



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DIFERENCIAS ENTRE PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA PARA UNA ADECUADA PRÁCTICA
PROFESIONAL.**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
RUTH LETICIA GALICIA VERDUZCO

DIRECTOR DE LA TESINA:
MTRO. CELSO SERRA PADILLA



Ciudad Universitaria, D.F.

Mayo, 2009



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.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO UNO	4
SALUD, ENFERMEDAD MENTAL Y PSICOTERAPIA.	
1.1 Antecedentes históricos de la concepción de salud, enfermedad mental y psicoterapia	4
1.2 Definición de salud y enfermedad mental: Una definición problemática	10
1.3 Definición de Psicoterapia	17
CAPÍTULO DOS	19
PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA Y PSICOTERAPIA CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA: DIFERENCIAS.	
2.1 Breve descripción de la perspectiva psicoanalítica: Métodos y Técnicas	19
2.2 Psicoterapia con orientación Psicoanalítica: Diferencias con el Psicoanálisis	26
2.2.1 Reglas generales y metas de la Psicoterapia Psicoanalítica	34
2.2.2 El paciente y el psicoterapeuta: Una relación asimétrica	38
2.2.3 Investigación en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis	48
2.3 Métodos y técnicas de la Psicoterapia Psicoanalítica	55
2.3.1 Asociación Libre	55
2.3.2 Confrontación	59
2.3.3 Clarificación	61
2.3.4 Interpretación	62
2.3.5 Silencios	67

CAPÍTULO TRES 69

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA, EN
FUNCION DE LA TRANSFERENCIA, CONTRATRANSFERENCIA,
RESISTENCIA E INTERVENCIONES DEL PSICOTERAPEUTA.

3.1 Alcances y limitaciones de la Psicoterapia Psicoanalítica	69
3.2 Transferencia	72
3.3 Contratrtransferencia	78
3.4 Alianza terapéutica e intervenciones del psicoterapeuta	82
3.5 Resistencia: Positiva y Negativa	85
3.6 Consideraciones éticas	88

CAPÍTULO CUATRO 98

UNA PROPUESTA BASADA EN EL MÉTODO CLÍNICO DE FERNANDO
ULLOA.

4.1 Método Clínico	98
4.2 Una propuesta basada en el Método Clínico de Fernando Ulloa	100
4.2.1 Actitud Clínica	101
4.2.2 Estructura de demora	101
4.2.3 Veracidad pertinente	103

CONCLUSIONES 106

REFERENCIAS 110

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es exponer la diferenciación en cuanto a métodos y técnicas de 2 tratamientos: el psicoanálisis y la psicoterapia con orientación psicoanalítica para una adecuada práctica profesional.

Este documento incluye una revisión de los antecedentes históricos de la concepción de la salud, la enfermedad mental y la psicoterapia, desde la antigüedad hasta nuestros días; y es precisamente en este recorrer por la historia que se realiza una pausa detallada en la época en que vivió Sigmund Freud con el propósito de exponer la descripción de la perspectiva psicoanalítica, sus diferencias con la psicoterapia con orientación psicoanalítica, métodos y técnicas; reglas generales y metas. Así mismo este documento contiene los avances en investigación sobre psicoterapia psicoanalítica, los alcances y limitaciones que influyen en un proceso psicoterapéutico, consideraciones éticas y por último una propuesta de método clínico realizado por Fernando Ulloa.

Durante la construcción de este documento se encontró que existe poca literatura con respecto a las diferencias entre el tratamiento psicoanalítico ortodoxo y la psicoterapia con orientación psicoanalítica, en cuanto a sus métodos y técnicas y es precisamente esto lo que motivo la realización de esta investigación.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es común que más personas asistan a un proceso psicoterapéutico, esto debido tal vez a las demandas y retos que impone la sociedad con respecto al ser humano, el mundo va demasiado rápido y con él se va la tranquilidad, el bienestar, el tiempo dedicado a la familia, etc., esto crea en los seres humanos sentimientos de soledad, dudas, pérdida del sentido de la vida, angustia, temor, etc., porque la sociedad exige que el ser humano funcione de manera adecuada en sus labores cotidianas, no importando si se encuentra emocionalmente sano o no. Todo este sentir se hace presente a través de un síntoma, es decir, el malestar con el que llega un paciente a pedir una consulta psicológica. En este proceso el papel del psicoterapeuta juega un papel importante, ya que si bien el éxito del tratamiento depende del paciente, también depende en gran medida de la preparación profesional del psicoterapeuta. Y para que el desempeño de éste sea fructífero, él debe trabajar bajo un marco teórico determinado, utilizando las técnicas propias de éste, para ello es importante tenerlo claro y no caer en la práctica de un tipo de psicoterapia que no esté adecuadamente definida.

El presente documento es una revisión sobre los antecedentes históricos de la concepción de la salud, de la enfermedad mental y la psicoterapia, posteriormente del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica, es una revisión de cómo se inició el psicoanálisis con Sigmund Freud y de cómo fue que apareció la psicoterapia con orientación psicoanalítica.

Se presentan los acontecimientos históricos y sociales que influyeron en el nacimiento del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica, en el caso de ésta fue la Segunda Guerra Mundial, en donde se necesitaban psicoterapeutas que dieran apoyo psicológico a enviados de guerra que a consecuencia de ésta tenían secuelas de dificultades emocionales. A través de esto se lleva a cabo la institucionalización y la demanda es orientada a entregar resultados a corto plazo, donde lo importante era quitar los síntomas actuales de los soldados y hacerlos regresar a su ámbito laboral funcionando de una manera adecuada.

Se expone también los descubrimientos de Sigmund Freud y los principios en los que basa su teoría; la investigación en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en los últimos años, los objetivos, métodos y técnicas que son finalmente lo que diferencian al psicoanálisis de la psicoterapia psicoanalítica; los factores que intervienen en un proceso psicoterapéutico por parte del paciente y del psicoterapeuta.

El objetivo es esclarecer las diferencias entre el psicoanálisis y la psicoterapia con orientación psicoanalítica, esto con la finalidad de llevar a la práctica clínica en sesión las técnicas ya sea de una o de la otra, pero trabajando con ética profesional, ya que de lo contrario, podríamos caer, en tal vez querer hacer psicoanálisis y estar haciendo psicoterapia

psicoanalítica ó viceversa, y con ello estaríamos faltando al sentido de responsabilidad que tenemos como profesionales de la salud mental.

Otro de los objetivos de este documento es darle importancia y crear conciencia de la labor que tenemos en esta profesión, ya que trabajar con pacientes implica una gran responsabilidad. Los pacientes depositan su confianza en el psicoterapeuta, a lo que él debe responder con respeto, confidencialidad y profesionalismo, es decir, una práctica responsable.

Se habla también de los requerimientos que necesita un psicoterapeuta para ejercer esta profesión, entre ellas, una actualización constante, estudiar cada caso en particular como si se tratara del primero, lo que implica dejar de lado el saber adquirido en otros casos previamente tratados. Ya que situarse en la consideración de la singularidad de cada caso, crea las condiciones para profundizar en ello. Además se debe tener presente que el ser psicoterapeuta con orientación psicoanalítica no es un lugar que garantice su funcionamiento en base a títulos, certificados, diplomas de estudio; el psicoterapeuta sólo accede a ese lugar a través de la experiencia personal del análisis, y demostrándolo en cada sesión, con cada paciente, dando cuenta de sus intervenciones, que es lo que demostrará si hubo trabajo psicoterapéutico o no.

En este sentido es importante que el psicoterapeuta se pregunte si tiene el deseo de aprender hasta el último día de la vida de su profesión, ó si quiere usar la profesión como un medio para ganar dinero. Porque la única manera de ser un psicoterapeuta con vocación es teniendo el deseo ardiente y apasionante de aprender más, ya que sin este deseo el psicoterapeuta se transformará en un técnico, que ya tiene experiencia, y sigue aplicándose. Y recordemos que la labor de un psicoterapeuta es comprender el inconsciente del paciente, lo cual es un trabajo científico complicado, es en realidad una investigación creativa, y por esta razón en esta profesión no se tienen pacientes que puedan tratarse con rutina.

Por ello es importante dejar claro que no basta con la buena voluntad del psicoterapeuta, o con actitud de servicio y sentimientos de bondad, ya que si sólo nos enfocamos en ello, puede tener serias consecuencias en la salud mental de un paciente.

Respecto a este tema y a la forma de intervención en psicoterapia psicoanalítica, se propone al final de este documento una propuesta realizada por Fernando Ulloa.

CAPÍTULO UNO

SALUD, ENFERMEDAD MENTAL Y PSICOTERAPIA

1.1. Antecedentes históricos de la concepción de la salud, enfermedad mental y psicoterapia

La reflexión sobre las raíces de la concepción de la salud, la enfermedad mental y los distintos modos de psicoterapia (antes no denominados así), pueden provocar una mayor comprensión de nuestra situación actual, es por eso que aquí se inicia un recorrido desde la prehistoria hasta nuestros días.

En la antigüedad en las sociedades tribales el ser humano vivía en relación con el grupo y con el cosmos, sus creencias estaban enfocadas hacia el tótem, considerado como un espíritu o algo sagrado, esto significa que el ser humano tenía un pensamiento mágico. En ese entonces la enfermedad mental era considerada como la posesión del tótem y el método terapéutico lo llevaban a cabo los brujos a través de exorcismos, laceraciones corporales y diferentes ritos como cantos, bailes. Cabe mencionar que estos ritos eran públicos.

Poco tiempo después apareció el empirismo, y fue a través de la observación que se llegó a la comprensión de que en la naturaleza había elementos que podían ser beneficiosos en determinadas circunstancias, fue entonces que la magia se mezcló con los remedios naturales, y se dejó en manos de curanderos, chamanes y brujos de cada tribu.

El interés por conocer el comportamiento, surge cuando el ser humano logra vencer el nomadismo, y se vuelve sedentario, tiene oportunidad de observar, observarse y ser observado, en una convivencia más amplia con los integrantes del grupo al que pertenece. Su evolución y desarrollo, como individuo y persona, es paralelo al de la humanidad, en donde gradualmente va adquiriendo un mayor conocimiento del entorno en que se desenvuelve y de sí mismo, conocimiento que se ha acrecentado en forma vertiginosa a partir de las dos últimas décadas del siglo XIX, adquiriendo una comprensión y dominio, de la ciencia y de los elementos naturales que están a su alrededor que le han permitido lograr un control, manipulación y explicar gran parte de los fenómenos naturales externos que ocurren, obteniendo confort y bienestar material, así como también la sobreexplotación de los recursos naturales y la contaminación del entorno en donde habita (Serra, 2008).

De esta manera el ser humano fue evolucionando, y nacieron culturas cada vez más complejas como Mesopotamia, Egipto, Grecia y Roma. En ellas la religión jugaba un papel muy importante en la salud porque se creía que la enfermedad provenía de los dioses, así que los sacerdotes de los templos realizaban ritos para calmar la ira de los dioses y de esta manera conseguir la curación.

Los grandes conocimientos de astronomía del pueblo babilónico los llevo a pensar que los astros influían en la vida y la salud de las personas, así fue que crearon la astrología y los horóscopos para hacer diagnósticos y aplicar tratamientos.

La tradición de embalsamar los cadáveres de los egipcios, hizo que adquirieran un gran conocimiento de la anatomía humana, de algunas enfermedades y de técnicas quirúrgicas, muestra de ello son los papiros que se han encontrado donde se describen los síntomas de enfermedades y tratamientos.

La filosofía y la psicoterapia están estrechamente relacionadas, de hecho en los principios de la filosofía occidental ya se interesaban por ella. La filosofía no podía pasar por alto a la psicoterapia porque los temas filosóficos han sido tomados de la cultura, y la cultura griega estaba sumamente interesada en el uso de la palabra en el proceso curativo.

El poema épico de Homero puede entenderse como un testimonio del poder de las palabras para tocar los corazones de los seres humanos. Tanto en “La Ilíada” como en “La Odisea” se hace alusión frecuentemente a los usos de las palabras para curar. (Laín Entralgo, 1970; citado en Caso 1985). Homero habló de los beneficios terapéuticos de las oraciones, y también se refirió a lo que podría llamarse terapia de sostén, cuando habló del lenguaje sugestivo y alentador. Nestos y Patroclo usaron el lenguaje alentador para tranquilizar el alma de sus pacientes (La Ilíada, 1950; op. cit.).

Y fue precisamente en la cultura griega donde dos tradiciones dan origen a la psicoterapia, por un lado la tradición filosófica y por el otro la tradición médica, la primera con Sócrates, Platón y Aristóteles que apelaban a la razón, con lo cual dan importancia al discurso y a la virtud para dominar las pasiones. Por un lado Sócrates decía conócete a ti mismo, y con ésto invitaba a la reflexión, concentración y al ayuno, Platón decía que un discurso armónico equilibraba al ser humano, ya que con este se refleja la congruencia entre lo que se dice, se siente y se hace. En este sentido podemos darnos cuenta que el empleo de la palabra se da desde el inicio de la historia, ya que a través de ella transformamos.

Platón trató de explicar racionalmente la misteriosa eficacia de la palabra terapéutica a la que llamó amuleto (epode). Él pensaba que la eficacia terapéutica estaba relacionada con la belleza de la palabra, que produce sabiduría o templanza (sophrosyne) y un orden correcto en la mente.

“La palabra armoniza creencias, sentimientos e impulsos con el conocimiento, el pensamiento y los juicios de valor. La belleza de la palabra (logos kalos) crea un nuevo eje en el alma formado por nuevas creencias, alrededor de las cuales están organizados los múltiples elementos del yo” (The Dialogues of Plato, 1931).

Platón llamó katharsis a este proceso de reorganización e iluminación, y al determinar los detalles de su funcionamiento dio una teoría rigurosa y técnica de la psicoterapia, ajena a la magia

Por su parte Aristóteles estaba a favor del discurso persuasivo. Hizo hincapié en el papel de kairós, la idea de que la palabra terapéutica debe pronunciarse en el momento correcto, y diathesis, el acomodamiento de la palabra a la situación del que la escucha. Tanto Platón como Aristóteles insisten en una relación particular entre el que pronuncia la palabra y el que la escucha (paraschesis).

