el pesar como único pensamiento, “herida” succionante considerada como la expresión del dolor psíquico (Freud, 1917[1915]). Aún cuando los casos reportados están marcados desde el punto de vista médico, psiquiátrico y psicológico, el sentimiento y la emoción humana, la escisión del sujeto y el alejamiento de lo acontecido en lo afectivo en la especialización de las áreas de la salud son ostensivos.

Con el recorrido realizado hasta ahora no queda duda acerca del dolor en sus diferentes cualidades, pero, que hay de aquella cualidad molesta en que situaciones en las que se presenta disfrazado en el profesional en sesión clínica como miedo, tranquilidad, desconfianza, nerviosismo, odio, atracción, sobreprotección, simpatía. Cómo dentro de esta relación se movilizan diversos procesos cognoscitivos tanto en el paciente como en el sanador, recordemos el ejemplo de Sharon (op.cit) en donde la empatía afectiva distorsionada de los médicos-brujos prehispánicos con sus demandantes al efectuar ritos con el fin de dañar y alimentar la necesidad de odio y venganza de quien lo pide. ¿Qué es aquello que emana y envuelve a la relación paciente-sanador?, ¿Qué tan abierto esta el profesional de la salud a su propia psique y que tanto afecta a su percepción clínica?, ¿Qué significado y dirección le dará a aquellos sentimientos y emociones dolorosas que experimenta en su vida profesional y personal?, ¿Acaso el papel de profesional de la salud otorga inconscientemente fortaleza e inmunidad anímica, y por tanto se dificultan asumir tales subjetividades?, ¿Qué se hace entonces?, ¿Qué es lo que la formación teórica y académica abracan en estos casos?. En nuestros días esta cuestión emerge a la luz: médicos que son

insensibles ante el dolor del paciente traducido como negligencia médica, fisioterapeutas que maltratan a sus pacientes, psicólogos que intencionadamente dan de alta a sus pacientes sin razón terapéutica o que desearían que el paciente ya no acudiera a sus citas, entre otros casos ¿cómo actúa afectivamente un profesional ante un demandante doliente?

Veremos que un profesional de la salud distante, frío y objetivo solo es un juego de palabras, que como lastre pesan sobre el conocimiento de cualquiera de las áreas de la salud. Ese tipo de dolor, el que se siente en el “alma”, que desgarrar, absorbe, ciega, que duele sin herida física, es el que es necesario abordar a partir de aquí.

#### 1.4. El psicoanálisis y su aproximación al dolor psíquico

De esta manera el dolor anímico es abordado por el psicoanálisis que, teoría nacida de la palabra de los pacientes, explica desde la fenomenología, como se instala en el sujeto y el su dinámica, en la que el dolor es convocado por el dolor del otro. Aquellas en donde son los mismos sanadores los que han experimentado la subjetividad del dolor. Para tratar de ejemplificar a manera de introducción a estas cuestiones Schur (1975) describe algo de los procesos afectivos dolorosos dinámicos en la relación clínica. Con base en ello se intenta iniciar el desarrollo del dolor psíquico para así mostrar y responder las preguntas que se han venido formulado anteriormente.

En 1939 el 23 de septiembre muere Sigmund Freud, médico, neurólogo y creador de la teoría psicoanalítica, a causa de un cáncer en la mandíbula y en la boca en las que se sometió a 33 intervenciones quirúrgicas de todos los tonos y colores posibles, y que produjeron en él reacciones emocionales y sentimentales: miedo, incertidumbre, depresión, tristeza, resignación y deseo de muerte. Esto tuvo repercusión en su vida profesional y cotidiana. Según el Dr. Max Schur en 1917 se le diagnostica a Freud una “leucoplasia”, lesión en el paladar, causado por el periodo de abstinencia hacia el tabaco. En abril de 1932 el dermatólogo M.

Steiner le prohíbe fumar lo que ocasiona a Freud un duro golpe, dado que presentaba una fuerte adicción al placer de fumar. Entonces un doctor llamado Deustch le recomendó el operarse el tumor con un cirujano mediocre cuyo nombre era el de Hayek, al cual Freud se negó rotundamente a intervenirle aunque al final se sometió a dicha operación. La intervención fue tratada de manera errónea por el cirujano y por el doctor Deustch; en el caso del primero se debió a que para Hayek el grado de avance de la enfermedad le hizo suponer que solamente le quedaba como opción la intervención paliativa, y para el caso del doctor Deustch en su opinión Freud no estaba preparado para conocer la verdad de su enfermedad. Según Schur los errores cometidos se debieron a la perturbación de sentimientos en los profesionales ante su ilustre paciente. Aquí es evidente como las suposiciones de los médicos los llevaron a decidir por el paciente los procedimientos a seguir, como si fueran ellos los que estuviesen enfermos.

En esta parte se nota que Freud había despertado en sus sanadores algo que los hizo cometer errores en sus juicios médicos, preenjuiciándose y predisponiéndose a emitir consideraciones personales sin comentarlos con su paciente. Podría decirse que hubo una remoción y revivificación de afectos complejos en los médicos que lo atendieron y que por no conocerlos y dominarlos trajeron consecuencias al paciente y a ellos mismos. Al respecto Salinas-Orozco (2002a) escribe:

Del lado del médico la tarea viene delicada ya que todo su ser esta comprometido en esos combates. El no puede comprender y ayudar al enfermo hasta que haya establecido un verdadero contacto detrás de la banalidad o la tenacidad de sus propósitos. Para esto es necesario que él haya aprendido a sobrepasar sus resistencias, primero al miedo a la muerte propia, que posee, como todo el mundo, en lo más profundo de su inconsciente; también debe de afrontar el malestar que ocasiona la revelación de frustraciones, de

fantasmas, de perturbaciones psíquicas y todos los miedos que pueden producirse al establecer relaciones demasiado personales y que estorban a su objetividad y le harían correr el riesgo de hacerle sufrir en caso de que el enfermo tuviera una evolución desfavorable. Con esta eventualidad podría provocarse en el médico angustias, sentimientos de fracaso y de duelo que son difíciles de soportar (p. 10-11).

Todos los supuestos concebidos por el Dr. Deustch y el cirujano Hayek eran infundados hacia un Freud que tenía aún vitalidad para seguir adelante y la entereza para afrontar cualquier tratamiento, salvo el miedo que le provocaba el informarle a su madre y a su familia un posible desenlace funesto, sobre todo a su madre. Tiempo después el Dr. Deustch revisó la evolución del cuadro que presentaba Freud y concluyó que era necesaria otra operación, pero se marchó sin decirle nada a él.

Cada operación a Freud le significaba un grado de angustia, incertidumbre y tortura insoportable porque en esa época no existía la anestesia local ni los antibióticos por lo que las operaciones resultaban penosas. Estos fueron los inicios de una interminable serie de intervenciones profilácticas, paliativas y terapéuticas para contrarrestar la enfermedad, así como de complicaciones intestinales variadas. Por lo que en 1894 en una carta dirigida a W. Fliess, Freud le confiesa que durante todo el día tiene accesos extendidos causados por sus enfermedades y que ello le deprime el ánimo vistiéndolo su vida activa con visiones de muerte y despedida. En esta misma carta Freud se dice incapaz de poder determinar si el malestar que siente es de origen hipocondríaco o si se trata de una depresión razonable y justificada.

Sus colegas y compañeros psicoanalistas explicaban este sentimiento fatalista como una expresión inconsciente del deseo de muerte, y al parecer Freud pasó toda la vida preocupado con ideas de muerte y en ocasiones sintió que no era

escuchado y atendido para desahogarse con la frecuencia que requería su estado, sobre todo cuando viajó a E.U. en 1909. Entonces si anímicamente se encontraba en ese estado, al tener contacto con sus doctores era inevitable que éstos no percibieran sus sentimientos y emociones que, funestos, lúgubres y por demás desagradables, produjeron ciertos sentimientos igual de desagradable en ellos, hecho que los llevo a actuar de la manera en que lo hicieron, dominados por su propia afectividad convocada. Esto le otorgó la comprensión de los nuevos estados emocionales en los que se encontraba. En su texto dedicado a Leonardo Da Vinci (Freud, 1910a) describe con conocimiento de causa, el concepto teórico del *Ananké* experimentado por Da Vinci y por él mismo: “la tesis en que resumió [ Da Vinci ] la profunda sabiduría de los últimos años de su vida respiran la resignación del hombre que se somete a la *Ananké*, a las leyes de la naturaleza, y no espera mitigación alguna de la bondad o gracia de dios “(p. 116).

El sujeto cuando está enfermo y su estado es estable o grave, siente la necesidad de recibir un trato acorde a su sentir, y al igual que muchos, Freud deseaba encontrar un medico que supiera tratarle con mayores consideraciones para prevenirle y estar preparado cuando llegara su momento, hecho que nunca ocurrió. Con el paso del tiempo se fueron agudizando sus achaques y un nuevo carcinoma se le diagnostico, para entonces su estado físico y anímico era ya deplorable, de su boca salía un olor fétido debido a la necrosis que presentaba. Freud cansado de tantas intervenciones, de dolores incontrolables comienza a rendirse ante la tortura inclemente de su enfermedad. Fue en un septiembre que el Dr. Schur en la cabecera del lecho de Freud le oye decir que ya no soporta el estado patético en el que se encuentra y que ya no desea continuar, se despide de él y de su hija Anna y mediante a la inoculación de una segunda dosis de morfina Freud dejó de sufrir (Schur, op. cit.)

A consecuencia de su experiencia mórbida, el tema del dolor (sobre todo del anímico) en toda la obra de Sigmund Freud es constante. Y como se establecerá en los apartados siguientes, procesos denominados transferencia y

contratransferencia hacen que giren en ambos sentidos dolores (emociones y sentimientos) vívidos, vividos y recordados, que influyen, de entrada en el paciente, y como resultado, dentro de la psique del profesional, en la visión y en el quehacer del profesional. Este fue un ejemplo en donde el paciente provoca con su enfermedad afectos hacia sus médicos. Freud mismo testimonió que, por ejemplo, ante un estado mórbido grave se suscitan necesidades afectivas de toda índole, y el profesional encargado es testigo y parte de tales necesidades. De ello se desprende que afectivamente corresponda o no tales requerimientos ¿De que manera decide corresponder o no ante esa situación primordialmente afectiva?, ¿Es un proceso consciente o inconsciente? Es pues la entrada de la explicación psicoanalítica del dolor psíquico que se funda, desarrolla y expresa de manera interpersonal e intrapersonalmente.

#### 1.4.1. Sigmund Freud explica el dolor psíquico

Con una visión introductoria tenemos lo que es el dolor anímico producido por afectos desagradables pero ahora necesitamos adentrarnos más hacia él. Podría pensarse que el ir en su búsqueda resultara una especie de arqueología anímica, por la dificultad de buscar la génesis de un sufrimiento. ¿Por qué duele un evento traumático específico a cada persona? Tenemos un referente del dolor como resultado de un daño inflingido que puede resultar grave o no, lo cierto es que en su parte anímica se trata de una sensación que se evita a toda costa y para ello se actúa de la mejor manera posible para no experimentarlo o para remediarlo. Sin embargo, irremediabilmente no se está exento de él, y ni mucho menos de vivir con sufrimientos causados por heridas inmateriales.

Estas heridas causadas por dolor, penas, sufrimientos o emociones difíciles de soportar, son y serán objeto de cuestionamiento dentro de la psicología, como una de los principales motores por las que las personas acuden ante cualquier profesional de la salud. Por consiguiente es importante describir qué es lo que significa el término dolor; su génesis, estructura y dinámica, que desde un enfoque psicoanalítico, que describa cómo la existencia de un dolor conduce a

cambios en la relación clínica cuando se presenta en las dos partes del vínculo clínico; el profesional y el paciente. Se busca encontrar la génesis del dolor anímico entendiéndolo como producto de afectos desagradables, su establecimiento y su susceptibilidad.

Como ya se había mencionado, el concepto del dolor en la vida y obra de Freud es constante. En sus primeros escritos aborda el tema dejando entrever su formación medico-neurológica por lo que realiza una extensa explicación cuantitativa y cualitativa de este fenómeno. Menciona que es necesario explicar los procesos psíquicos con fundamento objetivo, en este caso, basados en un análisis exhaustivo funcional de las neuronas que intervienen en el proceso doloroso. Freud (1950 [1895]) sostenía que sobre estas actúan energías ( $Qn^3$ ,  $\phi$  y  $\Psi$ ) que inervan todo el proceso doliente dice: “ el dolor consiste en la irrupción de grandes cantidades de Q [energía neuronal] hacia  $\Psi$  [neurona inmersas en procesos psíquicos, por ejemplo la memoria]” (p. 351). Esto significa que existen neuronas  $\phi$  que llenas de energía  $Qn^3$  sobrepasan el umbral del dolor, es decir, se derraman llegando a las neuronas  $\Psi$  responsables de la percepción. En un proceso normal se comienza desde las terminales nerviosas, en el caso de una patología el proceso prescinde de dicha terminales.

En primera instancia describe lo que desarrolló como “displacer específico del dolor corporal”, Freud (1920a) escribe:

Por lo que concierne al displacer específico del dolor corporal, está determinado por la perforación de las protecciones antiestímulo, lo que acarrea como consecuencia que desde el área perforada en la periferia, fluyan estimulaciones continuas hacia el “aparato anímico central” general, que son semejantes a las que de manera normal provienen del interior del aparato. Hay entonces una movilización general de energía que se concentra alrededor del punto de incidencia, formándose una enorme contrainvestidura con

el empobrecimiento consecuente de los 'sistemas psíquicos' aledaños, de suerte que el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica (p. 29-30).

Esto es que cuando existe una herida física, el umbral del dolor se rompe (irrupción de la protección antiestímulo), las excitaciones tolerables rebasan el límite y la herida succiona toda la energía del aparato psíquico por lo que éste tiende a contrarrestar tal acción tomando la energía de todo el alrededor causando así un empobrecimiento del equilibrio energético. Gracias a los hallazgos analizados en sus pacientes, comienza a extender su explicación sobre el dolor. En el *Manuscrito G* Freud (1950[1892-99]) habla de ello relacionándolo con la dinámica de la melancolía, en donde comenta:

La melancolía es una inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello ... Uno puede representarse que si el grupo sexual psíquico pierde muy intensamente magnitud de excitación, se toma por así decir un recogimiento dentro de lo psíquico, que tiene efecto de succión sobre las magnitudes contiguas de excitación. Las neuronas asociadas tienen que librar su excitación, lo cual produce dolor. La soltura de asociaciones es siempre doliente... como inhibición, este recogimiento tiene el mismo efecto que una herida, análogamente al dolor (p. 244-245).

Esto quiere decir que una explicación del dolor físico es que esta ocasionado por un bajo nivel de tensión sexual en el ámbito psíquico lo que produce una succión en las neuronas involucradas, este acopio de excitación y su liberación causan la sensación. Esta demanda de energía desabastecería a los demás “instintos y funciones”, limitando su actividad normal.

Esta reflexión es derivada de lo hallado en *Proyecto de psicología* (Freud, 1950 [1895]) definiéndolo como vivencia de dolor que es básicamente es lo que ya

había propuesto – dolor como un acrecentamiento de energía  $Qn^3$  sobre el sistema neuronal perceptivo (w)- solo que ahora propone una “imagen-recuerdo del objeto excitador” como factor asociado a éste. Entonces la dinámica será la siguiente: en el proceso normal de dolor, a la excitación displacentera neuronal se le asocia una imagen mnémica del objeto (determinado hostil) quedando ligado el proceso en grado físico, auditivo y visual. Entonces el recuerdo, ahora lacerante, cuando sea alimentado (invertido) de energía (por diversas razones) causara un efecto parecido al del dolor, es decir, una re-alimentación de este mecanismo otorgara la sensación vivida como displacer. Esta idea la anuda y amplía más adelante Freud (1917 [1915]) donde retoma la analogía del dolor físico de una herida para explicar el dolor psíquico:

El complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investidura y vacía el Yo hasta el empobrecimiento total (p. 250).

Así explica que la melancolía actúa como una herida (ubicada en lo anímico) que succiona toda la energía de su alrededor (del aparato psíquico), sobre todo del Yo haciendo que este se debilite y por consiguiente experimente displacer.

En este punto es necesario aclarar que ahora la energía (llamada investidura) deja de tomar cierta esencia electro-química para insertarle una nueva cualidad: la afectiva. El dolor psíquico es entonces energía que cargada de afecto supone una excitación neuronal intensa adherida a una representación hostil (imagen-recuerdo). Esta ligazón del afecto con el dolor físico la desarrolla como la existencia de un recuerdo de un dolor expresado corporalmente. Sobre la imagen-recuerdo del objeto excitador dice que no son simples recuerdos sino que los dolores histéricos son causados por representaciones en las cuales es necesario un estado anormal del aparato que siente y conduce dolor (Freud, 1893-95).

A este hecho se propone que si en la histeria es posible producir las “alucinaciones de dolor”, la condición es que existan anomalías en el funcionamiento del aparato de percepción de dolor. Es decir, simple y llanamente, que las histéricas están “enfermas de reminiscencias” (Salinas-Orozco, 2002b). Las alucinaciones de dolor que fisiológicamente no tienen causa se pueden considerar como afecciones psíquicas, dolores psíquicos que vía corporal se hacen escuchar, para el caso de las personas histéricas este suceso se traduce como un regreso al momento exacto en que ocurrió el dolor y que quedo grabado a través de vías visuales y auditivas; regresos de recuerdos de momentos penosos que se presentan vívidos al ser evocados por un suceso, lugar, objeto, persona, palabra, o cualquier otro medio, que de manera específica tienen significado en la historia de su aflicción. Sobre este punto es importante recalcar cómo al dolor físico se le va anudando una imagen-recuerdo del objeto excitador de dolor (que más adelante va concibiéndose en lo psíquico) donde éste tiene repercusión fuera de tiempo real en la vida anímica.

Y precisamente este historial del enfermo, su particularidad, es la que concibe y da estructura al dolor psíquico experimentado en diversas formas. Como ejemplo Freud (op. cit.) describe acerca de las neurosis en sus pacientes y muestra que a estos pacientes les era realmente difícil describir el dolor que los aquejaba a diferencia de aquellos que percibían un dolor orgánico fácil de localizar y describir. *Así pues en el dolor psíquico actúan símbolos mnémicos de los momentos de sufrimiento del pasado.* En los días en que surgieron los dolores se le asociaron vivencias cargadas de sentimientos y emociones penosas con la intensidad de los dolores físicos. La unión de estos dos eventos provocó recuerdos que se expresan a través de estados físicos. La dificultad para describir y erradicar los dolores, para encontrar las palabras adecuadas es causada por la dificultad en recordar ese evento de manera completa ya su vez por el sentimiento doloroso que ello provoca. Encontrar y desatar esa unión es la meta para la sanación. Lo que se puede sostener en este caso es que el cuerpo se

vuelve objeto sobre el cual el psiquismo se manifiesta en forma patológica (Salinas-Orozco, 2002b)

### 1.4.2. Dolor anímico: ¿cuestión de placer y displacer?

En efecto, Sigmund Freud realiza un exhaustivo recorrido sobre el dolor anímico y su relación con el placer, gracias a la nueva perspectiva metapsicológica que de manera continua estaba descubriendo. Hasta este punto, con base en lo expuesto se puede sostener que el dolor psíquico es generado por una ligazón que efectúa el aparato psíquico entre el objeto doloroso y su “imagen-recuerdo” con todo lo que éste último pueda contener, puesto que en esta asociación juegan condiciones que azarosamente quedan cargadas de energía psíquica, que irremediablemente otorgan movilidad al mecanismo del dolor. Ello le otorga una cualidad tan personal, que sólo el actor principal puede definirlo dentro de sus capacidades y su particular forma de ver la vida (Laín-Entralgo, 1970), y de igual manera el enfoque conceptual para definirlo tendrá que acceder a él de la misma forma para explicar la existencia de una sensación dolorosa sin “herida” física. La génesis del dolor psíquico será objeto ancestral, habrá que buscar como el arqueólogo, desenterrando y desempolvando las capas del desarrollo de la psique.

Este tipo de dolor suele definírsele coloquialmente como una sensación, emoción o sentimiento provocado por angustia, miedo, temor, odio, desolación, desamparo, soledad, desesperación, hastío, indefensión, en fin, como todos esos procesos que no se desea experimentar, por ser algo que incomoda y que es mejor evitar, en otras palabras aquello que resulta displacentero.

Nuevamente Freud (1920a) menciona que el hombre desde que nace esta regido bajo la búsqueda del placer, el mantener bajo o constante un nivel de excitación en el organismo para no comenzar a sentir displacer. De manera que todas sus acciones estarán destinadas a este propósito. A pesar de ello existen dos factores

que impiden tal búsqueda: el principio de la realidad y las fases del desarrollo del aparato psíquico. Y precisamente el principio de la realidad es el que constituye en el juego del niño (“Fort-Da”) las reglas que lo llevan buscar un placer en condiciones que le otorgan displacer (la pérdida de un objeto amado) que es vivido como doloroso. Podríamos decir que la relación entre el dolor y el placer es muy estrecha; aquellas situaciones que causen displacer siempre serán evitadas o transformadas para que ese nivel de excitación no suba. Situaciones que causaran dolor en el momento mismo o que lo hagan de manera atemporal. El hecho radica en que el aprendizaje de la vivencia del dolor esta inscrito en las relaciones de objeto que se desarrolla en la más tierna edad y que se representará en los diferentes procesos psíquicos del hombre. Donde la pérdida del objeto supone su carácter displacentero.

Así establece la hipótesis de que la pérdida de objeto juega un papel fundamental para el establecimiento del dolor considerado como psíquico. Apoyado inicialmente con los estudios psicoanalíticos del juego infantil, Pfeifer (1919, en; Freud 1920a) describe detalladamente este proceso con el análisis de la conducta de un niño de año y medio por medio de un juego que denominó “Fort-Da”, donde se muestra cómo se enlazan los procesos de pérdida de objeto donde el placer juega el papel más importante. Cuenta que en una ocasión (y después de unas semanas de observación autorizadas por los padres del niño) se percató de que cierto niño aventaba cuanto objeto podía, emitiendo con interés y satisfacción un fuerte y prolongado “o-o-o-o” que significaba “fort” (*se fue*), esto es que jugaba a que los objetos se iban. Pasados los días, esta suposición cobró más sentido cuando observó que el niño había amarrado un cordel a un carrito y, sujetando un extremo del cordel, lo aventaba hacia su cunero perdiéndosele de vista a la vez que emitía su significativo “o-o-o-o”. Hecho esto, jalaba el cordel que tenía sujetado en su mano hasta que volvía a aparecer el carrito, expresando un amistoso “Da” (*aquí está*). El niño había creado un juego a partir de repeticiones en donde el tener de nueva cuenta el objeto “perdido” le provocaba placer, al respecto afirma que “se responderá que jugaba a la partida

por que era la condición previa de la gozosa reaparición, la cuál contendría el genuino propósito del juego” (p.15). El hecho interesante radica en que existen medios y vías para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que es en sí mismo displacentero, es decir, que el dolor expresado en pena, llanto, sufrimiento, soledad, indefensión es generado por una asociación de procesos físicos con procesos psíquicos mnémicos que estarán llenos de carga energética excitatoria no placentera, el dolor como una vivencia desagradable que tiene referencia a lo sentido físicamente. ¿cómo sucede tal devenir?

La cuestión del placer que provoca lo sentido físicamente y posteriormente el que trascienda transformándose en simbolismo puro es posible. Si se recuerda que el niño cuando nace rige su vida bajo el principio del placer que le otorga la alimentación y el amor de parte de la madre -que no es considerada como un objeto aparte- probablemente el hambre satisfecha y el amor satisfecho provocan sensaciones claras de placer, es por ello que ciertas cualidades humanas abstractas como el amor, el gustar, el atraer son el mero devenir de procesos fisiológicos como el hambre. Así se anuda el hambre y la alimentación (proceso fisiológico) con la satisfacción de amor (proceso psíquico), cuando la satisfacción alimentaria como experiencia fisiológica y sensorial en donde el calor, la protección, contacto físico y visual, el sentirse amado, querido, el olor de la madre, el correr de la leche materna por el esófago, el mamar, etcétera, se conjugan con lo que posteriormente será para el niño el placer del amor por ejemplo (Chiozza, 1998). De manera análoga sucedería con el sentimiento displacentero del odio cuando no obtenga todas esas satisfacciones sensoriales de satisfacción al alimentarse. Entonces la relación madre-hijo es una fuente de origen de los afectos, en este caso el amor, como un nido en donde se construye e instala la vida afectiva del hombre. Todos los afectos y su construcción verán su génesis así (Caruso, 1976). Entonces el cumplimiento de su satisfacción o no, marcará la pauta de los afectos que posteriormente se irán desarrollando hasta su complejidad normal.

Al respecto de esta asociación trascendente y su satisfacción llevado a cabo en la psique, Freud (1926[1925]) establece que el paso del dolor corporal al dolor anímico radica en la mudanza de la energía pulsional dirigida hacia uno mismo (investidura narcisista) en energía pulsional dirigida hacia un objeto (investidura de objeto) “el paso del dolor corporal al dolor anímico radica en el movimiento de la investidura narcisista en investidura de objeto” (pag. 160). El dolor establecido como sufrimiento afectivo se explica como la inseguridad de seguir obteniendo satisfacciones pulsionales, donde las necesidades físico-anímicas se ven truncadas en cuanto a la consecución de satisfacción: amor, protección, cuidado, compañía, etcétera.

Retomando del ejemplo del juego “Fort-Da” la premisa del dolor por la ausencia del objeto, se concluye que el niño cuando la madre no esta, sus necesidades físico-anímicas se ven coartadas, por tanto al percibir insatisfacción responde de manera anímica apoyándose en lo percibido como displacentero sensorial y fisiológicamente pero ahora ligado psíquicamente. Entonces el dolor experimentado afectivamente como soledad muy probablemente se deba a lo percibido como falta de calor, de alimento, de contacto visual y físico, al distanciamiento visual, a la falta de palabras, etcétera. En otras palabras el dolor anímico es lo desagradable de lo físico que ha sido abstraído. En el dolor anímico, la energía libidinal está dirigida hacia un objeto, como en el caso de los bebés cuando su objeto de amor, cuidado y protección de repente desaparece. Esta ausencia provoca en el niño dolor, sufrimiento, pena, soledad, desamor, en resumen, la ausencia de placer por la pérdida de objeto. Deducimos entonces que el dolor anímico es algo displacentero afectivamente que se experimenta a edad muy temprana y que va a ir desarrollándose con ese precedente.

Con todo esto el dolor psíquico es una construcción que hace la persona desde sus primeros días de vida, en donde los afectos que se van instalando desde la infancia así como de las experiencias desagradables procesadas por el aparato psíquico organizan y fijan las condiciones y cualidades de la vida emocional y

sentimental. Una vez que el dolor parte de lo físico desde la infancia, construidos de un referente sensorial, se desliga de él dado que el estímulo se ha vuelto simbólico y el cuerpo responde de la misma manera, desde lo psíquico.

Ahora, el dolor así determinado es potencializado por la organización pulsional de la que parte, al investir de energía objetos externos como parte de metas que la vida anímica considera como necesidades, al no hallar satisfacción en ellas (por pérdida, alejamiento, etcétera) la energía gastada en éstas entra en desequilibrio en la psique otorgando entre otras experiencias la del sufrir, del dolor. Se siente dolor ante la imposibilidad de no tener en donde descargar la energía pulsional al objeto acostumbrado o ante la posibilidad de tener que prescindir de tal objeto o de volver a experimentar una separación de cualquier índole, actuando como si en verdad se tuviese una “herida” pero que ha devenido como recuerdo. El punto crucial es que el dolor representa cualquier suceso archivado como desagradable ante un objeto considerado como meta pulsional ya sea actual o pasada, haciendo que el cuerpo experimente una reacción semejante a la del dolor físico, por no tener otro referente (Freud, 1920a).

En el duelo, el dolor provocado surge por la ausencia definitiva del objeto, y en la desintegración del vínculo afectivo de pulsiones que fluían hacia él (investidura de objeto). Es entonces que el dolor es causado por una pérdida real del objeto y el dolor radica en el recordar las uniones afectivas que tenían con el ser perdido, las energías dirigidas hacia el ser que ya no está comienzan a cesar de manera lenta y dolorosa puesto que el objeto permanece en la psique. Es decir se reacciona igual que en los años de infancia cuando se percibe que la madre “se va”; el objeto amado (que puede ser a la vez objeto de protección, de alimento, de calor, etcétera) que se aprendió a extrañar por ser menesteroso a esa edad, Freud (1926[1925]) menciona:

Repetidas situaciones de satisfacción han creado el objeto de la madre, que ahora en caso de despertarse la necesidad, experimenta

investidura intensiva, que ha de llamarse 'añorante'. A esta novedad es preciso referir la reacción del dolor. El dolor es por tanto la genuina reacción frente a la pérdida de objeto, la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento al peligro de la pérdida misma del objeto (p. 159-60).

Con base en lo anterior hemos alcanzado el punto en el que podemos afirmar que el dolor anímico es sin duda una forma de expresión de la psique humana llena de subjetividad y con una fuerza tal que puede adueñarse de su extensión orgánica y que puede expresarse sin referente físico, puro sufrimiento, dolor, pena. Y ya se vislumbraba esta cuestión, recordemos que Gregory (1995) mencionaba la experiencia afectiva en su definición del dolor, Wolman (1993) afirmaba que el dolor era lo opuesto al placer, Morani (1976) decía que era una impresión anormal y penosa, Bónica (1974) y Liceaga (1989) lo referían como una experiencia meramente personal, Fordyce (1990 en: Foley y Payne, 1992) menciona que el dolor psíquico es un componente emocional, es decir, el sufrimiento que se puede manifestar como enojo o crisis emocionales, Pineda-Contreras y Martínez-Arredondo (1997) lo describen como un factor que influye en la percepción del dolor como la tristeza y el pesimismo. Hay que hacer notar que el dolor expresado como sufrimiento es algo que se escapa de la ciencia en el área de la salud, sabemos que existe pero es muy difícil abordarlo puesto que cada persona se duele y sufre de diversas maneras, algunas lo soportan más que otras, algunas son más sensibles que aquellas, unas más poseen un “blindaje” a prueba de cualquier contrariedad, y así indefinidamente. Tal y como ya se ha revisado el dolor nunca será el mismo, cada persona lo experimenta individualmente y solo ella sabe lo que en realidad está sintiendo, como la absorbe, la debilita y la vive.

Podemos afirmar que la génesis del dolor psíquico radica en el aprendizaje y rememoración de las pérdidas de objeto en la infancia, la manera en cómo ha

sido experimentados dichos procesos de pérdida darán la pauta para que regresen como testigos de un repertorio afectivo infantil, paralelos a estos está la dinámica de la satisfacción de impulsos placenteros, que aprendida desde los años mozos otorga la capacidad para el control y manejo de la sensación dolorosa. Entonces por ser pretérita y desagradable en mayor o menor medida, por su conclusión o inconclusión o por su satisfacción o insatisfacción, tales complejidades quedaran relegadas al inconsciente por ser la zona en donde lo intolerable se anida, pero que finalmente clama salida y satisfacción.

Esto no es muy descabellado porque estos procesos inconscientes decidirán la forma en cómo se enfrentan los retos de la vida, sobre todo los puedan provocar dolor; el médico que teme involucrarse en la vida de sus pacientes, el psicólogo que sin conocimiento de causa prefiere realizar su labor solo en ciertas condiciones, el cirujano que toma decisiones bajo su propia perspectiva sin consultar a su paciente, el terapeuta físico que odia o ama a su paciente en rehabilitación, la enfermera que es muy afectuosa con sus dolientes, el profesional que tiene un interés especial por un determinado caso, en fin, en el fondo de todo se asoma lo que vislumbro Freud como factor fundamental del dolor psíquico, lo que duele es el recuerdo.