En la tradición médica Hipócrates decía que los malestares tenían su raíz en el cuerpo y el tratamiento consistía en equilibrar los humores. Galeno por su parte decía que las pasiones del hombre tenían un efecto en la salud, y la solución era aconsejarlo para que usara la razón y así consiguiera la serenidad, aunado a esto se ayudaban de baños de agua fría y masajes.

En la edad media el conocimiento quedó recluido en los monasterios, donde los monjes se dedicaban a copiar los libros clásicos al latín, y la enfermedad mental era igual a la posesión por el demonio y los tratamientos eran la penitencia, tortura, exorcismos y la hoguera.

Es importante mencionar que de este punto hacia atrás, se atribuía a algo de afuera lo que al ser humano le molestaba, es decir un ente superior divino y de aquí en adelante los males son ocasionados por una parte dentro del ser humano, es decir la parte inconsciente.

En la época del renacimiento se da la humanización por los diferentes, llamados locos y se tiene como centro de atención al ser humano. La enfermedad mental empieza a ser tratada por los médicos, y es así que se llega a la conclusión de que los trastornos de la conducta tenían que ver con algo que pasaba en el cuerpo, y aparece el término psicogenia como causa de los trastornos mentales-conductuales, hoy se sabe que sin psicogenia no hay psicoterapia, y que es a través de ella que se corrobora la raíz psíquica de un trastorno para poder llevar a cabo un determinado tratamiento.

El inicio de la época científica, sin lugar a dudas puede situarse en el intento sistemático de estudiar y comprender al ser humano, en el año de 1879, cuando Wundt abrió las puertas del primer laboratorio psicológico en la Universidad de Leipzig, donde se estudiaban las sensaciones, umbrales y se originó la teoría de la Gestalt.

En el año de 1887 en Francia aparece un método que viene a revolucionar, se trata de la hipnosis con Liebáult y se trataba de poner en trance a un individuo a través de la sugestión.

En esta época aparece un médico y neurólogo austriaco, Sigmund Freud, quien completo su formación médica en París junto a Charcot en la Sapètrière, posteriormente junto con otro médico mucho mayor que él: Breuer, analizó la efectividad de los procesos hipnóticos en los pacientes. Llegó a la conclusión, que la metodología hipnótica sólo lograba ser un paliativo parcial de la sintomatología ya que no era duradera, y se corrompía con facilidad si la relación con el psicoterapeuta empeoraba. A partir de esto Freud S. desarrolló la teoría de la represión, semilla inicial del psicoanálisis.

Fue en su obra "Estudio de un caso de histeria" o el sobrenombrado caso de Ana O donde Freud S., compartiendo el caso con Breuer demostró la suficiencia de sus investigaciones sobre represión y catarsis por la asociación libre de ideas, que se convierte en el discurso libre y sin censura donde el objetivo es encontrar el común denominador entre las palabras que se dicen.

El descubrimiento del psicoanálisis, en su amplitud revolucionaria le costó el alejamiento de compañeros y amigos como Breuer, y el enfrentamiento de una sociedad clásica como la vienesa que no aprobaba sus teorías, ya que la sexualidad (aspecto presente en las teorías de Freud S.) era un tema tabú en aquel entonces.

Al inicio del siglo XX, Freud S. con su interés por el conocimiento del ser humano, sus particularidades y su dinámica, difunde sus aportaciones, con lo que la psicología amplía la comprensión y concepción del ser humano, de donde se desarrolla una teoría y una técnica que será básica para el estudio del comportamiento y sirve para generar conocimientos y técnicas, que permiten ampliar y enriquecer su estudio, de esta aproximación surgen las pruebas proyectivas como el Rorschach, el T. A. T. y otras más, con lo que el trabajo del clínico, se vuelve más completo y cuenta con instrumentos que permiten enfocar el estudio del individuo desde otra perspectiva.

En 1900 Freud S. publicó "La interpretación de los sueños" y con este acontecimiento, estaba en pleno apogeo el movimiento psicoanalítico. Conceptos como el inconsciente, el complejo de Edipo y el yo comenzaron su ascendencia, el reconocimiento de Freud S., llegó con lentitud, pero los discípulos comenzaron a recorrer el camino hasta su puerta. Alfred Adler, Carl Jung y otros empezaron a prestarle atención.

El psicoanálisis de principios del siglo XX se dedicaba en gran medida al tratamiento de adultos y era practicado casi en exclusiva por analistas cuya capacitación básica era en medicina. Sin embargo Freud S., afirmó que los psicoanalistas no necesitaban una educación médica, pero a pesar de ello la profesión médica reclamó derechos exclusivos sobre el psicoanálisis, y de este modo dificultó la entrada subsiguiente de los psicólogos en la empresa de la psicoterapia.

Es en 1915 cuando se instituye el título de enfermera por primera vez en la historia y aparece el nuevo concepto de salud, que se define como el máximo bienestar posible, resultado de la adaptación y participación activa de la persona, en la promoción y conservación de un equilibrio dinámico consigo mismo y con su entorno.

En cuanto a los fenómenos sociales, la Segunda Guerra Mundial no solo requirió enormes cantidades de hombres, también contribuyó a las dificultades emocionales que se desarrollaron en muchos de ellos. Los médicos y psiquiatras militares eran muy pocos para afrontar la epidemia de estos problemas. Como resultado los psicólogos comenzaron a llenar la brecha en la salud mental. Al principio, su función fue auxiliar y a menudo comprendía sobre todo psicoterapia de grupo. Pero en forma cada vez mayor comenzaron a

proporcionar psicoterapia individual y se desempeñaron adecuadamente tanto en la meta a corto plazo de regresar a los hombres a combate como en la meta a largo plazo de la rehabilitación.

Después de la Segunda Guerra Mundial surgen el conductismo y el humanismo. En 1950 se unen la teoría de la Gestalt y el Humanismo de Carl R. Rogers y se crea la psicoterapia Gestalt.

Tiempo después surge una crisis paradigmática y las tres fuerzas ya no daban respuesta para todo y es así que nacen la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia ocupacional y la musicoterapia.

En los últimos años ha surgido un interés por estudiar los antecedentes de la psicología en México y es importante retomar algunos indicadores, a fin de no partir de cero y tener un conocimiento de la misma, que nos permita ubicarla en un marco de referencia.

Existen diferentes formas de abordar la historia. Para López Ramos (1995), los historiadores de la Psicología en México, se agrupan en dos grandes tendencias: historiadores externalistas e historiadores internalistas, los primeros se apoyan en la condicionalidad histórica, económica y cultural de la época, en donde influyen los modos de producción, (forma en la que los seres humanos satisfacen sus necesidades materiales y espirituales) y pretenden partir de un abordaje marxista ortodoxo y explicar su desarrollo, aunque el proceso de sus explicaciones se aproxima más al positivismo que al marxismo, dentro de este enfoque se puede ubicar a Jorge Molina, Pablo Valderrama, Fermín Rivero, Rigoberto León, Gustavo A. Patiño, y Edgar Galindo, para estos autores la historia de la ciencia es más que la simple descripción de hechos pasados, implica un análisis de las condiciones sociales y económicas que condicionan y generan un tipo de ciencia; desde su punto de vista, la ciencia es un producto social y su historia incluye conocer las necesidades que llevaron a la búsqueda de determinadas soluciones, implica también y de manera central, el estudio de qué características sociales crean las condiciones para que los hombres de ciertas épocas tengan determinadas concepciones del mundo (Molina, J. 1982 citado en López Ramos 1995).

En la posición internalista destacan Víctor Colotla, Xóchilt Gallegos, Rogelio Díaz Guerrero, Germán Álvarez y Emilio Ribes, este enfoque sostiene que los factores externos no ejercen ninguna influencia decisiva en la estructura de la ciencia, en virtud de su carácter autónomo. Parte de la idea de que su ciencia debe ser aprendida en los libros de texto y periódicos del período en que se estudia, deben dominar las tradiciones locales que muestra antes de abordar a los innovadores, cuyos descubrimientos e inventos cambiaron la dirección del avance científico, donde sus trabajos se pueden englobar en el uso de la cronología para hacer referencia a los acontecimientos de la Psicología, como si ésta tuviera sus leyes internas y su dinámica propia que la excluye de los conflictos sociales (López Ramos 1995).

Una tercer opción de hacer historia es con una perspectiva social en donde participa Sergio López Ramos, Martha Isabel Rodríguez, María Teresa Hernández Alcántara, y Elia Patlan Martínez, quienes toman como punto de partida la influencia del contexto social, en donde surgen formas de explicación

sobre diversos acontecimientos que tienen que ver con la psicología, es notorio que en la mayoría de los casos mencionados se nota que la psicología la van desarrollando diferentes profesionales y todos ellos hablan por la psicología de una forma multidisciplinaria, para que de esta manera en 1937 se elabore el primer plan de estudios de psicología misma que pone en práctica en 1938.

Y es así que la carrera de Psicología surge en el seno de la Facultad de Filosofía y Letras, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde Antonio García, Ezequiel A. Chávez, Francisco Larroyo y Eduardo García, elaboran el primer plan de estudios de psicología, que especificaba que la carrera tendría una duración de tres años, al término de los cuales se obtenía el título de maestro en ciencias psicológicas, en esta currícula quince materias eran de la disciplina, además de otras que se impartían en las carreras de Filosofía o en ciencias de la educación, con las que se complementaban el plan de estudios. En su origen el área de Humanidades desempeña un papel importante (Serra, 2008).

En 1939 llegan a México los refugiados españoles Imaz, Baca, Del Roncal, Gaos, entre otros y se enriquece el profesorado de Filosofía y en especial el de Psicología, introduciendo ideas de vanguardia europea, como la fenomenología de Husserl y la Psicología de la Gestalt de Koffka. El Dr. Federico Pascual del Roncal, inicia la enseñanza y el uso de las pruebas proyectivas de personalidad (T. A. T., Rorschach, etc.) en donde para su enseñanza, la base teórica del psicoanálisis es fundamental, así mismo su aplicación en el área de clínica. Para Ribes (1984) la influencia que ejerce la filosofía alemana y francesa como orientación dominante de la psicología en México es importante y significativa.

No es sino en la década de los cincuenta, cuando las diversas corrientes psicoanalíticas abren nuevas perspectivas teóricas a una Psicología académica de orientación racionalista y neo-tomista, y tienen auge en el desarrollo de la psicología, para que en la siguiente década, a partir de 1960 los abordajes conductista, psicobiológico y cognoscitiva (social, organísmico y psicométrico) empiezan a desarrollarse y se manifiestan de una manera clara en el currículo que prevaleció en el Campus de Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, y que penetró a un gran número de escuelas y facultades que posteriormente se dedicaron a la enseñanza de la Psicología en la República Mexicana (Serra, op. cit.).

1.2 Definición de salud y enfermedad mental: una definición problemática

[. . .] la vida del espíritu no es la vida que se asusta ante la muerte y se mantiene pura de la desolación, sino la que sabe afrontarla y mantenerse en ella. El espíritu sólo conquista su verdad cuando es capaz de encontrarse a sí mismo en el absoluto desgarramiento. El espíritu no es esta potencia como lo positivo que se aparta de lo negativo. . . sino que sólo es esta potencia cuando mira cara a cara a lo negativo y permanece cerca de ello. Esta permanencia es la fuerza mágica que hace que lo negativo vuelva al ser.

G. W. F. Hegel

Cuando se piensa en el concepto de salud y enfermedad viene adherida la palabra normal y anormal, sobre todo porque comúnmente en medicina se usa la palabra normal como sinónimo de salud, es por eso que se comienza por hablar de la normalidad. Normal es en sentido global, un comportamiento propio de la mayoría de las personas pertenecientes a una determinada esfera sociocultural y, en especial, aquello que tienen en cada caso en común con respecto a un determinado aspecto del comportamiento. Este concepto de norma es el que se puede mantener más libre de valoraciones.

En el criterio estadístico, lo normal es la conducta que presentan la mayoría de los integrantes del grupo al que se pertenece, en términos estadísticos lo normal es la media, y la anormalidad las conductas que difieren de los normales, lo que se manifiesta en la desviación estándar, en donde a mayor desviación estándar mayor anormalidad, y esto es parte de lo que se emplea en los tests psicológicos.

En cuanto al criterio normativo, su base es la conducta de los integrantes del grupo social al que se pertenece, y que están regidos por las normas sociales y culturales dominantes, de ahí que sea considerado normal, aquella persona que sigue lo que la sociedad a través de sus instituciones considera apropiado. Lo anormal serían las conductas que emite el sujeto y que van en contra de las leyes y normas, que las instituciones han establecido, lo que origina que dichos criterios sean relativistas, ya que lo que puede ser normal para un grupo específico, para otro no lo es.

La multiplicidad de criterios de normalidad, hace que el concepto sea enriquecedor más que limitante pero aún así hay demasiada relatividad. Los criterios también van evolucionando, por ejemplo en la segunda revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II), se consideraba a la homosexualidad como una enfermedad y ahora ya no es así. Aún así se buscan parámetros que se den en la práctica clínica (Serra, 2008).

Tomando en cuenta lo anterior, de que anormal es aquello que, en un determinado comportamiento, se desvía de la norma del correspondiente grupo, tenemos que tales desviaciones aparecen en dos direcciones:

- a) Positiva: en donde encontramos, superdotados, dotes máximas en una esfera racional o artística y especiales dotes intuitivas.

- b) Negativa: en donde encontramos, comportamientos que se desvían con respecto a la norma usual en el país o en el grupo en un sentido negativo, retrasado, fracasado, penoso, perturbador y que proporciona sufrimiento a otros.

Así se puede decir que algunas personas son simultáneamente anormales en sentido positivo y negativo.

Como conclusión a estas definiciones se puede asegurar que anormal no equivale de ninguna manera a enfermo, existen muchas anormalidades que no son patológicas, como por ejemplo grados leves de inteligencia subnormal y multitud de cualidades de carácter, de modo que los conceptos normal y anormal sólo deben ser tomados en cuenta en términos estadísticos.

Existen varias definiciones de salud y enfermedad, estas han surgido porque cada una de las personas que las definen, toman en cuenta diversos factores como el biológico, el mental y el social.

Partiremos de la definición que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, ésta considera a la salud como “un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social”, posteriormente la OMS en 1998 incluye el aspecto psicológico y la define como “un estado del perfecto equilibrio bio-psico-social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Comparar la salud con una sensación de bienestar físico, mental y social, complica mucho el problema de evaluar o medir el estado de salud, debido a que introduce un factor altamente subjetivo.