Así pues, a continuación ahondaremos en esa subjetividad del dolor anímico fundamentalmente como una sensación expresada por un afecto insatisfecho o intolerable y cómo surge en la relación clínica; en el enfermo y en el profesional de la salud.

# L a Convocación

## del Dolor Psíquico

*“...en el deseo nos lleva a repetir  
y repitiendo se descubre  
sufrimiento...entonces ...piensa el hombre  
en lo que se juega .”*

Ignacio Garate Martínez\*

**E**l dolor psíquico como producto de afectos insatisfechos o intolerables que tienen reciprocidad en el desarrollo y actuar de la vida anímica, resulta de suma importancia entonces interesar sus vicisitudes. Con

---

\* Coautor del libro *Hacerse psicoanalista. Las formaciones del inconsciente*. Madrid. Ed. Alianza, 1999.

base en lo ya descrito anteriormente por Freud, tenemos que es consecuencia de la remoción de una intensa energía que inviste un objeto añorado ausente experimentado en épocas infantiles, posee una dimensión motivacional-afectiva, que está en función de la experiencia del pasado y de reacciones adversas ya sucedidas (Ancona, 1989). Y por lo tanto de todas aquellas reacciones fisiológicas y psíquicas que a manera de emociones y sentimientos quedaron impregnados sobre determinadas representaciones concientes y/o inconscientes.

La idea que a partir de aquí se concreta es que es una expresión afectiva cuya génesis puede ser inconsciente. Tramitado como una vivencia que supera el principio del placer entonces es cuando se expresa por medio de la sola representación o mediante un afecto (Roitman, 1995).

A que se refiere esto, a que en el estado de añoranza infantil se puede motivar la aparición de un grupo de afectos dolorosos asociados con ello, como por ejemplo el sufrimiento otorgado por la nostalgia, el anhelo, la ambición, los celos, la tristeza, la penuria, el sentimiento de condena, la culpa y la vergüenza, entre otros. Este sufrimiento significa que ha quedado insatisfecha la pulsión que da vida a determinadas representaciones y como tal ejercerán poder sobre el actuar de la persona cuando estas ideas se vean alimentadas por una promesa de satisfacción libidinal. A este proceso Freud lo denomino como transferencia (término que posteriormente se describe detalladamente) donde afectos se ven involucrados de manera inconsciente cuando dos personas se encuentran bajo una relación terapéutica.

Por lo tanto las emociones y sentimientos de los profesionales de la salud que construyen (como cualquier individuo) un repertorio afectivo elaborado primordialmente en la infancia y mucho antes de ésta, su actitud intra e interpersonal se verá influida por las vivencias, experiencias y sobre todo recuerdos de su infancia, que latentes, son susceptibles de ser movilizados por su sentir frente al paciente provocando la evocación. Emergerán en forma de

afectos, emociones y sentimientos, fijando la mirada en el dolor expresado por un afecto insatisfecho o intolerable.

En este capítulo, a través del psicoanálisis, se describe la dinámica del dolor psíquico experimentado en lo afectivo, y a su vez se exponen las posibilidades de contratransferencia del dolor anímico como factores y condiciones a las que el profesional está expuesto para experimentarlo dentro de la relación generada entre él y su paciente, como parte de un vínculo que alimenta la expresión y las vivencias de afectos de cualquier índole.

Dado que se ha encontrado que dentro de la concepción del dolor psíquico tienen que ver mucho los afectos, las emociones y los sentimientos, es necesario definir qué es un afecto, una emoción y un sentimiento. Una vez que tengamos claro que entenderemos por cada una de estas acepciones tendremos la posibilidad de apreciar sus intrincados caminos y del cómo puede llegar a ser un obstáculo o una herramienta en el proceso primero vincular y después clínico con el paciente.

## 2.1. Emociones y sentimientos como piedra angular del dolor psíquico

De acuerdo a Chiozza (1975) en el dolor psíquico se ven involucrados toda clase de sentimientos y emociones por lo que es necesario ahora analizarlos como afectos fundadores de éste, lo que nos lleva a saber cómo se constituyen y se exteriorizan en el profesional, que antes que todo es una persona como cualquier otra. Así pues conozcamos lo que los pensadores, científicos y psicólogos describen como tales.

Comúnmente se toman como sinónimos las palabras emoción y sentimiento. Muchos investigadores, científicos y filósofos han utilizado estas palabras para expresar con sus propios términos la manera de verlas, estudiarlas y hasta experimentarlas. Por ello en la búsqueda de una diferenciación encontraremos cuáles son las líneas delgadas que separan tales cualidades humanas.

Se busca primero el origen de la palabra sentimiento. De acuerdo a Corominas y Pascual (1984) etimológicamente es la derivación de la palabra sentir del latín *sentire* que significa percibir por los sentidos, darse cuenta, pensar. Por lo tanto un sentimiento es algo que se percibe, algo que nos hace darnos cuenta de su existencia, a la vez de que es objeto de nuestro pensamiento. La Real Academia de la Lengua Española (1993) define sentimiento como una impresión y un movimiento que causan en el alma las cosas espirituales. Con estas dos ideas podemos afirmar que un sentimiento es algo que como impresión nos hace darnos cuenta de un movimiento existente dentro de nuestra alma, algo que ocurre y se valora a nivel interno, psíquico diría yo. Desde una visión científica tenemos que William McDougall (Coffer, 1997) afirma que el sentimiento es la herramienta capaz de ejercer coerción en cuanto al control de los instintos. Un sentimiento será una estructura que en unión a una idea o un objeto quedarían unidos diversos instintos y sus correspondientes emociones que a su vez alentarían o disminuirían ese manajo de instintos y emociones. Es decir, el sentimiento como una elaboración valorativa del ser humano en cuanto a sus emociones o instintos.

El investigador Young (1948 en: Ardila, 1973) dice que el sentimiento es un juicio valorativo de un factor afectivo unido a una emoción. Para Hobson (1985 en: Cornejo y Levy, 2003) los sentimientos son procesos voluntarios conscientes que están conectados con el proceso cognitivo. Se caracterizan por estar procesados e integrados. Tiene un valor de aprobación o desaprobación e implican cierto tipo de juzgamiento a la par de que otorgan fuerza y son susceptibles de ser controlados. A esta misma afirmación llega Damasio (1999) agregando que un sentimiento es un proceso por el cual una emoción se le ha sido asociada una imagen, estas imágenes del objeto dado son procesadas y formadas por una perspectiva individual ante la cual se actuará de manera controlada con base en lo ya pensado.

Por todo lo anterior se puede concluir que un sentimiento es un proceso consciente juicioso, valorativo y normativo de una emoción o un instinto. Esto nos lleva a pensar, ¿Qué es una emoción?

Etimológicamente la palabra emoción esta formada por dos palabras latinas *motion* mover, poner en movimiento, y por la partícula *e* que significa estar fuera. Por lo tanto emoción podría significar movimiento desde fuera, transferir de un lugar a otro. (Chiozza, 1975; Corominas y Pascual, 1984; Cornejo y Levy, op. cit.). Conceptualmente Aristóteles lo define como aquellas cosas que hacen que las personas acaben por diferir en sus juicios y que vienen acompañadas de dolor y placer. Dentro de las emociones están la ira, el miedo, la añoranza, la lamentación, el amor, la emulación, la malicia, entre otras, cuyo origen se encuentra en el corazón, siendo el cerebro el encargado de regularlas (Elster, 1999). De esta manera los griegos suponían al corazón y la sangre como la fuente de la emoción, el cerebro como la sede del pensamiento racional, el cual debía de regularlos (Bennett, 1978). De igual manera los antiguos mesoamericanos creían que las emociones estaban situadas en el corazón y era el cerebro el encargado de tramitar sus impulsos, se decía que la cabeza sólo respondía si el corazón así lo quería. Ellos le atribuían al corazón los sentimientos de alegría, amor, tranquilidad, felicidad, siendo el estomago y el hígado fuentes de emociones negativas: la envidia, el odio, el rencor, la venganza, etcétera (López-Austin, 1984; Viesca-Treviño, 1992).

Científicamente Ardila (1973) define emoción como un estado de gran excitación, acompañado de cambios viscerales y glandulares, que se manifiesta en forma de patrones complejos de comportamiento orientados o no a la consecución de metas. Siendo los aspectos nominativo y de intensidad las únicas formas de entender las emociones.

Para Strongman (1987) una emoción es un sentimiento tanto placentero como displacentero, de mediana o fuerte intensidad, duradero o efímero que puede interferir con la conducta. Actualmente la emoción tiene varias cualidades a considerar. Según Coffey (op.cit) percibimos las emociones por sus manifestaciones palpables y por nuestras afirmaciones relativas al modo en como sentimos. La emoción es un producto conjunto de una excitación fisiológica y de una evaluación cognoscitiva de la situación que tiene lugar la excitación. Además tiene dos dimensiones: las expresiones faciales y los nombres dados a las emociones junto con todas sus subjetividades (tono de voz, repetición de palabras, sonido, volumen, balbuceos, etcétera). Las emociones no son independientes entre sí sino que tiene rasgos comunes que indican grados o dimensiones subyacentes. Damasio (op. cit.) las describe mediante cuatro características: a) las emociones son una complicada colección de respuestas químicas y neurológicas que forman un patrón; b) todas las emociones cumplen una función de adaptación y supervivencia, están determinadas por el aprendizaje y la cultura que le otorgan nuevos significados que dependen de una larga evolución histórica, y c) las emociones son el producto de estructuras subcorticales y corticales con interdependencia mutua de manera consciente o inconsciente.

En resumen, ahora se puede entonces diferenciar lo que es un sentimiento de lo que es una emoción. Se establece que una emoción es un proceso innato en cuanto a que el ser humano no puede evitar dada su condición heredada y filogenética. Son cualidades humanas que tienen su origen en los instintos naturales, expresiones que fisiológicamente se hacen presentes tanto corporal como mentalmente. En cambio un sentimiento es una emoción que ha pasado por las huestes del pensamiento, como la derivación de una emoción gracias a la actuación de la razón y el intelecto. Es por tanto la expresión de un afecto, una emoción intelectualizada y complejizada debido a que se le ha valorado mediante ideas que se le han añadido constructos simbólicos; el amor, la envidia, la valentía, la compasión, el rencor, etcétera, todos aquellos sentimientos que

sucedan, por decirlo de alguna manera, únicamente en el “corazón” por su condición subjetiva.

Por lo tanto cada emoción y sentimiento percibido y experimentado por el profesional tiene una construcción muy personal que se aplica para cada individuo, entonces, aquellos afectos que estén establecidos como dolorosos, actuarán bajo las mismas condiciones. Es decir, toda aquella emoción y/o sentimiento de la vida anímica de individuo tendrá una génesis particular, un significado exacto, una expresión especial y un modo determinado de actuar ante tales.

En estas definiciones, no encontramos aquello que los hace emerger, ante qué situaciones están involucrados aspectos filosóficos más que científicos o viceversa. Es innegable que un sentimiento o emoción puede ser en sí mismo agradable y placentero pero sabemos que algunos contienen partes dolorosas e indeseadas. La génesis y dinámica de esta contraparte es la que nos interesa conocer. ¿Cómo está construida una emoción y bajo qué características y cualidades se presenta en el ser humano? El estudio de las emociones es el que ostenta una gran cantidad de referencias experimentales, filosóficas y psicológicas por que supuestamente es lo más cercano a la naturaleza humana (Coffer, op. cit), pero de aquello afectivamente doloroso y subjetivo la investigación se torna profunda.

### 2.1.1. De la Fisiología hasta la Psicología de las emociones

A partir del siglo XIX todos los temas que se quisieran tratar y abordar había que hacerlo basado en investigación científica positivista. Por ello surgieron varios investigadores que se empeñaron en desmenuzar el enigmático temas de las emociones y sentimientos queriéndose alejar de todo sentido común para ofrecer

una explicación empírica. La primera investigación realizada en ese sentido fue la hecha por Charles Darwin en 1872 (Darwin, 1984). Considera que cuando se percibe un estímulo se produce una actividad que es la emoción particular a cada estímulo. La emoción es la respuesta de un organismo a una situación. Con esto intentaba mostrar la relevancia de la conducta emocional en concordancia con su teoría de la evolución, porque para él una emoción era una respuesta históricamente válida que permanece en el ser humano como evidencia de un estado adaptativo y de supervivencia primitiva e infantil. Darwin creó dos categorías emocionales: las fundamentales y las complejas. Entre las primeras se encuentran aquellas emociones que se pueden leer en la expresión facial y corporal: como la ira, el enojo, la sorpresa, el miedo, la alegría, etcétera, emociones que a menudo parecen destructivas y parecieran enemigas de la racionalidad. Y entre las segundas se encuentran aquellas que tienden a ser indistintas y difíciles de reconocer: los celos, la culpa, la vanidad, la presunción, la ambición, el orgullo y la humildad (Oatley y Jenkins, 1996).

Mas adelante en 1884 surge la teoría de James-Lange (Ardila, 1973) en respuesta a las afirmaciones de Darwin con respecto a las emociones. Esta teoría dice que la emoción se desarrolla de la siguiente manera: percepción de la situación, alteraciones orgánicas, toma de conciencia de estas alteraciones y por último la percepción del hecho excitante. La sensibilidad de nuestro cuerpo a esos cambios es lo que denominamos emoción. Los cambios vasomotores son las emociones, y cada emoción tiene una reacción fisiológica específica. En otras palabras sentimos miedo porque percibimos los cambios físicos (palpitaciones, aceleración de la respiración, actividad visceral inervada por el sistema nervioso autónomo) que tenemos ante la visión de un evento estimulante. Entonces una emoción es una respuesta instintiva y fisiológica del cuerpo humano difícil de controlar y que puede ser evocada ante estímulos externos específicos de diversa índole.

Posteriormente los trabajos de Cannon y Bard (1934, en; Ardila, 1973) postularon que la expresión emocional esta relacionada con el hipotálamo. Afirman que existen dos centros subcorticales para la emoción: el tálamo y el hipotálamo; el tálamo le da una “cualidad emocional” a los impulsos sensoriales que pasan por este núcleo. Los estímulos muy fuertes superan la inhibición cortical y activan los mecanismos talámicos; estos a su vez, descargan por la vía del hipotálamo y envían impulsos a la corteza que llevan a apreciar la respuesta. Por lo que consideraron al hipotálamo un papel importante en la emociones en conjunción con la corteza cerebral. Por lo tanto establecen como fundamento material de la emoción estructuras cerebrales responsables de las emociones. Tenemos ahora que las emociones son rasgos instintivos que responden a cambios fisiológicos del cuerpo comandados por estructuras cerebrales subcorticales y corticales.

Ante estos nuevos hallazgos hicieron que surgiera la premisa de Papez-MacLean (1927, en: Ardila, 1973). Ellos propusieron que efectivamente existen mecanismos corticales que están específicamente a cargo de la regulación de la experiencia emocional. La experiencia emocional corre a cargo de la corteza, la cual esta relacionada con el giro cingulado y de allí se extienden a diversas áreas de la corteza. Existen mecanismos corticales que están específicamente a cargo de la regulación de la experiencia emocional.

En cuanto a las teorías centrales, éstas sostienen que los aspectos viscerales y glandulares son secundarios, y que la emoción es resultado de la interacción córtico talámica supeditada al sistema nervioso central, específicamente al sistema límbico.

El sistema límbico está constituido por cuatro partes: el giro cingulado, el área septal, la amígdala y el hipocampo. En cuanto a las emociones las estructuras tales como el hipotálamo, la amígdala, el hipocampo son los centros de origen de éstas. Por ejemplo el hipotálamo es el responsable de producir miedo, rabia, curiosidad y alerta, el comportamiento sexual, el hambre y la sed. La amígdala produce agresividad, hipersexualidad y el predominio sexual, desempeña un papel importante en el condicionamiento emocional y para el aprendizaje de la relación entre indicaciones y avisos externos relacionados con la emoción y la afectividad. El hipocampo regula la memoria y el aprendizaje. Permite valorar cuáles son los elementos que se retienen y cuáles no según la importancia de éstos cuando llegan, donde finalmente el hipocampo es el encargado de amplificar y retener los datos que ha recabado la amígdala (Isacson, 1982).

La función primordial de ésta última es la de asignar un contenido emocional a los datos de la experiencia común, especialmente cuando esta se relaciona con la ansiedad y el miedo. En la amígdala se vivencian los afectos, y en el sistema del hipocampo se inician los procesos de consolidación de la memoria que está relacionada con el neocórtex temporal. El sistema límbico es así el puente de conexión entre la parte emocional con la corteza motivacional o prefrontal además de que cohesiona la función de todos los lóbulos cerebrales. La mayoría de las estructuras del cerebro límbico coordinan integrando diversos aspectos de la cognición y la afectividad (Gudin, 2000).

Este autor finalmente toca un punto interesante. Explica que los sentimientos o emociones no son dependientes de estas estructuras límbicas, sino que el valor de las inclinaciones afectivas que finalmente la persona otorga a sus sentimientos está mediado por otras áreas corticales, sobre todo con aquellas que tienen que ver con el pensamiento superior, con los estados de *conciencia*: áreas corticales temporales, prefrontales, parietales, etcétera. Es decir, el sistema límbico es el área en donde fundamentalmente se sitúan sentimientos y emociones: el placer, el temor, la tristeza, la alegría, el enfado, el deseo sexual, etcétera, pero a la vez es el neocórtex el que aporta contenidos de conciencia a las emociones. Esto es que el sistema límbico y la corteza cerebral actúan siempre integrados a la hora de emitir un juicio o de querer algo. Los estratos afectivos e intelectuales actúan a la par facilitando o limitando el comportamiento humano (Mc Lean, 1949; Taylor 1979; Koestler 1979 en: Chiozza, 1998).

Se deduce así que las emociones instintivas y los sentimientos derivados de ellas pueden ser expresados por el individuo de acuerdo al cómo estas son procesadas por los estados de conciencia, del pensamiento, de la estructura cortical en su conjunto. Quiere decir que todo sentimiento o emoción tiene un procesamiento intelectual y su moción estará supeditada a ello. Por lo tanto se puede sostener que el neocórtex (el pensamiento) es la estructura que atempera o inhibe la conducta afectiva. Por lo tanto el que el profesional pueda expresar, sentir o inhibir ciertos sentimientos, emociones o afectos dependerá del cómo

éstos los hayan intelectualizado y por lo tanto sigan obedeciendo un patrón establecido conscientemente.

Pero muchas de las veces ciertos afectos no los puede controlar o aceptar el profesional de la salud; ante ciertas situaciones si lo hace, ante ciertas personas no puede, ante ciertas ideas tampoco, siente la pérdida de control afectivo u emocional ante una persona que en otra situación no le producía reacciones sentimentales o afectivas, ante situaciones frente a personas que anteriormente si podía controlarse emocionalmente, o viceversa. En fin la constante radica en que el profesional de la salud reacciona afectivamente ante causas desconocidas, ambiguas o que le producen dolor anímico ¿Cuál podría ser la causa por la que se ve “inmerso” en estos avatares?, ¿Qué es lo que lo motiva a afrontar, reprimir o aceptar tales situaciones emocionales o afectivas? Hay que adentrarse en la forma en que procesa el profesional de la salud los afectos experimentados conscientemente. Cuando se habla de atemperar se refiere que los sentimientos y emociones que se van sucediendo en el transcurso de la vida del individuo es una de las manifestaciones de la organización pulsional\*, por lo tanto la descarga o retención de pulsiones por la persona será un proceso en donde, el pensamiento como componente abstracto del afecto percibido, estará en constante valoración y juicio, por lo que la función de los pensamientos es la de precisamente atemperar las emociones (Chiozza, 1998).

---

\* La pulsión es determinada como la energía de una necesidad natural que emana del cuerpo como parte de sus requerimientos fisiológicos pero a la cual se le han unido los requerimientos de la vida psíquica, por lo tanto, es una necesidad de lo somático a lo psíquico (Freud, 1915).

Así entonces tenemos que la evocación de emociones y sentimientos estará en función a la representación contenedora o liberadora de lo pulsional que este insertado en ellas.

Y con esta cualidad, la experiencia emocional o sentimental esta generada por tanto como una idea de lo que se concibe como tal, por ejemplo; cada persona tiene una definición conceptual y sensorial muy personal de un afecto, por ejemplo la soledad, que aunque se percibe con ciertas similitudes con la soledad de los demás, su vivencia y características son ajenas entre sí. Lo cierto es que cada persona la percibe de manera diferente y por lo tanto las condiciones necesarias para que se experimenten estarán supeditadas a la construcción histórica que tiene el individuo de lo que para él es la soledad; del cómo y cuando podría llegar a experimentarla. Todo debido a la racionalización que se haga de ella.

La función de los afectos es la de comunicar y regular la interacción social. Éstas siempre comunican algo a la persona misma y a los otros; la felicidad, la tristeza, la furia y el miedo son emociones que están vinculadas a un objeto que tiene cierto atributo, por ejemplo: un vínculo afectivo, a la atracción sexual, la relación parental y el desagrado, más sin embargo pueden ser experimentadas sin que la persona sepa el porqué, no las puede relacionar con un objeto específico (Oatley y Jhonson-Laid, 1998 en: Cornejo-Levy, 2003)

¿Por qué el profesional llega a experimentar este tipo de dinámica afectiva en una relación clínica? Este desconocimiento del actuar y responder afectivo de

la persona es una de las cuestiones fundamentales para comprender el dinamismo del dolor psíquico en la persona, y por tanto del profesional de la salud.

¿Cuál es el motor principal que moviliza estas emociones y sentimientos en el profesional?, ¿Porqué actúa de cierta manera ante una persona que es percibida como “especial”, “antipática” o “insoportable” produciéndole displacer?, ¿Está completamente conciente de los motivos que lo llevan a actuar de determinada forma ante un paciente, sobre todo cuando éste puede significar dolor en cualquiera de sus sutilezas o crudezas? Para responder a estas preguntas habremos de profundizar el cómo de la construcción de éstas emociones, sentimientos o afectos, y el porqué surgen ante determinadas situaciones y/o personas; cuando los afectos, las emociones y los sentimientos son sustentados y revividos por la mente y la palabra, sus formas especiales de instalarse, moverse y expresarse. La descripción de esta dinámica ofrece las respuestas a las preguntas que se han expresado a lo largo de esta tesina. El enfoque psicoanalítico ofrece desmenuzar tales cuestiones

Es por ello que dentro de lo que hasta ahora concebimos como dolor psíquico, la construcción de los sentimientos y las emociones en la persona pueden contener aspectos que encierren aspectos displacenteros o dolorosos de maneras muy intrincadas, sutiles y hasta disfrazadas. La manera en cómo estos son vivenciados y bajo qué circunstancias se experimentan es el punto sobre el que gira todo este asunto. Ahora hay que rastrear el dolor como consecuencia de afectos que se experimentan en diferentes circunstancias, desde las más específicas (como ante el dolor de alguien más) pasando por las más ilógicas

(como el dolor ante alguien alegre), llegando hasta las más ambiguas (como el dolor ante amenazas “desconocidas”). Por ser tan subjetiva la cuestión habrá que preguntar de manera diferente para encontrar las respuestas.

## 2.2. Un Psicoanálisis a los afectos

Decía Hobbes (Coffer, op. cit) que como el hombre siempre esta en busca de lograr el placer a costa de no experimentar dolor, los sentimientos y las emociones tienen una carga afectiva que influyen sobre una serie de complejidades subjetivas y objetivas capaces de producir una gran variedad de comportamientos conscientes e inconscientes para tal fin. Para encontrar la relación entre dolor, afecto e inconsciente hay que adentrarse al interior de éste último para así conocer cómo puede existir el dolor convocado en la relación clínica con el paciente, como producto de un vínculo especial.

La Real Academia Española (1993) menciona que el afecto es la inclinación hacia una persona o cosa. Como cualquiera de las pasiones del ánimo: la ira, amor, odio, etcétera. Como todo lo relativo a la sensibilidad. Pero esta definición nada nuevo nos dice acerca de lo que ya se sabe. En términos psicoanalíticos LaPlanche y Pontalis (1971) dicen que un afecto es una tensión instintiva que puede observarse a través de dos formas: las ideas o conceptos abstractos de dichos instintos, y como afectos, emociones y descargas motoras (acciones o secreciones) conectadas a la tensión instintiva. Esto quiere decir que un afecto es visualizado de dos maneras; como una respuesta instintiva innata natural del hombre exteriorizada de manera fisiológica y conductual (palpitaciones, sudor frío, tensión muscular y acciones corporales como el correr ante un estímulo, por ejemplo, de peligro), y como una respuesta elaborada conscientemente expresada de manera inconsciente a través de representaciones cuya bases serán los afectos instintivos.

En la obra freudiana existen dos principales vertientes; por un lado existe la explicación para los afectos naturales, primitivos o “puros”, y por otro, los afectos que se han reconfigurado por diversas causas. Es decir, existe diferencia entre los afectos que tienen que ver con instancias fisiológicas, y aquellos que están ligados a factores psíquicos que los originan y condicionan.

Freud (1915c) sostiene que el afecto doloroso y su represión establecen diferencias entre lo que es un afecto, las emociones y los sentimientos. En primer lugar hace una distinción entre *afectos inconscientes* y las ideas o *representaciones inconscientes*. Estos dos tipos de afectos se diferencian bajo dos términos; el primero, los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones se perciben como sensaciones, y segundo, que un afecto puede estar conformado por representaciones que son investiduras de huellas mnémicas (recuerdos de acontecimientos depositados en diferentes sistemas y vías). En otras palabras, los afectos inconscientes naturales son los generados y adquiridos filogenéticamente, innatos, respuestas meramente emocionales; la ira, el miedo, la alegría, etcétera, y los afectos originados a partir de representaciones inconscientes que tomando la vía del afecto éste se reconstruye y se vivencia de manera particular, es decir, afectos que tienen un significado y una evocación especial en cada persona. Son afectos híbridos que toman de los afectos inconscientes parte de su cualidad para su expresión y desarrollo. Entonces un afecto construido se puede ejemplificar de manera muy llana cuando una persona se alegra por ver a otra muerta, un afecto natural como la alegría ha trasroscado su camino para expresarse de manera anormal.

Esta consideración es detallada por Freud (1916-17[1915-17]) al determinar que un afecto por un lado contiene caminos y salidas específicas en todo el cuerpo motrices o fisiológicas, y por otro conserva sensaciones de dos clases; las percepciones de las acciones motrices ocurridas y las sensaciones directas de placer y displacer que le otorgan su tono dominante. La constante armonización

de estas dos partes es mantenida por la repetición de una determinada vivencia significativa que les da justificación y “vida”. En sus propias palabras:

El estado afectivo tendría la misma construcción que un ataque histérico y sería, como éste, la decantación de una reminiscencia. Por tanto, el ataque histérico es comparable a un afecto individual neoformado, y el afecto normal, a la expresión de una historia general que se ha hecho hereditaria (p. 360).

Esto se refiere a que los afectos o emociones naturales corresponden a procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas como sentimientos. Los afectos son procesos actuales de descarga percibidos conscientemente bajo la forma de sensaciones o sentimientos cualitativamente diferenciados entre sí. Su capacidad de conciencia no depende de un resto mnémico verbal o visual preconiente, es decir, son naturales, un afecto normal (llamémosle primitivo) es una reminiscencia que no puede ser recordada (Freud, 1909; Freud, 1923). Aquí ya se tiene que un afecto inconsciente puede estar construido por la psique del individuo basándose en aquel afecto instalado genéticamente.

Tenemos así que los afectos primitivos congénitos y heredados pueden ser susceptibles de asociarse y desarrollarse junto a una experiencia penosa o dolorosa, es cuando se destruye la coherencia del afecto normal para descomponerse en sus diferentes inervaciones en las que se derivan las cargas afectivas, donde la conciencia aparece controlando o reprimiendo, produciendo un *afecto como representación inconsciente*, es decir, que su estructura se ha reconfigurado. Por un lado existe un afecto normal que es sencillamente un afecto primitivo y por otro lado están los afectos no naturales que son afectos primitivos faltos de coherencia, vivenciados, que tienen su clave de inervación situada en las ideas del inconsciente (Freud, 1900 [1899]).

Al ahondar un poco más sobre los afectos inconscientes se encuentra la lógica de la dinámica que encierran éstos en la persona y su inclinación sobre el mundo afectivo de los demás. El afecto instalado como un “modo de recordar” (una huella anémica) susceptible de reinvestirse de energía a través de pulsiones, quedará sujeto a evocación de acuerdo a las disposiciones afectivas inconscientes que se actualicen en la vida diaria permitiéndole ser vivenciado y experimentado como real. Sobre esta aseveración se reafirma que un afecto, ya sea sentimiento u emoción, surge en el ser humano por dos vías; la primera como una manera emotiva primitiva e innata de responder ante una situación que la justifica como natural, y la segunda como un sentimiento que surge de una emoción complejizada por los procesos psíquicos; por las sensaciones de placer y displacer que puedan quedársele unidas; los recuerdos infantiles, los deseos, los temores de cada individuo influyen en alto grado sobre sus formas particulares de expresión emocional en la vida adulta (Freud, 1916-17 [1915-17]).

Esta nueva transfiguración de la emoción o el sentimiento puede denominarse como una *disposición afectiva inconsciente*; un afecto que puede ser evocado en la persona si se realimentan esas nuevas configuraciones, permitiéndoles desplegarse en la plenitud de su forma, y ante una cualidad dolorosa, la hace susceptible de ser reprimida (Pulver, 1971 en: Brenner, 1987; Chiozza, 1998). Aquí encontramos el cómo es posible que el profesional pueda sentir dolor ante la subjetividad del otro, por que está siendo convocada en él mismo. Dos mundos heridos y anhelantes que se complementan de manera inconsciente. Tales heridas o representaciones dolorosas tienen su fundamento y dinámica en épocas posteriores, en los tiempos en que se desarrollo el espacio afectivo.

Al respecto Cornejo y Levy (2003) con base en la obra freudiana mencionan que el desarrollo emotivo de la persona atraviesa por varios avatares y que el dolor vivenciado rige los sentimientos formados. A través de diferentes etapas como la denominada *oneness*, el infante establece su vida de acuerdo al principio del placer con respecto a la madre formando una sola unidad psicológica, esto

representa su nacimiento anímico. El bebé organiza poco a poco su experiencia de felicidad de acuerdo a los sentimientos buenos y malos que se suscitan cuando en el segundo periodo psicológico llamado *separación* el niño comienza a desarrollar la relación “tu-yo”. Cuando el niño comienza a apoderarse de este sentido de sí mismo, como un ser separado de su madre, comienza tener sus primeros vínculos con posesiones, sus primeros tesoros personales; objetos o ideas que lo ayudarán a aliviar la tensión, a soportar las añoranzas, a experimentar el dolor y el sufrimiento que provocan tales imperfecciones de la realidad cotidiana. Por tanto, las emociones intensas se despiertan durante la formación, el mantenimiento, la disrupción y la renovación vincular. Se necesitan disparadores específicos para activar o terminar la conducta; los factores que activan la extrañeza, la fatiga, el miedo y la falta de respuestas la otorga una figura de apego (Bowlby, 1979 en: Cornejo y Levy, op. cit.).

Dado que todo sucede en el aparato psíquico, éste proceso se anida en el recuerdo del niño como *la representación de un dolor del alma*, como “heridas” del ser, por que en el tienen que ver los afectos, emociones y sentimientos que se construyen a partir de esa dinámica. Dicha idea como piedra angular, dará forma a todas las sensaciones, emociones y afectos que posteriormente adoptara y hará suya con la complejidad de su historia particular. La generación de emociones y sus diferentes acepciones surge en esta relación de objeto con el placer en el periodo infantil. Es cuando Freud (1915) afirma:

Cuando el objeto es fuente de sensaciones placenteras, se establece una tendencia motriz que quiere acercarlo al yo, incorporarlo a él, entonces hablamos también de la atracción que ejerce el objeto dispensador de placer y decimos que amamos al objeto. Podemos pensar, por lo tanto que, en rasgos generales, así como la proximidad del objeto amado engendra las emociones emparentadas con la alegría, la pérdida de ese objeto desencadena afectos que pertenecen al grupo presidido por la tristeza (p. 131).

Así entonces el dolor psíquico es un efecto de una huella mnémica, de un recuerdo doloroso. Así pues la tesis primordial de Freud sobre el dolor psíquico recae en un recuerdo infantil de desamparo, como una vivencia de dolor ligado a ello. En esas épocas del desarrollo humano la gran variedad de emociones que se integran a su repertorio afectivo tendrán como basamento la histórica pérdida de un objeto amado. Es tal la fuerza psíquica que se mueve en este suceso de desamparo y sentimiento de pérdida que lleva a la acción de la efusión de lágrimas, el doloroso acto de desinvertir recuerdos, de restarle la energía que se la ha otorgado a un objeto (Chiozza, 1998). Esto quiere decir que todos los afectos que se vean emparentados con este suceso en particular serán los formadores de representaciones mentales de emociones y sentimientos posteriores, que inevitablemente quedarán impresos en el inconsciente (Freud, 1925; 1932).

Esto quiere decir que los afectos tienen su construcción en las etapas iniciales de la vida, la forma en cómo estos se hayan anudado, creado, desarrollado y controlado marcarán la pauta para su posterior emergencia o reordenación, sus posteriores derivaciones como la soledad, el odio, los celos, la envidia, etcétera, y sus respectivas contrapartes, la compañía, el amor y la seguridad. Tal y como la concepción aristotélica de “los dolores del alma” los describe; la pasión, el miedo, la compasión, el valor, la añoranza, la lamentación, el amor, la emulación, la malicia, la alegría y el odio, afectos que siempre estarán relacionados con el placer y el dolor (Elster, 1999). Es así que la relación con los objetos será la que dispense dolor o placer organizando las experiencias psíquicas, sus afectos producidos y los instintos fijado por huellas mnémicas, las disposiciones afectivas están estructuradas por las relaciones objetales internalizadas y atemperadas por las sensaciones de placer y displacer (Freud, 1900 [1899]; 1909 [1908]; (1926 [1925]; Kernberg, 1976). La persona responderá afectivamente en la medida en que haya cursado por un desarrollo de las relaciones objetales satisfactorio.

Por ejemplo, el sentimiento de tristeza que cada quien posee tiene su muy particular estructura y manera de “vivirla”, en estrecha relación con las primeras experiencias de pérdida pretérita de un objeto amado y que indudablemente bajo diferentes contextos se vuelven a presentar. Entonces los afectos así contruidos buscan su disposición en las representaciones inconscientes que tengamos sobre la tristeza, para que accedan a la acción.

Dichas respuestas emocionales o sentimentales nutren la afectividad de manera tal que pueden nublar la racionalidad, por lo tanto los sentimientos responden a la voz de la imaginación. La memoria influye en la afectividad y la afectividad influye en la memoria, a manera de filtro deja pasar imágenes y circunstancias del pasado. Es entonces posible que en el actuar cotidiano de la persona estén inmersos contenidos inconscientes a la hora de emitir un juicio o de querer algo (Gudin, 2000). Entonces lo doloroso del afecto esta vinculado con la susceptibilidad de ser reprimido y por tanto inconsciente.

La cualidad de inconsciente la otorga el olvido ocasionado por la represión y ésta es producida por algún evento registrado en la conciencia que se ha vuelto inmanejable por la persona por ser displacentera o por ser una señal de que ciertas ideas inconciliables prometen volver. Entra al juego la angustia como afecto principal que produce la represión de las representaciones o afectos ligadas a ellas por contener significados más allá de lo que pudiese soportar el Yo. Entonces la relación de afectos con el dolor se vuelve cada vez más profunda.

El dolor conceptualizado como expresión afectiva, tendrá mucho que ver cuando aparece en el profesional de la salud con su manera de internalizar los afectos del otro que esta frente de él. Por tanto si tales afectos suscitados resultan dolorosos de manera inmediata tendrá que mantenerse a la reserva para poder lidiar con ellos echando mano de una cantidad de recursos defensivos anímicos. Muchas de las veces es tan fuerte el sentimiento que le provoca ser el depositario los afectos

de su demandante que le produce angustia o ansiedad sin saber a ciencia cierta el porque de tales reacciones. Hablamos entonces de la angustia como uno de los afectos que mayormente simbolizan una represión en el mundo afectivo doloroso del profesional.

### 2.2.1. Angustia y dolor

Al abordar de manera detallada lo que es la génesis de los afectos inconscientes tenemos que mencionar lo que son las pulsiones como fuente de represión y por lo tanto de sufrimiento, dolor y aflicción. El punto medular del tema en cuestión se centra en que los afectos se quedan registrados en la vida anímica y su vivencia provoca reacciones emocionales y sentimentales tanto pretéritas como actuales trayendo de igual manera sus cualidades. Entonces hay que mostrar cómo se movilizan los afectos llenos de pulsiones y cómo estos pueden ser los causantes de actos represivos y por lo tanto de conductas que tienen mucho que ver con las múltiples reacciones nada benéficas de los profesionales de la salud ante sus demandantes.

El tema de las pulsiones fue investigado por Freud (1915a) que menciona que una pulsión es el motor de toda acción psíquica superior basada en lo que el cuerpo de manera natural demanda, por tanto una pulsión siempre esta relacionada con fines placenteros hacia un objeto determinado como objetivo de satisfacción. Una pulsión tiene cuatro destinos: el trastorno hacia lo contrario, la vuelta hacia la propia persona, la represión y la sublimación. El destino que más nos interesa por el momento es el de la represión.

Si tenemos en cuenta que toda pulsión esta encaminada a satisfacerse y por lo tanto producir placer, y que la conciencia (Yo) es la encargada de racionalizar tales deseos pulsionales, encontramos que ciertos requerimientos denominados así pueden establecerse erróneamente y entrar en conflicto con la conciencia entrando así la acción contenedora de la represión. Al ser reprimidos tales deseos la conciencia tiene solo dos maneras de expresar tal contención: mediante representaciones o a través de los afectos. Cuando la pulsión reprimida es tramitada por medio de los afectos se produce lo que es la angustia, madre de todos los afectos desagradables, de acuerdo a Freud (1915b) "... la pulsión sofocada por completo... sale a la luz como un afecto coloreado cualitativamente de algún modo o se muda en angustia" (p. 148). Esto es que mediante la represión el Yo corta el devenir conciente de la representación portadora de la pulsión que ha sido evaluada como displacentera dado que esa necesidad conlleva un alto placer retumba con lo moralmente internalizado. Por lo tanto Freud (1915c) menciona que la represión hace que la afectividad ligada se trueque hacia el único afecto permitido: la angustia.

Y es que es la represión la que desempeña el papel de filtro cuando se evocan o no sentimientos, sobre todo cuando éstos son dolorosos, llegan a ser olvidados. Pero no por ser olvidados significa que han dejado de existir y dejado de ejercer presión para emerger. Los sentimientos o emociones inconscientes por su cualidad dolorosa se hacen "invisibles" ante la conciencia gracias al acto del olvido, pero igual que el aire que no se ve pero existe, estos afectos empujan por querer salir a la conciencia mediante acciones motrices o fisiológicas. Con el tinte imperceptible del olvido tales afectos escapan a la razón y el intelecto, es cuando escuchamos decir en profesionales de la salud frases como: "aquella persona me inspira confianza y no se porque", "no puedo explicar porque esa persona me enoja con solo verla", "me cansa mucho tratar a este paciente", "ojalá que hoy no venga mi paciente", "me aburre el caso de mi paciente", etcétera. Si un sentimiento o emoción resulta doloroso tendrá su base en el inconsciente y como tal actuará lejos del gobierno lógico, racional e intelectual e irá

directamente a la acción o a la salida sin que se tenga conciencia de ello y es por eso que no se encuentra justificación real para la expresión de tales sentimientos (Freud, 1901).

Estas sencillas frases demuestran que el profesional experimenta lo angustiante que resulta estar ante determinadas situaciones con sus pacientes cuando no les haya explicación. Para comprender tal situación hay que describir cómo se desarrolla la angustia. En el estudio que hizo Freud (1926 [1925]) sobre la angustia describe que es generada de dos maneras; como una angustia real y como una angustia neurótica. La angustia real es la que se puede describir como una reacción de expectativa ante un objeto percibido como peligroso desde fuera, se cae en una angustia neurótica cuando esta reacción de expectativa ante un peligro no tiene un objeto específico, como una angustia ante algo “desconocido”. Pero ¿cómo es que se establece esta reacción de angustia ante algo desconocido? Primero Freud (1895b) distingue que la angustia neurótica es provocada por las amenazas pulsionales, es una experiencia en donde el Yo se percibe desvalido ante la incapacidad de tramitar dichas energías. Es como se instala una “angustia-señal” en donde el Yo reacciona ante la amenaza de una situación traumática interna tales como la separación o pérdida de un objeto amado, la pérdida de su amor, la acumulación de deseos insatisfechos y por lo tanto de una situación de desvalimiento. La angustia será entonces definida como “que el Yo vivencie en un caso un dolor que no cesa, en otro una estasis de necesidad que no puede hallar satisfacción” (p.157).

La angustia causada por la separación en las diferentes épocas de la vida (la pérdida de la madre como objeto, la pérdida del pene, la pérdida del amor de objeto, la pérdida de amor del SuperYo) esta sustentada en el aumento de tensión displacentera de una necesidad ante la cual se es impotente. Se genera la angustia a raíz de la represión que equivaldría a un intento de huida, solo que el Yo no puede huir de si mismo así que emplea el desprendimiento de displacer (angustia) como señal de un peligro interno. La angustia como resultado de la represión se origina reproduciendo un estado afectivo que esta ligado a una

imagen mnémica ya existente, la angustia de la situación del nacimiento, por ejemplo. Al respecto Freud (1933 [1932]) menciona:

Otto Rank...[ha] destacado...la significación del acto del nacimiento y la separación de la madre...el ya encontró preparado el núcleo de su doctrina, a saber, que la vivencia de la angustia del nacimiento es el arquetipo de todas las situaciones posteriores de peligro. Si nos atenemos a esto, podremos decir que en verdad a cada edad del desarrollo le corresponde una determinada condición de angustia... (p.81)

Lo importante de esta idea es que la angustia tiene su base en esta experiencia de pérdida y desvalimiento. La angustia se evoca cuando el Yo advierte que una representación viene en camino de devenir consciente por estar asociada a una fuente inconsciente fijada como peligro pulsional. También se puede experimentar cuando el Yo es requerido para enfrentar una tarea psíquica grave, penosa, represiva de afectos o fantasías sexuales constantes, se empobrece e inhibe otras funciones llevándolo a la depresión o melancolía. Las inhibiciones son limitaciones de funciones yoicas por precaución o empobrecimiento.

Tanto Rank como Freud denotaban el acto del nacimiento como un suceso traumático debido a que ese estado libre de tensión dejaba de existir, por tanto, comenzaba la necesidad de mantener constante el amor y el cuidado del que venía gozando, provocando así el efecto angustioso, al dejar de tener la calma, el bienestar, ausencia de deseos, la no exigencia de la realidad, la renuncia a toda sospecha, etcétera. Entonces las fantasías y pensamientos inconscientes fundados en este trauma fundamentan muchos estados de angustia (Freud, 1926[1926]; Balint, 1935 en: Caruso, 1976). Esto es que la angustia neurótica es producto de un afecto reprimido que no puede acceder a la conciencia pero que se expresa de alguna manera vía la enfermedad somática o vía el imaginario en donde ese miedo hacia algo indefinido se define cuando se le encuentra un objeto a manera de sustitución, como en el caso de las fobias (Jinich, 1972 en: De La Fuente, 1972)

Es fácil suponer que todas estas situaciones de angustia (pérdidas) se han ido superando con el paso del tiempo de las cuales solo quedarán reminiscencias o representaciones de baja energía pulsional, caso contrario, en los neuróticos que siguen aferrados a todas las condiciones pasadas de angustia. Pero ello no significa que la condición de adulto ofrezca protección ante condiciones de angustia traumática y original. Cada persona tiene un umbral en su aparato anímico en donde representaciones investidas aguardan trámite. Esto nos remite una vez más a todo aquello infantil insatisfecho, displacentero fijado en lo inconsciente: representaciones de huellas mnémicas cuyas mociones pulsionales promueven reacciones con poco o nulo control consciente. Es cuando acuden al rescate del Yo defensas que sobrelleven lo desagradable o amenazante (Freud, 1933[1932]).

Como vimos la evitación de la angustia es un modo de defensa que utiliza el Yo para resistirse en un intento de equilibrar la estabilidad con el ello. ¿Qué tipo de defensas utiliza el profesional de la salud ante la tensión displacentera que provocan ciertos afectos angustiantes o sus derivados? Esto nos lleva a pensar que la represión es el paliativo que emplea la psique ante ciertos eventos evaluados como displacenteros. Mecanismos que más adelante se abordan y que muestran lo latente del inconsciente y de sus pulsiones que pueden llegar a ser convocados.

### 2.2.2. Lo latente del dolor psíquico

El dolor psíquico que llegue a experimentar el profesional estará vinculado a la forma en que haya quedado construido su agente evocador, la forma en que haya vivenciado y resuelto sus experiencias de pérdida, abandono, peligro, protección, que quedan impregnados en el inconsciente. Esta es la dinámica básica del dolor en la psique que nos acerca a los mecanismos por los cuales el mundo afectivo,

incluido el de tipo doloroso, se hace presente y que tiene su nido en el aparato psíquico.

Con lo anterior se deduce que este tipo de afectos, por decirlo de alguna manera, están a la expectativa de que sean cargados energéticamente bajo circunstancias idénticas en las que fueron concebidos.

Aquí es donde el desarrollo de las emociones y sentimientos toman su cariz más fundamental en torno a lo que es la disposición afectiva inconsciente. Es cuando se establecen las claves de inervación de los afectos que emergerán cuando éstas sean movidas por una catexia (carga psíquica unida a una idea o representación). Afectos que de manera normal o anormal se presentarán en diferentes intensidades; frente a una situación, frente a una persona “significativa”, frente al dolor de un paciente, frente al trabajo que se realiza, frente a su vocación profesional, frente las situaciones comprometedoras, etcétera. Entonces la contención de una innumerable cantidad de afectos normales y anormales (en el sentido de una configuración caprichosa) en el profesional, marcará la pauta en la forma en que responderá afectivamente ante una situación dada, ya sea de manera directa o indirecta, todo dependerá de las disposiciones afectivas inconscientes que se vayan actualizando en la vida (Chiozza, 1998).

Esta disposición afectiva, otorga cierta receptibilidad afectiva, emocional y sentimental a la vida anímica. Entonces, se dan situaciones en las que, por ejemplo, se experimenta antipatía hacia un paciente u objeto sin saber la causa, por que su justificación se halla en su origen olvidado. Siguiendo el ejemplo, si se realiza un desmenuzamiento del origen de esa representación que se percibe concientemente como antipatía, y con base en lo que hasta ahora sabemos de los afectos, seguramente la persona u objeto por la que se siente tal afecto revive y enviste en aquel que la experimenta, las claves de inervación de dicho afecto registrado en su inconsciente, como una especie de resurrección afectiva que

traerá todo lo que para él implica la antipatía; traición, soledad, amor, atracción, añoranza, miedo a una pérdida, pudiendo ser cualquier afecto.

Asociado a esta explicación, el dolor psíquico como producto añejado de las primeras experiencias de pérdida infantiles, como fundamento, con el paso del tiempo se va desarrollando y anudando a diversas ideas y representaciones de experiencias afectivas similares. Por lo tanto la sensibilidad y susceptibilidad de reaccionar frente al dolor propio y al ajeno estará en relación a la “repetición” de las condiciones que produjeron inicialmente dicho sufrimiento y por consecuencia se reacciona tal y como se aprendió ha hacerlo, desde una singularidad propia de una historia.

Entonces, el dolor psíquico tiene un carácter representativo (efecto sobre ideas significativas que ha construido y que están insertas en la memoria), tiene un carácter repetitivo o sea susceptible de ser evocado bajo cualquier circunstancia significativa (debido a que forma parte de un estereotipo y como tal surge ante la aparición de condiciones históricamente establecidas, denominadas transferencias) y por último, inconsciente, ya que su anidación en la zona del olvido, determina la forma de reaccionar ante su experimentación -ajena y propia- sin valoración consciente.

El dolor psíquico es así una forma afectiva de responder con fundamento en el inconsciente y experimentado como displacentero. El profesional hará todo lo posible por aminorarlo, evitarlo o sobrellevarlo, son los que sin lugar a dudas lidian, aminoran, desarrollan, transforman, dosifican los afectos de sus pacientes y los de ellos mismos. Inmersos en situaciones en donde los afectos se derraman a flor de piel, situaciones en donde las emociones y los sentimientos son parte fundamental de un quehacer. Por lo tanto es imprescindible desarrollar ahora el tema de los afectos que producen aflicciones psíquicas inconscientes, que si no se hacen conscientes, provocan daños en menor o mayor medida, en la relación que se establece cuando el profesional de la salud accede a su paciente

### 2.3. El dolor psíquico en la afectividad vincular clínica

Si decimos que el dolor psíquico es producido por afectos de diverso tipo y que éstos son generados por un repertorio emocional y sentimental cuya base es la pérdida de un objeto amado, (como un estado de añoranza hacia una figura significativa: protección, cuidado, alimentación, guía, apoyo, conocimiento, confort, consejo, etcétera), es muy probable que la forma en que hayan quedado concebidos e insatisfechos tales afectos en el individuo, producirá la frecuencia con que en la vida cotidiana el profesional experimente el sufrir anímico. Cuando ésta figura u objeto “reaparezca” en alguna persona ajena bajo un contexto ideal, esa insatisfacción traerá consigo dolor psíquico en diversas formas; como advertencia de su inevitable aparición, como una oportunidad inconsciente de redimir o redimirse ante tal insatisfacción o como la esperanza de control y “eliminación” de dicho dolor.

El dolor psíquico es factor inevitable en la estructura de los afectos, y latente espera para resurgir de la mano de escenas ya vividas, produciendo sufrimientos que sin saberlo remontan a sucesos inconclusos de una historia personal, que quedan impresos de determinadas formas y con diferentes fuerzas. Cuando dos personas coinciden se entrelazan dos mundos afectivos que inevitablemente fluyen de una persona a la otra, donde el torrente afectivo de una se estrella con la receptibilidad del otro, y éste a su vez responde a la forma en cómo el otro le atribuye imaginariamente un papel dentro de su mundo afectivo provocando emociones y sentimientos variados (Costecalde, Garate-Martínez, Lachaud y Trono, 1998). Hecho remarcado en la relación entre el profesional y el paciente, el dolor anímico derrumba los roles en el sentido de que es necesario tomarlos en cuenta sobre ambas partes, principalmente en el profesional de la salud bajo contexto clínico. Hay que descubrir todo aquello relacionado al acto clínico -en cualquiera de sus áreas- para descubrir lo que en los involucrados emerge.

El acto clínico es la relación establecida por el profesional de la salud con su paciente, es el momento en el que dos personas se encuentran bajo la siguiente lógica: una parte que demanda ayuda y la otra que tiene toda la disposición para prestarla. Son dos seres que sin lugar a dudas cuentan en su interior con expectativas, creencias, saberes, experiencias y principalmente la salud como el deseo en común (Insua, 1985). Basándonos en esta definición podemos decir que tal encuentro es el acto de confiarle a otro un estado de debilidad y vulnerabilidad, tanto anímica como física. A un otro que posee actitudes y aptitudes profesionales capaces de resolver el conflicto (Katz, 1989). Además de que existen dos vertientes en la relación clínica: lo concerniente a lo meramente técnico y la parte avocada a la *relación humana*. Ésta última se refiere a la dinámica de los sentimientos y actitudes que se establece entre los participantes; la conexión psicológica entre profesional y paciente basado en esas emociones y actitudes. Supone la concepción del paciente como una persona, en donde el profesional estará interesado en la subjetividad adyacente del enfermo, y su relación con él tiene un *componente afectivo* importante (De La Fuente, 1992; Gelso y Hayes, 1998).

Por lo tanto el acto clínico -preponderantemente humano- conlleva en su interior componentes afectivos, y precisamente por su carácter digamos dependiente, en dicho encuentro surgen cualidades humanas que inevitablemente influyen en el desarrollo de éste. El ser humano indudablemente complejo y tendiente a explicar cuanto mira y siente, expresará sus más profundas emociones, sentimientos y afectos cuando se encuentra sumergido en una situación en la que es necesaria la intervención de ese otro que ofrece la tan ansiada ayuda. Y como ya se ha revisado, el mundo interior inconsciente siempre saldrá a la luz, precisamente, cuando se establece -por alguna razón conflictiva propia y no consciente en los involucrados- una significación fuerte hacia cualquiera de las partes.

Estas cualidades son las que nos hacen preguntar: ¿Qué es lo que se estructura, se dimensiona y se percibe dentro de una relación clínica?, ¿Que factores la sustentan?, ¿Cuáles la destruyen y cuáles la facilitan?

Dentro de una relación clínica existen tres factores que subyacen al vínculo que, irremediablemente afectivo, se estrecha entre dos individuos: la alianza terapéutica, la transferencia y la contratransferencia (González-Núñez, 1989: Carrón-González, 1990: Fraser, 1990: De la Fuente, 1992: Gelso y Hayes; 1998: Fernández-Liria y Rodríguez-Vega, 2001). Estos tres componentes son conceptos principalmente afectivos, emocionales y sentimentales. Así que el vínculo clínico, que es también un vínculo afectivo consciente e inconsciente, proporciona un sinfín de caminos que a la vez complicados siempre conducen al interior de la vida anímica-afectiva del profesional; el sentir del paciente con el del profesional está estrechamente ligado y por lo tanto, las posibilidades de vivenciar dolor o sufrimiento anímico se abren inexorablemente.

### 2.3.1. La alianza terapéutica

Siempre cuando se inicia una relación de ayuda, se describe la existencia de una especie de alianza terapéutica para el buen desarrollo y sustento de dicho vínculo. La alianza terapéutica se refiere al compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y esperanza para con el paciente. El trabajo de alianza es la unión de una relación de trabajo como elemento que en conjunción persigue el mismo objetivo. Cuando una persona enferma se experimenta a sí misma disminuida en su poder e indefensa ante las fuerzas misteriosas de la enfermedad, busca el auxilio del profesional, a quien atribuye los conocimientos, el poder y la voluntad de ayudarlo a restaurar su salud. A cambio de recibir ayuda, en algún grado el paciente se somete a la autoridad del médico y retribuye sus servicios. Una relación en la que ambos unen sus fuerzas para lograr la salud del enfermo, es el componente fundamental en el nexo terapéutico dado que esta

sustentada en la fortaleza construida a manera de compromiso personal entre el paciente y el profesional. (De La Fuente, 1992; Gelso y Hayes, 1998)

El compromiso personal conlleva una comprensión y acercamiento casi amistoso en donde se confía “ciegamente” en la perspectiva del profesional. Por lo que Brown y Pedder (1979 en: Fraser, 1990) describen la alianza terapéutica como una relación positiva de trabajo que se caracteriza por una actitud amistosa, cortés y confiable, como el establecimiento de una buena armonía con el paciente. En ella habrá de incluirse la empatía, la simpatía y la honestidad. El ser empático es ponerse en el lugar del otro experimentando los sentimientos que se generan al hacerlo. Implica reconocer los sentimientos del otro y compartir la idea al respecto. Todas estas cualidades harán que la confianza mutua crezca. Si tomamos en consideración que la empatía o *rapport* se define como el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta, tenemos que aparece ese sentido afectivo, necesario para una buena relación médica, clínica o terapéutica (Malan, 1979 en: Fernández-Liria y Rodríguez-Vega 2001).

Bajo estas definiciones tenemos que sucintamente se circunscribe el factor afectivo recíproco en los involucrados cuando se inicia una relación clínica. Desde aquí tenemos que los afectos son de vital importancia que, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, son tomados en cuenta cuando realiza su labor el profesional de la salud. Pero no todo es subjetivo llenos de emociones y sentimientos también debe de contener una condición que los ubique en la realidad, la colaboración entre el paciente y el profesional bajo tres diferentes escenarios: tareas, objetivos y vínculos; las actividades que se llevan a cabo durante las sesiones sean pertinentes y útiles para tratar el problema del paciente, al acuerdo acerca de lo que se pretende lograr con la intervención y a la confianza, la aceptación o la empatía para con el paciente (Bordin, 1979 en; Fernández-Liria y Rodríguez-Vega, 2001).

En relación a estos estados afectivos y empáticos, Poussin (1995) dice que en toda relación clínica debe de existir cierta empatía, simbolizada como el constante movimiento en donde nos diferenciamos o asemejamos a nuestro interlocutor siendo capaces de identificarnos con ese otro. El término identificación nos conduce a lo que Freud (1921) consideraba como tal; como la forma más original del *lazo afectivo con un objeto* y que se convertirá en el sustituto de un lazo objetivo libidinal, por la introyección del objeto en la conciencia (el Yo), y por último por que puede surgir cada vez que se perciba de nuevo una cierta comunidad con una persona que no es el objeto de pulsiones sexuales. Carron-González (op. cit.) suma detalles al respecto, esta alianza estará construida por una confianza mutua, una actitud acogedora que fortalece la alianza, una actitud de escucha libre de prejuicios diagnósticos, teóricos, ideológicos, emocionales, etcétera, y una apertura comprensiva y estimulante que reconduzca la atención, potencie la colaboración y finalmente establezca la sanación.

De ello resulta que el profesional para poder tener una buena alianza terapéutica debe de inmiscuirse afectivamente con su paciente y por lo tanto se pondrá en contacto con su propia afectividad, la manera en que la usa, la controla o se deje llevar por ella. El afecto surgido del profesional y percibido por el paciente establecerá el curso del mismo. Se ponen en juego emociones y sentimientos que se entrelazan de manera muy especial entre ambos; disposiciones, prejuicios y valoraciones que marcan las pautas del nuevo desarrollo anímico establecido. Es sabido que ciertos profesionales les resulta demasiado difícil entablar un *rapport* considerable, se habla de una “carencia empática”, como una mala gana más que de una inhabilidad para reconocerse o identificarse con los sentimientos y las necesidades de los otros. Cuando existe antipatía, o que la empatía se distorsione, puede ser una expresión de actitudes de protección ante “algo” que se retuerce en su interior afectivo (Bennett, 2001).

Con la alianza terapéutica se exige cierta compenetración afectiva real y ello funcionara hasta que el profesional este convencido de que tal empatía este fundada en la convicción más que en el compromiso, que no sea empático por “fuerza”, por “profesionalismo”, por “cumplir” con una labor. Si así lo hace se vera metido en un callejón sin salida en el que tarde o temprano el camino se acabará situándose al final de un lugar en ninguna parte. Quizá huya de la angustia que le provoca reconocer su afectividad por ser el aviso de cuestiones inconclusas, de anhelos insatisfechos (Grim, 2000). Pero esto no termina ahí, puesto que es sólo el inicio de la relación. A continuación veremos que existen procesos que gracias al los descubrimientos de la teoría psicoanalítica ya se toman en consideración para observar mejor lo que fluye en cualquier relación humana. Dentro de la alianza terapéutica se esta considerando el mundo afectivo de las dos partes, donde la responsabilidad profesional recae en aquel que esta funcionando como tal dado que éste debe de conectarse afectivamente con su demandante por la investidura que le otorga el lugar que ocupa: de aquel que sabe, alguien teóricamente capacitado para tal escenario y acto (Laín-Entralgo, 1970, 1983). Es decir, existe un proceso bien definido en donde los dos mundos afectivos se entrelazan y que bajo esta idea nos llevan a las dos partes restantes pero no por eso menos importantes: la transferencia y la contratransferencia.

Las dos siguientes características son las más importantes e interesantes para destacar ya que ellas son capaces de mostrar nítidamente cómo el dolor psíquico puede presentarse en el profesional, así que se escarba lo suficiente para mostrar cómo pueden abrirse los caminos el dolor anímico en el interior de ambas partes.

### 2.3.2. Transferencia

En todas las relaciones humanas, sobre todo en aquellas que se perciben largas y significativas, entran en juego fuerzas emocionales que de manera consciente e inconsciente dirige, reafirma, amplifica o deteriora el rumbo y el objetivo de la relación recién formada. Cuando el ser humano establece ligas de apego, de

dependencia (ya sea en el ámbito clínico, educativo, etcétera) se originan estos fenómenos afectivos que como representaciones provocan en el individuo toda clase de ideas, percepciones, experiencias, “vivencias”, recuerdos, que dicen mucho del paciente en cuanto a su personalidad y de los motivos que subyacen e influyen en su conciencia para con la persona que lo está atendiendo en su demanda. Las manifestaciones de afectos y sentimientos constituyen una mezcla de reacciones personales altamente individualizadas y de anhelos universales humanos, adultos e infantiles, que tienen componentes tanto racionales como irracionales. Estos sentimientos se hacen más intensos cuando la persona enferma y cuando la asedian temores y ansiedades (Katz, 1984; De La Fuente, 1992).

Estos fenómenos afectivos Freud (1905, 1912) los describe como procesos transferenciales, que son *formaciones de pensamiento inconscientes*. Se la puede definir como las vivencias psíquicas pasadas de la persona que revive y vincula con el profesional que lo atiende, son entonces reediciones sin cambios. Freud parte de que todo sujeto desde su infancia va adquiriendo y desarrollando representaciones-expectativas cargadas de libido generadas a partir de su historia en relación con la madre; las condiciones de amor que establezca y las pulsiones que satisfaga construyen representaciones investidas, es decir, el bebe desde su más tierna edad adquirirá por vía de las respuestas innatas y las aprendidas, recuerdos de ideas cargadas de placer o displacer sobre los diferentes afectos que se van generando y complejizando. La forma en que hayan quedado resueltas o no dichas vicisitudes afectivas, quedarán impresas en el inconsciente, y posteriormente éstas exigirán una vía de salida.

Una vez estructurado el aparato psíquico, estas huellas mnémicas o representaciones se activarán cuando, en el exterior -y por causa de éste- se vuelvan a cargar de energía pulsional. Freud menciona que esta activación puede ser causada por la persona del médico (y la del paciente). Para ilustrar esta cuestión se convoca el caso de Dora (Freud, 1893-95). Esta paciente presentaba síntomas histéricos causados por un personaje seductor que fumaba, por lo que

tenía una representación (huella mnémica) de “besos con sabor a humo”, un recuerdo que le producía histeria por haber sucedido en términos dolorosos y conflictivos para ella. Freud como acérrimo fumador, hizo inintencionadamente que Dora le transfiriera inconscientemente esa representación que tenía acerca de los “besos de humo”. El gusto por el tabaco de Freud así como su edad y posición significativa (como símbolo paterno de ayuda y protección para el psiquismo de la paciente) reactivaron en Dora los recuerdos dolorosos de su pasado, fue entonces que Freud percibió que esta paciente sentía ganas de ser besada por él para así alejarse del tratamiento psicoanalítico, como una reacción de huida tal y como la efectuó en el pasado. Es por ello que la transferencia se da cuando las representaciones que se tienen hacia alguien construidas en épocas pasadas se reviven en otra persona (generalmente ajena al caso), ya sea consciente o inconscientemente.

Freud (1912) dice que estas representaciones o mociones libidinales a manera de *clisés* se repiten a lo largo de la vida en la medida en que lo permitan las circunstancias externas e internas. Atribuye a la libido como factor que moviliza (re-invieste) los complejos infantiles, las partes inconscientes de esos complejos.

Por lo tanto la transferencia será un proceso en donde deseos inconscientes se actualizan sobre objetos dentro de una relación establecida históricamente (LaPlanche y Pontalis, 1971). Son recuerdos significativos implantados en el inconsciente que exteriorizados provocan reacciones idénticas a las que se tuvieron originalmente frente al objeto que los provocó; estas reacciones pueden ser causadas por cualidades del objeto actual que guardan similitud con el objeto original.