Parsons T. (citado en Rodríguez, s/f) considera que la salud es el estado óptimo de capacidad de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para las cuales él ha sido socializado.

Sano equivale, la mayoría de las veces, a un caso especial de normal, pero en parte excede del ámbito de la norma, por ejemplo un poeta genial es anormal en cuanto a sus dotes en este sentido, pero puede ser completamente sano.

También, sana es aquella persona que en ocasiones, y a pesar incluso, del padecimiento originado por una enfermedad corporal y/o contra la presión representada por las normas de su sociedad, logra salir adelante en su vida; que puede responder a las exigencias de su propia esencia personal y del mundo, y que es capaz de asumir sus tareas y obligaciones, es decir, alguien que se afirma en la vida y demuestra en ella su propia valía.

Desde el punto de vista psicológico, la salud se vincula a la noción del desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno, teniendo en cuenta su edad, capacidad innata, condiciones de vida y cultura. De modo más preciso, se puede definir la salud como la capacidad del individuo para establecer

relaciones con los demás, participar en forma constructiva en las modificaciones del entorno, resolver de manera adecuada sus potenciales conflictos y desarrollar su personalidad integrando sus pulsiones dentro de las realizaciones sociales.

En el ámbito psicoanalítico, Freud S. (1937) establece que salud es amar y trabajar, ya que sólo la persona que tiene interés en otra persona puede amar y estar en contacto con su medio trabajando. Él insistía en que la reducción del inconsciente, la elevación de la percepción y de la consciencia eran la garantía de la salud, es decir, lo sano resulta definido de acuerdo con el grado en que una persona sea libre de percibirse a sí misma como una unidad que actúa y que reacciona con independencia; que practica conscientemente las elecciones que se hallan a su alcance y que las realiza con conciencia de la responsabilidad que significan.

S. Isaacs (1952; citado en Coderch 1987) consideró que el grado de salud mental depende de la capacidad para conocer las fantasías mentales inconscientes, y de cómo son elaboradas éstas por el yo para intentar obtener una integración y satisfacción de los deseos implícitos en ellas.

Coderch (op. cit.) dice que lo que distingue a la persona mentalmente sana, no es la ausencia de conflictos, externos o intrapsíquicos, sino la capacidad de afrontar unos y otros, y de resolverlos de manera tal que sean las pulsiones libidinales de amor y crecimiento quienes regulen el comportamiento y adaptación, o en su caso, la lucha contra las circunstancias que se oponen al desenvolvimiento y a la vida.

Para Fromm (1967 citado en Singer 1965) la salud mental “se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de sí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón”.

Para la Federación Mundial para la Salud Mental (abril de 2005; citado en Serra, 2008) la salud mental tiene que ver con las siguientes características:

1) La persona está satisfecha consigo misma:

- No está abrumada por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- Puede aceptar, sin alterarse las decepciones de la vida.
- Tiene una actitud tolerante, despreocupada, respecto a su propia persona y a los demás, y es capaz de reírse de sí mismo.
- Ni subestima ni sobrevalora sus habilidades.
- Se respeta a sí mismo.
- Se siente capaz de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- Consigue placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

2) Se siente bien con los demás.

- Es capaz de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- Le gusta confiar en los demás y sentir que otros confían en ellos.
- Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- No se aprovecha de los demás ni deja que se le utilice.
- Se siente parte de un grupo.

3) Se consideran implicados en los hechos que afectan a la sociedad.

- Es capaz de satisfacer las demandas que la vida le presenta.
- Enfrenta sus problemas a medida que se van presentando.
- Acepta sus responsabilidades.
- Modifica su ambiente cuando esto es posible y su ajusta a él cuando es necesario.
- Planifica para el futuro, al que enfrenta sin temor.
- Son flexibles ante nuevos acontecimientos.
- Hace uso de sus dotes y aptitudes.
- Se fija metas ajustándose a la realidad.
- Es capaz de tomar sus propias decisiones.

Si abordamos la salud mental desde el punto de vista bio-psico-social, es importante que exista un equilibrio entre lo biológico, psicológico y social, ya que si en alguna de estas estructuras existe alteración, la repercusión inmediata será la alteración de la estructura de la personalidad, en donde de acuerdo con la definición que establece Allport (1971), "la personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan la adaptación del individuo al medio". Es importante esta definición ya que menciona que la personalidad no es estática, que está en constante cambio, en donde están mutuamente influidas tanto la estructura biológica como la psicológica y ésta a su vez por la estructura social, en donde para que la personalidad se pueda manifestar es importante que cuente con una estructura biológica sana, que al momento de nacer, el ser humano lo haga con una dotación natural que le permita un proceso de maduración de su sistema nervioso, que se pueda producir sin ningún contratiempo, que favorezca y que ponga en juego sus sentidos mediante los cuales pueda relacionarse con el medio ambiente en que vive; que le permita experimentarse a sí mismo como sujeto y objeto de desarrollo. Todo lo anterior en función de la estimulación que el medio le proporcione, por medio de las figuras parentales o sus sustitutos y el momento histórico que le tocó vivir.

Para fines didácticos lo psicológico, se puede abordar desde el punto de vista afectivo e intelectual, del primero surge la capacidad de pensamiento simbólico, que permite que los seres humanos puedan comunicar lo que sucede en su interior y que fundamentalmente es subjetiva. Con la capacidad de la razón se busca describir, explicar y transformar lo externo: lo objetivo, y permite incidir en principio en el mundo material y transformarlo, con la razón se pone en juego la capacidad de pensamiento heterocrítico, y con la capacidad de simbolización la capacidad autocrítica, lo que permite que en este proceso de desarrollo el ser humano sea capaz de conocerse, conocer el entorno y los integrantes con quienes convive.

Ahora bien, para poder desarrollarse necesita de la estimulación de los integrantes del medio en que vive, y esos integrantes son la familia, la cual es importante que este acorde a lo que sucede en el contexto económico, social, cultural y espiritual, para conocer la forma en que es influido por ello, y también que conozca la forma en que él ha influido en su contexto, en un principio la familia. Si existe un equilibrio entre estas instancias podrá ponerse en juego la salud mental.

Hasta entonces se ha hablado de la salud y de los factores que influyen en ella pero si se habla de salud necesariamente se tiene que hacer mención de lo contrario, que es la enfermedad, que por su parte "es una forma particular de existencia de la materia viva y caracterizada por la aparición de un proceso patológico que modifica la unidad del organismo y el organismo con el medio, seguido por la disminución, el aumento ó la alteración de los cambios metabólicos, y por la limitación ó la desaparición de la libertad o capacidad de trabajo integrado por el hombre en su conciencia de enfermedad" (Milcou en Rodríguez, s/f).

Enfermo, en sentido amplio, es un caso especial de lo anormal, es aquel que por cualquier motivo sufre a causa de sí mismo y del mundo en medida superior a la corriente en su país o su grupo, aquel que no puede adaptarse, hasta una medida que afecta a su propia vida a las circunstancias dadas, siempre que no sean demasiado extremas, aquel que falla en su afirmación frente a la vida y al mundo, y que, debido a su modo de ser sumamente distinto, no puede tolerar la existencia de un vínculo con sus semejantes.

Considerando la situación biológica constitucional individual del ser humano y las experiencias infantiles sexuales, (entendiendo la sexualidad no como sinónimo de genitalidad sino desde el punto de vista Freudiano) tenemos un punto de fijación en una etapa pregenital; cuando en la vida adulta se pasa cierto umbral de estrés (trauma) se presenta la enfermedad, ya sea bajo la modalidad de neurosis o psicosis (según la etapa del desarrollo psicosexual en donde se da la predisposición), por efecto regresivo de la libido al punto de fijación; en otras palabras, los problemas emocionales del adulto, de su interacción con el mundo y los demás son replicas de problemas y/o conflictos no resueltos en la infancia. Es en la infancia donde se dan las primeras situaciones de amor, de odio, de rivalidad, etc. Si se hace consciente lo inconsciente, hay la probabilidad de conocer los conflictos intrapsíquicos, y el

conocimiento obtenido le proporciona al ser humano la libertad para conducirse como él lo considere apropiado.

En el abordaje conductual, la enfermedad mental no existe, ya que se presentan conductas las cuales son apropiadas o inapropiadas y son consecuencias del aprendizaje que el sujeto ha obtenido. En este abordaje la conducta anormal es un comportamiento inadecuado. La estructura fundamental de esta perspectiva está constituida por los conceptos de estímulo, respuesta y refuerzo tomados de los campos del aprendizaje. A fin de explicar la conducta anormal se recurre a los mecanismos del condicionamiento clásico y operante.

En la aproximación humanista, la enfermedad mental surge porque el ser humano no ha sido capaz de poner en juego sus capacidades esencialmente humanas e impide que se manifiesten en su existencia, lo que origina que viva sobre la base de los demás y que dependa de los estímulos externos a él, olvidándose de sí mismo, por lo que vive en forma enajenada, aburrida, disociada, sin sentido de su existencia, lo que trae como consecuencia que la persona sienta que la vida lo vive y no que él vive a la vida, sin poner en juego sus propias capacidades, que le permitan sentirse y experimentarse, comunicarse y comunicarse y poner en juego la razón para explicarse, ubicarse en el mundo y el momento que está viviendo sin poner en juego la capacidad de lenguaje simbólico que permite expresar sus vivencias emocionales, las cuales ha reprimido, por lo que la capacidad de autocrítica y heterocrítica está alterada o disminuida, lo mismo que la capacidad de experimentarse a sí mismo, originando una fragmentación que se manifiesta de diferentes formas y le impide integrarse y ubicarse en el momento del aquí y ahora, y las circunstancias que le corresponden vivir (Serra, 2008).

La enfermedad mental, desde el punto de vista del psicoanálisis, es cuestión de grado, ya que el conflicto intrapsíquico que experimenta la persona originado en los primeros años de vida, impide que se dé un proceso de desarrollo que permita llegar a la etapa genital, y que la persona viva en la etapa pregenital, lo que origina la fijación o la regresión que el ser humano experimenta, y que se manifiesta por la resolución inadecuada del complejo de Edipo y origina conductas neuróticas, psicóticas o los trastornos de carácter.

La cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM-IV, establece que un trastorno mental se conceptualiza como un síndrome, un patrón conductual ó psicológico significativo desde el punto de vista clínico, que ocurre en un individuo y que se asocia con una aflicción presente o con un incremento significativo en el riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de la libertad.

Existen pocos datos que permitan conocer la frecuencia de los padecimientos, alteraciones y manifestaciones de la enfermedad mental en México, sin embargo es importante tomar en consideración para la población general el número de suicidios, homicidios, farmacodependencia, violencia intrafamiliar, racismo, misoginia, etc., como indicadores del grado de desarrollo humano, ya que permite conocer el grado en el cual el ser humano es capaz de integrar sus tendencias destructivas que atentan en contra de la vida humana y sus

manifestaciones, más los indicadores obtenidos por la Secretaría de Salud (2001; citado en Serra, 2008) y las investigaciones realizadas por el personal del Instituto Nacional de Psiquiatría. Sin embargo ante los cambios que se están llevando a cabo en la sociedad, y siendo un pilar importante el papel que desempeña la familia y la mujer en particular, ante la crisis del patriarcado es importante tomar en consideración varios aspectos, siendo alguno de ellos el producto de la globalización en la cual estamos insertos, que trae como consecuencia que la mujer tenga mejores oportunidades de acceso a la información y al conocimiento, que se refleja en la probabilidad de llevar a cabo elecciones acordes a sus intereses, en donde ya no está atada a la crianza de los hijos, ya que en la actualidad puede decidir cuando embarazarse, el número de hijos que quiere tener; que su mundo ya no es exclusivamente el mundo que le heredan sus padres, que lo puede ampliar, que puede salir a la escuela y al trabajo, que puede ser autosuficiente en lo económico y en lo social. Respecto a esto aparecen varios hechos que se manifiestan en el divorcio, según datos en México en 1987, las mujeres entre los 40 y 49 años de edad, vivían divorciadas, separadas o viudas en un 25.5% (Castells M. 1999).

Las teorías expuestas anteriormente, permiten entender desde diferentes puntos de vista la forma en que el ser humano manifiesta los conflictos que experimenta y describe el proceso único, particular, singular y la dinámica en que se encuentra y que le origina problemas y alteraciones en su vida cotidiana.

La salud y la enfermedad son dos grandes extremos en la variación biológica, son la resultante del éxito o del fracaso del ser humano para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente total. De acuerdo a esto, un individuo sano es aquel que muestra una armonía biológica, mental y social con su ambiente, de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo (San Martín, 1981).

La noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación. No puede, entonces, admitirse que la salud sea sólo ausencia de enfermedad y viceversa, por lo tanto se busca entender que la salud y la enfermedad, no es algo que sea estático, más bien es un proceso dinámico que puede variar dependiendo del ser humano que lo está viviendo, en donde existe variabilidad sin que se quede permanentemente en uno de los extremos.

La concepción de normalidad y anormalidad, de la salud y la enfermedad, implica un conjunto de nociones en el que se integran la biología, la fisiología, la ecología, la sociología y las dimensiones económicas de la noción de la salud con la experiencia de cada individuo, y el valor que cada uno asigne a la vida humana.

1.3 Definición de Psicoterapia

Si contribuyes a la felicidad de una persona, encontrarás el auténtico significado de la vida

Dalai Lama

Como se vio en los antecedentes históricos, la psicoterapia ha existido desde los inicios de la humanidad, aunque su forma de aplicación no ha sido la misma siempre, en la antigüedad se llevaba a cabo a través de ritos, ceremonias y diversas creencias y aunque no se denominaba psicoterapia, el fin era el mismo, obtener el alivio o la curación de diversos síntomas.

En la actualidad la psicoterapia es un tratamiento, un proceso que tiene como característica principal que es propia de humanos, y que por lo menos intervienen dos de ellos: el psicoterapeuta profesional y el paciente.

La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y tiene como finalidad eliminar ó disminuir el sufrimiento y los trastornos de comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el psicoterapeuta y el paciente (Corderch, 1987).

La psicoterapia es la oportunidad que tiene el ser humano de escucharse hablar a sí mismo de él mismo, es decir, descubrir el discurso propio, la manera en que experimentamos y vivimos acontecimientos placenteros y desagradables.