Tenemos entonces que la transferencia es un suceso en donde afectos vuelven a revivirse en la persona cuando ésta se encuentra ante el escenario y personajes “idénticos” a los dieron origen a tales afectos y por consecuencia, al cómo éste se

procesaron en la conciencia transformándolos en sentimientos, donde el dolor asociado a ellos le otorgan su condición inconsciente.

Más adelante Freud (1917 [1916-17]) en su escrito sobre la transferencia profundiza al respecto. Sostiene que este fenómeno se caracteriza por la *transferencia de sentimientos* sobre la persona del médico. Toda esa proclividad del afecto está ya preparada y construida en el paciente. Apoyado en su experiencia clínica, Freud menciona que la transferencia puede presentarse como un tormentoso reclamo de amor o en sus formas más tenues, como un deseo insatisfecho insertado en el inconsciente. En el caso de pacientes mujeres aparece el deseo de ser amada, puede emerger en una paciente joven el deseo de que el médico anciano la acepte como la hija predilecta. Son actos en donde las personas reclaman anhelos postergados desde la singularidad de su historia personal. De igual manera sucede en los pacientes masculinos solo que estos sentimientos emergen de manera agresiva y hostil. Debido a esta ambivalencia concibe dos tipos de transferencia: la positiva y la negativa.

La transferencia positiva es aquella en la que el paciente experimenta sentimientos tiernos, amorosos y empáticos para con el médico que es susceptible de conciencia y las de sus derivaciones en el inconsciente. Estas proyecciones tienen su fuente en el erotismo temprano, Freud (1912) así lo describe:

Todos nuestros vínculos de sentimiento, simpatía, amistad, confianza y similares, que valorizamos en la vida, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por el debilitamiento de la meta sexual a partir de apetitos puramente sexuales, por más puros y no sensuales que se presenten ellos ante nuestra auto percepción consciente. En el origen sólo tuvimos noticia de objetos sexuales; y el psicoanálisis nos muestra que las personas de nuestra realidad objetiva meramente estimadas o

admiradas pueden seguir siendo objetos sexuales para lo inconsciente en nosotros (p. 103).

Esto es que en el desarrollo temprano de una persona todo aquello sexual es primordial, considerando un aparato psíquico aun en formación, no existe diferenciación objetiva de lo que acontece y de lo que se procesa en el interior, por lo tanto todo aquello que contenga connotación sexual y amorosa quedará fijado en el inconsciente. Y por consecuencia la significación que se tenga de las personas que estuvieron alrededor nuestro en esas épocas, se mantendrá en esa parte del aparato psíquico. Es decir, con respecto a lo significativo de las personas de los periodos infantiles, dice que la transferencia positiva se da cuando los pacientes perciben que han encontrado un padre-guía que les aliviará y consolará sus sufrimientos. Por otro lado la transferencia negativa esta enraizada en recuerdos lejanos de frustración e incomodidad que en el niño evocaron un sentimiento de desesperación fatuo pero agobiador. En pocas palabras son sentimientos de amor escondidos y olvidados de los pacientes que surgen por su fuerte significación bajo las condiciones apropiadas, que como hongos solo tomaran vida cuando existan condiciones oscuras para su causa (Katz, 1989)

Quizá el dolor anímico se perciba en la transferencia negativa que se caracteriza por presentar sentimientos hostiles en el paciente, que tienen la misma fuente que los sentimientos tiernos sólo que desde su contraparte: los celos, el desinterés, etcétera, que en casos frecuentes se transforman en *resistencias* (Freud, 1917 [1916-17]). Pero también la transferencia positiva puede provocar dolor, dado que sustentado en las experiencias de pérdida, cuando exista una situación en la que el paciente perciba que el profesional que lo atiende tan bien se vaya por diversas razones, le provocará una revivificación de la pérdida de la figura significativa, claro está, todo el proceso se efectúa en el inconsciente.

Estas aseveraciones nos indican que los sentimientos y emociones adquiridos en la infancia se activarán cuando se vuelvan a cargar con energía pulsional dichos patrones afectivos ante situaciones que impliquen necesidades anímicas: expresión de odio, aburrimiento, tristeza, soledad, asco, etcétera. Estos patrones insertados en el inconsciente del agente en salud son susceptibles de volver a experimentarse como una respuesta normal y actual ante un suceso pretérito registrado en la memoria. Estos recuerdos cuya coherencia y justificación están establecidos en el inconsciente incluyen toda la gama de aspectos sensoriales, emocionales, auditivos, preceptuales y simbólicos que merece todo suceso vital en la historia de un individuo.

No es ninguna sorpresa que los sentimientos satisfechos y los no satisfechos infantiles, residuos de años anteriores se desahoguen en alguna imagen de autoridad o parental (paterna o materna). Con frecuencia estos sentimientos se manifiestan sutil y abruptamente, en conductas que contienen mezclas engañosas de entrega y rebeldía infantiles (Katz, op. cit.).

Entonces al hablar de circunstancias pasadas que regresan al presente hablamos de todo aquel el dolor que esto pueda conllevar: el dolor de “ver” y “sentir” al padre, a la madre, al hermano, a cualquier figura parental con tono afectivo. Así los deseos insatisfechos se vivenciaran frente a la persona actuando de la manera en que siempre se ha hecho o como se anhela actuar. Aunque la transferencia es un proceso tan complejo, se la concibe principalmente como reflejos de sentimientos negativos (rechazo y agresión) ante su objeto. A través de ella se deforma la personalidad del terapeuta o profesional de manera irreal atribuyéndole cualidades (buenas o malas) que en realidad no posee pero que para el paciente son claras, evidentes y necesarias (Portuondo, 1988).

De igual manera este proceso no es algo circunscrito sólo al trabajo psicoanalítico. Al respecto Poussin (1995) afirma que es falso creer que los fenómenos transferenciales ocurran exclusivamente en el área psicoanalítica,

puesto que como lo afirmaba Freud (1921) todo individuo cuya insatisfacción de amor la encuentra en la realidad se sensibiliza volcándose, con cierta esperanza libidinal, hacia todo personaje nuevo que entra en su vida. Esto quiere decir que, para nuestro caso, el paciente deposita en el profesional, sea del área que sea, muchas emociones afectuosas, a menudo mezcladas con hostilidad, que *no tienen origen actual* sino más bien se derivan de deseos antiguos del paciente ahora inconscientes y que gracias al olvido hace que se perciban como actuales. De ello se afirma que los procesos transferenciales son inherentes a cualquier persona bajo cualquier contexto, son susceptibles de vivenciarse de manera inconsciente y que siempre tenderán a la búsqueda de un placer insatisfecho.

En resumen, queda establecida la transferencia bajo los siguientes aspectos: una persona adquiere sobre su vida amorosa ciertos patrones conformados por factores innatos y por lo aprendido en la infancia; esto da lugar a un *clisé* (acción motora y psíquica como un estereotipo) que se repite íntegramente en todos sus elementos susceptibles de activarse frente a impresiones recientes; esta activación puede ser impulsada de manera consciente o inconsciente; existe cierta insatisfacción libidinal en su génesis y que es constantemente ofrecida por la realidad que su vez hace que surja; la persona puede encontrar en alguna otra elementos que pueden satisfacer dicha insatisfacción, entonces el médico -por ejemplo- será la persona idónea para acomodarse a sus necesidades de satisfacción de esa libido, y por último esta libido está insertada en representaciones-expectativas conscientes e inconscientes que son las que producen la transferencia. El inconsciente se reproduce tomando al profesional como actor, objeto y pantalla, tal y como se ha venido realizando en la vida externa o en la fantasía, debido a que el paciente busca un objeto pasivo al cual someter o un objeto agresivo con quien confrontarse, por ejemplo, lo puede hostilizar abierta o pasivamente a través de agresión pasiva con silencios, negaciones, intelectualizaciones, racionalizaciones, aislamiento afectivo, olvidos, rechazo de interpretaciones, etcétera. (Villarreal-Boone, 1997 en: Vives-Rocabert, 1997). Esto es que la persona repite sus acciones en vez de recordarlas,

reaccionando su actuar bajo las mismas condiciones en que se formó tal representación: repite sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter (Freud, 1914).

Todo esto nos indica que a los pacientes que establecen una relación clínica con el profesional, les surgen recuerdos que pueden ser dolorosos en su mayoría, que contruidos sobre su vida afectiva infantil, son excitados o atemperados por las características de la persona del profesional, marcando el rumbo y la dinámica de tal encuentro. Pero si se habla de que el demandante posee toda una gama de vivencias que pueden afectar su interrelación con el profesional ¿Qué hay de las reacciones afectivas en el profesional ante las demandas del paciente? A continuación se expone cómo la transferencia también sucede en el profesional; así como el paciente le otorga un papel fantasioso al profesional éste lo adoptará o se adjudicará uno muy distinto respondiendo tal y como lo hace su paciente. Es pues que el dolor a causa de los procesos transferenciales que puede experimentar el profesional son consecuencia de que también él es una persona llena de afectos y fantasías.

### 2.3.3. Contratransferencia

Si se ha tratado la dinámica de la transferencia como algo afectivo que sucede en el paciente en relación con su historia afectiva infantil personal hacia el profesional, es lógico pensar que también esto suceda en el profesional. Dado que estamos hablando de que estos procesos tienen su motor en el inconsciente es razonable que al estar al frente de otro inconsciente exista la probabilidad de que ambos establezcan un vínculo imperceptible concientemente (Heimann, 1950 en: Grego, 1986)

Al respecto Freud (1910, 1914[1915]) definió este proceso como la contraparte de la dinámica transferencial. Establece que el influjo que el paciente ejerce

sobre el sentir inconsciente del profesional que atiende se le denomina contratransferencia. Básicamente este suceso funciona como la transferencia solo que actúa del lado del profesional a consecuencia de la colocación significativa que hace de él el paciente. Es decir, la contratransferencia es la revivificación de los sentimientos del profesional que emergen cuando el paciente lo coloca en el lugar paterno digamos. De igual manera que el paciente coloca al profesional en el lugar del padre, de la madre o del hermano, el profesional puede colocar al paciente en cualquiera de esos lugares específicos. Ello también sucederá por los recuerdos que tenga el profesional al respecto de su vida afectiva, sentimental y emocional.

Freud no enfatizó suficientemente este singular proceso así que solo sus seguidores atendieron la influencia que actúa en el profesional ante su paciente. LaPlanche y Pontalis (1971) definen la contratransferencia como procesos inconscientes que provoca el analizado en el analista. Es decir, el paciente sobre el profesional, en el entendido de que estos procesos no son exclusivos del contexto psicoanalítico.

Tal es así que para Insua (1985) en la contratransferencia, el médico proyecta sobre su paciente vivencias inconscientes vinculadas con las relaciones pasadas con sus progenitores y otros personajes importantes de su infancia. Si el médico es suficientemente maduro en sus reacciones sentimentales y emocionales tendrán un sentido positivo y constructivo para la salud del enfermo. Si sus conflictos infantiles no han sido superados, la contratransferencia, del médico participará de los caracteres infantiles de esos conflictos; será ambivalente, agresiva, destructiva, etcétera, y por lo tanto, negativa, perturbando la tendencia hacia la salud que posea el enfermo. Se puede dar de forma directa, en donde se ve que los pacientes representan al padre o a la madre del profesional, y una segunda forma llamada indirecta, que se refiere a que el paciente representa algún objeto interno del profesional (prestigio, aceptación, simpatía, amistad, fraternidad, etcétera). Estas dos maneras en menor o mayor medida se presentan

de acuerdo a cada caso en particular. Así que el profesional mantiene una estrecha relación con su dolor psíquico en menor o mayor medida bajo estos términos (González-Núñez, 1989).

Por esto Portuondo (op. cit.) sostiene que la contratransferencia que resulta de la identificación con los objetos internos del paciente, implica un mayor peligro de que el profesional (psicoanalista) pueda entrar en un círculo vicioso en el que a veces el impacto de la transferencia amenaza con acorralarlo provocándole una contratransferencia negativa, en el sentido de que, al igual que en la transferencia negativa, puede experimentar sentimientos hostiles, agresivos, hacia su paciente. Propone el término neurosis de contratransferencia como la identificación que hace el profesional con los objetos internos referidos por el paciente y que le provoca la vivencia de las angustias y defensas patológicas de estos objetos. Los objetos internos del profesional pueden ser transferidos al paciente de dos maneras: al paciente como individuo y al paciente como elemento importante dentro de otras relaciones de objeto del profesional. Esto es que el paciente le provoca afectos displacenteros ya sea porque lo perciba como realmente es y ello le provoque angustia o que lo perciba inconscientemente como parte de sus recuerdos o ideas anidadas en el olvido, y que de igual manera le provoque angustia. En otras palabras, el profesional puede experimentar la contratransferencia como una ocurrencia (experimentación de la relación con su paciente como simple ocurrencia terapéutica o fantásica ajena al Yo del profesional), y como una posición (donde el profesional se ve envuelto completamente en la experiencia contratransferencial viviendo con intensidad y realismo la afectividad del paciente).

Pienso que estas dos formas de contratransferencia pueden ofrecer una explicación en la experiencia de dolor anímico en el profesional, sobre todo si su paciente le ha removido afectos que no puede “mirar” y por lo tanto se deja llevar por ellos. Por ejemplo que le haga re-sentir una experiencia (no resuelta) de su vínculo materno, el profesional puede dejarse llevar por esa insatisfacción

afectiva para no “volver” ha experimentar el dolor que “le dejo” tal situación, así que hará todo lo posible para evitarlo; dando una atención especial a su demandante consecuentándole sus errores, permitiendo ciertas libertades o preferencias, etcétera. Si bien en este momento nuestro profesional estará evitando el dolor que supone no querer experimentar, al dejarse llevar por su transferencia -y que como todo aquello está movilizándose en un plano imaginativo, fantaseado y simbólico- tarde o temprano ese lugar que se le ha otorgado a la persona (o sea a el paciente) dejara de existir y vendrá a ocupar el papel de madre del profesional, y como tal, finalmente la discrepancia entre este juego simbólico inconsciente terminará sin lugar a dudas en términos dolorosos en el caso de que la paciente llegase a presentar un cuadro sintomático grave. Lo importante es destacar que estos procesos contratransferenciales comúnmente se ubican desde el inconsciente y desde ahí movilizan el actuar humano. De acuerdo a Melanie Klein (Portuondo, op. cit) el profesional puede sentir angustia contratransferencial frente al simple hecho de que el paciente no mejore, que continúe sufriendo y siga depresivo. Esto provoca en el profesional angustia depresiva que lo lleva a aumentar sus deseos de “reparar” lo más pronto posible al paciente. También supone que existe angustia paranoide en el profesional cuando éste experimenta angustia ante el peligro de agresión de terceras personas ante las cuales el profesional haya desplazado sus transferencias; es decir, cuando el profesional siente deseos de agredir, odiar, despreciar o recriminarle a los objetos que significan su paciente, que pueden ser una institución, pueden ser colegas, etcétera. Al igual que el paciente, en su transferencia, trata al profesional según los objetos fantaseados que coloca o proyecta en él, el profesional tratará al paciente de acuerdo a los objetos que coloca inconscientemente en la persona del paciente. Entonces pueden existir sentimientos nacido en el aquí y ahora, sentimientos de identificación con los problemas afectivos de paciente sin poder salir de ellos, sentimientos de querer empalmar con el paciente para que se sienta comprendido y cuando el profesional reacciona ante una representación del paciente como si fuera parte de él y que por lo tanto ayudará al desarrollo anímico del paciente.

Hasta aquí pareciera complicado establecer en qué medida los afectos surgidos en el profesional son racionales o irracionales, útiles o que resulten un obstáculo para el desarrollo de la relación con el paciente, sobre todo si éstos contienen aspectos dolorosos o que pudiesen llegar a serlo. Kolteniuk-Krauze (1997 en: Vives-Rocabert, 1997) sintetiza concretamente el proceso de contratransferencia bajo tres limitantes idóneas; la contratransferencia puede ser inconsciente, pre-consciente y consciente. Al referirse a estos tres procesos psíquicos tenemos que los sentimientos y las emociones despertados en el profesional puede ser susceptibles de manejo, análisis y control de acuerdo al lugar desde el cual son movilizados: desde el área del olvido y la represión (el inconsciente), desde la razón de la realidad (conciencia) o desde el puente entre ambas (pre-consciente). Es precisamente la contratransferencia inconsciente a la que se convoca y alude constantemente en esta tesina como signo de atención cuando conlleva sufrimiento, y que en el siguiente capítulo se desarrolla y escudriña hasta donde es posible.

Se ha llegado al punto de afirmar que la emergencia de afectos dolorosos inconscientes es la que retuerce y trasgversa la relación profesional-paciente. Ante este tipo de contratransferencia inconsciente el profesional actúa contenidos desde sus actitudes conflictivas emocionales y/o pulsionales, dejándose llevar por sus sentimientos, emociones y en caso extremo actuar bajo estos afectos. Estas ideas sencillas nos remiten a muchas situaciones en las que la relación entre el profesional y el paciente se rige bajo aspectos románticos, chuscos, agotadores, amistosos, agresivos, y hasta los que acaban en muy malos términos (Guerra-Cid, 2001) Resumiendo tenemos que los procesos de transferencia –y de contratransferencia- son inconscientes y que a manera de enlace “falso” unen al paciente y al profesional.

¿Que es lo que se tiene hasta aquí? que los procesos transferenciales y contratransferenciales vivenciados como dolorosos son el signo de que existen

ciertos aspectos afectivos en la persona que aún no se han analizado y que por ello bajo circunstancias azarosas sobrevienen vividamente. Y por su cualidad inconsciente se presentará lejos de todo gobierno intelectual que merece cualquier proceso cognoscitivo.

#### 2.3.4. Lo presente del Inconsciente

Recapitulando tenemos que el dolor psíquico es producto de afectos inconscientes que permanecen en la estructura psíquica agazapados aguardando salir con la esperanza de por fin “enmendar” aquello que una vez se estableció como doloroso y sin resolución satisfactoria. Esta esperanza es la que finalmente lleva a la persona a actuar inconscientemente bajo las mismas reglas y resoluciones que, por haber quedado sin analizar, provocan la repetición del acto y por consiguiente la experiencia del dolor que conlleva. Entonces lo que le queda a la persona es evitar tales afectos o simplemente dejarse llevar por ellos, como si fueran actos “naturales” de esas situaciones con el objetivo de descargar esa insatisfacción de manera inconsciente. A manera de tráfico y negociación simbólica el otro transforma y ajusta imaginariamente al de enfrente a su necesidad pulsional. Papel que cada uno de ellos adopta en la medida en que perciban la advertencia o el peligro inminente de experimentar afectos que de manera mediata o inmediata, signifiquen dolor en cualquiera de sus advenimientos

Finalmente la constante en común digna de resaltar es que los componentes de la relación entre el profesional y el paciente son procesos meramente afectivos. A pesar de que se sabe que surgen en ambos sentidos, comúnmente el área que se aborda sólo es la del demandante. Observar y describir los procesos que suceden en el paciente es a menudo un acto asimétrico en relación a que se cercena la característica afectiva del profesional y que sin lugar a dudas influye en su manera de comportarse ante él. Recordando lo mencionado por Gudín (op. cit.) que toda acción humana es facilitada o inhibida por el tono afectivo en el que

esté insertada. Nos deja una gran madeja que hay que deshilar, puesto que existen muchos casos en donde el profesional se ve impedido, atemorizado, angustiado, indiferente, y hasta ¿por que no? fortalecido en relación a lo que siente frente al mundo afectivo que derrama el demandante. Indagar estas cuestiones ofrece una luz sobre el la vida anímica total del profesional, del cómo siente y mira para actuar con el de enfrente.

Ya que se ha establecido la génesis y dinámica del dolor psíquico en la persona lo que toca enseguida es resaltarlo cuando se muestra en el quehacer del profesional de la salud; las diversas formas en que se presenta, las maneras en que pasa desapercibidas, las formas en que se muestran dolorosas. El olvido y lo inconsciente de los afectos experimentados cargados de lacerantes afectos, seducirán al profesional para alejarse de todo análisis, control y eliminación de tales experiencias. Se aprecia que el dolor psíquico puede ser experimentado en una infinidad de situaciones que en menor o mayor medida cada vez se alejan más de su origen tapando una situación afectiva.

Con base en ello, se afirma que para lo construido y devenido inconsciente, en este caso como afectos, tenemos que no existe tiempo real en cuanto a lo construido y no resuelto. Una vez originada una representación ésta deambulará en el inconsciente de manera que en algún momento su pugna por salir rendirá frutos cuando sea estimulada psíquicamente, y así hayan pasado años o décadas tal idea aflorará desde su origen exacto pero disfrazada con los ropajes prestados de la vida actual. Así pues, gracias a la fuerza otorgada por lo displacentero siempre buscara los caminos a través de los cuales se mostrará sin que la conciencia repare en ella. Entonces las reacciones afectivas que posee cualquier persona ante figuras significativas mantendrá un paso constante hacia su afloramiento y descarga que no permita sacar a relucir lo doloroso injertado en ellas, o que con el sólo aviso de su inminente sobrevenida haga que se “controle” mediante diversas acciones o reacciones. El inconsciente siempre estará latente (Freud, 1915). Tal como lo describe Caruso (1976) “...en primer lugar lo pasado

todavía esta ahí; en segundo ha quedado en otro plano, y en tercero, deja lugar a lo actual y lo futuro” (p.28). Sin más preámbulos lo inconsciente aguarda desde esas tres instancias y las acciones emprendidas así ligadas se verán influenciadas por ello.

Lo importante es ver que el dolor psíquico como producto inevitable de un afecto queda instaurado en todo el repertorio emocional y sentimental que tiene el profesional, que como un individuo igual que todos percibe, crea y adquiere un mundo interior. De la mano de los conceptos encontrados, ahora en adelante miraremos al profesional bajo ésta perspectiva, explorando en detalle las experiencias de sus dolores psíquicos: cuando está frente a su paciente y de frente a la vida cotidiana.

# C ontratransferencia y Dolor Psíquico en el Profesional de la Salud

*“Cuando el caminante canta  
en la oscuridad,  
desmiente su estado de angustia,  
más no por ello ve mas claro”.*

Freud (1926[1925]) Inhibición, síntoma y angustia

**H**asta este punto se ha encontrado todo aquello que envuelve el dolor anímico, y ha llegado el momento de escudriñarlo en el profesional de la salud, en aquel encargado de atender al otro que sufre en cuerpo y en alma. Quizá esta sea la cuestión menos abordada por su carácter quizás impensable, por las resistencias que hay en torno al mirar y sostener lo que se pueda encontrar. Si bien es cierto que la Psicología ha hecho todo lo que esta a su alcance para tratar de abordar el tema de que el profesional sea a la vez objeto de estudio y de atención es un tópico poco abordado. Recientemente se ha comenzado a abordar la cuestión del sufrir profesional definiéndolo como *burn out*, estrés laboral, desaliento profesional, pero estas concepciones escapan y se vuelven complicadas cuando se topan con que el mundo interno del encargado de realizar la labor en salud, su historia personal, los motivos inconscientes que lo

llevaron a elegir su carrera, la forma en que visualiza su quehacer, el tipo de metas que persigue, entre otras cuestiones, tienen mucho que ver con el dolor o sufrimiento anímico experimentado en sesión clínica.

Pensar en el profesional de la salud como alguien vulnerable ante las experiencias afectivas frente a las cuales tienen que lidiar es muy complicado, sobre todo por que de éste se guarda una imagen omnipotente en donde el conocimiento que posee le otorga la protección y la fortaleza necesaria para tales embates pero no es así. Sobre todo por que la primer demanda que le confiere aquel que lo necesita es precisamente la de alguien fuerte en todos los sentidos. Y esta fantasía que es de gran ayuda, es un arma de dos filos puesto que si bien es necesaria para el demandante es innecesaria y por demás arrogante para la persona del profesional. Porque efectivamente al adoptar como real esa fantasía le es difícil mirarse como alguien que puede llegar a traspasar hacia el rol del demandante, o de experimentar afectos “poco profesionales” con respecto a una situación dada que lo “desubiquen” del lugar de aquel que sabe. Surge de nuevo otra cuestión ¿afecta al profesional de la salud el trabajo con sus demandantes?, ¿qué tipo de afectos sufre el profesional ante su demandante?, ¿Qué se hace con tales experiencias dolorosas emocionalmente? Son preguntas que quizás los que nos dedicamos a esta profesión nos hemos hecho infinidad de veces y que hemos encontrado respuestas que nos han dejado con cierto nivel de calma o satisfechos. Pero finalmente si nos dedicamos a estar trabajando bajo condiciones que implican una tensión y carga afectiva importantes se hace necesaria la intención de abordar tales implicaciones.

Es por ello que el objetivo de este capítulo es el de detallar las situaciones en las que el dolor anímico del profesional interviene afectando el desarrollo de su quehacer, para finalmente mostrar como pudiera ser utilizado para el buen funcionamiento y consecución del objetivo. Una vez que se hayan establecido tales vicisitudes se propone el análisis en el profesional de la salud para el bien de su persona, profesión y por lo tanto de su demandante.

### 3.1. Factores y condiciones que presuponen dolor psíquico en la práctica profesional

Ante una carga excesiva, tensionante a la vez que evocativa de afectos producen en el profesional de la salud respuestas que son el significado de aquello emocional que trata de mantener bajo control en esa misma medida. Por tal razón el trabajo terapéutico se puede bloquear porque inconscientemente el profesional lo llega a utilizar para llenar, evitar o recordar sus propias necesidades. Bajo esta idea Corey, Corey y Callanan (1998) resumen los afectos y efectos contratransferenciales más comunes en los profesionales de la salud, en este caso, terapeutas. El profesional que es sobreprotector con su demandante refleja a un terapeuta con miedos profundos, que irremediablemente mantendrá alejado a su paciente de aquellas áreas que le provoquen esos mismos miedos y angustias salvándose al mismo tiempo de abrir material doloroso para el mismo; el profesional que trata a sus pacientes de maneras confortantes, condescendientes y benignas puede hacer que se mantenga alejado de su propia furia, haciendo que la sesión degenera en una amistosa charla entre conocidos; el que el profesional llegue a rechazar a un paciente puede estar basado en que éste tenga la idea de que el demandante es muy dependiente y necesitado, por lo que a menudo se le acercará y en ocasiones se alejará; si el profesional mantiene una constante necesidad de aprobación y aceptación para con su demandante puede ser el reflejo de la contratransferencia en donde lleva al paciente a que adopte una actitud soflamera, complaciente, dependiente y de vasallaje; en ocasiones se dejan llevar por la percepción de que si no obtienen resultados satisfactorios y rápidos el paciente no los van a querer evitando así los sentimientos de coraje y ansiedad. El mirarse así mismo constantemente en sus pacientes es otra forma de contratransferencia, caso más fácil de ejemplificar esto es cuando los profesionales principiantes clínicos a menudo se involucran de una manera más inconsciente que conciente con los problemas de sus pacientes hasta el punto en

que pierden objetividad, incapaz de distinguir entre los sentimientos propios o ajenos, o que tienen la tendencia a ver en sus pacientes aquello que nos les gusta ver en si mismos. El ofrecer compulsivamente consejos puede ser causado por pacientes que buscan respuestas inmediatas para aliviar esos sufrimientos. Tales profesionales pueden engancharse en una excesiva auto-divulgación, diciéndoles a sus pacientes cómo deben resolver un problema en particular. Atendiendo las necesidades ya no del paciente sino del profesional. Por último, el desear una relación social o sexual con sus pacientes también se debe a una reacción contratransferencial especialmente cuando estos deseos se originan cuando la sesión clínica se lleva a cabo. A manera de explicación podemos decir que el profesional posee ciertas representaciones originadas en el periodo infantil llenas de pulsiones que buscan satisfacción.

Atendiendo esta posibilidad, se esgrime cierta vulnerabilidad psicológica en el profesional que se dedica a la salud mental. Dado que los terapeutas son exclusivos de historias de horror y crueldad humana, son el oído de todo aquello oscuro que poseen las crisis existenciales y espirituales, confidentes de historias de trauma, experiencias que contienen residuos de dolor psíquico y espiritual ávidos de sanación, Coale (1998) lo manifiesta así:

Mantener la empatía y la conexión con el paciente cuyo dolor es abrumador cobra cierta cuota al profesional, especialmente cuando la terapia no parece mostrar ayuda al paciente o cuando abruptamente deja de asistir: 'cada vez que los daños no pueden ser sanados o el sufrimiento sobrellevado, se vuelve más fuerte abrirse uno mismo al dolor del otro'. Por tanto el trabajo a menudo se apuntala a sentimientos de soledad, desesperanza y cansancio que los clínicos describen como burn out (p. 54).

Atendiendo las palabras “cada vez que los daños no pueden ser sanados o el sufrimiento sobrellevado, se vuelve más fuerte abrirse uno mismo al dolor del

otro”, nos da la entrada a que a todo dolor, sufrimiento afectivo y emocional del otro causa en su interlocutor efectos emocionales que expresa desde su muy particular mundo personal, aún que lleve consigo todo un arsenal de conocimiento académico. El manejo de las emociones y sentimientos así visualizados se mostrara en una suerte de artesanía para tal objetivo.

Pero podría caber la posibilidad de que tales experiencias dolorosas sean propias y normales de la labor profesional en salud, así que para no albergar dudas y difuminar esa ansiedad que provoca la esperanza a equivocarnos, como medio para no caer en la trampa de creer que solo nos complicamos la vida, buscaremos que es lo que dice la psicología moderna acerca del sufrimiento anímico emocional del profesional en salud.

### 3.1.1. El Síndrome del deterioro

Al abordar lo anímicamente desagradable que puede resultar la profesión en salud es lógico pensar que existe un deterioro causado por tales tensiones y cargas afectivas del profesional para con su labor. Los efectos de tal acontecer se le ha denominado de diversas formas ya sea como fatiga por compasión, desorden estresante traumático secundario, empatía agotada o traumatización vicaria (McCann y Pearlman, 1990: Wilson y Lindy, 1994: Figley, 1995: Dutton y Rubenstein, 1995: Pearlman y Saakvitne, 1995 en: Coale, 1998) Ahora, una forma que se ha utilizado para abordar el sufrimiento anímico que el profesional de la salud experimenta durante su labor es la propuesta por Malasch y Jackson (1986 en: Arita-Watanabe y Arauz-Contreras, 1998) conocida como burn out. Este síndrome es definido como el estrés organizacional crónico y cotidiano que aparece en los trabajadores de servicios asistenciales: médicos, psicólogos, enfermeras, profesores, terapeutas, amas de casa. En suma en aquellas personas que trabajan con público en situaciones emocionales de alta demanda que le produce agotamiento emocional, despersonalización y auto-realización reducida.

Se han realizado varios estudios que abordan este agotamiento profesional, Arita-Watanabe y Arauz-Contreras (1998) investigaron tal síndrome en enfermeras de dos instituciones hospitalarias de Sinaloa. El objetivo fue el de correlacionar la cantidad de trabajo, dificultad del mismo, responsabilidad laboral y vital para con los pacientes y toma de decisiones con las dimensiones del Cuestionario Breve de Burn out (Moreno y Oliver, 1993 en: Arita-Watanabe y Arauz-Contreras, 1998) como lo son el cansancio emocional, despersonalización, realización personal, características de la tarea, tedio organización y consecuencias. Encontraron altos puntajes en aquellas dimensiones en las que se exige enfrentarse ante una alta emotividad para con los demás. Concluyen que precisamente son áreas en donde se habrán de abordar futuras investigaciones. La emotividad como punto principal en el agotamiento profesional ¿exactamente qué es lo que mide dicho cuestionario? En el Cuestionario Breve de Burn out (MIB) observamos que ciertos ítems reflejan lo que podríamos llamar afectos contratransferenciales y que ellos por requerir mucha demanda emocional y afectiva constante que el cansancio entonces se percibe como “sin motivo”, “natural” o a la expresión de frases tales como “Nunca me había cansado tanto trabajar con tales pacientes”, “Antes me gustaba mi trabajo pero ahora me irrita, me atemoriza, me obsesiona, etcétera”, de hecho el cuestionario precisamente evalúa frases parecidas: “En general estoy más bien harto de mi trabajo”, “Los usuarios exigen frecuentemente de manera excesiva y se comportan de manera irritante”, “Cuando trabajo estoy de mal humor”, “Las relaciones personales en mi ambiente laboral son poco gratificantes”, “Las personas a las que atiendo reconocen muy poco mi labor”, “Las relaciones con los usuarios de mi trabajo procuro despersonalizarlos”, “Mi trabajo me resulta aburrido”. Estas frases se califican mediante una escala tipo Likert que tanta responsabilidad se adopta y se percibe ante la vida de sus pacientes.

Lo que se recoge mediante este instrumento es un testimonio superficial del cómo el profesional esta observando sus pacientes y de la posición que esta adoptando (que como ya vimos puede ser desde una posición inconsciente paterna, materna o

fraternal, en donde necesidades pulsionales entran en un juego finamente velado por la represión y el olvido) y por lo tanto el gasto de energía psíquica es mayor porque se está repitiendo una escena pretérita con las mismas figuras significativas y con los mismos resultados sin cambio alguno, pero que llevan a su vez un deseo de satisfacción y resolución. Por esto cuando aumenta la posibilidad de que aparezca el síndrome del burn out es cuando se evita cualquier condición estresante o que se llegue a “vivir” la situación emocional conflictiva por lo tanto la ansiedad como un rasgo y como un estado están implícitamente relacionados con el síndrome (Arita-Watanabe y Arauz-Contreras, 1999).

También existe una visión conceptual sobre el sufrimiento anímico que es útil saber, tal proceso es definido por Kleinke (1995) como desaliento profesional. Es un estado de agotamiento profesional, despersonalización y escasa satisfacción personal experimentado por aquellos profesionales cuyo trabajo implica ayudar a otros con sus problemas y se caracteriza por agotamiento físico y emocional, respuestas negativas hacia los demás e insatisfacción con su persona y logros propios. Ciertos síntomas del desaliento profesional incluyen; celebrar más de lo normal la llamada de un cliente para cancelar una cita, soñar despierto y tener fantasías de fuga, tener una actitud cínica y pesimista hacia la profesión de uno, perder espontaneidad y vigor en las sesiones de terapia, retrasarse en las historias clínicas y otros papeleos, abuso de drogas, sentimientos de letargo y falta de entusiasmo por el trabajo, menor actividad y vida social, falta de deseo de explorar las causas y soluciones al estado de desaliento profesional (Kottler, 1986).

Con estos planteamientos podemos llegar al consenso de que el burn out es una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes que tienen implicaciones nocivas para la persona y a la organización en la que está desempeñando dicha función, por lo tanto, Aranda-Beltrán, Pando-Moreno y Pérez-Reyes (2004) con su propuesta de que el apoyo social a un nivel grupal, donde establecidas estrategias de apoyo entre compañeros y supervisores,

sumando el soporte emocional, la evaluación a los profesionales y la retroalimentación en el desempeño de su rol, es una condición aminorante en el padecimiento del burn out. Pero ¿qué implica esto?, que se atienda a aquello afectivo, emocional y sentimental que el profesional experimenta en su quehacer laboral bajo la mirada fresca de otros profesionales, siempre y cuando el objetivo sea el de plantear y analizar los porqués de una manera desnuda, honesta y hasta valiente de los descontentos, displaceres e incomodidades que resultan de la práctica de la profesión en salud, al preguntar los motivos por los cuales los profesionales se ven en la necesidad de ignorar, vivir o enfrentar los denominados estresores. Sin lugar a dudas ellos revelan el tipo de material inconsciente que se están removiendo en el interior. Es por eso que Ramírez-Bergerón (1999) en su investigación sobre el síndrome del burn out, dice que el riesgo de desarrollar éste síndrome disminuye considerablemente cuando el psicólogo ha estado en un proceso terapéutico propio así como de supervisión, tanto para estimular su desarrollo personal como para reducir puntos ciegos, que frente a un paciente puedan provocar un estado de tensión importante.

Esta autora nos devuelve al tan ya explorado tema del inconsciente en el profesional de la salud. Cuando el paciente lleno de afectos inconclusos dolorosos y desagradables coloca fantasiosamente al profesional en un lugar que le permite revivir la necesidad de llevar a cabo sus impulsos reprimidos a su vez hará que el profesional haga lo mismo, sólo con la diferencia de que el profesional tiene la oportunidad de observarse para caer o no en el juego que él mismo alimenta inconscientemente con sus actitudes, afectos e ideas. Esta observación de sí mismo se vera dificultada por lo desagradable y doloroso que puedan llegar a ser sus puntos no trabajados y explorados.

Entre los factores que pueden influir en el desarrollo del deterioro profesional esta la cuestión privada en donde características de personalidad causan mayor estrés en los profesionales, en donde una necesidad de control es la que provoca tales disturbios, pensamientos tales como “tengo que tener éxito con todos mis

pacientes en todas las ocasiones, debo de ser un terapeuta sobresaliente, tengo que ser respetado y querido por todos ellos, el trabajo clínico que realizo debe ser inversamente proporcional al trabajo que realizan mis pacientes para mejorar, debo de disfrutar la terapia y de utilizar las sesiones para solucionar problemas personales así como de resolver los de mis consultantes”. Tal tensión psíquica debilita considerablemente al profesional en su labor (Kleinke, 1995). Pareciera algo lógico que el trabajar con personas en un ambiente tenso emocionalmente provoque agotamiento físico y mental al profesional, al menos no debe de ser así, pero ¿cual es la línea que separa el agotamiento profesional del agotamiento personal?

Más adelante veremos que tales maneras de actuar reflejan una dinámica en el psiquismo del profesional de material irresuelto y de ideas que tienen su fundamento en el inconsciente y que a su vez muestran ante qué tipo de sucesos el profesional siente angustia y dolor cuando se coloca en una posición muy alejada de lo profesional ¿agotamiento profesional o agotamiento personal? Habrá que mostrar que ahí esta la clave del sufrimiento más doloroso y desgastante.

### 3.1.2. La posición inconsciente del profesional

Retomando los conceptos hallados en los capítulos anteriores tenemos que el profesional antes que todo es una persona que como cualquier otra posee un repertorio afectivo de complejidad personal. Atendiendo a lo dicho de que ciertas representaciones pueden quedar establecidas de diversas maneras, invariablemente los afectos quedarán también involucrados. Esta disposición afectiva inconsciente es la que constantemente esta siendo convocada cuando el profesional se enfrenta ante su demandante; emociones del demandante que hacen eco en el interior del profesional provocando en este un sin fin de sensaciones, muchas veces incómodas, angustiantes y por lo tanto dolorosas. ¿Qué es lo que hace que el profesional no tome en consideración tales experiencias? las probables repuestas se encuentran en la oscuridad psíquica no dicha del profesional.

El profesional no toma en cuenta tales afectos dolorosos por la sencilla razón de que desde tiempos helénicos la posición de aquel que cura ha sido y sigue siendo privilegiada. La imagen del profesional (médico o psicólogo) que todo lo sabe, lo examina, lo cura y/o elimina es la que muchas veces conlleva gran parte del éxito clínico. A pesar de que con el paso del tiempo esta concepción ha vestido diferentes ropas a diversos personajes, el misticismo y la magia que envuelve este proceso terapéutico sigue conservando sus rasgos más importantes; la de sanar, pero su labor se ha desvirtuado en relación a su trato con el enfermo (Lain-Entralgo, 1970). De acuerdo a este autor el rol del médico\* (profesional de la salud) está sustentado desde tres metas o intereses yóicas que amalgaman su posición sobre la que realiza su labor; desde una posición del *ego audivans*, *ego sapiens*, *ego fungens* y *ego cupiens*.

El primero se refiere a aquellos profesionales que prestan su ayuda por una sincera voluntad de ayuda técnica al paciente. Su vocación médica es profunda y consecuente tratando al paciente como una persona doliente y necesitada. La segunda posición se refiere a aquellos profesionales que buscan como fin primordial el conocimiento científico de la naturaleza. Se afanan ante todo por lograr un diagnóstico objetivo y riguroso tratando de ayudar al paciente con remedios científicamente comprobados. En tal caso el paciente es un objeto de conocimiento racional. En la tercera posición el profesional funciona como un procurador de asistencia técnica desempeñando un papel meramente institucional. Este profesional mira a su enfermo como parte de una maquinaria social. Por último existe aquel que busca el modo necesario para satisfacer su apetito de prestigio y estabilidad económica reduciendo a su demandante como objeto de lucro y como un consumidor. Ante tales hallazgos concluye que para que la práctica sea moralmente admisible bastará –supuesta la suficiencia técnica– que

---

\* el autor utiliza el término *médico* refiriéndose a aquel personaje que se dedica a las labores sanitarias propias de un galeno general, pero para fines del tema se utiliza el término *profesional de la salud* para así abarcar a todos aquellos personajes que finalmente se dedican a asistir a otro en una demanda física y/o afectiva.

no sean la sed de lucro, el prestigio y la comodidad fría y deshumanizada del saber las instancias decisivas de la conducta profesional.

Lo que arrojan estas reflexiones es que el profesional rige su actividad laboral desde una motivación egocéntrica, desde cierta ideología personal práctica, racional, emotiva o social. De esta manera se amplía el panorama sobre el cual probablemente el profesional se protege para justificar su acción clínica. Si actúa de manera completamente práctica ante una labor que demanda y evoca en él necesidades afectivas es que existen ciertos sucesos que le son extremadamente difíciles de manejar, soportar o sobrellevar. Ahora si ha esto se le suma que, como ya se ha visto, dentro de él existen motivaciones inconscientes que promueven afectos que le hacen sufrir, pues la cuestión se ve enmarañada por una lucha entre afectos que parecen imposibles de resolver. Es por ello que una vez más se colocan los procesos de transferencia de uno y otro lado, la relación médica puede llegar a ser incorrecta cuando existe un defecto o excesos en la afectividad de la vinculación profesional médica; cuando se intensifican y no se controlan los procesos de transferencia y contratransferencia, la excesiva frialdad del profesional al actuar frente a su paciente como si fuera éste un objeto, cuando adopta con demasía una función apostólica tratando de modificar al paciente en cuanto a una postura personal considerada como optima y por un apetito de lucro (Laín-Entralgo, 1983).

El profesional como un “apóstol” y sabedor de que tiene el conocimiento de aquello que los pacientes tienen el derecho o no de saber, de lo que deben soportar, lo lleva a actuar como si tuviera el deber sagrado de convertir a su fe a todos los ignorantes y a todos lo no creyentes (Balint, 1986). Es por esto que el profesional que asuma al pie de la letra dicha postura estará muy lejos de observar sus motivaciones inconscientes, sobre todo porque la manera en que la adopta se verá influenciada por la personalidad y las ideas que se tengan de la carrera profesional y del cómo se mira a los pacientes. Con ello puede adoptar una actitud alejada y defensiva en contra de lo que pueda encontrar, percibir o

trabajar con el paciente, y más aún cuando sea material incómodo, irritante, angustioso e intranquilizador.

Esto implica que solo los afectos pueden ser desagradables de acuerdo al muy especial suceso ante el cual es el profesional es espectador y que sienta que pueda llegar a ser parte. Entonces si el profesional siente venir desde su interior esa llamada señal de peligro pulsional, la angustia sobrevendrá a la psique del profesional, es cuando se presentan dificultades en el trato o rechazo hacia algunos pacientes, aspectos que tocan en el profesional puntos sensibles, o que arriesgan a hacer resurgir conflictos que el profesional sabe que serán dolorosos (Jeammet, Reynaud y Consoli, 1999). Por lo tanto el alejamiento de esos temas o pacientes será una constante en la labor en salud. Tales angustias como afectos dolorosos no vienen sin motivo, el paciente con su mundo inconsciente refleja aquello que el profesional solo se atreve a mirar. De la Fuente (1992) dice que las emociones negativas del médico juegan un papel esencial. Su angustia es contagiosa, su impotencia y sus sentimientos de culpa pueden inducirle a un manejo demasiado pasivo o activo, dirigido más a tranquilizarse a si mismo que para beneficiar al enfermo. Por ejemplo: hacer diagnósticos erróneos, expresar no verbalmente dudas o preocupaciones, excesivos exámenes de laboratorio, la tendencia a relacionar síntomas con hallazgos triviales, el ocultamiento de información vital para el paciente y sobre todo la toma de decisiones sin consultar al paciente, en suma una total obsesión por controlar sus miedos a través del paciente.

Poco a poco se va cayendo el velo acerca del mundo inconsciente que posee todo profesional, velo que descubre la personalidad de éste y del cómo va modificando a sus propias necesidades y desde su perspectiva personal el trato con su demandante. Esta construcción de la personalidad consta de una serie de rasgos psicológicos y de actitudes que están implícitas en la vocación por la cual el joven estudiante opto por una carrera del área de la salud: el interés intelectual y afectivo por los seres humanos, la capacidad de sacrificio en el esfuerzo por

acercarse al otro, etcétera. Estos rasgos son reales actitudes básicas que, en muchos casos, pueden estar reprimidas en lo inconsciente o disimuladas por pudor. El profesional teme ser ridiculizado si las confiesa. A veces la elección de la carrera médica, por ejemplo, obedece al deseo de lograr prestigio, dinero, status o poder, es la manifestación consciente de las otras actitudes de solidaridad humana con la persona que sufre, las que mantienen reprimidas en el inconsciente. Si recordamos que lo que se reprime es aquello displacentero en épocas pasadas tenemos que existen motivaciones en busca de satisfacción que dado su carácter reprimido siguen latentes y susceptibles de evocación (Insua, 1985)

Para ilustrar más esta reflexión Sandoval, Viladoms y Ponce de León (1994) registraron una experiencia de trabajo dentro de un grupo Balint con médicos infectólogos que atendían a pacientes infectados con VIH/SIDA. El grupo se estableció para contender con las ansiedades que se generan por el manejo y tratamiento de pacientes que tarde o temprano van a morir. Dentro de sus resultados encontraron que los médicos son visualizados como una especie de receptáculo en donde el paciente le confiere ciertos roles significativos afectivamente de su vida (transferencia) y el médico recibe tal adjudicación devolviéndole al paciente sólo lo que inconscientemente le quiere regresar (contratransferencia). Estas “devoluciones” que hace el médico salen modificadas a causa de su sistema de valores, conocimientos, ideas y afectos. El problema radica cuando estos elementos entran en resonancia con aspectos inconscientes del médico haciendo que se ponga en marcha el aparato psíquico del médico para expulsar, aceptar o rechazar tales adjudicaciones, hay entonces una herida narcisista. El médico tiene en su interior una necesidad de reparar, que es en realidad, una necesidad de repararse a si mismo en algún aspecto de su estructura psíquica. Cuando se les preguntaron a los estudiantes que deseaban ser médicos, cuál era la causa de su elección vocacional, invariablemente mencionaron una serie de fantasías -naturalmente infantiles- omnipotentes que incluyen el ayudar a la gente. Los menos mencionan que en su historia hubo un familiar salvado por un

médico y él en agradecimiento quiere hacer lo mismo con otros, o lo contrario, un médico que cometió un error grave con un familiar y el desea hacer lo contrario con los otros. El caso es que la mayoría se deja arrastrar consciente o inconscientemente por el arquetipo del médico cuya imagen al introyectarla se obtienen una serie de ganancias narcisistas. Esto es que el médico busca en el paciente una actitud que le subsane esa herida pasada casi nunca verbalizada. Así, el médico espera de sus pacientes repararse al nivel de una herida narcisista, se va curando esa representación desagradable con sus pacientes.

Por esto, tales ideas claramente nos remontan a las representaciones de huellas mnémicas inmersas en el inconsciente. Si nos damos cuentas ellas tienen que ver con el “deber ser” y con cuestiones afectivas que están haciendo mella al ser evocadas por la labor profesional. Esos sentimientos desagradables son percibidos por el profesional cuando da cuenta de constantes intentos de suicidio, agresión u hostilidad lo llevan a sentir deseos de terminar prematuramente la sesión o la terapia, movido por su interior más que por su conciencia, Kleinke (1995) afirma:

Este resultado sugiere que los terapeutas (profesionales) no son simples observadores externos del proceso psicoterapéutico, y por consiguiente no es probable que perciban a sus pacientes como partes reemplazables. Los terapeutas parecen estar tanto personal como profesionalmente comprometidos en el crecimiento y bienestar emocional de cada paciente de manera individual (p.168).

Tal condición succionantemente afectiva claramente lleva a una situación anímica de tensión, en el que el constante bombardeo de afectos por parte del demandante conduce a que el mundo interno del profesional evoque representaciones afectivas que agazapadas esperan cualquier nudo preconciente para salir al exterior. Y dado que son formas de responder que se han venido repitiendo desde el momento en que quedaron fijadas, pues será difícil que se tenga conciencia de ello, o en el “mejor” de los casos volverán a reprimirse y

olvidarse, y que por lo tanto, habrá que esperar el retorno de ellas en algún momento.

También es muy probable que el profesional se mueva por medio de deseos que instalados en su infancia constantemente satisface en menor o mayor medida, de manera profesional o antiprofesional, dolorosa o placenteramente. Las pulsiones que son fuerzas que buscan satisfacción anímica pueden vestirse de diferentes maneras. De esta manera Jeammet, Reynaud y Consoli (1999) manifiestan abiertamente que un profesional puede dejarse llevar por una pulsión observadora/exhibicionista (deseo de ver y hacerse ver como lo es el prestigio que el saber otorga, deseo de contacto con otro, prestigio social), o moverse a través de la pulsión sádico anal en donde el motivo es aliviar a los que sufren, obtener dinero, necesidad de ser útil, atractivo de la responsabilidad, atractivo de la curación) y por último por un interés socioeconómico y personal que otorga una profesión liberal y el deseo de seguridad. Concretamente existen tres deseos inconscientes en el profesional; el deseo de ver, de curar y de poder. El deseo de ver o saber es el que tiene el profesional ya que éste puede transgredir los tabúes que desde muy niño cualquier persona posee. La investidura médica permite ver todo aquello escondido, los cuerpos, los sexos e incluso los interiores; puede tocar y observar la muerte. En particular las enfermedades y accidentes que ocurren en las personas amadas pueden movilizar de nuevo las tendencias a repararse a si mismo; las heridas, las deficiencias y otras causas de inferioridad suscitan ese deseo de reparación. Por último un deseo de poder construido desde épocas infantiles de autoridad, de dominio sobre la madre anulando al padre, próximo deseo de un poder sexual absoluto sobre la madre, se traduce en el profesional por el deseo de ver, de tocar, de penetrar, de agredir el cuerpo de otro.

El tratar el tema de las motivaciones por la cuales el profesional llega a realizar su función curativa, asistencial o aliviadora, tenemos que pensar con reserva aquellas que distan mucho de ser una verdad objetiva pero que sí invitan a

una reflexión personal que es lo que se pretende como parte de la solución al dolor psíquico dentro de la sesión clínica.

### 3.2. Mecanismos de defensa ante el dolor psíquico

Dado que todo enfrentamiento de afectos desagradables supone una actitud especial, el profesional como ser humano adopta mecanismos de defensa que le ayudan de manera incierta a sobrellevar aquellas situaciones traumáticas y displacenteras que de manera amenazante desestabilizan el Yo. Dichos mecanismos de defensa establecidos por Freud (1915b) mencionaban que la represión es el acto que hace el individuo ante eventos que causan mucho desequilibrio con el ello y el superYo, es un proceso que tiene mucho que ver con la maduración del Yo y en ese mismo sentido actúa. La persona responde tal y como respondió la primera vez que experimento dicho evento desagradable. Supone que el yo irá cambiando sus mecanismos de defensa desde los más patológicos hasta los más adecuados a su maduración, siendo la represión uno de los más patológicos que sobrelleva la aparición de síntomas.

Además de que se emplean mecanismos de defensa ante situaciones displacenteras las más de las veces es en la transferencia cuando se aplican porque es en ésta cuando la revivificación de experiencias afectivas pasadas se reactivan frente a la figura significativa (de tempranas vinculaciones con el objeto) es entonces que se emplean los mecanismos de defensa que se han utilizado frente a dichas revivificaciones (A. Freud, 1993). De acuerdo a las consideraciones de Tallaferro (1990), con base en Freud, existen diez mecanismos de defensa a saber; la represión como una forma de detener los impulsos de satisfacción que entran en crisis de acuerdo a las consideraciones que de ellas hace el super Yo: regresión, como una actitud psíquica ya superada presentada por el individuo, de manera que ante un suceso desagradable al no hallar satisfacción vuelve a presentar una actitud que anteriormente le producía satisfacción garantizada; aislamiento, como a la división del deseo reprimido y el

síntoma considerándolos como ajenos y sin asociación; anulación o reparación como la realización de un acto determinado para anular o reparar el significado de uno anterior; formación reactiva cuando el Yo efectúa una acción totalmente opuesta a los deseos del ello que se quieren rechazar; identificación, como un enlace afectivo que se hace hacia un objeto adoptando sus cualidades como una manera de unión íntima; proyección, cuando el sujeto le atribuye a un objeto externo sus propias tendencias inconscientes inaceptables percibiéndolas como propias del objeto; cambio de instinto por su contrario, consiste en la mutación de un instinto o afecto por uno diametralmente opuesto; vuelta del instinto contra el Yo es un mecanismo por el cual una carga agresiva dirigida hacia un objeto externo se vuelca hacia el Yo llegando a constituirse un acto de sadismo y la sublimación como el mecanismo más adaptado y armónico con el super Yo en donde ha devenido el instinto original vedado hacia un objeto ajeno que produce placer como si fuera el objeto original.

Entonces hablar de mecanismos de defensa es hablar de dolor psíquico, como dos procesos intrínsecamente relacionados. Entonces inevitablemente los profesionales de la salud por causas personales adoptarán cualquiera de tales mecanismos; el estar de frente a la ansiedad, la depresión, el alcoholismo y al abuso de sustancias adictivas; al enfrentar las enfermedades, la muerte de sus pacientes y el trato con familiares desesperados o cualquier otro malestar anímico les empuja a proyectar debilidades y vulnerabilidades a sus pacientes (que muchas de las veces son las mismas que presentan ellos, médicos alcohólicos, psicólogos deprimidos, enfermeras agotadas, etcétera). Es cierto que también el personal hospitalario enfrenta la angustia de tener que estar de guardia cuando una persona vaya a morir, o el saberse impotente ante un dolor físico o psíquico en los pacientes y sus familiares o el de procesar la repulsión que ciertas enfermedades provocan, al personal comúnmente se les pide que transformen lo inaceptable en mundano, algunos lo logran otros no.

Morales-García y Coronel-Brizio (1998) destacan mecanismos de defensa utilizados por profesionales de la salud ante ambientes hospitalarios con pacientes enfermos de cáncer y sus familias. Reportan que los médicos o enfermeras construyen estructuras de defensas individuales e institucionales. Tales defensas son la negación, la hipomanía que es cuando el profesional se vuelve hiperactivo en un afán de olvidar y no dar tiempo a pensar en el dolor y su afrontamiento, la erotización como camino adecuado para contrarrestar el ambiente mórbido y lastimero, el acting out como la realización de acciones que no necesariamente tienen que ver con las necesidades del paciente, intelectualización del dolor y el sufrimiento convirtiendo la actividad en un caso de “interés clínico” o de “enseñanza”.

Claro está que el dolor experimentado por el profesional lo puede llevar a deteriorar la relación profesional-demandante. A esto se llega cuando se niega toda implicación personal como factor causante de el fracaso clínico, se pone el velo a una verdad personal que está surgiendo sutilmente y que por medio de la relación se expresa. El diagnóstico incorrecto y por lo tanto un tratamiento equivocado por efectos transferenciales y contratransferenciales (Rosembaum, 1985)

Ya sabemos que al hablar de transferencia y contratransferencia inconscientes se hablan de aspectos inconclusos de la vida anímica del profesional. Aspectos que cuando llegan a ser tocados por algún demandante provoca que el profesional rechace, no admita o actúe de una manera fuera de lo clínico. Aún cuando algunos profesionales puedan controlar ciertos afectos experimentados en sesión tarde o temprano dicho manejo acaba debilitándose y desgastándose. Entonces es una verdad el que las necesidades postergadas e insatisfechas de la historia personal del profesional influya en la manera en que realiza su trabajo, dificultándolo, sobrecargándolo o llevándolo por caminos fuera de toda ética (Rosenberg y Hayes, 2002)

Dado que el interés es el de mostrar dichos afectos dolorosos en el profesional de la salud, mediante casos específicos a manera de testimonios veremos la actuación sutil de ellos, del cómo se expresan mediante vías de salida que manifiestan un dolor interno inconsciente.

### 3.2.1. Relatos de contratransferencia

Los testimonios de la experiencia de afectos desagradables por parte de profesionales cuando están en sesión clínica, son difíciles de compartir y de admitir, hasta con los mismos colegas o ante cualquier investigación pertinente. Por que estos suponen que como poseedores del conocimiento, la posición del profesional adquiere mucho potencial tanto objetivo como subjetivo, y es en esta última medida en la que los estragos del dolor hacen su nido porque esta muy arraigada dicha representación omnipotente del profesional de la salud. Algunos profesionales piensan que no pueden sentir tales afectos porque ellos son los encargados de manejar tales, el conocimiento profesional es una práctica de poder y de curación que a su vez adquiere un comportamiento *ad hoc* y un lenguaje que los acerca cada vez más dentro de su papel de profesional (Ponce de León, 1997). Son pocos los que honesta y valientemente admiten tales procesos. Las experiencias afectivas originadas en un encuentro clínico pueden vislumbrarse en una de las cartas enviadas a Fliess de parte de Freud (1950 [1892-99]). En la Carta 67ª Freud le confía su sentir a raíz del trabajo analítico con sus pacientes:

No he llegado al cabo de nada; con la psicología, muy satisfecho; con la neurótica, martirizado por graves dudas, muy lerdo, y aquí no he conseguido vencer la agitación en la cabeza y en los sentimientos...después de haberme puesto de un ánimo muy festivo, ahora gozo de un periodo de mal humor. El paciente que principalmente me ocupa soy yo mismo...el análisis es más difícil

que cualquier otro...No obstante, creo que es preciso hacerlo, y es una necesaria etapa intermedia en mis trabajos (p. 301).

Esto es que Freud, al trabajar con la neurosis de sus pacientes, notó que su propio sentir le impedía avanzar en la labor clínica, que el material del paciente hacía eco en su historia personal (su propio material inconsciente) haciendo que no pudiera visualizar y dilucidar el problema del paciente a la vez parte de un problema suyo, una ceguera en donde ambas partes presentaban un problema con el mismo origen. Esto se remarca con una frase que Freud le confiesa a Fliess en una carta posterior: "... la sorpresa de que en todos los casos [clínicos] el padre hubiera de ser inculcado como perverso, sin excluir a mi propio padre..." (p. 302) Bajo este contexto, en el profesional se suponen las resistencias de lo reprimido en él mismo cuando se halla frente al material afectivo del otro.

Es por esto que uno de los puntos medulares es el de mostrar la voz de aquellos que han dejado mostrar que como todo profesional poseen tales vivencias dolorosas. El mundo personal y el profesional son dos áreas implicadas que se entrecruzan indiscriminadamente si no se considera el dolor que las puede unir.

### 3.2.2. Médicos

Seguramente la transferencia de sentimientos dolorosos en lo anímico haya existido desde siempre, solo bajo la luz del psicoanálisis se pudieron delimitar y encuadrar de manera potencial e interesante. Freud que entre la infinidad de temas que abordó bajo el enfoque psicoanalítico, como médico y neurólogo, no fue la excepción al experimentar también tales preceptos, más sin embargo tuvo la certeza de legar infinidad de ejemplos al respecto. De entre su trabajo acerca del olvido, actos fallidos y lapsus, describió relatos en donde se puede mirar el sufrimiento que experimentaban los profesionales que a él llegaban, ya sea para analizarlos o como investigadores ajenos y propios que aportaban sus hallazgos.

Stekel (1904 como se cita en Freud, 1901) alude dichos procesos en el testimonio que obtuvo de un profesional de la salud que a continuación se transcribe:

El ejemplo que sigue descubre un aspecto desagradable de mis pensamientos inconscientes. Quiero dejar consignado ante todo, que en mi condición de médico nunca reparo en mi ventaja y tengo a la vista exclusivamente el interés del enfermo, como es natural. A una enferma que ha sufrido una grave enfermedad le presto mis auxilios médicos en su convalecencia. Hemos pasado juntos muchos duros días y noches. Me hace feliz encontrarla mejor...después agrego: 'pues usted, según espero, **no** ha de abandonar pronto el lecho', es evidente que ello brotó de un motivo egoísta de lo inconsciente: poder tratar más tiempo a esta adinerada enferma, un deseo en todo ajeno a mi conciencia, y que yo rechazaría indignado (p. 71)

Es esta una muestra breve sobre un deseo inconsciente que escapo del control de la vigilia que nos lleva a deducir que efectivamente el médico se había involucrado afectivamente con la paciente a tal grado que, desde un punto de vista real durante la enfermedad ofreció una compañía inseparable e indispensable para ella, pero tuvo mayor peso el enfoque irreal al delatar sus verdaderos sentimientos al respecto: el no querer separarse de ella.

De igual manera, Jones (1910 en: Freud, 1901) nos ofrece otro caso que resulta adecuado al tema. Resulta que un médico recién había cambiado su consultorio, al momento de reinstalarse encontró entre sus cosas un viejo estetoscopio de madera, el cual después de varios intentos decidió colocarlo sobre su escritorio de manera que quedaba enfrente de la silla de sus pacientes, como si fuera una línea divisoria entre él y sus pacientes. Esta acción la tomo en cuenta solo cuando *una* de sus pacientes le pregunto qué era ese objeto y porqué lo había puesto ahí. Él solo contesto que cualquier lugar hubiera sido igual así que no había un motivo especial.

A través de un psicoanálisis al cual se sometió el médico Z se llegó a la interpretación de dicho evento. Primero, ese estetoscopio viejo lo utilizaba de adorno un médico jefe al cual había admirado y querido mucho a tal grado de que él mismo adquirió uno igual así como el hábito de cargarlo para cualquier parte a donde iba. Finalmente dicho objeto se convirtió en mero adorno para él dada su obsolescencia. Recuerda que a la edad de tres años un médico de cabecera familiar que había sido objeto de sus más profundos sentimientos afectivos, poseía un estetoscopio del mismo tipo. A su vez recordó dos fantasías; una, cuando nació una hermana de él, el médico Z tuvo la impresión de que la hermana era hijo de él, y la otra que era hijo de él y el doctor de cabecera. También recuerda que a la edad de 8 años un joven mayor que él le dijo que todos los médicos tenían relaciones sexuales con sus pacientes femeninas. Todo ello le llevó a abrazar la profesión de médico y de hecho a sostener relaciones sexuales con las pacientes hasta el punto de casarse con una de ellas.

Así pues la identificación sobre una figura de poder –la médica- y de su posibilidad para conocer cosas prohibidas y obtener satisfacciones sexuales, fue lo que lo llevó a comportarse de esa forma, conducta que intentaba remediar al cambiarse de consultorio como una forma de dejar el pasado e iniciar un nuevo camino. Por lo tanto la colocación del estetoscopio en el escritorio marcando una “línea divisoria” entre él y sus pacientes (femeninos primordialmente) significaba inconscientemente la formación de un compromiso: la simbolización del deseo de mantener relaciones sexuales con pacientes femeninas atractivas y al mismo tiempo con el recuerdo de que ese deseo no debía ser realizado. El médico realmente sufría ante tales deseos movidos desde su infancia, deseos de satisfacción pulsional que lo estaban llevando a comportarse bajo su propio enfoque de manera no ética ante sus pacientes. El deseo de eliminar esos impulsos le provocaban sufrimiento por el placer prohibido que le significaba rendirse ante él. Claro está que sólo estos deseos eran convocados cuando llegaba ante él una paciente atractiva, y por ello decidió protegerse con el estetoscopio a manera de “recuerdo” de lo que no debía hacer. Es el relato del análisis de un

médico donde se explica como una acción simbólica ejecutada como “sin sentido” o de poca importancia contiene un pensamiento inconsciente el cual se busca sofocar por su carácter displacentero en términos de inconciabilidad con el superYo.