“Es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en que una persona capacitada, establece de manera deliberada una relación profesional con un paciente con objeto de eliminar, modificar ó retardar síntomas existentes; de mediar patrones de comportamiento perturbados y de promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad positiva” (Wolberg, 1967; citado en Trull 2003).

“Es la actividad planeada del psicólogo, cuyo propósito es lograr cambios en el individuo que hacen su adaptación a la vida potencialmente más feliz, más constructiva, ó ambos” (Rotter, 1971; citado en Trull, 2003).

La psicoterapia es una interacción confiada, planeada y emocionalmente cargada entre un psicoterapeuta capacitado, aprobado por la sociedad, y un enfermo. Durante esta interacción el psicoterapeuta busca aliviar la angustia e incapacidad del paciente por medio de comunicaciones simbólicas, sobre todo palabras, pero también en ocasiones actividades corporales. El psicoterapeuta puede hacer intervenir o no a los parientes del paciente y a otros en los rituales de curación.

También incluye a menudo ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que puede utilizarse como

una oportunidad para el crecimiento personal (J. D. Frank, 1982; citado en Trull 2003).

Rogers (1961; citado en Singer 1965) comenta que la esencia de la psicoterapia es el encuentro de dos personas, encuentro en el que el psicoterapeuta es abierto y libremente él mismo, y da pruebas de esto, quizás con mas plenitud, cuando puede penetrar en el mundo del otro libremente y con aceptación. El paciente halla una confirmación de sí mismo, no sólo en lo que es, sino también en sus potencialidades. Puede afirmarse, aunque temeroso sin duda, como una persona única y separada. Lo que esto significa es que, debido a que está más abierto a su experiencia, puede permitirse a sí mismo vivir simbólicamente todas las posibilidades.

Una psicoterapia es basada en primer término no para esclarecer un pasado irremediable, sino a causa de una insatisfacción en el presente y un deseo de mejorar el futuro.

Dentro del contexto psicoanalítico, la psicoterapia es una situación analítica, un constante encuentro entre 2 personas durante un periodo prolongado de tiempo donde el paciente recostado en un diván, (usado en el psicoanálisis ortodoxo) tiene la consigna de transmitir todos sus pensamientos, ocurrencias y sensaciones sin introducir ninguna clase de modificación en el relato a otra persona, a quien no ve mientras habla, llamada analista¹ o psicoterapeuta (Braunstein, 1975).

La psicoterapia es considerada una ciencia y un arte, por un lado es ciencia porque es una actividad humana que tiene un fundamento teórico, reformula teorías y sigue un método dentro de un encuadre.

Y a la vez es un arte, porque si bien la psicoterapia tiene reglas generales también su aplicación depende de las características personales de cada psicoterapeuta; como son la persuasión, la agudeza de la capacidad de observación, de escucha, etc.; tiene una evolución, es decir, cada psicoterapeuta va perfeccionando la técnica, y es lo que le irá dando un estilo propio, además es congruente a la época y el lugar en que se desarrolla; esto es precisamente lo que hace la psicoterapia sea un arte.

La psicoterapia no busca ser un paliativo sino brindar un bienestar psicológico, una capacidad de amar, de crear, una conciencia libre de temores ante el cambio.

¹ Analista: así es nombrado al psicoterapeuta en el contexto psicoanalítico ortodoxo.

CAPÍTULO DOS

PESPECTIVA PSICOANALÍTICA Y PSICOTERAPIA CON ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA: DIFERENCIAS

En la medida en que se base en la psicología, la filosofía no podrá evitar tomar plenamente en cuenta las aportaciones que ha hecho el psicoanálisis a la psicología, ni tampoco podrá dejar de reaccionar ante este nuevo enriquecimiento de nuestro saber, al igual que lo ha hecho ante cada adelanto significativo en las ciencias especializadas.

S. Freud

2.1 Breve descripción de la perspectiva psicoanalítica: Métodos y técnicas

Es importante partir del creador del psicoanálisis y los principios básicos, ya que son fundamentales para el desarrollo de las diferentes aportaciones y desarrollos teóricos y técnicos de la psicoterapia.

El creador del psicoanálisis es Sigmund Freud, médico austriaco nacido el 6 de mayo de 1856 en Freiberg (República Checa), cuatro años más tarde de su nacimiento su familia judía se traslada a Viena, en donde vive hasta 1937, A partir de 1873 inicia sus estudios de medicina en la Universidad de Viena graduándose en 1881. En 1923 se le diagnostica cáncer de mandíbula, desde entonces hasta su muerte en Londres el 23 de septiembre de 1939 padece esta enfermedad. Freud S. inaugura la ciencia del psicoanálisis en 1900 con la publicación de “La interpretación de los sueños”.

Los inicios del trabajo teórico de Freud S. se relacionan con la concepción traumática de la histeria y con el método catártico propuesto y elaborado por Breuer. Sin embargo la colaboración con Breuer duro poco tiempo. Freud S. convencido de la etiología sexual de la histeria, se aplicó a su comprensión clínica, abandonando toda técnica sugestiva, y utilizando como método la asociación libre. En el contexto de esta nueva forma de trabajo, Freud S. encontró los hitos a partir de los cuales elabora su particular concepción de lo inconsciente.

Aunque desde los “Estudios sobre la histeria” (1895) temas como los recuerdos reprimidos, la resistencia y las fantasías sexuales inconscientes, están presentes en el pensamiento y los textos freudianos, puede considerarse “La interpretación de los sueños” (1900) como el inicio del psicoanálisis propiamente dicho. A partir de este libro, Freud S. el psicoanalista dará a conocer paulatinamente su pensamiento a través de un conjunto de textos de

diverso carácter: teoría psicoanalítica, técnica psicoanalítica, análisis aplicado, etc.

En razón de la diversidad temática que presenta el conjunto de la obra freudiana y para mayor claridad expositiva, se diferencian en tres periodos cronológicamente:

Primer período 1900-1909

Entre los meses de junio y julio de 1897, un año después de la muerte de su padre y después de un periodo de intensa actividad teórica y clínica, centrada en el estudio de las neurosis, Freud S. le confiesa a Fliess: "he llegado a una especie de parálisis intelectual, creo estar encerrado en un capullo; sabe Dios que clase de bestia saldrá de él" (Bonaparte, Freud y Kris, 1950; citado en Ávila, 1994).

Un mes más tarde cree encontrar la salida. Se trata, entre otras cosas, de la consideración de que el sueño contiene, en quinta esencia, toda la psicología de las neurosis. A partir de esta fecha y a pesar de su soledad intelectual Freud S., enfrascado en sus propios recuerdos infantiles, sus sueños y los sueños de sus pacientes, elabora "La interpretación de los sueños" (1900) y junto al "Proyecto de una psicología científica" publicado en 1895 se funda la metapsicología freudiana. Los sueños son para Freud S. actos psíquicos complejos, cuyo sentido hay que develar y cuyo mecanismo hay que explicar. Para ello se sirve del modelo topográfico del aparato psíquico, que le permite situar las tres instancias, inconsciente, preconsciente y consciente, que constituyen la primera tópica, y explican la regresión. Todo ello pone de manifiesto la dinámica que se establece entre el deseo inconsciente y la censura, que sobre tal deseo impone el sistema consciente cuyo resultado es el contenido manifiesto del sueño.

En 1905 publica "Tres ensayos para una teoría sexual" donde esboza los principales conceptos sobre el tema. Frente al origen instintivo de la sexualidad propugnado por la biología y la psicología de su tiempo Freud S. propone una sexualidad basada en las pulsiones. A partir de ellas y en razón de los cambios relativos a su fuente y objeto, se irá desarrollando la sexualidad hasta arribar a la posición sexual definitiva.

Segundo período 1911-1920

En lo que se refiere a la clínica, las líneas de trabajo de Freud S. se desarrollan en tres frentes: el avance en la comprensión de la dinámica de diversas manifestaciones psicopatológicas a través del estudio de casos, la cuestión central de la transferencia y la técnica.

En 1909, Freud S. había hecho público el caso del pequeño Hans, cuyo apéndice aparecerá en 1922 y el hombre de las ratas. 1910 es el año del caso Schreber y 1914 el caso del hombre de los lobos y el de la "Comunicación de un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica".

Textos que hablan de perversiones como “La aflicción y la melancolía” y “Pegan al niño” (1919), junto con la observación del juego infantil y la tendencia a la repetición constatada en la clínica, conducen a Freud S. a postular en 1920 la existencia de la pulsión de muerte. La introducción de este concepto implica un cambio teórico fundamental, puesto que supone la reelaboración de la teoría pulsional que, desde “Más allá del principio del placer”, se concreta en la dualidad pulsión erótica y pulsión de muerte, en la oposición eros-thanatos.

Otro tema destacado en las consideraciones teóricas en esta década es sin duda, el de la transferencia. En “La dinámica de la transferencia” (1912), la actualización de los deseos inconscientes infantiles sobre la persona del psicoterapeuta es interpretada como un mecanismo al servicio de la resistencia, y en ese sentido como un obstáculo psicoterapéutico, pero en 1915, en “Observaciones sobre el amor de transferencia” sostiene que ha de ser puesta al servicio de la cura constituyendo uno de sus ejes fundamentales.

Tercer período 1920-1939

En los primeros años de esta década se produjo un giro en la elaboración teórica. La publicación de “La psicología de las masas”, “Análisis del yo” (1921) y “El yo y el ello” (1923), dan cuenta de que Freud S. ha continuado trabajando en el estudio de la dinámica del yo y ha completado su visión acerca del ello y del superyo, es decir, la segunda tópica y la relación del desarrollo psíquico con la cultura y “Nuevas aportaciones al psicoanálisis” (1933).

Su aportación clínica más importante es tal vez la que se refiere a “Inhibición, síntoma y angustia” (1925), texto en el que más allá de su primera versión basada en la teoría pulsional, en la que conceptualizaba la angustia como libido transformada por efecto de la represión, la explica ahora a partir del yo, que amenazado por los impulsos del ello o por la presión del superyo, emite sus señales a fin de desarrollar sus procesos de defensa, uno de los cuales es la represión.

Al margen de estos nuevos conceptos se completa el conjunto teórico freudiano; él sigue profundizando los aspectos técnicos en obras como “Análisis terminable e interminable” (1937) y “Construcciones en psicoanálisis” (1937).

El psicoanálisis es producto de su tiempo y de la historia particular de su formador Sigmund Freud (1856-1939). Las diversas modificaciones habidas en el seno de la disciplina psicoanalítica corresponden con su experiencia, con nuevos casos clínicos, principal fuente de información para el autor, desde donde fueron surgiendo demandas de reajustes de sistema que permitieran dar razón tanto de los nuevos problemas con que se enfrentaba en su práctica clínica investigadora, como de las nuevas estrategias que incorporaba en su quehacer psicoterapéutico, así como de las carencias o dificultades para resolver nuevos casos.

La metapsicología es el núcleo teórico del psicoanálisis, es incluso su otro nombre. El psicoanálisis es un método de investigación de los procesos

inconscientes, un modo de tratamiento de las perturbaciones neuróticas y una serie de concepciones psicológicas que tienden a la categoría de ciencia. La metapsicología representa la superestructura teórica de este conjunto. Es aquello que eleva la experiencia analítica a la altura de un saber.

Freud S. suele utilizar la expresión psicología de las profundidades para subrayar la dimensión subterránea de la investigación de los procesos llamados inconscientes.

En cuanto a los antecedentes filosóficos, en la obra de Freud S. se cita la influencia de Schopenhauer con sus fuerzas instintivas irracionales y sus planteamientos sobre el conflicto y la sublimación: de Nietzsche, en cuanto a la represión de los instintos, la frustración y la hostilidad (Botella 1993, citado en Alcázar 2004).

La obra de Freud S. se divide en cuatro etapas marcadas por los principales cambios de orientación en su teoría: etapa prefundacional (1886-1895), etapa fundacional (1895-1900), psicología del ello (1900-1914) y psicología del yo (1914-1939).

Etapa prefundacional: Abarca desde el momento en que Freud S. abre su consulta privada hasta la publicación de "Estudios sobre la histeria". Su labor se centra en la clasificación y diferenciación entre distintas neurosis y en la búsqueda de un método de tratamiento.

Etapa fundacional: La adopción de la asociación libre y el abandono de la teoría de la seducción son rasgos destacados de esta etapa. El término psicoanálisis aparece por primera vez en algunos escritos de 1896 en conexión con la adopción del método de asociación libre como piedra angular de la investigación y del tratamiento.

Psicología del ello: La cual desarrolla el edificio teórico del psicoanálisis en torno al concepto de libido, entendida como fuente esencial de la energía psíquica.

Cuando el ser humano se encuentra en el vientre materno, tiene la satisfacción inmediata de sus necesidades, ya que si desea alimento, éste le llega por su conexión con el cuerpo materno, si desea eliminar sus desechos orgánicos ellos se eliminan en forma rápida, se encuentra en un elemento acuoso con temperatura ideal para su desarrollo, en otras palabras la satisfacción de sus necesidades es en forma instantánea. Al nacer, el bebé tiene formada así la estructura del ello; dicha estructura, busca la satisfacción inmediata tal como la tenía en el medio intrauterino.

El bebé nace con el ello pero esa estructura ya no es muy útil para su existencia en el mundo concreto; ya no vive dentro de la madre y debe enfrentarse a un mundo totalmente diferente del cual se formó: la temperatura varía, si desea alimento tiene que esperar a que la madre se lo dé, tiene sensaciones físicas en la piel que pueden ser no muy agradables como cuando se moja o se hace del baño, hay estímulos luminosos y sonoros que desconoce. Es por estas razones que se considera como el primer trauma de un ser humano.

El bebé poco a poco tiene que desarrollar una nueva estructura, que medie entre sus necesidades internas y orgánicas, y el complicado mundo externo. Se va formando el yo, que tiene como una de sus misiones, obtener la satisfacción que le demanda el ello, pero ahora tomando en cuenta los elementos que lo rodean, por ejemplo el niño poco a poco sabe que gritando de cierta manera la madre sabrá que quiere comer, o que desea ser cambiado de pañal, o que tiene cólicos, y más adelante situaciones como que el calor, pasando cierta temperatura quema y que si se avienta de un lugar muy alto se puede golpear y lastimar.

Una de las obras más importantes de este período, como ya se había mencionado es “La interpretación de los sueños” (1900); con ella Freud S., elabora la noción de inconsciente en una primera propuesta metapsicológica conocida como la primera tópica en la que sitúa las tres instancias: inconsciente, preconscious y consciente.

En su obra “Psicopatología de la vida cotidiana” muestra que la regresión es siempre un efecto de la resistencia que se opone al avance de una idea hacia la consciencia y está en la base de la formación de actos fallidos y de los síntomas neuróticos.

Psicología del yo: La teoría psicoanalítica entra en fase de revisión y sistematización. En 1915, Freud S., anuncia que trabaja en un libro titulado “Introducción a la Metapsicología”. En 1920 publica su obra “Más allá del principio del placer”. Mas tarde, en “El yo y el ello”, formula la segunda tópica en la que propone las instancias psíquicas ello, yo y superyo. En esta etapa introduce la noción de pulsión de muerte (thanatos) entendida como la tendencia fundamental de todo ser vivo a volver al estado inorgánico.

El psicoanálisis es considerado el primer sistema estructurado de psicoterapia. Según Laplanche y Pontalis (1968; citado en Alcazar 2004), ha sido definido en función de tres niveles:

1. Como un método que utiliza el encuadre y que es precisamente lo que le da estructura y que consiste en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias (sueños, ensueños, fantasías) de un individuo y que utiliza la observación natural y la inferencia productiva.
2. Como método psicoterapéutico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, la transferencia y el deseo.
3. Como conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en la que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento.

Centrándose en el método terapéutico los conceptos básicos del psicoanálisis se formulan en cinco modelos: topográfico, dinámico, económico, genético y estructural que se explican a continuación.

El modelo topográfico (primera tópica), en el que se presenta el aparato psíquico dividido en tres niveles de consciencia a los que llama inconsciente, que es un sistema del aparato psíquico constituido por contenidos reprimidos,

regulados por procesos primarios como la satisfacción inmediata y el principio del placer, que luchan por hacerse conscientes; preconsciente con contenidos inconscientes pero accesibles al recuerdo y reconocimiento, regidos por el principio de la realidad; y consciente que es el tercer sistema del aparato psíquico que funciona como percepción-consciencia del mundo exterior e interior. El consciente se identifica con la parte racional del sujeto o el yo, y es el responsable de las actividades cognitivas. El inconsciente es el nivel de mayor relevancia a la hora de explicar la conducta.

Para esta primera tónica, durante un tratamiento psicoanalítico la técnica de la asociación libre esta dirigida hacia el inconsciente y el preconsciente para descubrir como vivió el paciente las primeras etapas del desarrollo.

Para Díaz Portillo (1989), el inconsciente está constituido por aquellos contenidos y procesos mentales incapaces de lograr el acceso a la consciencia debido a la existencia de la represión. El contenido del inconsciente está formado por las representaciones pulsionales y los deseos inaceptables para las normas morales, éticas e intelectuales del individuo, contenidos organizados bajo una lógica distinta a la formal, en la que las huellas mnémicas (recuerdos) se organizan a través de formas primitivas de asociación, lo que es el proceso primario.

La tónica psíquica nada tiene que ver con la anatomía; se refiere a regiones del aparato psíquico, donde quiera que estén situadas dentro del cuerpo, y no a localidades anatómicas, esto quiere decir que el inconsciente puede estar en cualquier lugar.

El siguiente modelo es el dinámico, que entiende los fenómenos mentales como el resultado de fuerzas en conflicto, surgidos de la necesidad de reducir, es decir descargar la tensión generada por las presiones instintivas sexuales y agresivas, por un lado, y por el otro, por las defensas construidas para inhibir la expresión consciente de los instintos.

El modelo económico, que se centra en la distribución, transferencia y gasto de energía que regula la conducta y la vida psíquica. La libido es el elemento que destaca en este modelo, ya que de ella nace gran parte de la teoría propuesta por Freud S., los conceptos básicos del psicoanálisis son, libido, inconsciente y transferencia y a partir de ellos se genera una teoría y una técnica la cual tendrá todo un conjunto de principios y conceptos que regirán al mismo.

Según Freud, S. (1905) la libido es una fuerza cuantitativamente variable que puede servir como medida de los procesos y transformaciones que ocurren en el campo de la excitación sexual, en 1916 establece que la catexia de energía que el ello dirige hacia los objetos de sus deseos sexuales, se denomina libido sin embargo en 1921 establece que la libido es una expresión tomada de la teoría de las emociones, con ese nombre designamos a la energía de aquellos instintos relacionados con todo lo que podemos incluir en la palabra amor, considerada como una magnitud cuantitativa. Para terminar en 1923 estableció que la libido es un término que se usa en la teoría de los instintos para describir la manifestación dinámica de la sexualidad, la energía en movimiento del aparato

psíquico. Esta energía, según el principio de placer y displacer, es de índole sexual, entendiéndolo como la gratificación de las necesidades. Busca la satisfacción de las exigencias instintivas (placer) y evita lo que impide su insatisfacción (displacer) es el dinamismo de la vida anímica, cuya energía es la libido, que esta al servicio de la vida.

La teoría de la libido puede ser considerada como el pilar que sostiene el edificio metapsicológico, en su fase de fundación. Nada concerniente al proceso inconsciente sería pensable sin su arraigo en la libido.

En realidad, la teoría de la libido es una pieza mayor en la explicación de los procesos psicosexuales y la pulsión esta estrechamente ligada a la libido. Se puede decir que la teoría de la libido es lo que enmarca a la teoría de la pulsión, presentando su despliegue de manera accesible.

La teoría de la libido es la parte de la teoría que se haya en la frontera de la biología como complemento de las elaboraciones y descubrimientos puramente psicológicos del psicoanálisis (Prologo de la 4ta edición de los Tres ensayos, 1920. O.C., VII P. 120).

La libido sexual es incluso el presupuesto fundamental, puesto que nada sucede en la psique sin la libido: “Mi propósito –dice Freud S. en 1914- es el de informarme respecto a lo que podía descubrir, acerca de la biología de la vida sexual humana con los recursos de la exploración psicológica” (O.C., VII, P. 119).

De hecho la libido proporciona a la teoría pulsional su doble fundamento, económico y dinámico.

Por una parte, se trata del deposito pulsional, puesto que las pulsiones representan las transformaciones de la libido, una especie de energía sexualizada de base. Y por la otra, la libido es propiamente la manifestación dinámica en la vida psíquica de la pulsión sexual (Psicoanálisis y Teoría de la libido, O.C., XVIII, P. 240).

Los tres ensayos contienen una especie de historia natural de la libido. Y de este modelo de desarrollo muy particular se desprende:

- Por una parte, la fijación y la regresión a lo pregenital revelan la conformación del síntoma lo que hace sus momentos de verdad del supuesto desarrollo.
- Por la otra, el carácter parcial de la pulsión que, a pesar de la tendencia a la unificación genital, implica un irreductible a lo que sería una integración mediante el desarrollo: la libido pasa de alguna manera de un objeto a otro, volviendo a experimentar con cada forma de satisfacción la existencia en la pulsión sexual, de algo que no es favorable a la satisfacción.

Siguiendo con los modelos, el genético es en el que Freud S. propone una descripción del desarrollo psicosexual a través de cuatro etapas predeterminadas. Las fases propuestas son: la fase oral (primer año) en la que

la zona erógena es la boca; la fase anal (segundo año), cuyo centro de gratificación libidinal es la zona anal; la fase fálica o edípica (entre los tres y cinco años), cuya zona más gratificante son los genitales, y la fase genital, que constituye el estadio psicosexual adulto y se caracteriza por la posibilidad de acompañar las sensaciones generadas en la relación sexual con sentimientos de afecto y ternura.

El modelo estructural (segunda tópica), es la presentación del sistema mental conformado por tres estructuras diferentes: ello, instancia pulsional cuyos contenidos son inconscientes, relacionados con los impulsos sexuales y agresivos; el yo que es la instancia que se hace cargo de la percepción consciente y de buena parte del preconscious; regulador de la interacción entre los impulsos biológicos y las demandas del mundo exterior; y el superyo instancia que vigila, censura al yo y contiene los aspectos éticos y morales del individuo acordes a la cultura en que se desenvuelve (Alcazar, 2004).

El psicoanálisis se caracteriza por el análisis en profundidad de la neurosis transferencial, la elevada frecuencia de las sesiones psicoterapéuticas, y el trabajo sobre focos móviles y múltiples. Para Nacht (1962; citado en Ávila 1994) el psicoanálisis es una técnica que se basa en la utilización psicoterapéutica de la neurosis de transferencia mediante el arte de las interpretaciones. Esto se relaciona con la tercera etapa del desarrollo psicosexual, la fase fálica, en sesión el paciente pondrá en el psicoterapeuta figuras relacionadas con esta etapa.

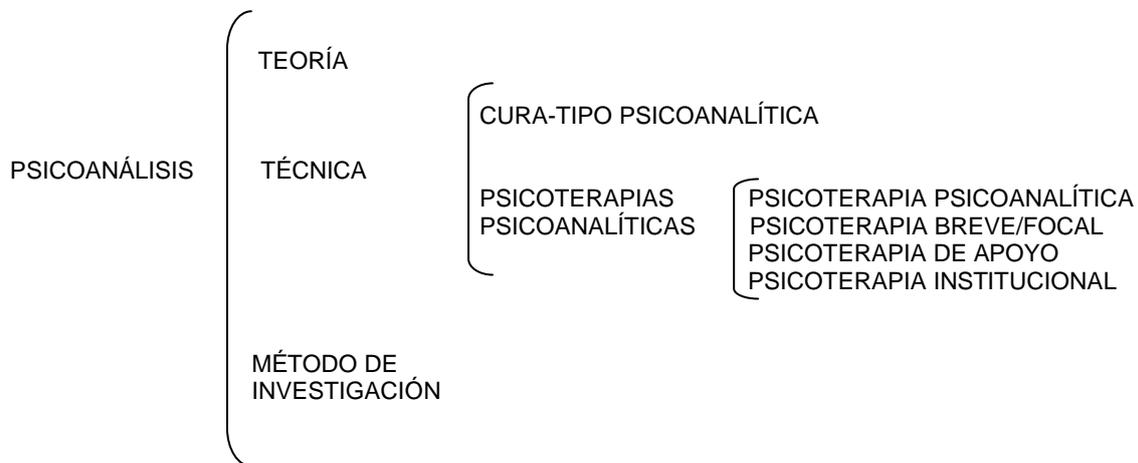
El psicoanálisis permite el entendimiento de los conflictos intrapsíquicos, la manifestación de las fuerzas inconscientes, la influencia que tienen los primeros años de vida en el ser humano y como los mismos pueden influir en su vida posterior sin que el paciente tenga conocimiento de ello.

2.2 Psicoterapia con orientación psicoanalítica: Diferencias con el psicoanálisis

Las conceptualizaciones de las psicoterapias psicoanalíticas provienen del psicoanálisis ortodoxo, estas poseen características propias y requieren de una delimitación cuidadosa.

Freud S. señala en Teoría de la Libido (1922; citado en Ávila 1994) que el concepto de psicoanálisis engloba un campo amplio de trabajo que abarca tres grandes áreas:

1. Una teoría
2. Una técnica
3. Un método de investigación



El término psicoterapia psicoanalítica se usa en singular, para denominar a una sola técnica, derivada de la cura tipo psicoanalítica, que se caracteriza por el trabajo sobre algunos focos psicopatológicos específicos y delimitados previamente, con objetivos más parciales que el psicoanálisis y con menor frecuencia de sesiones semanales. Para Coderch (1987; op. cit.) es un tratamiento de orientación psicoanalítica que no trata de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes, sino que más bien intenta solucionar algunas resistencias y reforzar otras, con la subsiguiente integración parcial por parte del yo y de las pulsiones reprimidas.

Este término en plural, abarca a todas las técnicas psicoanalíticas, con excepción del psicoanálisis: psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia breve, psicoterapia de apoyo, psicoterapia institucional, psicoterapia grupal, etc.

La psicoterapia psicoanalítica fue la primera técnica que surgió procedente de la técnica de la cura-tipo psicoanalítica o psicoanálisis.

Es necesario mencionar varios conceptos para una mayor diferenciación del psicoanálisis y la psicoterapia con orientación psicoanalítica. Y respecto a esto se tienen 3 aspectos:

1. Teoría general, constituida por planteamientos abstractos: a pesar de ello es objetivo dentro de lo subjetivo, por ejemplo una manera de darse cuenta de que un análisis se terminó, va en función de los sueños del paciente. En las primeras sesiones tendrá sueños referentes a la etapa oral y después de varios años de tratamiento el paciente tendrá sueños dirigidos hacia la etapa genital. Esto es precisamente lo que da objetividad dentro de la subjetividad.
2. Teoría de la técnica, constituida por conceptualizaciones más próximas a la práctica clínica.

3. Técnica clínica, que esta en función de las prescripciones acerca de cómo aplicar un tratamiento y teoría en la cual se esta apoyando.

Tomando en cuenta lo anterior veremos en dos niveles las psicoterapias psicoanalítica y el psicoanálisis.

Nivel 1 Teoría general, que se refiere al modelo ello, yo y superyo, la teoría del Edipo y la teoría de los instintos.

Nivel 2 Teoría de la técnica, refiriéndose a las teorías acerca del manejo de la transferencia y el trabajo sobre los focos terapéuticos.

La psicoterapia psicoanalítica surge porque se lleva a cabo la institucionalización y la demanda va orientada a entregar resultados, esto se dio en la Segunda Guerra Mundial, donde lo que importaba era el sentir actual del individuo, quitar los síntomas y que así funcionara adecuadamente en el ámbito laboral.

Actualmente la psicoterapia psicoanalítica tiene un papel importante ya que se lleva a la práctica en la asistencia pública (Poch, 1998).

Lo esencial y distintivo de la técnica de la cura-tipo psicoanalítica o psicoanálisis es que los conflictos psíquicos intentan ser abordados y resueltos, fundamentalmente a través del análisis de la transferencia-contratransferencia tal como es vivida en la neurosis transferencial, esto quiere decir en el aquí y el ahora de la muy intensa y extensa relación paciente-analista.