Y sigue otro ejemplo bajo la misma línea. Un hombre desahuciado cuyo diagnóstico no era todavía seguro, le pide a un amigo suyo de juventud -que ahora es médico- le trate médicamente (quizás afectivamente también?) ante lo cual éste accede sino antes con mucha resistencia y reserva. El enfermo debe internarse en un sanatorio, y el médico le sugiere el “Hera”: “...pero si el Hera es un instituto para fines determinados (es un hospital para maternidad), objeta el enfermo. ¡Oh, no! Se apresura a decir el médico “en el Hera uno puede *umbringen* (matar)...quiero decir *unterbringen* (internar) a cualquier paciente”. Luego se apresura a retractarse con fuerza contra la posible interpretación que haría su amigo de su desliz: “¿No creerás que tengo impulsos hostiles sobre ti?”. Un cuarto de hora después pasada esa revelación honestamente inconsciente, el enfermo desahuciado le dijo a una enfermera que lo cuidaba: “...no descubro nada, ni creo que haya nada. Más si así no fuera, soy partidario de una buena dosis de morfina y asunto terminado”. O sea que el amigo enfermo le había impuesto la condición terminal a su amigo médico, y éste había tomado realmente a su cargo la tarea de matarlo (Freud, 1901).

Para este ejemplo, el paciente en su condición de desahuciado, una de las medicinas que más necesitaba era la presencia de una figura protectora, confortante y entrañable, en donde su amigo bajo la condición de médico proveía justamente todo aquello anhelado. Tales afectos no pasaron desapercibidos por el amigo médico, tal es así que de entrada se mostró renuente y esquivo con respecto a atenderlo como paciente con un objetivo implícito. El hecho de que debía terminar con la vida de un semejante provocó conflicto en menor o mayor grado, porque finalmente accedió, primero inconscientemente y después conscientemente, a matarlo. Estos son tres ejemplos claros del cómo ciertos

afectos unidos a representaciones pueden provocar conflicto y hacer que el portador de tales sufra anímicamente.

Es entonces que actúan en el profesional actos represivos o defensivos que le ayuden a enfrentar las angustias afectivas. Meyerscough y Ford (1995) hablan acerca de la comunicación que se establece con el paciente y ofrecen ciertos ejemplos del como el médico llega a evitar el sufrimiento anímico cuando esta frente a su paciente. De manera general sostienen que a los médicos pueden sentir una incomodidad especial el tratar con un problema que refleje un conflicto o un dilema propio no resuelto. El consuelo que otorga al paciente sufriende anímicamente y el empleo de eufemismos ante esas situaciones delatan los problemas del medico. Por ejemplo si esta intentando saber si un paciente sufrió posibles abusos sexuales cuando era niño, normalmente pudiese preguntar: “¿Alguna vez usted recibió... esto...digamos atenciones no deseadas...esto es, cuando era niño?” O si lo que quiere saber es si han existido contactos sexuales extramatrimoniales, cabria que lo pudiese plantear así: “¿alguna vez usted ha sido...digamos...tentado para apartarse del buen camino, por expresarlo de alguna forma?” O en la búsqueda de síntomas que evidenciaran el abuso de alcohol podría preguntar: “¿usted...por decirlo así...se excede?” O en el caso de que el médico inicie un interrogatorio sobre la funcionalidad sexual del paciente, de modo titubeante y artificioso, con frases como: “Ahora señora López ¿va todo bien por su casa?, por lo que respecta al aspecto físico de su...quiero decir si... ¿es su vida matrimonial satisfactoria?”. Estas ambigüedades provocan en el paciente cierta incomodidad y producen en el médico una infinidad de respuestas verbales y no verbales cuyas causas son inconscientes. Este punto se acentúa cuando el paciente es percibido como “difícil”. Se tratan de lidiar con sentimientos que pueden hacer enfadar o irritar al médico tales como los miedos irracionales, el recelo, la ira, resentimiento, reticencia exagerada, ineptitud, apatía. Estas actitudes pueden exasperar al médico. En ocasiones el médico puede sentirse muy molesto por el tiempo dedicado a determinados problemas de los pacientes, que le parecen originados por las actitudes de los propios

pacientes: las consecuencias de los estilos de vida poco saludables que los pacientes se muestran reacios a cambiar, como la obesidad de un glotón, la dispepsia crónica debido al abuso de alcohol, las constantes infecciones pélvicas asociadas a la promiscuidad, a la bronquitis quienes abusan del tabaco.

Los problemas del dolor, del sufrimiento y de la muerte son otros aspectos del sufrir que acontece en el médico cuando realiza su labor. Para asilarse de los sentimientos dolorosos asociados a las enfermedades graves ya a la muerte, los médicos pueden de una forma inconsciente intentar evitar que sus pacientes expresen cualquier sentimiento de angustia y por tanto adoptar una actitud distante e impersonal en el trabajo clínico que desarrollen. Emplean ciertas estrategias para distanciarse de los sentimientos de los enfermos; restringir el centro del debate a cuestiones no emotivas, eludir a tratar cualquier cuestión relacionada con los sentimientos, minimizar los sentimientos calificándolos de normales, proteger y tranquilizar al paciente más de lo debido, efectuar preguntas dirigidas evadiendo aquellas que pudieran traer una respuesta dolorosa, animar al paciente con tópicos y clisés (McGuire, 1989 en: Meyerscough y Ford, 1995). Las cuestiones acerca de la muerte son oportunidades en donde desde el sentir de las personas se comienzan a ver venir una infinidad de preguntas existenciales que por ser desagradables sino es que dolorosas, se intentan evitar por estar muy ligadas a sus propias cuestiones inconclusas y débilmente abordadas.

Merlo (1997) relata un caso en donde un jefe de infectología definido como un hombre fuerte, un verdadero líder había cambiado radicalmente su forma de ser a consecuencia de un suceso ocurrido en su labor. En una ocasión una pequeña de dos años, enferma de SIDA, se le murió en sus brazos. Su habituación a tales sucesos lo protegía de involucrarse en ellos pero esa niña le había producido un sentimiento que nunca había experimentado. Había sido la mirada de la bebe tan prolongada, terriblemente profunda, llena de angustia dulce, de una impotencia silenciosa capaz de reducir la fortaleza más áspera. Esta situación lo turbó y lo

volvió distraído a la vez de que comenzó a tener pesadillas en las que despertaba sobresaltado y agitado, además de que esa sensación “extraña” sentida el día de la muerte de la nena no lo dejaba en paz, tanto que le quitaba la energía para hacer su trabajo y vida cotidiana por lo que decidió tomar pastillas para dormir y tomarse unas vacaciones sin cambio alguno. Al término de estas, en una ocasión que se encontraba en su consultorio, parado frente a la ventana, sintió aquella mirada en los ojos y permaneció en trance un largo tiempo sin lograr quitarla de su mente hasta que cayó desvanecido. El autor concluye que en aquella mirada desnuda, había una invitación al llanto dulce de quien conoce la separación. El poder, el honor y la gloria se estaban apagando en él como el sentido de su existencia frente a aquellos ojos dado que para los demás su existencia estaba realizada, era un hombre de éxito, *recordaba con envidia aquella mirada que le significaba un legado de vida, el sentido de su existencia se encontraba en esos ojos*, el rey estaba desnudo y el dolor ante su desnudes era grande. Era una batalla en contra del miedo a perderse en la atracción que le suponía el dejarse atrapar por el lado “oscuro” de su existencia. Aquella mirada le había mostrado el propio peso de su existencia negada, de un dolor apaciguado con el tiempo mas no eliminado.

También es posible que los médicos inconscientemente estimen necesario excluir cualquier pensamiento de índole sexual mientras realizan su labor clínica, para algunos facultativos puede resultar difícil tratar sobre relaciones y los sentimientos de los pacientes. El médico se protege con una apariencia de corrección pero interiormente no se sentirá bien. En ciertos casos la vergüenza del médico puede deberse a que el paciente le expone directamente algún problema de aspecto sexual propio en ese momento, el médico elude el tema respondiendo algo como: “Tendrá usted que vivir con esto” o “el sexo no es lo más importante en la vida”, e incluso rechazando abiertamente el tratar el tema. “Bien, usted ya sabe lo que posiblemente hará su marido si continúa rechazándolo”. Finalmente esto no lleva a resumir que existen áreas de conflicto interpersonal en el profesional donde el demandante a manera de espejo refleja

aquello displacentero para éste, tal como Meyerscough y Ford (op. cit.) lo observan, “son problemas no resueltos de su propia vida o la de sus familiares, o alguna circunstancia dolorosa o angustiante que está tratando de olvidar e incluso negar” (p.87)

Sin perder de vista la intención de esta última frase, Jinich (1997) ofrece ampliar esta idea. Menciona que la iatrogenia\* puede estar motivada precisamente por tales contenidos latentes inconscientes. Por ejemplo cuando el médico conscientemente provoca angustia agigantando la magnitud del mal, sea para encarecer sus honorarios, para agigantar su imagen, o para demostrar su capacidad ante un caso tan “difícil”. Quizá con mayor frecuencia el médico lo haga de manera inconsciente proyectando hacia su enfermo su propia inseguridad, su propia ansiedad, su pesimismo o sus impulsos sádicos. Dado que como existen procesos transferenciales y contratransferenciales el médico puede dejarse llevar por esas fantasías actuando respuestas patológicas en menor o mayor grado. Sentimiento, pensamientos y comportamientos, que provocados por el paciente, son generalmente inaceptables y por ello reprimidos en el médico, agrega:

De las motivaciones inconscientes de los médicos se sabe bastante, aunque el tema no se trata con suficiente atención entre nosotros mismos. Un velo protector nos defiende del doloroso deber de analizarnos y enfrentarnos a nuestros propios problemas emocionales y debilidades. El velo debería descorrerse, pues tras de él se esconde la raíz de mucho daño iatrogénico (p. 50).

Este autor destaca que existe algo doloroso en todo aquello que puede sentir el profesional cuando esta ante su demandante, y que por supuesto tal cualidad hará que el afecto ingrese siempre en la sala de espera con la esperanza de ser

---

\* Iatrogenia es aquella acción efectuada por el médico que comete deliberada o inintencionadamente abusos y errores en su práctica facultativa ya sea por diagnóstico, procedimiento, tratamiento o efectos secundarios sin pleno conocimiento y consentimiento del paciente.

analizado. Es indudable que se sientan cierto tipo de afectos cuando estos ocurren frente a nuestros ojos y por lógica tendremos que responder de alguna manera, el punto importante es que la forma de responder ante el demandante es la que marca la diferencia entre el sufrirlo, vivirlo o controlarlo sin eludirlo. Y la guía de partida será el admitir que se está sufriendo anímicamente ante los demandantes.

### 3.2.3. Psicólogos

Dado que los procesos contratransferenciales son retomados de la investigación psicoanalítica es lógico que uno de los primeros ejemplos de contratransferencia hubieran de salir de los extensos viajes por el inconsciente. Mannoni (1982) rescata de entre los diversos casos clínicos de las diversas referencias psicoanalíticas el primer caso registrado de afectos desagradables contratransferenciales ubicados en el profesional mental. Tal fue el caso de Breuer con su paciente denominada Anna O. Breuer consulta a Freud al respecto de ésta paciente Bertha Pappenheim (Anna O), que es una joven que cuida con devoción a su padre gravemente enfermo, que al paso del tiempo ésta comienza a dejar de alimentarse y le surgen ataques de tos (remedando la enfermedad paterna) estrabismo, parálisis de cuello, cefaleas, mutismo y olvido de la lengua materna. Anna comenzó a tornarse violenta y le prohibieron seguir atendiendo a su padre. Tiempo después éste muere y la joven se agrava. Breuer atiende que entonces comienza a atender a Anna que posteriormente establece una dependencia total hacia este. Breuer utiliza la hipnosis para que expulse sus fantasmas, y los síntomas de repente desaparecen. Para entonces la esposa de Breuer comenzó a sentir celos infundados de la paciente porque le parecía que su esposo estaba dedicado completamente a ella más allá de lo meramente médico. Estos sentimientos transferenciales de la paciente intimidan a Breuer haciendo que intempestivamente salga de viaje con su esposa. Cierta noche Anna lo llama porque sufre de cólicos abdominales, es entonces que Breuer presencia un alumbramiento histérico en donde Anna exclama “¡Está llegando el hijo del Dr. Breuer!”, entonces éste aterrado huye a Venecia donde engendra a su primera

hija. Acto seguido Breuer declara curada a Anna que obviamente no lo está. Posteriormente Freud asombrado por tal suceso describió que el deseo sexual de Anna O atemorizó a Breuer porque éste a su vez contempló y vivenció un deseo hacia ella, idea que rechazó completamente al escapar y dar de alta a Anna. Podemos decir que Breuer experimentó un deseo prohibido que le causó displacer como efecto contratransferencial. Quizás este sea el primer caso en donde por vez primera se atienden estos afectos suscitados dentro de una sesión profesional.

Pero aún con esto a través de los años dichos afectos, sobre todos los que resultasen dolorosos a corto o a largo plazo, no fueron considerados como factor influyente en las relaciones profesionales. Más sin embargo suelen colarse algunos de ellos, Poussin (1995) resalta un ejemplo donde el trato con pacientes difíciles hacen surgir en el profesional miedos y angustias. En una ocasión un paciente que iba a realizarse un chequeo médico acudió al departamento de neuropsicología en donde una estudiante de psicología trabajaba en esa área realizando los procedimientos técnicos cotidianos. Con demasiada confianza esta estudiante realizaba su labor que se le había vuelto rutinaria. Después de algunos minutos de trabajo el paciente tiro su pluma, desparramo las hojas que estaban frente de él y exclamo con violencia: “! estas son tonterías, no me importan, mi problema no es ese ¡” . Después se lanzo con una letanía violenta en contra de todos los que lo perseguían desde hacia años: su familia, sus amigos, sus compañeros. Poco a poco el señor se fue tranquilizando y lentamente reanudo los estudios que le estaban haciendo, era claro que el señor había perdido el control por primera vez en mucho tiempo. Lo importante para el caso es que la joven psicóloga reconoció haberse refugiado en ese servicio de alta tecnicidad precisamente por miedo a la confrontación con el sufrimiento psicológico; tampoco pudo acompañar o ayudar al señor en su repentina explosión pues estaba atónita ante ese dolor, y así ambos se volvieron a ir. Una vez más tenemos cómo el psicólogo guarda para sí mismo miedos ante futuros acontecimientos,

esta vez temor ante el enfrentamiento del dolor de alguien más, el miedo a sumergirse en ellos o aceptar los propios como reflejo del de los demás.

El psicólogo teme muchas veces compenetrarse con lo que está sucediendo en terapia volviéndose distante y por lo tanto aminorando su efectividad terapéutica. El aburrimiento, la ira, la antipatía, la paranoia y el juicio moral son aspectos que debilitan al terapeuta causándole problema, si no es que sufrimiento. Pero que hay del psicólogo que trabaja no sólo con una persona sino con un grupo de ellas, una familia por ejemplo. La tensión emocional suele ser fuerte sobre todo porque el psicoterapeuta también posee una y los procesos que con los que trabaje tendrán mucho de lo experimentado con la propia. Camillo-Loriedo (1995 en: Méndez, 1995) destaca ciertas señales que dan aviso al terapeuta familiar cuando ya está demasiado involucrado; es hiperactivo cuando se siente descontento e infeliz por más que hace y hace la familia no llega a nada en absoluto, la pasividad cuando el terapeuta no se involucra por alguna cuestión específica, cuando se oculta en una actitud estereotipada, en culpar a la familia de su poco progreso, cuando trata de no ser duro con los integrantes de la familia, cuando oculta cosas de la sesión como el sudar, dolores de cabeza, ausentarse, querer ir al baño, etcétera. El punto es que todo terapeuta debe de aceptar sus afectos y no tratar de controlarlos y mantenerlos al margen puesto que ello significaría un miedo a involucrarse, por lo tanto es necesario que el terapeuta esté al tanto de lo que siente y lo analice para el bien de su trabajo y de él mismo. Caso contrario, puede hacer que cambie el trabajo con los pacientes por el trabajo con el terapeuta sirviéndose de ellos. Es así que el motivo principal de una sesión terapéutica puede cambiar de la reunión de las necesidades del paciente a la reunión de las necesidades del profesional, quizás necesidades económicas, sexuales (estos deseos sexuales ya los había apuntado Freud en sus escritos sobre la transferencia) y hasta por que no, agresivas, hostiles, de humillación, y muchas más.

En un caso reportado por el California Association of Marriage and Family Therapists (1995 en: Corey, Corey y Callanan, 1998) se manifiestan tales procesos. Un terapeuta en formación sistémica cursaba su preparación para obtener su licencia como tal. A la terapeuta se le imputaron cargos judiciales como presentar una mala conducta sexual, negligencia repugnante, e incompetencia en la ejecución de su quehacer profesional. La terapeuta (llamémosle Sue) compartía sentimientos sobre el abuso sexual con una de sus pacientes (nombrémosle Bonnie) a la vez de que sentía atracción bisexual hacia ella, ante lo cual le dio su número privado para que le hablara a su casa. Sue se encargó de que Bonnie fuera dependiente de ella, ante lo cual las dos finalmente acordaron ser amigas. Tiempo después Bonnie le confeso a Sue que estaba enamorado de ella. Sue falló al no ajustar apropiadamente el encuadre de la relación terapéutica, y ella aceptó de Bonnie un carísimo anillo. Bonnie entró a un hospital psiquiátrico por un mes, pero Sue se encargó de mantener la dependencia de Bonnie. Sue le dijo a Bonnie que ella la debería ver tres veces a la semana como terapeuta y dos veces como amiga. Fue cuando entonces Sue comenzó a abrazar a Bonnie en las sesiones clínicas además de que la incitó a que su paciente se tomara una “margarita” aún sabiendo que ella presentaba un historial de abuso de alcohol. Dado que ya habían establecido una relación más allá de lo profesional, Sue invitó a pasar un fin de semana a su paciente en su casa. Aunque la terapeuta pudo haber dormido con su paciente, ella aprovechó para decirle a Bonnie que ya no sentía nada por ella y que no le interesaba. Bonnie intentó suicidarse y regresó al psiquiátrico. Después de esa hospitalización el esposo de Sue se contactó con Bonnie diciéndole que no le regresaría el anillo que le había dado a Sue porque no había pagado su terapia. De ahí en adelante Bonnie comenzó a ver a otro terapeuta.

En este ejemplo podemos notar que una necesidad insatisfecha o cierta pulsión por parte de la psicóloga fue el punto de quiebra que la alejó de toda situación clínica. Pudiera ser que la psicóloga en un afán de transgiversar o mal interpretar la empatía que debe de existir en una sesión psicoterapéutica la haya

tomado más allá de los límites éticos. Pero una vez encerrado en el círculo contratransferencial inconsciente no hubo posibilidad de controlar los deseos instintivos sexuales, de agresividad u cualquier otro afecto que pudiera inferirse. La empatía es la conexión más aceptada entre los estudiosos del tema para explicar el contexto afectivo establecido en una relación clínica, pero es también uno de los factores que pueden desestabilizarla. Las tendencias a sobreempatizar pueden dirigir al profesional hacia una sobre identificación hacia el problema del paciente y al síndrome del deterioro. La empatía excesiva es una defensa contra el dolor del mundo fenomenológico del paciente que puede causar evitación y distanciamiento. Así que el reto de mantener la empatía constante puede llegar a malos términos (Coale, 1998). Por ello deben ser capaces de tener consciente sus propias necesidades, áreas de puntos no resueltos, conflictos personales, defensas y vulnerabilidades y el cómo estas pueden afectar el trabajo con sus pacientes.

Entonces es necesario preguntar ¿qué es lo que realmente obtiene el profesional al llevar a cabo una sesión clínica? A pesar de que existen infinidad de respuestas, lo cierto es que invariablemente por su carácter emocional-relacional el encuentro terapéutico suele ser un espejo en donde la vida personal del profesional es reflejada por momentos. Como caso se transcribe un ejemplo basado en Yalom (1980 en: Klienke, 1995) que a continuación sigue:

Escucho a una paciente. Ella divaga, divaga...resulta poco atractiva en todos el sentido de la palabra, física, intelectual y emocionalmente. Es irritante. Tiene muchos gestos desagradables. No me habla a mí: habla delante de mí. Pero ¿cómo puede hablar conmigo si yo no estoy allí? Mis pensamientos se dispersan. Mi mente se evade. ¿Qué hora es? ¿Cuánto queda? De repente me espabilo. Desperezco la mente. Cuando pienso cuánto tiempo me queda de la hora de sesión, en realidad fracaso con esta paciente. Entonces intento tocarla con mis pensamientos. Intento comprender por qué la evito. ¿Cómo es su mundo en este momento? ¿Cómo está viviendo ella esta hora de

terapia? ¿Cómo me esta viviendo a mi? Le formulo estas preguntas. Le digo que me he sentido alejado de ella en estos últimos minutos. ¿Ha sentido ella lo mismo? Hablamos de ello juntos he intentamos averiguar por qué perdimos el contacto el uno con el otro. De repente estoy muy cerca de ella. Ya no es poco atractiva. Siento mucha compasión por su persona, por lo que es, por lo que aún puede ser. El reloj se acelera: la hora dura demasiado poco (p.171).

Ahora, en relación a este último ejemplo transcrito, es de agradecer la honestidad con la que el profesional relata su experiencia ante un cliente que resulta “aburrido”. En primer lugar menciona que la paciente (figura femenina) le parecía poco atractiva en todos los aspectos y, dejándose llevar por esta fantasía, esta figura femenina comenzó a disgustarle de manera tal que su mente divagó a tal grado que lo llevó a restarle importancia a su “trabajo”, a la sesión, que para él presumiblemente tendría. A pesar de que hizo consciente ese tipo de afectos que lo llevaron a adoptar nuevamente su mirada terapéutica, llegó a tal punto de “reacomodo” cuando hizo lo posible para que a él le interesaría nuevamente su paciente ¿de que manera? Reajustando a la paciente a su idea de ser algo “interesante” cuando él pensó que la paciente probablemente ya no lo estaba mirando como alguien interesante, importante, útil. Mediante el reajuste de estos sentimientos, y solamente así, se volvió nuevamente atractiva, al estar cerca de ella y sentir compasión por su situación. ¿Nuevamente un intento de repararse a sí mismo a través de la paciente? ¿Un deseo oculto de una necesidad insatisfecha? Si miramos de esta manera las cosas, las expresiones del dolor anímico, del sufrir psíquico pueden llevarnos por caminos muy sutiles.

El enmascaramiento del dolor anímico, el esconder la tristeza, la angustia, la depresión, el miedo, el odio, el hastío, son sólo formas en que la verdad se posterga más no se elimina; detrás de dichas mascararas pueden encontrarse sentimientos sexuales, de omnipotencia o agresivos, narcisismo y materialismo cuya necesidad reclama satisfacción a toda costa. Así lo describen Paul (1973) y

Rosembaum (1985) en donde la omnipotencia puede experimentarla el profesional cuando necesita hacer de su sistema de relación una especie de religión en vez de un método de tratamiento. Además es una forma de responder ante la transferencia de su paciente: idealizando, agrediendo competitivamente, como una búsqueda de poder y sintiendo temor ante a la autenticidad y la autonomía que podría significar el paciente. Entonces estos afectos pueden llevar inconscientemente al profesional a establecer metas terapéuticas encaminadas a modificar o eliminar aquellas cualidades del paciente que le hiciesen sentir dichos afectos. Los sentimientos narcisistas pueden expresarse cuando el profesional se adentra en una fantasía en donde su posición de alto nivel lo aleja socialmente de los demás, haciendo que su trato sea menospreciativo; afectos que pueden alimentarse del papel que invariablemente se le otorga y lo haga adoptar ciertos privilegios. Las emociones materialistas se muestran cuando un profesional exclama: “tengo mi libro de citas completamente lleno” generalmente se debe a la experiencia gratificante de que se ha acumulado gente-objetos, y que ello es símbolo de éxito y le facilita el pago de sus egresos. Cuando un profesional imprudentemente se refiere a los casos que esta tratando como “papeles” en vez de “pacientes” no es una fantasía endógena concluir que par él los pacientes son, en lo más profundo de su mente, objetos que lo harán adquirir fama, fortuna y progreso. Algunos otros cuando hablan de sus honorarios lo hacen con el espíritu de parecer más grandes a los ojos de los demás. El dolor puede estar en calma, callado y latente, perfectamente oculto por medio de una formación reactiva, reparación o una anulación. Por esta razón el encargado de la salud mental puede tener una infinidad de objetos, ideas, recursos y acciones que le permitan “olvidar” o no “ver” las angustiantes señales de peligro interno pulsional. Tanto el narcisismo, la omnipotencia y principalmente el deseo de poder, que podrían dirigir una acción clínica, como algo imaginario, se sustentan sobre transferencias o sobre relaciones de dependencia no resueltas, es decir, sin analizar (Costecalde, Garate-Martínez, Lachaud y Trono, 1998) ¿Qué podrían ser esos objetos, ideas, recursos y acciones que le permitan “olvidar” al profesional la angustia de alguna necesidad reprimida? Lachaud (Costecalde, Garate-

Martínez, Lachaud y Trono, 1998) ofrece con un testimonio de su historia profesional, ejemplificar un sentimiento desagradable sobre su vocación laboral:

Mis diplomas me abrían una gama de empleos muy variada y que no me interesaban en lo absoluto. Pero me había permitido dar con el título perdido profundamente arraigado. Dicho de otra manera, no me servían de nada, solo habían estado al servicio del síntoma (p. 85)

A pesar de que no exista un sufrimiento anímico en estas consideraciones, lo cierto es que ellas lo esconden. La insatisfacción de necesidades inconscientes lleva al profesional a hacer lo que sea posible para subsanar tales requerimientos que muchas veces pueden ser sinónimos de sufrimientos apaciguados, y que son enmascarados por acciones, que presumiblemente sintomáticas, aligeran tales cargas anímicas. El síntoma es una manera que tiene el sujeto para defenderse de aquello que le está causando conflicto, de esta manera puede sobrellevar su vida sin la constante presión que requeriría el reprimir tales crisis (Freud, 1926[1925]). Así que puede escoger de una innumerable cantidad de acciones las necesarias que lo lleven a “deshacer” las causas de sus inconciliaciones, con el único fin de no experimentar dolor, sufrimiento, el asedio displacentero de sus recuerdos y olvidos no resueltos.

Y así podríamos citar numerosos ejemplos en donde el profesional de la salud mental expresa inconscientemente su mundo anhelante e insatisfecho que colorea todo aquello que le presuponga y de aviso de peligros internos dolorosos, casos que van desde los muy documentados, pasando por los que sólo se han escuchado de “oídas”, hasta aquellos que se miran y se viven en otros o en uno mismo como profesionales de la salud.

#### 3.2.4. Otros profesionales

Mas sin embargo, la contratransferencia puede instalarse en otros profesionales, la única condición es que ambos mundos inconscientes se comuniquen, tantas necesidades instintivas, tantos deseos reclamando satisfacción, la repetición de historias pasadas que inconclusas y agazapadas esperan salir ante cualquier atisbo de promesa de resolución, mueven a su satisfacción motriz fuera del control conciente. Este efecto se puede palpar cuando el trabajo del profesional esta completamente inmiscuido y al borde de emociones, sentimientos y afectos; la contratransferencia se circunscribe en cualquier profesional sea psicoanalista o no (González-Núñez, 1989).

Entonces habremos de mirar y escuchar a otros profesionales: al policía, el trabajador social, el profesor, el abogado defensor, psiquiatras, fisioterapeutas, etcétera. Todas estas personas sin pensarlo trabajan en compañía de las emociones y sentimientos de su demandante; policías que tienen que enfrentar la agresividad de un delincuente, la desesperanza de una persona asaltada, golpeada, violada y ante sus familiares; abogados que perciben todo el mundo afectivo de una persona inocente y encarcelada o defenderla ante un crimen indiscutible; fisioterapeutas que a pesar de que su trabajo es teóricamente físico, tiene que verse influido por los sentimientos que le despierta su paciente ante su sufrimiento anímico; psiquiatras que abordan a sus pacientes desde un punto de vista totalmente médico queriendo arreglar todo con medicamentos alejándose de la inevitable subjetividad del paciente, entre muchos casos más.

Lucio (1991) describe el despertar de afectos desagradables y placenteros en las personas que atendieron a una homicida que había dado muerte a sus dos pequeños hijos. Considera los afectos y sentimientos de los policías, médicos legistas, jueces, secretarios del ministerio público, psiquiatras y personas implicadas cuando la homicida relataba sin miramientos, fría y tranquilamente, detalle a detalle todo su asesinato. Se pregunta ¿qué provoca esta mujer en los otros al hacer el relato con tanta tranquilidad, de un relato que produce horror y angustia? se puede hablar de transferencia de figuras significativas que hace la

homicida en aquellos que le rodean al mismo tiempo que éstos adoptan y reciben ese juego fantasioso, dice:

En esta joven madre hay algo que tiene que ver en la locura, la locura no solo es su acto, sino la posición en que se pone frente a su crimen y también la posición en que pone a los demás: padre, madre, médicos, jueces, psicólogos, psicoanalistas y otros. Paradójicamente cuando ella se muestra homicida y no esgrime defensa alguna, hay otros que se empeñan en defenderla y protegerla ¿cuál es el deseo de Jacqueline [nombre de la homicida] que les impone transferencialmente? Podría pensarse que ella muestra su acto pero los demás son los que tienen que cargar con la culpa o disculparla (p. 78).

La contratransferencia se exhibe a través de frases recopiladas tales como “la forma en que esta mujer mata a sus hijos me produce resistencia y rechazo” muestran el proceso contratransferencial. Hay quienes se sintieron fascinados por ella, otros que no pudieron soportar la situación, ni siquiera escuchar el relato porque les causaba repulsión. Hay quienes se empeñaban en salvarla, inclusive hubo un médico deseoso de casarse con ella a pesar de haber declarado que no sabía si volvería a matar en el futuro a sus próximos hijos. Concluye que ambas partes actúan en función de su contratransferencia, explicando que tal repulsión o rechazo es causada por que esa actitud infanticida les pone crudamente en contacto con aquello reprimido, con aquello que resulta ominoso, con los deseos que alguna vez experimentaron y que ahora, resueltos o no, surgen y se sienten como familiarmente extraños, lúgubres.

Analizando de manera general estos tres rubros tenemos que en todos los casos en los profesionales podemos notar que sus conductas dejan entre ver que su mundo afectivo hace eco con los afectos percibidos y evocados por sus demandantes; médicos que sucumben ante sus impulsos sexuales, hostiles, agresivos; psicólogos

que reprimen miedos, que satisfacen sus necesidades sexuales, narcisistas, de reparación, de lucro exagerado; profesionales que fuera del ámbito de la salud actúan sus impulsos escondidos ante sus semejantes, como en el caso del testimonio de Lucio (op. cit). El profesional puede cubrir sus necesidades de confirmación de su valor como persona y como profesional; la tendencia a ser dominante, pomposo, autoritario, sumiso, necesidad de utilizar al demandante para gratificar sus impulsos reprimidos, necesidad de gustar o de ser deseado, hostilidad, incapacidad para aceptar críticas. Si el profesional asume una actitud defensiva y de rechazo hacia estos aspectos el resultado es un profesional enfrascado en sus propias inseguridades y complejos. El responder ante cualquier demanda del paciente conduce a caer en *acting out* \* o entrar en complicidad con la patología del paciente (González-Núñez, 1989).