Las funciones sobre las que se trabaja durante el proceso psicoterapéutico son:

- 1- Función de apoyo. Que es todo aquello que tiene que ver con lo empático, de contacto afectivo, de comunicación emocionalmente primitiva y que se expresa a través del contacto personal paciente-psicoterapeuta: esto se halla en la línea de lo que Bion (1963-1970; citado en Ávila 1994) denomina contacto sin memoria ni deseo. Este contacto emocional tiene lugar fundamentalmente a través del tono afectivo, contención de los funcionamientos maníacos y sostén emocional en los funcionamientos depresivos (Atxotegi, 1992-1993; op. cit.). Este apoyo esta orientado a dar herramientas al paciente para que antes de que se presente el conflicto, lo enfrente él mismo. Lo que se hace es reforzar la seguridad y tranquilidad.
- 2- Función psicoterapéutica ligada a planteamientos más de tipo racional-cognitivo en donde se trabaja fundamentalmente sobre los procesos de adaptación a la realidad y sobre las dificultades en la construcción del objeto (escisión, proyección, identificación proyectiva, etc.). El trabajo psicoterapéutico consiste en aclarar y confrontar las realidades externas del paciente e interpretar las realidades de su mundo interno, pero como eventos en sí mismos y no en comunicaciones transferenciales, interpersonales paciente-psicoterapeuta.

- 3- Función psicoanalítica que es similar a la función psicoterapéutica en cuanto que clarifica y confronta realidades externas e interpreta realidades internas del paciente, pero en el caso de esta función, las intervenciones psicoterapéuticas se centran exclusivamente sobre el nivel transferencias de la comunicación.

Las funciones psicoterapéuticas y psicoanalíticas se superponen a la función de apoyo, y según como se combinen se podrá hablar de que un tratamiento con orientación psicoanalítica funciona como un psicoanálisis o como una psicoterapia psicoanalítica.

En el tratamiento de tipo psicoanalítico el encuadre posibilita la intensidad de la regresión, lo cual unido a la intensa activación de la función psicoanalítica, da lugar a una poderosa activación de la función de apoyo, de la relación afectiva emocional, la cual supone una poderosa herramienta psicoterapéutica que se halla en la base de la puesta en marcha del cambio psicológico (Etxegoyen, 1991; op. cit.).

En cuanto a los objetivos psicoterapéuticos, el psicoanálisis abarca la resolución de la neurosis de transferencia y la reestructuración más completa de la personalidad, en la psicoterapia psicoanalítica (p.p) se enfoca al trabajo psicoterapéutico sobre los núcleos psicopatológicos descompensados de la personalidad.

En relación a las características de aplicación de estas técnicas a nivel asistencial, el psicoanálisis no se utiliza en la asistencia pública por su elevado coste. Por su parte la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) es utilizable de forma creciente en la asistencia pública (Menzies y Jacques, 1969; Rosell y Tizon, 1983; op. cit.).

Es así, que la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) es aquella que se funda tanto en la estructura conceptual y teórica en el cuerpo de la doctrina psicoanalítica, es decir, parte del supuesto de la existencia de determinados conflictos intrapsíquicos que permanecen inconscientes para el paciente, y que el fin que con ella se pretende es el de solucionar, parcial o totalmente, dichos conflictos a través de la relación interpersonal paciente-psicoterapeuta, usando como instrumento curativo las intervenciones verbales del psicoterapeuta, que tienden a fortalecer el yo y a permitirle manejar adecuadamente aquellos impulsos y emociones frente a los que, hasta el momento ha fracasado en la función de síntesis e integración que le es propia.

Por el contrario las psicoterapias de apoyo, pretenden reforzar la represión de los conflictos perturbadores, el psicoterapeuta le presta su yo al paciente, la fuerza y capacidad de contención para que, de esta forma, intente manejar las tensiones internas, ofrece alternativas de gratificación y de comportamiento, reactiva los aspectos positivos y sanos que existen en el paciente, enseña nuevos modelos y pautas de comportamiento mental.

En realidad, la mayor parte de las técnicas de psicoterapia de apoyo se basan, en uno u otro aspecto, en las ideas y descubrimientos del psicoanálisis aún cuando no lo hagan de forma explícita. Su objetivo es el reforzamiento de las defensas ya existentes, así como la elaboración de nuevos y mejores mecanismos para mantener el control. Las técnicas empleadas son: guía, catarsis, relajación, hipnosis, placebos y los derivados del abordaje conductual; establecimiento de agenda, adiestramiento afirmativo, costo conductual, conteo conductual, persuasión verbal directa, extinción, desvanecimiento, multas, y se puede llevar a cabo en forma individual o en grupo. Con este tipo de técnicas se pone especial atención al análisis de la influencia de las fuerzas externas sobre el comportamiento del individuo, que carece de elementos emocionales ó intelectuales para responsabilizarse de su comportamiento, ó bien se emplea ocasionalmente cuando el paciente pasa por una crisis severa que le impide trabajar sobre los conflictos conscientes o los conflictos inconscientes (Serra, 2008).

En este tipo de apoyo se trabaja sólo con el consciente, que es finalmente el que genera la angustia.

Se pueden considerar como psicoterapias de apoyo aquellas que a través de uno u otro procedimiento se dirigen a reforzar las defensas contra el conflicto, en oposición a la p.p., la cual analiza las defensas como una forma de conseguir que las fuerzas psíquicas en conflicto puedan ser puestas a disposición del yo (Gill, M., 1951; citado en Coderch 1987).

Las diferencias entre las psicoterapias de apoyo y p.p. quedan claramente delimitadas partiendo de la idea de que existen instrumentos técnicos en la relación psicoterapéutica, los cuales son: sugestión, abreacción, aconsejamiento, confrontación, clarificación e interpretación. Los tres primeros pertenecen a las técnicas de apoyo, el cuarto representa un punto de transición entre estas y la p.p., el quinto corresponde más a la p.p. y el sexto es exclusivo de ella.

La p.p. bordea siempre dos peligros, frente a los cuales ha de procurar mantener un cuidadoso y medido equilibrio, sino quiere perder su propia individualidad y razón de ser. El primero de ellos es el de intentar seguir al pie de la letra los principios técnicos del psicoanálisis, sin los medios apropiados para ellos, en estos casos la p.p. se convierte en un remedo de psicoanálisis, sin los beneficios de una ni de otro. El segundo de los peligros es que la p.p. se transforme en una psicoterapia de apoyo, perdiendo las características de proceso descubridor que antes se ha mencionado.

El abandono completo de la comprensión e interpretación de la transferencia, desplaza rápidamente la relación psicoterapéutica hacia una psicoterapia de apoyo.

En este sentido la p.p. se diferencia de la psicoterapia de apoyo en que esta última, se enfoca en que el paciente obtenga racionalización emocional, que vaya comprendiendo en función de lo externo, lo que le está sucediendo y lo que le impide en un determinado momento tomar decisiones. A través de la

psicoterapia de apoyo el psicoterapeuta esclarece, orienta, conduce y hace ver al paciente porque presenta un yo débil, y así se lleva a cabo el fortalecimiento del yo, siendo esta psicoterapia de tipo compasiva y sugestiva. La p.p. por su parte a diferencia de las psicoterapias de apoyo logra cambios significativos en la estructura de la personalidad del paciente y no trabaja de una manera sugestiva ni compasiva.

La p.p. es una técnica psicoterapéutica derivada del psicoanálisis ante la cual se debe hacer un esfuerzo para que, de ninguna manera, se convierta en un psicoanálisis rudimentario y distorsionado, ni tampoco en una psicoterapia de apoyo esmaltada con términos psicoanalíticos.

Toda psicoterapia es un método de conocimiento y todo conocimiento presupone un cambio, o probabilidades de cambio, y en este sentido la p.p. se dirige a promover un cambio en el sujeto, y esto se lleva a cabo mediante un proceso de reorganización mental, al que se llega a través de la relación con el psicoterapeuta y en cuya base se encuentra el descubrimiento de fantasías, sentimientos, deseos, significados, etc., que hasta el momento eran desconocidos para el paciente. Esta reorganización de experiencia permite, como consecuencia, conocer nuevas formas de comportamiento frente a uno mismo y frente al mundo circundante, pero se trata de un conocimiento derivado de un primer cambio, sin que este conocimiento constituya, en sí mismo, el cambio esencial. Por tanto, esta adquisición de conocimiento y habilidades señala el develamiento de nuevos significados, a consecuencia de los cuales la experiencia personal se reorganiza (Coderch, 1987).

El psicoanálisis busca que el paciente obtenga el conocimiento de aspectos reprimidos de los primeros años de su vida, que son finalmente los que le generan un conflicto intrapsíquico. La p.p. por su parte busca que el paciente se de cuenta de aquello que pasa por alto y que esta interfiriendo en su vida diaria.

Algunos autores, entre los que se encuentran L. Wolberg (1967), P.H. Dewald (1969), I.H. Paul (1978), S. Tarachow (1963), D. H. Malan (1963, 1979; citados en Codech 1987), etc., juzgan que la p.p. (o psicoterapia dinámica para muchos de ellos), tiene su propio campo de acción, su técnica específica y sus objetivos propios, y que estos últimos, si bien no tan amplios y ambiciosos como los que pueden alcanzarse en un tratamiento de psicoanálisis, poseen características que le son peculiares, logran modificaciones significativas en la estructura psíquica y en la conducta, admiten cierto grado de validación y señalan que no deben ser confundidos con los efectos de la simple y pura sugestión.

El psicoanálisis es una técnica que provoca el desarrollo de una neurosis regresiva de transferencia que debe ser resuelta únicamente por la interpretación. Gran parte de la metodología analítica se halla específicamente dirigida a favorecer el despliegue de la regresión transferencial, sin ella no serían posibles las ambiciosas metas del psicoanálisis, cuyo cumplimiento exige la actuación de los conflictos, ansiedades, temores y fantasías infantiles.

Si la regresión no se presenta, el psicoterapeuta no estará en condiciones de enfrentarse con los conflictos y ansiedades de la infancia.

La neurosis transferencial es el fenómeno indispensable que permite al analista, en el caso del psicoanálisis, perseguir los conflictos intrapsíquicos hasta sus más ocultas y profundas raíces genéticas, en su intento de resolverlos definitivamente a través de la interpretación, para lograr una profunda reestructura de la personalidad. Y es precisamente una de las características de la metodología de la p.p. la que consiste, en una cuidadosa evitación de la neurosis transferencial. El psicoterapeuta no la utiliza, intencionalmente, desanima la producción del tal fenómeno al conducir las sesiones a otro nivel de comunicación, cara a cara, limitándose a una o dos sesiones por semana, subrayando el vínculo entre la realidad y las fantasías inconscientes del paciente.

Mientras que la p.p. reconoce, utiliza e interpreta cuando es preciso la transferencia en sectores parciales de la relación paciente-psicoterapeuta, con límites determinados de profundidad y sin favorecer la regresión de la misma, el psicoanálisis analiza la transferencia hasta las raíces genético-dinámicas de la vida psíquica infantil. Ello da lugar a una diferencia evidente en las metas de una y otra. El psicoanálisis aspira a la más completa reestructuración de la personalidad, a través del despliegue y resolución de la neurosis transferencial. La p.p., en cambio, intenta aclarar y modificar algunas áreas determinadas de la estructura mental del paciente, resolviendo las perturbaciones derivadas del conflicto intrapsíquico.

Uno de los aspectos más importantes reside en la posibilidad de poder diferenciar entre conflicto básico y conflicto derivado. Este último se refiere a las perturbaciones producidas por el hecho de que, con el transcurso del tiempo, los conflictos básicos van enraizándose en las circunstancias reales de la vida del paciente, dando lugar a alteraciones y disfunciones en éstas. Dichas perturbaciones desarrollan un grado importante de autonomía, a la vez que mantienen candentes y reagudizan los conflictos básicos. La acción de la p.p. se dirige, principalmente, a estos conflictos derivados, a fin de proporcionar al paciente una mayor disponibilidad de sus recursos mentales y atenuar indirectamente, la patología intrapsíquica fundamental.

Los síntomas y sufrimientos que aquejan al paciente, y que son aquellos que le han conducido hasta el tratamiento, constituyen el foco de atención y trabajo de la p.p. Esta focalización sería impropia en psicoanálisis, cuya atención se dirige a un develamiento tan completo como sea posible del inconsciente y de la transferencia, siendo la mejoría sintomatológica un simple resultado de tal comprensión.

En lo que se refiere a los recursos técnicos, la interpretación constituye casi exclusivamente el instrumento del psicoanálisis, en la p.p. la confrontación y la clarificación tienen un papel tan importante como el de la interpretación.

En cuanto a los métodos también son distintos, la posición del paciente; en psicoanálisis se utiliza el diván y en p.p. el encuentro es cara a cara; la indefinición en cuanto a la duración del tratamiento y la utilización de las

asociaciones libres facilitan una apropiada regresión psíquica. La p.p. es conducida en un nivel de entrevista libre, con énfasis en la realidad en la que se halla inserto el paciente y en la que vive en relación con el psicoterapeuta.

La p.p. esta indicada en todos aquellos casos en los que, aún cuando sería preferible un psicoanálisis, la falta de tiempo por parte del psicoterapeuta o del paciente, la falta de psicoanalistas disponibles para llevar a cabo el tratamiento, la urgencia de la situación, la carencia de adecuada motivación por parte del paciente, etc., hacen imposible un psicoanálisis.

Desde el punto de vista de la transferencia el psicoanálisis trabaja sobre la neurosis transferencial, mientras que la p.p. lo hace sobre reacciones transferenciales en momentos determinados. Así como la interpretación constante y sistemática de la transferencia regresiva en el psicoanálisis permite una reconstrucción general de la estructura psíquica, la interpretación sectorial de las reacciones y propensiones transferenciales en la p.p. permite la comprensión y disolución de estas mismas reacciones y propensiones, refuerza las capacidades adaptativas del yo, permite una mejoría del sentido de realidad y, en conjunto facilita un positivo enfrentamiento con el mundo circundante y las relaciones interpersonales (Gill, 1982, citado en Coderch).

La p.p. posee objetivos determinados, la desaparición de una específica sintomatología o la resolución de una situación especialmente perturbadora para el paciente. A su vez, el psicoanálisis implica la combinación de la falta de objetivos concretos con el objetivo fundamental de la reestructuración psíquica a largo plazo.