En todos los casos anteriores los profesionales pasaron al acto movilizados desde el inconsciente. Es claro que dentro de los procesos afectivos inconscientes los deseos y las fantasías reprimidas dan motilidad buscando salida o satisfacción mediante la acción motora dentro o fuera de la sesión clínica. Así que los *acting out* son representaciones inconscientes que en vez de tomar conciencia de ellos, se llevan a la acción tal y como se actuaron en la primera vez histórica. El recuento de los *acting out* de deseos e impulsos reprimidos vislumbrados en todos los casos como efecto de la contratransferencia deja claro que puede ser un obstáculo cuando parte del inconsciente del profesional cual lo desvirtúa del camino terapéutico dado que emerge de su pasado, de sus condiciones neuróticas o psicóticas actuales y de su propia compulsión a repetir sin recordar (Gómez-Méndez, 1985)

Son casos en donde se deja en claro que la contratransferencia suele ser un proceso en donde por su cualidad afectiva inconsciente provoca serios problemas

---

\* Este término se utiliza cuando una persona actúa o pasa a la acción un proceso conflictivo, es una acción que se ha venido ejecutando desde siempre y que cuando se posibilita su recreación, dada su condición inconsciente, se lleva a la acción fuera de toda intelectualización. Este pasaje a la acto se circunscribe primordialmente bajo procesos transferenciales (LaPlanche y Pontalis, 1971).

en la relación de ayuda, trasgiversándola, llevando a los involucrados por caminos que los alejan de un fin real. Entonces se plantea la necesidad de encontrar los hilos que pudieran servirnos de ella para encaminarla hacia una utilidad.

### 3.3. Contratransferencia como herramienta de cambio

El dejarse arrastrar por el dolor o sufrimiento anímico como contratransferencia en clínica revela inconclusiones personales en el profesional. Ahora el punto no es sentir o dejar de sentir tales afectos displacenteros, lo que se requiere es que se analicen y se tenga conciencia de su origen, dinámica e influencia, saber el porqué tales ideas, vivencias o fantasías dolorosas están siendo convocadas, conocer qué parte de la historia personal del profesional queda enredado en la red de la historia personal del otro. Primero es necesario saber distinguir que afectos son naturales de aquellos que son inconscientes. Entonces se plantea la pregunta de si el profesional debiese o no experimentar sentimientos o emociones en su labor clínica, si debe de vivenciar o no algo con respecto de ellos. Me parece que si, con la condición única que se tenga conciencia del uso que se hace de ellos una vez analizados y que sean para el bien común fuera de todo gobierno inconsciente. Dice Heimann (1950 en; Grego, 1986) que se debe de poner atención a los sentimientos y emociones que se experimentan a causa del paciente cuando éstos no presentan una aparente lógica y justificación, es decir, que será inconsciente. Así, tales afectos dicen una verdad no dicha por el profesional que está interfiriendo en su trabajo.

Dado que la contratransferencia es un concepto emanado de la investigación psicoanalítica el uso de tal se circunscribe sólo al acto analítico, más sin embargo ofrece dos reflexiones importantes. Primero como herramienta de cambio y después como una señal de una necesidad de análisis personal en el profesional.

De acuerdo a Pérez-Gaspar (2000) no se deben de ignorar los afectos provocados por el demandante sino utilizarlos para comprender la relación interpersonal establecida, partiendo del paciente toda vez que es algo que se aprende de uno mismo. Esto producirá actitudes profesionales eficaces y productivas para que exista la objetividad suficiente e imprescindible en toda situación clínica vista principalmente como una relación humana.

Bajo esta idea Merlo (1997) rescató y conoció el sentir afectivo contratransferencial de una voluntaria de un grupo de asistencia a enfermos terminales de SIDA la cual experimentó afectos en forma de odio, hastío y compasión ante sus pacientes. Esta voluntaria de manera continua se enfrenta a una paciente en fase terminal que le reprochaba, despechaba e insultaba. Resistía estoicamente los embates afectivos de su paciente más sin embargo le resultaba desgastante por lo que su supervisor decidió darle un tiempo de descanso. Relata la misma voluntaria a manera de testimonio de su experiencia:

¡Hoy me hizo encabronar! después de dos horas de silencio y breves provocaciones cuando estaba por irme me preguntó que haría por la tarde. Le respondí que iría al cine con mi novio. La paciente, entonces con una cara de disgusto y en tono de víctima me dijo: 'diviértete también por mi ya que no puedo hacerlo'... le respondí que si quería continuar destruyendo cada emoción positiva en ella y en los otros, lo hiciera, ya que éste era su placer, pero que verdaderamente me parecía poca cosa, y además era una falta de cortesía, permanecía en silencio esperando su respuesta. Me pidió disculpas y entonces le dije que debería pedírselas a sí misma sobre todo por cómo se lastimaba. Me despedí y me fui (p.92)

Se enfatiza que la voluntaria sabe amar, dado que sabe que la enfermedad es un evento y no una persona, por lo tanto en su relato resalta que respeta a su paciente a pesar de la tensión afectiva de su trabajo. Finalmente concluye que el

problema del profesional- sea cual fuere su desempeño- es que no puede salir de su mundo y entrar en otro, donde es un actor más que esta aprendiendo a acomodarse en una totalidad. En la medida que lo conciba así podrá salir airoso de su labor. El darse cuenta del cómo y porqué experimentaba afectos desagradables es el primer paso para la buena vinculación clínica.

De igual manera Grim (2000) especialista en terapia psicomotriz en niños con necesidades especiales habla acerca de su contratransferencia experimentada sobre su práctica de veinte años que lo llevó a entender su inconsciente y el cómo este afectaba su trabajo, por lo que removi6 totalmente su concepción y actitud acerca del profesional “objetivo” en el que estaba envuelto. Gracias a la aceptación y análisis de sus propios afectos y sentimientos desagradables pudo darse cuenta del cómo tal proceso es de gran ayuda para el mejoramiento total del paciente; comprender el lugar ocupado en la relación clínica, aceptar el falso sentimiento de que uno esta aislado bajo el cobijo de la profesionalidad distante y fría o falsamente alegre, jovial y motivada, sentimientos de enfado, sexuales y de seducción con las madres, entre la sinceridad total o el enmascaramiento engañoso, abiertamente dice:

Entre menos el terapeuta tenga acceso a su propio sufrimiento, el rechazo y a sus propias pulsiones asesinas, más se complacerá en el rol de todo “bueno”, de “muy gentil”, incluso de “simple técnico que no le afecta” con frecuencia frío, distante y a veces agresivo, y más la relación terapéutica sobre la cuestión ineludible del infanticidio estará en un callejón sin salida. La vía de en medio es difícil de encontrar entre un “tírenlo a la basura y hagan otro” y un “ustedes verán cómo es maravilloso tener un hijo con trisomía” (p.11).

El punto intermedio de estas dos frases únicamente se encontrará cuando se tenga la capacidad para localizar y administrar en un fondo común las sensaciones y emociones profundas sentidas, ya que no sirve de nada compartir sentimientos,

emociones e imágenes de momentos dolorosos que conducen al apaciguamiento. El escucharse decir que es normal experimentar tales afectos salva de aventarlos en algún lugar recóndito de la psique, donde finalmente se junta con todo aquello relegado y no admitido. Para este profesional el admitir que poseía un material inconsciente sobre de lo que para el es un monstruo debido a su propia historia de vida le permitió ver, escuchar y trabajar desde un lugar real y no ficticio, basado en el análisis de sus propios sentimientos sobre la bestialidad y lo humano, admitiendo que ocultaba la náusea, la repulsión, el horror, la insensibilidad y el odio hacia sus pacientes. Sólo así se podrá ocupar del profesional eficaz. Por lo tanto es la contratransferencia y no la transferencia el dato de importancia más decisiva en toda ciencia del comportamiento por que ella permite actuar en una simetría dinámica inconsciente que devenida consciente se torna adecuada (Devereux, 1977).

La contratransferencia determinada conscientemente puede ser susceptible de control, pero determinada inconscientemente, que es lo más común, hace que haya fracaso en la relación clínica, que produce efectos dañinos éticamente al paciente dado que se actúa desde una conflictiva emocional y/o pulsional (Guerra-Cid, 2001). De esto se desprende que los afectos contratransferenciales se pueden utilizar para el bien de la relación. Ya lo había mencionado Ferenczi (1919 en: Guerra-Cid, op. cit.) donde afirma que la superación de la contratransferencia supone el control final de la misma. Es decir, que el profesional debe de aceptar sus afectos desagradables y agradables suscitados en su encuentro con el demandante, esta aceptación conciente coloca al profesional en una posición un tanto neutra que abierto a los efectos emocionales de su paciente le da la posibilidad de entenderlo desde un yo que intuye desde la experiencia afectiva personal y consciente (Heimann, 1950 en; Grego, 1986; González-Núñez y De Escobar, 1983 en: González-Núñez, 1989). Entonces el uso de la contratransferencia se circunscribe al manejo de los sentimientos y afectos experimentados como una señal de lo que el otro esta

experimentando pero que no ha expresado. De esta manera la concientización de ello supone una ética en la relación clínica dado que los sentimientos están fuera de una necesidad pulsional.

La posibilidad de controlar y manejar la contratransferencia sólo puede ser posible mediante el conocimiento y aceptación indiscutible de tales afectos sentidos, que como ideas y representaciones, son ligas que provienen de una historia personal cuyo significado lleva a indudablemente escarbar cuestiones que a menudo se postergan por ser dolorosas. El dolor así experimentado va estableciendo caminos que conscientemente son vigilados mediante actitudes defensivas. Para romper esas barreras defensivas sólo a través del análisis logran dejar escapar lo inconcluso y lo doloroso que representa para poder ser procesadas conscientemente y hallar su utilidad. Por su convocatoria contratransferencial en la relación clínica, Freud (1910) afirma que dada la existencia de "...la influencia del paciente sobre la sensibilidad inconsciente del médico. [Por lo tanto] Para dominar esta contratransferencia se requiere haber pasado por un análisis y ser capaz de continuar este bajo la forma de un autoanálisis permanente "(p. 27). Esto da pie a proponer que el profesional de la salud debe de considerar que, para que exista una objetividad científica en su labor, debe de conocer las barreras, angustias y ansiedades propias para evitar la distorsión que ellas hacen desde el inconsciente.

### 3.4. El análisis en el profesional de la salud

Una vez que se ha determinado que la contratransferencia de afectos que resultan desagradables produce efectos inconscientes en el profesional, inevitablemente llegan a producir efectos desastrosos en la relación con el otro. Si se recuerda que

la contratransferencia no es un proceso único de la situación analítica y que toda persona cuenta en su vida anímica con cuestiones no resueltas llenas de necesidades insatisfechas, pues aumenta la posibilidad de que todo acto efectuado por el profesional este matizado por ello. Ya se ha tocado en capítulos anteriores el tema de las situaciones de crisis que el profesional atraviesa, primordialmente en el médico y en el psicólogo, y del cómo pudiese estar actuando el inconsciente ávido de satisfacción negada por la insatisfacción que supondría su advenimiento.

De hecho existen ciertas señales que pueden indicar esta situación, en donde se muestran los dolores y sufrimientos anímicos como producto de situaciones afectivas. Corona-Gómez (1989) que ya había puesto en consideración la temática de la crisis personal del profesional en psicología (o cualquiera que se dedique a atender a otro individuo) en su ponencia acerca de la crisis personal del psicólogo en la ENEP-Izatacala, denuncia como en la actividad cotidiana del psicólogo, casi siempre se esconde, se encubren, se callan, se disfrazan, o solo se dicen a las amistades más cercanas todo aquello que acontece en su interior dentro y fuera del ámbito profesional. Aspectos que casi nunca aparecen en los reportes de investigación, ponencias, publicaciones, libros, exposiciones, o sea, aquellas vivencias que el psicólogo experimenta -con mayor o menor intensidad- al realizar su actividad docente, profesional o formativa. Describe psicólogos que cargan con problemas mayores que obstaculizan su trabajo y que poco han hecho para resolverlos, pensando que con aprender algunas técnicas psicológicas es suficiente para ejercer profesionalmente. Su problemática personal queda al margen de las características y requerimientos de su ejercicio profesional, afirma:

Un profesional que aborda la problemática de otros desentendiéndose a veces de la responsabilidad de los suyos. Resistencias; negación a considerarnos enfermos psicológicamente; aceptación acrítica de cómo somos; ceguera a las vigas que no dejan ver nuestros errores, defectos, deficiencias, vicios; valoración de

nuestro “éxito” profesional por los ingresos que reporta, por la categoría académica como docente de la UNAM, por la cantidad de cursos y acreditaciones (p. 90)

Menciona, en el caso de los estudiantes, llegan a manifestar conflictos (¿acaso dolor psíquico?) de carácter personal: la envidia, la mentira, el individualismo, la holgazanería, la irresponsabilidad, la competencia desleal, favoritismo, etcétera, y sigue:

Es vergonzoso no adoptar actitudes más críticas. No han faltado los casos de profesores que hacen proposiciones o insinuaciones sexuales a las alumnas a cambio de una calificación o requisito 'académico'; profesores o alumnos implicados en alcohol dependencias, drogadicción, tabaquismo, etcétera, para no citar la enorme cantidad de problemas neuróticos y de psicopatología diversa que nos caracteriza, pero que al parecer son motivo de investigación bibliográfica o experimental en 'otros sujetos' (p.92)

La psicología como carrera que apunta la salud mental, no considera abiertamente el examen personal, el análisis de si mismo, ¿Que se podría esperar de las demás carreras en el área de la salud, encaminadas solo a la formación académica descuidando el aspecto emocional y anímico del sí mismo? Aun así, por ejemplo, los médicos que pregonan la salud física como estandarte y ejemplo de ello, cuentan en sus filas aquellos que son descuidados en su salud física presentan desórdenes de tabaquismo, alcoholismo, de personalidad entre otras.

¿Qué es lo que sucede en el profesional que se resiste a mirarse a si mismo, no tanto su vida cotidiana, sino mirar su forma de actuar y pensar al realizar su labor? Una respuesta la ofrece Jung (1988) que plantea la angustia ante el enorme desconocimiento las profundidades anímicas personales:

El que va hacia si mismo corre el riesgo de encontrarse a sí mismo. El espejo no favorece, muestra con fidelidad la figura que en él se mira, nos hace ver ese rostro que nunca mostramos al mundo porque lo cubrimos con la persona, la máscara del actor. Pero el espejo está detrás de la máscara y muestra el verdadero rostro... Una prueba que basta para asustar a la mayoría, pues el encuentro consigo mismo es una de las cosas más desagradables y el hombre lo evita ... Este problema es extraordinariamente grave, pues no sólo pone en juego al hombre todo, sino que también le recuerda al mismo tiempo su desamparo y su impotencia (p. 26)

Para Jeammet, Reynaud y Consoli (1999) el profesional evita el auto examen por que la función apostólica la tiene muy arraigada. Ante un dolor psicológico, la identificación es más inmediata que ante un dolor físico, y es cuando el médico siente confusamente que se arriesga a caer en la implicación interpelada por el paciente, más abiertamente, “esta implicación afectiva produce ansiedad y la única forma de calmarla es restándole importancia y validez científica” \*(González-Núñez y De Escobar, 1983 en: González-Núñez, 1989) Por lo tanto es esencial que el profesional de la salud reconozca sus propios prejuicios y actitudes personales antes ciertas situaciones, que en cierto grado todos poseemos, para que no entorpezca su quehacer, la comunicación y la confianza. Cuando más aprende a reconocer y entender sus propias actitudes y motivaciones en el desarrollo de su profesión, mejor puede comprender a sus pacientes (Meyerscough y Ford, 1995). El reconocimiento de tales actitudes y motivaciones conlleva un trabajo intenso y honesto por lo que se manifiesta la relevancia de que exista un auto-examen para tal efecto.

De la necesidad de un análisis surgen propuestas de la psicología clínica. Para el ACA (1995) los consultores deben de abstenerse a ofrecer o aceptar servicios profesionales cuando sus problemas físicos, mentales o emocionales están en

---

\* Op. Cit (p.56)

riesgo de dañar a otros. Deben de estar alertas a los signos de deterioro, buscar asistencia a sus problemas, y si es necesario, limitar, suspender, o terminar sus responsabilidades profesionales. De igual manera el APA (1995) tiene una guía sobre la importancia de reconocer los problemas y conflictos personales:

Los psicólogos reconocen que sus problemas personales y conflictos pueden interferir en su efectividad, por lo tanto, deben de abstenerse a emprender una actividad cuando saben o deben de saber que sus problemas personales influyen en el daño a pacientes, clientes, colegas, estudiantes, participantes u otra persona que este involucrada en una obligación científica (p.113)

El reconocimiento y conocimiento de los problemas personales son dos factores importantes para que la labor tenga un buen desarrollo y término. Con base en lo anterior Corey, Corey y Callanan (1998) lo manifiestan claramente:

Si eres inconsciente de tus propios conflictos, estarás en una pobre posición sobre las formas en que tus influencias personales de vida afectan el trabajo con tus demandantes, especialmente si los problemas de éstos son áreas problemáticas en ti. Por ejemplo, supón un paciente que esta intentando enfrentar sus sentimientos de desesperanza y soledad. Cómo puedes explorar intensivamente estos sentimientos, si en tu propia vida, estas ocupado en animar a todo mundo? Si la desesperanza es una cuestión que no quieres encarar personalmente, tu probablemente mantendrás al demandante alejado de esos ámbitos. O considera una persona que quiere explorar sus sentimientos homosexuales. Puede facilitarle su exploración si tu eres homo fóbico? Si te sientes incómodo al hablar de homosexualidad y no quieres enfrentar tu incomodidad ¿podrás trabajar con él emocionalmente cuando te traiga estos tópicos?(p. 37).

Así mismo, continúan estos autores, deben de reconocer que la mayoría de los que acuden al profesional traen consigo una historia de vida en donde en la niñez probablemente estén inmersas la mayoría de las situaciones que lo han llevado a acudir a que lo ayuden. Así las sesiones clínicas pueden llegar a convertirse en un lugar seguro en donde lo doloroso de los recuerdos está asociado a menudo a estos temas. Entonces es importante, que el futuro profesional cuente con un mínimo de áreas de conflicto en donde las experiencias desagradables hayan quedado disociadas y resueltas mediante una terapia personal. Este hecho es mas recalable en aquellos profesionales que se dedican al área de la salud mental, ¿cómo pueden ser guías de otros si ellos mismos no han transitado por el mismo camino? El profesional de la salud debe de ser congruente con lo que enseña, muestra, adopta y utiliza. Cuando esta ante un demandante debe de mostrar que él entiende la posición de éste porque él ya ha transitado el camino de la enfermedad. Aquel que presta ayuda en cualquier situación relacional debe de entender que la enfermedad se combate primero aceptándola en uno mismo para así poder trabajarla en el otro, pero lo que más atemoriza a una persona es la crisis que implica el reconocer lo irresuelto, la dependencia, la carencia. Existe un gran desconocimiento de sí mismos como personas sanadoras (Borja, 1997). La necesidad de un análisis se puede manifestar de diversas maneras; hay profesionales cuyo miedo es no saberlo todo porque traen la bandera de la salud y son responsables de darla, se pasan la vida dando explicaciones en lugar de reconocer que simplemente no son. Otro miedo que tienen es ante la ausencia de pacientes, qué hacer si no tienen demandantes y que hacer para conservarlos, miedo al abandono y uno puede tener todas las disculpas: que la gente tiene miedo a evolucionar, que la gente no tiene deseo de estar bien y ahí es donde tiene que enfrentarse consigo mismo por que no es un problema que tiene como profesional sino como personas, es la persona la que no puede vivir sin contacto aunque se justifique con razones profesionales. ¿Por qué evade el médico los temas sobre el duelo y la muerte? Por que no cuentan, como requisito previo a estas cuestiones, con la adquisición de una perspectiva y mayor comprensión de

las emociones asociadas a la muerte, tanto de las de su paciente como de las suyas propias (Salinas-Orozco, 200a) Mediante el afrontamiento y confrontación del sufrimiento propio se obtendrán la capacidad para sentir con el enfermo, comprendiendo sus propios significados de la vida, la enfermedad y la muerte (De La Fuente, 1992) En resumen, el explorar y poner en la mesa tales implicaciones devendrá una mejor realización interna y externa en el profesional. ¿Cómo es posible que el profesional de la salud pueda llevar y acompañar a su paciente a través de su inmenso bosque oscuro y aterrador si él mismo no ha transitado y vencido los demonios que saltan de la vereda escondidos en la sorpresa y en la advertencia?, ¿cómo puede convencer que será de gran ayuda si él mismo no ha degustado, utilizado y se ha convencido de las herramientas que predica?, ¿cómo va a ayudar a su enfermo si él mismo no a aceptado su enfermedad, no ha sentido lo que es ser paciente?

Por estas razones aquellos profesionales que han pasado por una terapia personal trasladan su experiencia como pacientes a sus propios demandantes, esto les da la capacidad para promover las condiciones de ayuda a sus pacientes. La terapia personal provee de un entendimiento de la influencia de su presencia personal en la sesión clínica ofreciendo un espacio sin que haya interferencia personal, y finalmente habilita de mucha manera al profesional para trabajar con su paciente de una manera más profunda e inconsciente (Macran, Smith y Stiles, 1999)

El psicoanálisis es una de las pocas prácticas psicológicas o psicoterapéuticas que considera la necesidad de un análisis personal antes de que se ejerza como profesional de la salud. Esto se debería de analizar seriamente para recuperar aquello que se considere rescatable para ejercer un quehacer cotidiano y profesional más crítico y apegado a la realidad, ya sean profesores, alumnos y

profesionistas dedicados a atender física y emocionalmente las demandas de otro (Corona-Gómez, 1989).

Por lo tanto el análisis del profesional de la salud presupone un proceso importante para su quehacer clínico, por diversas razones; uno, por que su práctica se desarrolla dentro de una relación afectiva con el otro, donde los sentimientos y emociones se ven entrelazados influyendo de manera importante en el profesional. Su manera de actuar y de llevar a cabo su labor. Segundo, dado que se establece dicho vínculo afectivo, sus propios afectos se ven influenciados, renovados, alimentados, etcétera, provocando una reacción que quiera o no afecta al demandante, y tercero, cuando el actuar desde ese afectos que se ve matizado por su cualidad displacentera indudablemente se dejara llevar por dicha idea afrontándolo a su manera, disfrazándolo, atenuándolo, eliminándolo o sobrellevándolo, siempre con la angustia de que tales reacciones hablarán de un interior que ha dejado de guardar silencio.

Finalmente, ¿Cómo es que se inicia el tema del dolor psíquico y se acaba con el análisis en el profesional? El hablar del trabajo del profesional de la salud es hablar de dos seres que se encuentran y se manejan desde un sentir afectivo explícita e implícitamente; hablar de procesos afectivos es abordar todas la emociones y sentimientos que expresan ambas partes en su encuentro; hablar de emociones y sentimientos es adentrarse en el mundo interior del profesional y del demandante, de su historia personal así como de sus motivaciones profundas; hablar de una historia personal es preguntar y convocar el dolor y el placer de todo lo anterior; y el traer a la luz el dolor es invitar al profesional de la salud a un análisis personal. Es por esto que definitivamente el dolor psíquico como contratransferencia en el profesional de la salud provocado por los afectos de su demandante es significado de que existen inconclusiones desagradables que influyen en su quehacer clínico, y a su vez, es muestra imprescindible e imponente de la necesidad de un análisis, de una terapia

# C onclusiones

¿Dónde está el dolor y la herida en el alma sino son estimulados por el cuerpo físico? Fue la pregunta que me llevó a realizar toda esta investigación que a resumidas cuentas abrió más incógnitas al paso que encontraba las respuestas como motivo de futuras investigaciones. Todo lo anterior fue nacido de la idea de mostrar que el dolor psíquico en el profesional de la salud experimentado ante los afectos de su demandante significan mucho dado que el primero actúa no desde la razón sino desde lo afectivo, y actuar desde ahí es abrir intenso laberinto que al reconocerlo y transitarlo provoca angustia, por que es abrir una historia personal, es aceptar una vulnerabilidad sentimental y emocional, es recordar sucesos dolorosos, inconclusos, es verse reflejado en su sentir, es saberse impotente ante cuestiones que quizás no a cualquiera afecta, es alejarse de preguntas que se han venido haciendo pero no se han respondido, es reconocer lo endebles que pueden llegar a ser nuestros soportes, cimientos sean afectivos, teóricos, personales, etcétera. Entonces el sentir dolor anímico ante el trabajo clínico es hablar de algo que sucede en el interior afectivo en el profesional: el odiar, el hastío, el maltrato, la humillación, el cansancio, el aburrimiento, el no soportar más, son sentimientos que provocados por el demandante hablan de figuras u objetos significativos del

profesional que están interfiriendo en su actuar clínico, llevándolo a ocupar un lugar que inconscientemente ha adoptado para satisfacer o negar un anhelo postergado, en vez de ocupar el lugar profesional, desde el cual se busca el mejoramiento del otro en cualquier sentido. Y bajo esta idea se encuadra todo el devenir del trabajo profesional; toda acción específica se ve facilitada o inhibida por la intensidad afectiva en la que esta sustentada (Gudin, 2000). Por lo tanto, se responden las principales preguntas que se formularon a lo largo de la investigación como una manera de concluirla.

Una de las primeras preguntas fueron ¿Cómo se construyen la heridas que duelen en el alma, y cómo es posible que se experimente su dolor una y otra vez cuando se percibe en el otro? Cuando se establece una relación de ayuda, sentimientos y emociones afloran en los involucrados porque se vinculan bajo un estado de debilidad (de parte del demandante) y un estado de poder (por parte del profesional) (De La Fuente, 1992; Schur, 1975) Tal reciprocidad se alimenta y equilibra de manera dinámica, porque la alianza terapéutica, la transferencia y la contratransferencia, como los tres elementos principales que rigen dicha relación, son procesos meramente afectivos, no son otra cosa mas que la conexión psicológica basada en sentimientos y emociones (De La fuente, 1992; Gelso y Hayes, 1998)

Los sentimientos y las emociones que construyen un mundo afectivo están fundados en la infancia y sus épocas posteriores, donde las necesidades pulsionales, que por estar anudadas con la historia personal, se vuelven peligrosas y por lo tanto displacenteras porque al ser convocadas traen consigo un sin fin de material enmarañado que con apariencia natural esconden un enorme monstruo de inconclusiones.

Por otra parte, el aprendizaje de la vivencia del dolor está circunscrito en las relaciones de objeto que se desarrolla en la más tierna edad y que se representa en los diferentes procesos psíquicos del hombre donde la pérdida de objeto

supone tal cualidad (Freud, 1920a). La forma en como ha sido intelectualizada esta estrechamente relacionada a la cualidad placentera o displacentera de su génesis, por lo tanto, un afecto puede estar conformado por representaciones de huellas mnémicas investidas (Freud, 1915c).

El dolor establecido como sufrimiento afectivo se explica como la inseguridad de seguir obteniendo satisfacciones pulsionales, donde las necesidades físico-anímicas se ven truncadas en cuanto a la consecución de amor, protección, cuidado, compañía insatisfechas, dado que el objeto amado ha creado repetidas situaciones de satisfacción y principalmente insatisfacción, entonces el dolor es la genuina reacción ante la pérdida de objeto, la angustia lo es frente al peligro que ésta pérdida conlleva.

Por ello se afirma que el dolor psíquico como producto de afectos radica en el aprendizaje y rememoración de las pérdidas de objeto en la infancia, la manera en cómo han sido experimentados dichos procesos de pérdida dan la pauta para que regresen como testigos del repertorio afectivo histórico, que está en función a experiencias del pasado y de reacciones adversas ya sucedidas, y por sobre todo, como reacciones psíquicas que afectivas se quedaron impresas sobre ideas o representaciones inconscientes y conscientes (Freud, 1926 [1925]; Ancona, 1989; Roitman, 1995) Siendo así afectos originados a partir de representaciones inconscientes que al haber tomado la vía del afecto éstos se reconstruyen y se vivencian de manera particular, es decir, afectos que tienen su significado y evocación especial en cada persona, o sea que tienen su clave de movilidad situada en las ideas del inconsciente (Freud, 1900 [1899])

A esta nueva transfiguración denominada como disposición afectiva inconsciente, que no son más que un afectos que pueden ser evocados en la persona si se realimentan esas ideas a través de revivificaciones de sus cualidades especiales (Pulver, 1971 en: Brenner, 1987) entonces la contención de un sinnúmero de afectos normales y anormales (en el sentido de una

reconfiguración) en el profesional marcará la pauta en la forma en que responderá afectivamente ante una situación dada, ya sea de manera directa o indirecta, ello dependerá de las disposiciones afectivas que se vayan actualizando en la vida, más aún cuando se den dentro de una relación estrecha y afectiva como lo es la relación clínica (Chiozza, 1998). Por lo tanto la sensibilidad y susceptibilidad de reaccionar frente al dolor propio y ajeno estará en relación a la repetición de las condiciones que produjeron inicialmente dicho afecto y por consecuencia se reacciona tal y como se aprendió a hacerlo, desde una singularidad propia de una historia.

¿El dolor de ver y sentir el dolor en otro impide actuar eficazmente? Bajo este orden de ideas es inevitable pensar que las dos partes involucradas poseen un repertorio de disposiciones afectivas inconscientes, la actitud intra e interpersonal se ven influidas por las vivencias y experiencias, que latentes, son movilizadas por el sentir del paciente. La dinámica efectuada sobre lo afectivo da motilidad a emociones y sentimientos regidos y canalizados por el pensamiento, pero que siguen obedeciendo a un patrón establecido históricamente, y si éstos parten del inconsciente, la relación clínica se encamina de manera caprichosa. Si el profesional percibe afectos incómodos o displacenteros ante su demandante como respuesta a su sentir afectivo, el vínculo establecido se trasgiversa hacia caminos que se alejan del fin último: la salud. (Hobson, 1985 en: Cornejo y Levy, 2003; Chiozza, 1998) Por lo tanto el dolor anímico producido por una pulsión insatisfecha o satisfecha por sobre un placer que resulta conflictivo (entonces de carácter inconsciente) se dice que se ha caído en un comercio psíquico encubierto, en una idea que ha sido alimentada con una promesa de satisfacción libidinal, proceso denominado como de transferencia.

Se entra en un juego en donde confluyen afectos tales como la compasión, el hastío, la preocupación, la angustia, el miedo, el odio y el alejamiento entre muchos otros más ¿Qué significado y dirección le dan a estos afectos el profesional cuando desempeña su labor clínica? Fue una de las varias cuestiones

principales lanzadas. El dolor de “ver y sentir” el dolor del otro obstaculiza la labor clínica a través de diferentes *acting out's*, tales como negligencia médica, maltrato físico y psicológico hacia el demandante, desempeño profesional poco ético y principalmente la desubicación del lugar desde el cual debe actuar. *Acting out's* inconscientes que percibidos como dolor, sustentados en contratransferencias, revelan inconclusiones en la persona del profesional. Ahora el punto no es sentir o dejar de sentirlo a causa del otro en una relación clínica, lo que se requiere es que se analice y se tenga conciencia del origen y dinámica bajo la cual los afectos se movilizan; qué ideas, vivencias o fantasías dolorosas están siendo convocadas, que parte de la historia de uno se atora en la red afectiva personal del otro. El profesional puede ser frío y distante o cálido y jovial solo si esa actitud no es accionada por motivaciones inconscientes. El mirarse y analizar las transferencias implican una remoción de anhelos postergados, insatisfacciones varias, es (re)conocer lo olvidado, todo aquello aventado y desdeñado por ser angustiante o doloroso.

¿Qué significado y dirección le da el profesional a aquellos sentimientos y emociones dolorosas que experimenta en la labor clínica y la forma en que actúa y decide responder o no a tales requerimientos? El dolor psíquico como resultado de afectos incluidos en la vida anímica del profesional que al ser convocados por el paciente entonces expresan una génesis inconclusa, por lo tanto se buscará evitar o satisfacer, de acuerdo a lo placentero o displacentero que resulte, se llevará la acción; si el afecto resulta placentero se satisfecerá en la situación en que haya sido revivido (la situación clínica) sin “saber” la situación en que fue generada (situación pasada) entonces se “usaran” los roles y procesos afectivos para alimentar una necesidad personal dejando de lado las necesidades del paciente y por lo tanto ambos se instalaran en un lugar fuera de toda relación profesional, en el paciente es válido pero en el profesional es patológico.