En lo que se refiere a la actitud de neutralidad técnica, en el psicoanálisis se destaca la posición equidistante del analista con respecto a la realidad externa, el superyo del paciente, sus pulsiones y las capacidades de observar y de actuar propias de su yo. Mientras que en la p.p. la neutralidad técnica queda mucho mas matizada, ya que en ocasiones debe reforzarse el contacto con la realidad para evitar una ruptura psicótica, en otras aportar el interés por investigar y la motivación de los que carece el paciente, centrar la atención en determinados aspectos de la vida real o psíquica de éste, etc. (Kenberg, O., 1979, citado en Coderch). Y en este proceso juega un papel importante la atención flotante, ya que a partir de esta, el psicoterapeuta podrá escuchar más allá del discurso del paciente, es decir, escuchar entre líneas, lo que hay detrás del discurso y en base a esto reforzar el contacto con la realidad para continuar con los propósitos de la p.p. y que el psicoterapeuta no se enfoque en aspectos de investigación propios de un psicoanálisis.

Kenberg manifiesta que la p.p. puede definirse como un tratamiento de base de orientación psicoanalítica que no trata, como objetivo de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes y, por tanto las resistencias, sino que más bien intenta solucionar parcialmente algunas resistencias y reforzar otras, con la subsiguiente integración parcial del las pulsiones reprimidas previamente en el yo adulto. Como consecuencia, puede tener lugar un aumento parcial de la fortaleza y la flexibilidad del yo, la cual permite una represión más afectiva de los impulsos residuales dinámicamente

inconscientes, y una configuración instintivo-defensiva que aumenta los aspectos adaptativos.

La p.p. es el tratamiento psicológico apropiado para sujetos que desean voluntariamente mejorar su estado psíquico y su funcionamiento mental, ya sea para verse libres de síntomas y molestias, ó ya sea para lograr un mayor aprovechamiento de sus aptitudes y posibilidades de acuerdo con las circunstancias en las que se encuentran. Siempre y cuando este deseo parta de las molestias y sufrimientos que les oprimen y que a la vez, impiden el adecuado desenvolvimiento de su personalidad y el florecimiento de sus capacidades.

La p.p. puede en la actualidad distinguirse nítidamente de las psicoterapias de apoyo, directivas, etc., y por otro lado es evidente que no se trata de un psicoanálisis en pequeño, sino de una modalidad psicoterapéutica derivada del mismo y que, aún cuando posee metas más restringidas, representa un tipo de tratamiento aplicable a gran número de pacientes y que, por lo tanto aporta una contribución extremadamente valiosa en la practica clínica.

2.2.1 Reglas generales y metas de la psicoterapia psicoanalítica

Parte del éxito de un proceso psicoterapéutico tiene que ver directamente con el establecimiento de la reglas a seguir durante este camino, y es un elemento que tienen en común todas las teorías y técnicas, y que se plantea al inicio de la relación de trabajo, ya sea para llevar a cabo la evaluación de la personalidad, el psicodiagnóstico o la intervención, entre el psicoterapeuta y el paciente, este establecimiento de reglas es denominado encuadre y se puede definir como el conjunto de normas y procedimientos que guiados bajo un marco teórico buscan el conocimiento, en función del bienestar del paciente o de la persona que solicita los servicios.

Es un tópico calificar las técnicas psicoanalíticas de poco estructuradas. Clásicamente la técnica psicoanalítica se ha considerado no estructurada por el carácter no directivo de las sesiones, la asociación libre, la atención flotante, etc. Sin embargo dentro del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) existe el encuadre, que es precisamente lo que le da estructura.

La psicoterapia da lugar a una relación asimétrica entre el paciente y el psicoterapeuta, esto quiere decir que no es recíproca en muchos sentidos, es decir, la sesión no es una conversación común en donde se intercambian puntos de vista o experiencias, sino que el paciente en sesión habla de lo que desee en ese momento y el psicoterapeuta solo escucha y aunque tenga algunas intervenciones nunca podrá hablar de sus experiencias, una característica de esta relación asimétrica es también que el paciente cree que el que sabe es el psicoterapeuta poniéndolo en el lugar del saber.

Y es así que es importante distinguir las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica (p.p.) a partir del encuadre, que se da en la relación profesional entre el paciente y el psicoterapeuta, y que como ya se mencionó es el conjunto de normas externas y procedimientos temporales, geográficas y éticas cuya finalidad es el conocimiento, incluye constantes de tiempo y lugar; el papel de ambos participantes y los objetivos que se persiguen.

Las normas temporales se refieren al día, la hora y la frecuencia de las sesiones. En psicoanálisis se llevan a cabo de 4 a 5 sesiones semanales de 45-50 minutos cada una, con una duración de varios años de tratamiento. Se va a establecer un mismo día y una misma hora para ver al paciente, esto sirve para convertir la variable del tiempo en una constante y dar contención al paciente. La sesión dura alrededor de 45-50 minutos con posibilidad de extenderse a una hora en el caso de los adultos, y en sesiones con niños la duración es de 45 minutos. Mientras que en la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) se llevan a cabo de 1 a 2 sesiones semanales durante varios años (Ávila, 1994).

Las normas geográficas consisten en la ubicación y el espacio físico en que se lleva a cabo la sesión, y debe ser un espacio libre de estímulos excesivos, disposición de mobiliario, que no haya radio, televisión, adornos y que garantice la privacidad a puerta cerrada. Con decoración discreta. Lo que no puede faltar es un reloj y pañuelos desechables.

Las normas éticas van en función de la regla de abstinencia que consiste en no satisfacer las demandas del paciente, como por ejemplo que el paciente pida más tiempo de sesión del acordado, acceder a darle consejos; ya que con esto no se favorece la independencia. Otra parte indispensable de esta regla es no hablar de nuestra vida privada con el paciente. Dentro de las normas éticas también se incluye no juzgar, no moralizar y no seducir al paciente, esta última se considera igual de importante que las demás ya que con la seducción se subordina al paciente.

Dentro del psicoanálisis la técnica empleada es la asociación libre no dirigida, es decir se sigue la regla básica del psicoanálisis y se utiliza constantemente el material onírico del paciente. Lo que le interesa al psicoterapeuta en este tipo de psicoterapia es la eliminación de las defensas existentes, la pasividad, el anonimato, la no dirección, que haya un constante análisis de transferencia y resistencia, en este proceso el psicoterapeuta no tiene actividad alguna dentro del análisis como lo marca la regla de abstinencia, y es así que el paciente nunca recibe consejos. El psicoterapeuta, rara vez toma detalles de la historia del paciente, usualmente se usan pruebas proyectivas. En general se busca que la relación del paciente con el psicoterapeuta se desarrolle de manera espontánea. En lo que se refiere a la transferencia, se estimula al punto de desarrollar una neurosis de transferencia y se analiza en términos de origen genético.

En la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) el psicoterapeuta ocasionalmente toma detalles de la historia del paciente, usualmente se usan pruebas proyectivas y las entrevistas se enfocan sobre situaciones, relaciones interpersonales y otras

causas de conflicto, en ocasiones se usa la asociación libre, utilizándose constantemente el material onírico del paciente.

En la p.p. el psicoterapeuta busca la eliminación de las defensas existentes, la actividad moderada, un constante análisis de la transferencia y la resistencia; en este tipo de psicoterapia rara vez el psicoterapeuta da consejo al paciente. De manera general se estimula la transferencia hasta el punto de darse cuenta de las actitudes y sentimientos reprimidos, la neurosis de transferencia es abolida por algunos psicoterapeutas. Se analiza la transferencia en relación a la estructura caracterológica o a los orígenes genéticos. Al igual que en psicoanálisis se permite que relación entre el paciente y el psicoterapeuta se desarrolle espontáneamente.

En psicoanálisis la sesión se lleva a cabo con el paciente reclinado en un diván. En pacientes muy graves a veces se trabaja cara a cara, dada la gran ansiedad del paciente y su dificultad para tolerar la no visibilidad del psicoterapeuta (Ávila, op. cit.). En la p.p. la sesión se lleva a cabo con el paciente sentado cara a cara o reclinado en un diván y se utilizan técnicas para el tratamiento tales como la psicoterapia psicoanalítica de grupo, hipnoanálisis, narcoterapia, terapia de juego y terapia por arte, estos sólo son utilizados ocasionalmente. Otros aspectos importantes del encuadre son el costo y la forma de pago, en este sentido cada psicoterapeuta establece el costo para todos los pacientes, hay ocasiones en que el paciente plantea concesiones, y llega a un acuerdo con él. No hay sesiones gratis.

En lo que se refiere a las cancelaciones y las llamadas telefónicas, el psicoterapeuta debe tener el teléfono de su paciente, para probables cancelaciones, se le pregunta al paciente si en su casa saben que esta recibiendo tratamiento y si es que se le puede llamar. Si el psicoterapeuta es el que cancela la sesión tiene la obligación de reponer el tiempo. Así mismo el paciente debe tener el número telefónico del psicoterapeuta para cuando la angustia le sea intolerable, dejándole claro al paciente que es para situaciones urgentes. En el caso de que ocurran estas llamadas el psicoterapeuta bajará la angustia de ese momento y lo demás lo tratará en sesión, no es adecuado dar psicoterapia por teléfono.

Algo importante en un tratamiento de tipo psicoanalítico son las vacaciones, lo adecuado es que se le avise al paciente 4 semanas antes para trabajar la angustia de separación que le generará. En p.p. no se trabaja con la neurosis transferencial así que no es necesario avisar con anticipación del periodo vacacional.

Las entrevistas familiares se llevan a cabo sólo con previa autorización del paciente, para explorar historia de vida con los padres en el caso de niños o adolescentes o cuando la vida del paciente esta en peligro.

En lo que se refiere a las metas de la psicoterapia, en un primer término dependerán del motivo de consulta de cada paciente, es decir, se trabaja con la demanda actual del paciente, aunque a lo largo de las sesiones el motivo va cambiando; es dinámico al igual que la personalidad.

De una forma muy general lo que se busca es que el paciente obtenga un crecimiento personal, es decir que con un proceso psicoterapéutico logre conocerse a sí mismo, (aún de lo indeseable) se reconozca a través de escucharse a sí mismo y con ello llegue al tan esperado equilibrio en las diferentes esferas bio-psico-social o bien que obtenga herramientas que le ayuden a funcionar de manera adecuada y con un nivel de angustia menor.

En relación a los objetivos psicoterapéuticos existen algunas diferencias, mientras que en el psicoanálisis los objetivos abarcan la resolución de la neurosis de transferencia y la reestructuración más completa de la personalidad, la p.p. se centra en el trabajo psicoterapéutico sobre los núcleos psicopatológicos más descompensados de la personalidad.

Lo que caracteriza a la p.p. es la flexibilidad, la experiencia emocional correctiva y el manejo de la transferencia. En cuanto a la flexibilidad, Alexander (1946; citado en Ávila 1994) propuso una serie de medidas, destacando al respecto la alteración de la frecuencia de sesiones a lo largo de la psicoterapia, con el fin de evitar regresiones excesivas. También resaltó lo adecuado de la participación afectiva del paciente en el tratamiento y la utilización de experiencias de la vida actual, así como interrupciones periódicas de las sesiones, las cuales servirían para someter a prueba la capacidad del paciente, para usar en la vida diaria las nuevas pautas de respuestas adquiridas, facilitándose de esta forma la terminación natural del tratamiento.

Los objetivos de la p.p. son aumentar la comprensión que el paciente tiene de sí mismo, a fin de que pueda utilizar libremente sus aptitudes y recursos para manejar la realidad que le rodea y satisfacer sus necesidades afectivas, pulsionales y sociales. Y aunque generalmente no es posible delimitar antes del comienzo de un proceso psicoterapéutico con exactitud los resultados que se pretenden conseguir, si es posible y conveniente fijarlos de una manera orientada, flexible y abierta al cambio. Algo resulta indiscutible, y es que ha de quedar bien claro, para el paciente y el psicoterapeuta que, aquello que se proponen no es lanzarse a un diálogo sin rumbo para ver qué es lo que ocurre (Coderch, 1987).

Coderch (op. cit.) plantea 3 puntos sobre los que el psicoterapeuta puede evaluar el proceso de psicoterapia en el paciente:

1. Que cambios han tenido lugar en las variables relativas a las funciones interpersonales, es decir, dependencia, autonomía, agresividad, sexualidad, relaciones laborales, familiares, sociales, amistad, etc., e intrapersonales como son, ansiedad, sentimiento de descontento o de satisfacción y aceptación frente a sí mismo, sentimiento de culpabilidad, posibilidades de programación de las propias actividades, sentimiento de libertad interna, fobias, obsesiones, etc.
2. De qué manera se han producido estos cambios.
3. Como influyen en la situación general del paciente.

La misión básica del psicoterapeuta es observar, comprender el funcionamiento mental del paciente y hacerle participe de dicha comprensión.

La p.p. es calificada como una psicoterapia descubridora. Y esto se refiere, al hecho de llegar a conocer algo que ya existía pero que esta escondido. Por tanto, sacar a la luz ideas, impulsos, etc., que hasta el momento permanecían inconscientes forma parte de este proceso de descubrir. También este acto de descubrir incluye la reunificación de elementos psíquicos y de comportamiento, a veces muy dispersos entre sí, en una nueva, coherente y comprensible estructuración.

En lo que se refiere a la experiencia emocional correctiva, un paciente sólo puede ser ayudado eficazmente, si dentro de su análisis o en su vida diaria experimenta emociones correctivas adecuadas para reparar la influencia traumática de hechos anteriores. Alexander (1950; citado en Ávila 1994) habla de la experiencia emocional correctiva en base a determinadas actitudes del psicoterapeuta ante los fenómenos transferenciales.

El objetivo de la psicoterapia es hacerla superflua. Un psicoterapeuta con sentido ético trabaja de tal manera que su trabajo llega a ser innecesario. Ayuda a los pacientes a crecer y, al final de su labor, éstos ya no lo necesitan. La dependencia del paciente termina cuando llegan a ser independientes en sus vidas y comienzan a tomar sus propias decisiones racionales (Wolman, 1976; citado en Caso 1985).

2.2.2. El paciente y el psicoterapeuta: Una relación asimétrica

Ahora [. . .] nos dirigimos al problema de lo que los hombres muestran por sí mismos en su conducta como propósito e intención de sus vidas. ¿Qué le piden a la vida y que desean lograr en ella? La respuesta a esto casi no admite duda. Persiguen la felicidad; quieren ser felices y permanecer así [. . .] La reflexión nos muestra que esto se alcanza siguiendo sendas muy diferentes; y sucede que todas estas sendas han sido encarecidas por las diversas escuelas de sabiduría mundana y puestas en práctica por los hombres.