En cambio, si el afecto resulta doloroso, el profesional hará todo lo posible por evitarlo “usando” los roles para no alimentar la situación angustiante mediante

sus capacidades. Ahora el profesional puede sentir dolor o placer producto de sus afectos salidos en situación clínica, la condición que se plantea es la de que tales experiencias afectivas deben de ser conscientes para que no se desvíen del camino terapéutico. El conocer el lugar inconsciente que se ocupa cuando se trabaja con el demandante otorga objetividad y reduce al mínimo los procesos afectivos tensionantes en los que se envuelve (Deveruex, 1977). Así el conocimiento del porqué se experimenta dolor anímico ante tal o cual situación elimina el miedo y la angustia ante lo “desconocido” y lo “conocido”. Es decir, cuando el profesional se enfrenta ante su demandante, responde de acuerdo a lo que percibe afectivamente de él y a lo que éste le adjudica de igual manera, con sus afectos, con sus palabras y sus actitudes, entonces si el profesional no “conoce” sus puntos insatisfechos se valdrá de los que fantasiosamente el paciente le ofrece, más aún cuando lo ofrecido sea lo anhelado por el profesional. Si no se controlan tales afectos, si se siente empatía o antipatía es la expresión actitudinal del profesional ante “algo” que se retuerce en su interior afectivo (Bennett, 2001)

¿Qué tipo de defensas utiliza el profesional de la salud ante la tensión displacentera que provocan ciertos afectos angustiantes o sus derivados, que lo motiva a afrontar, reprimir o aceptar tales situaciones afectivas? Si el paciente afectivamente requiere de comprensión ante una figura de poder (i. e. comprensión por parte de su padre) “ofrecida” por el rol del profesional, y si éste no conoce sus afectos, aceptará el juego, dado que se le alimenta y le seduce el rol “ofrecido” en el sentido de que se enfrasca en un juego en donde sus propias necesidades “desconocidas” lo llevan a satisfacerlas o evitarlas mediante el más patológico de los mecanismos de defensa como lo es la represión. Tal percepción etiquetada como desconocida o “normal” se experimenta así por que fluye desde el inconsciente cuyo gobierno racional queda relegado a la mera acción sin valorización intelectual (Freud, 1901). Han sido los casos reportados por Meyerscough y Ford (1995), Merlo (1997), Manonni (1982), Poussin (1995), o el del California Association of Marriage and Family Therapists (1995 en: Corey, Corey y Callanan, 1998), Sandoval, Villadoms y Ponce de León (1994) y

finalizando por con el de Lucio (1991), que en todo los casos se revela un sufrimiento anímico producto de afectos dolorosos percibidos en su trato con sus demandantes. De ellos se afirma que se siente dolor ante el otro porque se reviven situaciones en la que se ha estado inmerso y que por no analizar se relegó sin solución, por lo tanto, cuando se presenta la oportunidad ante dicha “revivificación” se hacen dos cosas: evitar o tratar de reparar dicho dolor mediante el paciente o mediante actitudes personales. Es cuando el profesional ve venir desde su interior esa llamada señal de peligro pulsional, la angustia sobreviene a la psique, y es cuando se presentan dificultades en el trato o rechazo hacia algunos demandantes, por ser aspectos que tocan en el profesional puntos sensibles o que arriesgan a hacer resurgir conflictos que sabe serán dolorosos (Freud, 1895b; Jammet, Reynaud y Consoli, 1999) Se dice que el paciente le implanta al profesional afectos que éste le devuelve sólo lo que inconscientemente le quiere regresar, tales devoluciones salen modificadas a causa de su sistema de valores, conocimientos, ideas y afectos, por lo tanto se pone en marcha el aparato anímico del profesional para expulsar, admitir o rechazar tales adjudicaciones (Sandoval, Villadoms y Ponce de León, op.cit)

Aquí es cuando la relación clínica se ve coloreada por el dolor psíquico que contratransferencialmente percibe el profesional, cuando existe un defecto o exceso en la afectividad del vínculo profesional-demandante, cuando se intensifican o no se controlan los procesos de transferencia (Laín-Entralgo, 1983). De los procesos de transferencia y contratransferencia, como formaciones de pensamiento inconscientes afectivos de todo tipo, como formaciones de pensamiento pasadas que la persona revive y vincula con aquel que lo atiende y viceversa, la forma en que hayan quedado resueltos e impresos en el inconsciente, exigirán una vía de salida si se realimentan por la figura del medico (o cualquier profesional) (Freud, 1905: 1912), o como recuerdos significativos implantados en el inconsciente que provocan reacciones idénticas a las que se tuvieron frente al objeto que las provocó, estas reacciones son causadas por cualidades del objeto actual que guarda similitud con el objeto original (La

Planche y Pontalis, 1971) son actos en donde las personas reclaman anhelos postergados desde la singularidad de su historia personal (Freud, 1917 [1916-17])

El punto medular es que el profesional inmerso en un proceso transferencial producto de su vínculo afectivo con el paciente, y por ser inconsciente, repite sus acciones en vez de recordarlas, reaccionando bajo las mismas condiciones en que se formó tal representación, repite sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter (Freud, 1914) Así la transferencia experimentada por el profesional ante lo percibido en su demandante (denominada técnicamente como contratransferencia) puede expresarse de diversas formas como dolor, como angustia, miedo por ejemplo a que el paciente no mejore anímicamente, que sufra o que continúe depresivo, mantener al margen las expresiones de angustia y de miedo de los demandantes, distanciamiento afectivo, trivializar y minimizar contenidos susceptibles de dolor, etcétera. Si se actúa en vez de recordar entonces tenemos que existe una contratransferencia inconsciente por que el profesional actúa contenidos desde sus actitudes conflictivas emocionales o pulsionales dejándose llevar por sus sentimientos y en casos extremos actuar bajo esos efectos. Así la relación se rige bajo aspectos románticos, chuscos, tranquilizadores, agresivos, amistosos o sexuales (Kolteniuk-Krauze, 1997 en: Vives-Rocabert, 1997: Guerra-Cid, 2001), el trabajo terapéutico se desvirtúa o bloquea porque inconscientemente el profesional lo llega a utilizar para llenar, evitar o recordar sus propias necesidades (Corey, Corey y Callanan, 1998). Y los mecanismos de defensa ante situaciones displacenteras expuestas en la transferencia como la revivificación de experiencias afectivas pasadas se reactivan frente a la figura significativa (de tempranas vinculaciones con el objeto) es entonces que se emplean dichas defensas, las que se han utilizado desde su origen (A. Freud, 1993)

Aquí es cuando podemos responder a la pregunta ¿existe agotamiento profesional o personal? Si el profesional actúa inconscientemente basado en lo que percibe de manera afectiva en su demandante es lógico que se agote personalmente

porque pone y responde en primera instancia desde vida interior a través de las transferencias que le depositan y que su actuar inconsciente no le permite delimitar. El profesional tiene la oportunidad de observarse para no caer en dicho juego seductor que puede el mismo alimentar con sus actitudes, deseos, ideas y afectos. Esta observación de si mismo se ve dificultada por lo desagradable y doloroso que puedan llegar a ser sus puntos no trabajados y explorados. Cuando se niega toda implicación personal como factor de fracaso clínico, se pone el velo a una verdad personal que surge sutilmente y que por medio de la relación se expresa, entonces es una verdad que el que las necesidades postergadas e insatisfechas de la historia personal del profesional influya en la manera en que realiza su trabajo, dificultándolo, sobrecargándolo o llevándolo por caminos fuera de toda ética (Rosenbaum, 1985; Rosenberg y Hayes, 2002). Es así como Meyercough y Ford (1995) afirman que todo lo anterior es el reflejo de los problemas no resueltos de su propia vida o familiares, o alguna circunstancia dolorosa y angustiante que están tratando de olvidar o incluso negar.

Por esta razón el profesional puede tener una infinidad de objetos, ideas, recursos o acciones que le permitan olvidar o no ver las angustiantes señales de peligro interno; tanto el narcisismo, la omnipotencia, el deseo de poder podrían dirigir toda acción clínica, como algo imaginario, se sustenta sobre transferencias o sobre relaciones de dependencia no resueltas, es decir, sin analizar (Costecalde, Garate-Martínez y Lachaud-Trono, 1998) Tales necesidades insatisfechas puede ser sinónimos de sufrimientos apaciguados, que enmascarados por acciones presumiblemente normales, aligeran tales cargas anímicas, como manera de defenderse de aquello que esta causando conflicto (Freud, 1926 [1925]).

Por lo tanto, es inevitable llegar al hecho de que ante tales procesos psíquicos afectivos, es necesario que el profesional pueda racionalizar y comprender desde donde están siendo convocados sus afectos para el control de los mismos y para que no interfieran en su labor clínica vincular. Que se atienda aquello afectivo que el profesional experimenta para que se analicen objetivamente los porqués de

los descontentos, displaceres e incomodidades que resultan de la práctica clínica al preguntar los motivos por los cuales los profesionales se ven en la necesidad de ignorar, vivir o enfrentar los afectos experimentados. Ellos revelan el tipo de material inconsciente que se esta removiendo en el interior, dicha carga anímica que resulta dolorosa en cualquier momento disminuye cuando el profesional ha estado en un proceso terapéutico propio para reducir los puntos ciegos que frente al paciente resultan como un estado de tensión importante (Ramírez-Berguerón, 1999)

El problema radica en que en el interior del profesional existen grietas pre-establecidas del pasado con tendencia a seguir su patrón de resquebrajamiento donde la solución permanece en espera. Y es aquí en donde circula el punto crucial de toda la investigación realizada: cualquier persona posee afectos dolorosos como miedos, angustias, ansiedades, etcétera, pero hay quienes los enfrentan y hay otros que corren despavoridos. El profesional de la salud nunca podrá descubrir en el otro lo que primero tiene que descubrir y aprender a reconocer en si mismo (Mannoni, 1986). Y tal como lo había apuntado Freud (1910) que dada la existencia de la influencia del paciente sobre la sensibilidad inconsciente del médico (profesional de la salud), y dada la contratransferencia se requiere que él haya pasado por un análisis y ser capaz de llevarlo a cabo de manera permanente como auto análisis. Por ello mismo el ACA (1995), el APA (1995), (Corey, Corey y Callanan (op. cit.), entre otros, afirman que el análisis personal del profesional de la salud resulta importante dados los procesos descritos; si se es inconsciente de los conflictos propios se esta en una pobre posición sobre las formas en que las influencias personales de vida afectan el desarrollo del trabajo clínico especialmente si tales áreas son problemáticas personales.

Es por eso que el conocimiento del mundo afectivo interno otorga la comprensión de un actuar sin represión, ni remordimiento, ni cansancio, ni angustia, ni prejuicio, ni nada que empañe la labor profesional-afectiva con el

paciente. El análisis personal provee de un entendimiento de la influencia de la vida afectiva personal en el trabajo vincular ofreciendo un espacio sin interferencia conflictiva habilitando al profesional a trabajar con su demandante de manera más profunda, objetiva y profesional (Macran, Smith y Stiles, 1999). Entendiendo las emociones y los sentimientos propios que surgen en el trato con los demandantes, se entienden las de los demandantes y ello permite la ubicación correcta desde la cual el profesional finalmente actúa como tal.

\* \* \*

A título personal y como corolario, después de inmensos días me pongo a pensar el porque de mis intenciones de indagar esto del sufrimiento anímico en el profesional de la salud cuando atiende a su paciente, bueno porque es uno de los aspectos que más suceden cuando se trabaja con el paciente puedo contestar ¿Qué dice de mi esta angustia enmascarada por el interés académico? ¿Qué es lo que dice de mi todo lo que he escrito hasta aquí? Al hurgar entre la literatura que caía ante mis ojos encontraba cómo una posición fantasiosa profesional ayudaba a esconder todas aquellas voces que surgen del dolor propio frente al dolor del otro ¿Qué hacer para no sentirlo? ¿Qué hacer para no adentrarse, perderse, vivir el dolor del otro? La búsqueda del dolor del alma, el deseo de querer ser investigador del dolor anímico, me encontró con los dolores de mi alma, miedo ante una tarea que mucho se siente pero poco se habla. Total contratransferencia de los textos leídos, recordados y olvidados.

El dolor anímico, la señal de peligro de algo interno y desconocido que trepaba por la oscuridad de un pasado. Es por ello que me confesaba débil con una voz susurrante, llena de dolor por ser un golpe al pedestal de lo invulnerable. Con este velo no veía más allá de lo que yo mismo me permitía y así me lancé a investigar movido por un deseo inconsciente. Lleno de olvidos, resistencias y represiones fui dando tumbos donde por momentos me alejaba de los estanques de claridad apenas veía y admitía las respuestas ya conocidas pero a medio

terminar. Así reconocí que uso de escudo teorías que alejan al profesional de su demandante anulando al mismo tiempo mi historia personal y la del otro, que nos reducen a meros objetos, a venas abiertas y borbotantes de dolor apretadas groseramente. Y se volvían necios los textos... “en la medida que el paciente coloca al profesional dentro de una necesidad afectiva, éste al mismo tiempo recibe tal colocación y entra en el mismo juego del pasado en donde el común denominador sea la necesidad pulsional tramitada por su satisfacción negada” ¿será cierto esta idea? me decía antes a mi mismo, no se a que se refería, no quería entender nada. Entraba en juego la resistencia que me impedía acceder a la conciencia lo reprimido por prometer un desequilibrio en el Yo. Y en esa misma medida el profesional actúa sin saber que su altruismo desinteresado podría ser una formación reactiva ante un deseo reprimido. Hay algo escondido en la aparente calma ¡que cosa más horrible es el sí mismo para cada quien! Y ahí precisamente estaba el dolor psíquico convocado por el otro ¡angustia neurótica total! ante un peligro alimentado por la fantasía. Es pues entonces que me arme de excusas, de constructos teóricos, de descalificaciones, de salidas, de postergación, enmascaramientos, me refugie en la neutralidad profesional, y obtuve la efímera calma de los diques defensivos.

Para finalizar, retomo lo mencionado por Devereux (op.cit.) en cuanto a que así como se habla de que el paciente convoca en el profesional afectos desagradables, lo mismo pasa cuando el profesional se encuentra frente a una escuela teórica, frente a una situación dada, frente a una problemática, frente a una necesidad real o irreal, frente a los datos que halla y la forma en cómo los pueda interpretar, frente a información científica, filosófica, ideológica o de cualquier tipo. Todo ello le convoca una manera de sentir que si es desagradable, inconscientemente buscará la manera de evitarla o de enfocarla de tal forma que no le signifique angustia o ansiedad. Ahora puedo decir que fue la angustia y la ansiedad las que me provocaron y llevaron a escribir este tema. Es entonces que hablo de mis propios miedos, angustias, soledades y crisis que sólo bajo el

análisis de ellos se anulan hasta lo más posible y se apuesta una objetividad real, en las mismas palabras de éste autor acerca de ello:

Ya que la existencia del observador, su actividad de observación y sus angustias...producen deformaciones que son, no solo técnica sino también lógicamente imposibles de eliminar, toda la metodología eficaz en ciencia del comportamiento debe de tratar esas perturbaciones...ella debe de explotar la subjetividad inherente en toda observación considerándola como la vía real hacia una objetividad auténtica más que ficticia (p.17).

La contratransferencia que hace un autor de su obra es uno de los temas que nos llevan a decir que todo aquello afectivo como motor realizador de una investigación esta profundamente ligado a los miedos, ansiedades y angustias propias del mismo. Así de esta manera, la forma en que esgrime su metodología, las bases teóricas y los detalles que deje de lado y los que adopte tendrán mucho que ver con un mundo interno que esta en busca de eliminar el miedo, lo afectivo que le impide avanzar o no en su conocimiento. La objetividad sólo se logrará a través del conocimiento de la subjetividad del observador, de todas aquellas limitantes propias que le permitan ver sin velos.

Respondiendo a la objetividad necesaria en toda ciencia, habrán de investigarse los motivos contratransferenciales de quien escribe o aborda una temática y la forma en que son distorsionadas por la angustia y la ansiedad del autor.

# Bibliohemerografía

American Counseling Association (1995). Section F: Teaching, training and supervision. En: Code of ethics and standards of practice. Alexandria: ACA

American Psychological Association (1995). Teaching, training supervision, research and publishing. En: Ethical principles or psychologists and code or conduct. Washington: APA

Ardila, R. (1973). Mecanismos y teorías de la emoción. En: Psicología fisiológica. México: Trillas.

Arita-Watanabe, B. y Arauz-Contreras, J. (1998). La tarea laboral y el síndrome del *burnout*. En: Psicología y Salud. (11) 2, 15-21.

Arita-Watanabe, B. y Arauz-Contreras, J. (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome del *burn out* en enfermeras. En: Psicología y Salud. (14) 3, 87-94.

Ancona, L. (1989). Del sufrimiento mental: un objeto psicoanalítico. En: Revista Argentina de Psicoanálisis 46 (6), 1023-1036.

- Balint, M. (1986). Psicoterapia focal: terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la clínica Tavistock. Barcelona: Gedisa
- Becks, J. W. (1980). Evaluación psicológica del alivio del dolor. En: El manejo del dolor. México: Manual Moderno.
- Bennett, S. (1978). Razón y locura en la antigua Grecia. Madrid: Akal Editor.
- Benett, M. J. (2001). The Countertransference. En: The empathic healer: an endangered species? Empathy and barriers. London: Academic Press.
- Bónica, J. (1974). Management of pain. En: Pain. New York: Raven press.
- Borja, G. (1997). La locura del loquero. En: La locura lo cura. Manifiesto psicoterapéutico. México: Cuatro vientos.
- Brenner, Ch. (1987). Sobre la naturaleza y el desarrollo de los afectos: una teoría unificada. En: Revista Argentina de Psicoanálisis. 44 (2), 441-463.
- Brown, I., Thomas, S. y Wallace, P. M. (1986). Las emociones y su fisiología. En: Psicología fisiológica. México: Interamericana.
- Caillet, R. (1995). Síndromes dolorosos. Dolor: mecanismos y manejo. México: Manual Moderno.
- Camillo-Loriedo, L. (1993). Psicoterapia centrada en el terapeuta. En: Méndez, E. (1995) (comp.) Compartiendo experiencias de terapia con hipnosis. México: Instituto Milton H. Ericksson de la Ciudad de México.
- Carrón-González, R. (1990). Dinámica relacional. En: Psicoterapia, Relación y proceso. Salamanca: Amarú
- Caruso, F. (1976). Narcisismo y socialización. En: Fundamentos psicogenéticos de la conducta social. México: Siglo XXI.

- Caudill, M. A. (1995). Comprender el dolor. En: Controle el dolor antes de que el dolor lo controle a usted. Barcelona: Guilford Press.
- Chiozza, L. (1998). Transformación del afecto en lenguaje. En: Cuerpo, afecto y lenguaje. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Coale, W. H. (1998). Psychology vulnerability. En : The vulnerable therapist. London : The Haworth Press.
- Coffer, Ch. N. (1997). Motivación y emoción. México: Limusa.
- Corey, G., Corey, S. M., y Callanan, P. (1998). The counselor as a person and as a profesional. En: Issues and ethics in the helping professions. New York: Cole Publishing Company.
- Cornejo, S. y Levy, L. B. (2003). Las emociones. En: La representación de las emociones en la dramaterapia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Corona- Gómez, A. (1989). La psicología y la crisis personal del psicólogo. En: Memorias del Foro de evaluación curricular de la carrera de Psicología de la ENEP-Iztacala. México: Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex.
- Corominas, J. y Pascual, A. (1984) (Eds.). Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. (6ª. Ed. Vol. 1).Madrid: Gredos.
- Costecalde, A., Garate-Martínez, I., Lachaud, D. y Trono, E. L. (1998). Hacerse psicoanalista. Las formaciones del inconsciente. Madrid: Alianza editorial.
- Damasio, A. R. (1999). Emotions and feeling. The feeling of what happens. New York: Harcout Drake and Company.
- Darwin, Ch. (1984). Charles Darwin: la expresión de las emociones en los animales y el hombre. Madrid: Alianza.

- De La Fuente, M. R. (1992). La relación médico-paciente. En: Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Devereux, G. (1977). De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. México: Siglo XXI.
- Díaz-Contreras, J. M. (1984) Análisis curricular de la enseñanza en la Psicología en los planes de estudio de cinco instituciones educativas. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex.
- Eliade, M. (1960). Chamanismo y Vocación mística. En: El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis. México: Fondo de cultura económica.
- Elster, J. (1999). Las emociones antes de la psicología. En: Alquimias de la mente. Barcelona: Piados.
- Fernández-Liria, A. y Rodríguez-Vega, B. (2001). El proceso terapéutico. En: La práctica de la psicoterapia. España: Desclee de Broker.
- Focault, M. (1986). El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI.
- Foley K. M. y Payne, R. M. (1992). Tratamiento cognoscitivo y conductual del dolor crónico e incapacidad. En: Terapéutica del dolor. México: Mc GrawHill.
- Fraser, R. C. (1990). La relación médico-paciente. En: El método clínico. México: Limusa.
- Freud, A. (1993). Teoría de los mecanismos de defensa. En: El yo y los mecanismos de defensa. (2ª. Ed.) México: Editorial Paidós.
- Freud, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). A propósito de las críticas a la Neurosis de Angustia. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1900[1899]). La interpretación de los sueños. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1901). El olvido. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). El chiste y su relación con el inconsciente. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. VIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909[1908]). La novela familiar de los neuróticos. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. X. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910a). Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910). Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (contribuciones a la psicología del amor, I). En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915[1914]). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915a). Pulsiones y destinos de pulsión. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1915b). La represión. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1915c). Lo inconsciente. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1917[1915]). Duelo y Melancolía. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu. (242, 243, 250).
- Freud, S. (1916-17[1915-17]). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917[1916-17]). Doctrina general de la neurosis. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920a). Más allá del principio del placer. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925). La negación. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926[1925]). Inhibición, síntoma y angustia. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1926). Psicoanálisis. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1933[1932]). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950[1895]). Proyecto de psicología. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. I. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1950[1892-99]). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En: Strachey, J. y Freud, A. (eds.) (1976). Obras completas/ Sigmund Freud. Vol. I. Buenos Aires. Amorrortu.
- Gatchel, R. J. y Turk, O. C. (1999). Perspectives on pain: a historical overview. En: Psychosocial factors in pain. New York: Guilford.
- Gelso, Ch. J. y Hayes, J. A. (1998). The psychotherapy relationship and its components: an ntroduction. En: The psychotherapy relationship. Theory, research and practice. New York: Jhon Wiley and sons.
- Gómez-Méndez, M. (1985) La contratransferencia en el ámbito clínico. El terapeuta como persona y como profesional: consideraciones éticas en la práctica psicoterapéutica. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología. Distrito Federal.
- González-Carrón, R. (1990). La dinámica relacional. En: Psicoterapia. Relación y proceso. España: Amarú.
- González-Merino, M. J. y Guevara-Rosas., M. (1999) Estilos de vida de salud en estudiantes universitarios. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex.
- González-Núñez, J. J. (1989). La fortaleza del psicoterapeuta: la contratransferencia. México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social.
- Gregory, R. L. (1995). Diccionario Oxford de la mente. (3ª. Ed. Vol. 1) Madrid: Alianza.

- Gudin, M. (2000). Cerebro y afectividad. Pamplona: Universidad Navarra.
- Guerra-Cid, L. R. (2001). La contratransferencia. En: Transferir, contratransferir, regresar. Una perspectiva histórica y crítica de la psicoterapia psicoanalítica. Salamanca: Amaru.
- Gutiérrez-Espinosa, V. y Paredes-Flores, J. E. (1997). Factores psicológicos que influyen en la persistencia del uso de las prácticas de medicina tradicional. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex.
- Grim, O. (2000) Du monstre à l'enfant. Paris : Editions du Cinerhi
- Heimann, P. (1950). La introducción del concepto de contratransferencia en la escuela kleiniana. En: Grego, B. (1986) (comp.) Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hilgard, R. E. y Hilgard, J. R. (1975). Dolor e Hipnosis. En: La hipnosis en el alivio del dolor. México: Fondo de Cultura Económica.
- Illescas-Martínez, J. L. (1987) Caracterología del estudiante de psicología. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex.
- Insua, J. A. (1985). La relación medico-paciente. En: Introducción la Psicología Médica. Buenos Aires: Promed.
- Isacson, R. L. (1982). The structure of the limbic system. En: The limbic system. New York: Plenum Press.
- Jeammet, P., Reynauld, M. y Consoli, S. M. (1999). El médico y su medicina. En: Manual de psicología médica. Barcelona: Masson.
- Jinich, H. (1972). El papel de la angustia en la patología humana. En: De la Fuente, R. (comp.) La angustia. México: Academia Nacional de Medicina.

- Jinich, H. (1997). El paciente y su médico. México: JHG.
- Jung, C. G. (1988). Sobre los arquetipos de lo inconsciente colectivo. En: Arquetipos e inconsciente colectivo. Barcelona: Paidós.
- Katz, J.C. (1989). Respetar la autonomía: la obligación de conversar. En: El médico y su Paciente: Su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kernberg, O. (1976). Instintos, afectos y relaciones objetales. En: La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós.
- Kleinke, Ch. L. (1995). Principios comunes en psicoterapia. Bilbao: Descleé de Brower.
- Kolteniuk-Krauze, M. (1997). Reflexiones sobre la contratransferencia. En: Vives-Rocabert, J. (comp.) El proceso psicoanalítico. México: Plaza y Valdés.
- Kotter, J.A. (1986). The inner of therapist. En: On being a therapist. San Francisco: Jossey-Bass.
- Laín-Entralgo, P. (1970). El médico y el enfermo. Madrid: Alianza.
- Laín-Entralgo, P. (1983). La relación médico-enfermo. Madrid. Alianza.
- LaPlanche, J. y Pontalis, J. B. (1971). Diccionario de Psicoanálisis. (3ª. Ed.) Barcelona: Labor.
- Liceaga, G. N. (1989). Lo psicológico del dolor. El modelo biopsicosocial. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex.
- Loback, T. (1986). El sahamanismo. En: Medicina mágica. México: Fondo de cultura económica.
- López-Austin, A. (1984). Cuerpo humano e ideología. En: Las concepciones de los antiguos nahuas. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Lucio, G. M. E. (1991). Consideraciones sobre la psicodinamia de un caso de infanticidio. En: Revista Mexicana de Psicología. 8 (1), 54-63.
- Macran, S., Smith, J. A. y Stiles, W. B. (1999). How does personal therapy affect theapist's practice? En: Journal of counseling psychology. 4 (46), 419-431.
- Madison, P. (2001). La represión. En: El concepto de represión y defensa en Freud. Madrid: Laberinto.
- Mannoni, M. (1986). El problema de la transferencia. En: Un saber que no se sabe. La experiencia analítica. Buenos aires: Gedisa.
- Maslach, B. y Jackson, S. E. (1981). The measerument of experienced burn out. En: Journal of occupational behaviuor. 2 (3), 99-113.
- Morani, A. L. (1976). Diccionario de Psicología. (3ª.ed.) México: Grijalbo.
- Merlo, R. (1997). Sobre la relación entre operador y enfermo. En: Revista Intercontinental de Psicoanálisis Contemporáneo. 1 (2), 85- 99.
- Meyerscough, P. R. y Ford, M. (2001). El médico y el enfermo. En: La relación médico-enfermo. Historia y teoría. México: Alianza editorial.
- Morales-García, R. y Coronel-Brizio, P. (1998). El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud. En: Psicología y Salud. 1 (12), 115-121.
- Norman, S. y Cady, R. K. (2002). Historical perspective of pain management. En: Weiner, R. S. (ed.) Pain mangement. A practical guide for clinicians. New York: CRC Press.
- Oatley, K. y Jenkins, J. (1996). Evolution and processes. En: Human emotions: a reader. Massachusetts: Blackwell publister.
- Paul, I. H. (1973). Cartas a un joven terapeuta. Buenos Aires: Amorrortu

- Pérez-Gaspar, M. (2000). Dinámica de la relación médico-enfermo: transferencia y contratransferencia. [En red]. Disponible en: [http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/informacion\\_sociedad/manual/a3n3.htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/informacion_sociedad/manual/a3n3.htm)
- Pineda-Contreras, R. y Martínez-Arredondo, T. A. (1997). Dolor y psicología. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Mex. México.
- Ponce de León, O. (1997). El médico enfermo. El conflicto de roles. Madrid: CIC.
- Portuondo, J. A. (1988). Técnica psicoanalítica. En: Teoría y técnicas psicoanalíticas. Barcelona: Editorial Psique.
- Poussin, G. (1995). La entrevista clínica. México: Limusa.
- Quezada, N. (1989). Los curanderos de la época prehispánica. En: Enfermedad y maleficio. México: UNAM.
- Ramírez-Bergerón (1999). Estudio exploratorio acerca del nivel de síndrome de deterioro (*burn out*) en un grupo de psicólogos clínicos. Psicología Iberoamericana, 7 (1) 34-40
- Real Academia española, La (1993). Diccionario de la lengua española. Madrid: Unigraf.
- Rodríguez-Morris, G. (1995). La contratransferencia en el cuerpo de salud como causa al rechazo a pacientes con VIH-SIDA. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Roitman, C. (1995). Estados anímicos primordiales. Acerca de algunas formas en que se manifiesta el dolor psíquico, su origen y procesamiento posterior. En: Revista Argentina de Psicoanálisis. 4 (52), 1153-1190.
- Romero, L. (1990). La relación terapéutica; corazón de la terapia. En: Cuadernos de Psicología. 1(11), 55-75.

- Rosembaum, M. (1985). El papel de la contratransferencia. En: Ética y valores en Psicoterapia. México: Fondo de Cultura económica.
- Rosenberg, E. W. y Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences and management of countertransference: a case study. En: Journal of counseling psychology. 2 (49), 221-231.
- Rudy, T. E.; Kerns, R. D. y Turk, D.C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive behavioral meditation model. En: Pain. 1 (35), 129-140.
- Sacks, O. (1992). L'homme qui preinat sa femme pour un chapeau. Paris: Sevil, En: Salinas-Orozco, J. R. (2002a). El lado oscuro del dolor. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Salinas-Orozco, J. R. (2002a). El lado oscuro del dolor. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Salinas-Orozco, J. R. (2002b). Freud y el dolor. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sandoval, A., Villadoms, A. y Ponce de León, S. (1994). La experiencia de un grupo Balint en el Instituto Mexicano de Nutrición Salvador Zubirán. En: Salud Mental. 1 (17), 18-24.
- Schur, M. (1975). Sigmund Freud: enfermedad y muerte en su vida y su obra. Barcelona: Paidós.
- Sharon, D. (1980). Semillas de descontento: el contexto social de la brujería. En: El chaman de los cuatro vientos. México: Siglo XXI
- Sing-Khlasa, D. y Staut, C. (1999). Cómo actúa el dolor. En: Curar el dolor. Barcelona: Urano.
- Strongman, K.T. (1987). The emotions and feelings. En: The psychology of the emotions. Chichester: Jhon Wiley and sons.

Tallaferro, A. (1990). Mecanismos de defensa del Yo. En: Curso básico de psicoanálisis. México: Paidós.

Viesca-Treviño, C. (1992). Medicina prehispánica de México. México: Panamericana.

Villarreal-Bone, J. (1997). El concepto histórico de transferencia. En: Vives-Rocabert, J. (comp.) El proceso psicoanalítico. México: Plaza y Valdés.

Wolman, B. B. (1993). Diccionario de ciencias de la conducta.(4ª. Ed.). México: Trillas.

Wachtel, P. L. (1993). Las autorrevelaciones del terapeuta. En: La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. Bilbao: Desclée de Brower.