S. Freud

Como ya se mencionó anteriormente el proceso psicoterapéutico es una actividad fundamentalmente humana y requiere de por lo menos 2 integrantes: paciente y psicoterapeuta.

El paciente es un ser humano que se presenta ante el psicoterapeuta, como alguien que reconoce un sentir, y que se ha dado cuenta que sus herramientas y recursos ya no le son suficientes para hacerle frente a la angustia. Solicitando así, alivio de su sufrimiento y conflictos, de modo que parece que el psicoterapeuta debe ser capaz de extirpárselos, como si estos se tratasen de un quiste u objeto extraño en el interior de su organismo.

La psicoterapia es un proceso verbal que precisa que los pacientes articulen sus problemas, que los expresen en palabras, se requiere que el paciente establezca conexiones entre sucesos, debe tener la capacidad de ver relaciones entre sucesos anteriores y problemas actuales; debe ser capaz de conectar sus sentimientos actuales con una variedad de acontecimientos, cuya relación con esos sentimientos puede parecer improbable al principio. Es así que la psicoterapia necesita un grado de introspección (Trull, 2003).

Trull (op. cit.) considera que los pacientes jóvenes han sido considerados como los mejores candidatos para la psicoterapia, se supone que son más flexibles o tienen menos costumbres arraigadas. Tal vez son más capaces de establecer las conexiones apropiadas porque están más cerca de sus años infantiles. Sin embargo no se puede generalizar, lo ideal es no sólo considerar la edad de un paciente sino tomar en cuenta las características de cada uno de ellos.

Lo que se requiere que posea un paciente es un nivel de reflexión a nivel cognitivo, es decir, capacidades de insight, un compromiso que por lo regular se refleja en el asistir a las sesiones, pagar, colaborar, etc. El paciente debe tener tolerancia a la frustración, una capacidad de verbalización por cualquier medio y sin lugar a dudas se requiere que el paciente asista con un nivel de angustia, que suele ser ambivalente ya que por un lado ésta le podrá provocar en algunas ocasiones pasividad y en otras una actividad auténtica.

En ocasiones la psicoterapia es un proceso prolongado, demanda tiempo y esfuerzo de un paciente, quien puede estar cargado de ansiedad, contratiempos y períodos de una aparente falta de progreso. Para que la psicoterapia tenga éxito, obliga al paciente a examinar los rincones de la mente que han permanecido sin reconocimiento durante mucho tiempo. Puede demandarle que emplee comportamientos nuevos que le provocan ansiedad. La psicoterapia no es un proceso pasivo en que se transmiten conocimientos al paciente, este debe buscar sus formas de obtenerlo en forma activa y la búsqueda no es fácil, por estas razones la psicoterapia exitosa requiere motivación (Trull, op. cit.).

A través de la experiencia de la psicoterapia el paciente va descubriendo que quien tiene el saber es él y no el psicoterapeuta como piensa en un principio.

Respecto a esto el psicoterapeuta debe actuar con responsabilidad, y no quedarse ubicado permanentemente como si fuera él, el que tiene el saber y que, gracias a ese saber y mediante sus intervenciones, ayuda a mitigar el sufrimiento del paciente que recurre a él, ubicándose en esta posición de un lugar ideal, pues todo lo sabe y es un como modelo a seguir, ya que esto le trae complicaciones cuando se cuestione cuando habrá de terminar el proceso psicoterapéutico con alguien que se ha ubicado en el lugar de modelo, idealizándose la transferencia hacia el psicoterapeuta (Macias, 2006).

Es importante que el paciente neutralice los elementos culpabilizantes para sustituirlos por la responsabilidad, ya que la culpa paraliza al paciente, aunado

se busca que el paciente busque el cambio y no la cura, que sea capaz de experimentar placer, que reduzca la tendencia a evitar y la sustituya por el enfrentar, que se logre la congruencia entre el sentimiento, el pensamiento y la acción, de la que hablaba Platón en el capítulo 1.

La psicoterapia debe ser un proceso voluntario, el paciente debe desear la psicoterapia, ya que cuando las personas son forzadas a asistir a un tratamiento es raro que se beneficien de ella.

En el paciente surgirán expectativas racionales, tales como; que la psicoterapia le proporcionará algo nuevo, a fin de convertirse en alguien nuevo también, tendrá la sensación de que le producirá una mejoría, no sólo en apariencia, sino que mejorarán sus relaciones; tendrá la idea de que va a encontrar a un ser humano que lo ayudará y será respetado por el, ya que todo lo que se trate durante sus sesiones será confidencial.

Una especie de apertura por parte del paciente al proceso psicoterapéutico parece hacer que el paciente sea mejor apuesta para la psicoterapia (Strupp y Bergin, 1969 citados en Trull 2003).

La actitud íntima del paciente respecto a la psicoterapia es de modo inevitable ambivalente, debe experimentar cierta ansia de vida y de libertad, deseo de empeñarse en algo, de ser y volverse activo; pero, al mismo tiempo, se siente inclinado a la pasividad, a seguir encadenado. Si lo primero faltara del todo, el paciente no acudiría nunca a la consulta del psicoterapeuta, pues no podrá imaginar la posibilidad de otro estilo de vida. Si falta lo segundo, la persona no será un paciente y no tendrá necesidad de la intervención psicoterapéutica (Singer, 1965).

La psicoterapia psicoanalítica (p.p.) proporciona al paciente la posibilidad de una experiencia psíquica única y peculiar, la cual no le puede ser ofrecida por ninguna otra clase de relación, ni profesional ni social, y esta experiencia irrepetible es, precisamente, lo que constituye el proceso psicoterapéutico.

Ésta se basa en un proceso relacional, pero no es la relación en sí la esencia del proceso psicoterapéutico, sino la experiencia intrasubjetiva a que esta relación da lugar.

El proceso psicoterapéutico se apoya, fundamentalmente, en la experiencia de la propia individualidad y autonomía, y es también el resultado de las experiencias complementarias de entender y ser entendido. En conjunto es una actividad de autoinvestigación, que se dirige a articular, comprender y descubrir. Así el proceso psicoterapéutico es un proceso mental e intrapsíquico que no debe ser confundido con la relación interpersonal que lo posibilita, se desarrolla a través de la relación entre psicoterapeuta y paciente, pero tiene lugar dentro del paciente, en su espacio psíquico.

En lo que se refiere a la visión de la sociedad con respecto al psicoterapeuta, Henry (1966: citado en Guy 1995) señala que desde la antigüedad ésta reserva un lugar de honor especial para sus curanderos; que estos individuos siempre

han sido tratados como personas privilegiadas, a las que se les concede un acceso legítimo a lo oculto y lo misterioso.

Es una profesión rodeada de un halo místico, que despierta a la vez el respeto y el temor del profano. Y más que una profesión deseable se considera una vocación que procura grandes recompensas, como riquezas y prestigio, a un alto precio personal.

Se cree que sus dolores privados les otorgan mayor comprensión y percepción de las aflicciones ajenas. Son dignos de confianza y respeto casi incuestionables.

En la actualidad el psicoterapeuta es una persona con formación profesional, con curiosidad científica, con un profundo sentido ético, que guarda el secreto profesional para proteger la integridad del paciente, esto lo lleva a asistir a la persona que sufre con el único interés de potenciarlo, respetando las ideas políticas, religiosas y la vida privada del paciente.

El psicoterapeuta debe tener una actualización constante, ya que le permite formular y reformular hipótesis en el trabajo con pacientes. Además de la actualización, Freud S. (1926; citado en Macias 2006) menciona: "Exigimos que todo aquel que quiera ejercer en otros el análisis se someta antes, él mismo, a un análisis".

Solo en el curso de este análisis personal con otra persona, a través de esta vivencia, el psicoterapeuta podrá vivir en carne propia, los fundamentos postulados por el psicoanálisis (Macias, op. cit.).

Y es precisamente éste uno de los requerimientos que debe poseer el psicoterapeuta; capacidad de autoobservación, y es el tratamiento propio lo que le da la capacidad analítica sintética para una buena escucha del discurso del paciente, es decir que sea capaz de escuchar como un todo para después analizar y relacionar el discurso con sesiones anteriores. Debe ser creativo y tener una capacidad para establecer relaciones interpersonales.

Fromm-Reichmann (1949,1952 citado en Singer 1965) sugieren que el bienestar emocional del psicoterapeuta es un requisito previo del trabajo efectivo. Sullivan (1949 citado en Singer) también sostiene que el psicoterapeuta debe estar emocionalmente sano.

Una de las características más importantes que debe poseer es una adecuada empatía, es decir, que dentro del consultorio haya una atmósfera confortable y una comprensión. Una actitud así no requiere que el psicoterapeuta agrade al paciente, que haga amistad con él, sino que requiere no prejuzgar a los pacientes con base en los problemas para los que buscan ayuda. Las actitudes de comprensión, sinceridad, aceptación y empatía no son técnicas; considerarlas como tales es perder su verdadera importancia (Trull, 2003).

La empatía es una relación fundada en el respeto, sinceridad, confianza y tolerancia. A través de ella el psicoterapeuta es capaz de entrar en el mundo de los demás, no sólo escuchando, sino que a través de ella establece alianzas

con sus pacientes y esto resulta beneficioso para ambas partes de la interacción (Storr, 1979: citado en Guy 1995).

Farber (1985: op. cit.) describe la empatía como una propensión psicológica, un rasgo que contiene en su médula la capacidad de iluminar la significación y la motivación de la conducta, los pensamientos y los sentimientos en sí mismos y en los demás. Él piensa que este rasgo se deriva de una compleja interacción entre cierta dotación genética y una serie de influencias ambientales.

A su vez, el psicoterapeuta debe ser capaz de transmitir a su paciente la idea de que ambos inician un proceso de investigación sobre la psique de este último, y que si se logra una mayor comprensión del mismo será para beneficio del paciente. Debe primero brindar al paciente apoyo emocional suficiente para que pueda desafiar sus temores, debe cuidarse sin embargo, de no permitir que la relación de dependencia con el psicoterapeuta llegue a convertirse en fuente tan grande de gratificación que constituya un fin en sí misma. El destete respecto al psicoterapeuta puede facilitarse entonces mediante una gradual reducción de la cantidad de sesiones (Alexander. 1956).

Aspectos importantes de las características de un psicoterapeuta son el uso del lenguaje y la escucha. En cuanto al lenguaje el psicoterapeuta debe cuidarse de usar palabras que el paciente interprete con el significado que el pretende darle, es imprescindible aclarar siempre el significado de una palabra usada por el paciente si hay alguna duda o interpretaciones alternativas.

Desde los primeros escritos de Freud S. (1949; citado en Guy 1995), se considera que conversar es el modo; el medio por el que se desarrolla la psicoterapia. Es por esto que es necesario que el psicoterapeuta tenga una facilidad de expresión verbal.

El saber escuchar es uno de los requisitos básicos e imprescindibles para que un proceso de psicoterapia resulte eficaz y satisfactorio, escuchar implica poner atención a lo que se oye. El poder escuchar ayuda al psicoterapeuta a obtener información que no lograría conocer a través de otros medios, es decir, con las expresiones emocionales, tono de voz y expresiones faciales con las que se expresa un sentimiento.

Si bien el pacto psicoterapéutico y la regla fundamental del paciente es asociar libremente, también el psicoterapeuta le atañe una escucha especial: la atención flotante. El psicoterapeuta no debe privilegiar ningún elemento del discurso del paciente, su escucha debe ser desprejuiciada.

Dado que las manifestaciones del inconsciente salen disfrazadas, deformadas, la atención flotante constituye la única técnica objetiva para desenmascarar un discurso esencialmente camuflajeado.

Las habilidades que se requieren para una escucha adecuada del discurso del paciente son atención, concentración, percepción y retención de la información. Así mismo lo que obstaculiza una adecuada escucha es la intolerancia, impulsividad, anticipación, indolencia y sugestibilidad.

En relación al tipo de intervención psicoterapéutica el psicoanálisis basa fundamentalmente su intervención en la interpretación transferencial, con una técnica de foco móvil. Por su parte la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) se basa fundamentalmente en la interpretación psicodinámica, aunque también utiliza, en función del conocimiento del paciente y de la dinámica relacional, la interpretación transferencial.

“A los pacientes se les ayuda mejor si el analista, realiza su tarea fríamente”, aconseja Freud S. (1926; citado en Wallwork 1994), pero con ello no pretende un desprendimiento impersonal del psicoterapeuta siguiendo el estilo de los científicos de la naturaleza. En su famosa recomendación por lo contrario, Freud S. dice que el psicoanalista debe actuar como un espejo. No creyó que la psicoterapia pudiera verificarse sin simpatía ni respeto. Lo que recomendó fue una neutralidad en el contexto de ayudar al paciente, es decir, una comprensión calidamente tolerante que comunica el interés por el bienestar del paciente de un modo no amenazador y que le permite soportar las frustraciones de la situación analítica así como exponer las creencias, sentimientos, y motivaciones inconscientes que son la causa primaria de su sufrimiento.

En este entorno de neutralidad y comprensión el psicoterapeuta se abstiene de expresar su desaprobación moral y de instruir moralmente al paciente, no porque sea neutral en cuestión de valores, sino porque la entrega del psicoterapeuta al valor en sí de hacer el bien, le ordena recordar que en este entorno el mejor método psicoterapéutico consiste en concentrarse en la aclaración y la interpretación sin emitir juicios de valor.

La tolerancia por parte del psicoterapeuta, aún de aquellos valores que no se encuentran por lo normal en su propio sistema axiológico, se basa en el valor que se atribuye a la verdad y a la autonomía del paciente, así como en la creencia de que un enfoque que excluya los juicios de valor probablemente beneficiará al paciente.

El psicoterapeuta inhibe su deseo de una curación inmediata y adopta la postura de una carencia temporal de meta, porque tiene en mente el objetivo a largo plazo, como es en el caso de un tratamiento psicoanalítico.

Una vez que el trabajo interpretativo del psicoterapeuta logra aliviar el sufrimiento al hacer más accesible al paciente el control de las motivaciones que repudia, el psicoterapeuta deja en sus manos la decisión de lo que quiere hacer con el autoconocimiento que recién ha adquirido. El psicoterapeuta se abstiene de dirigir al paciente diciéndole como actuar, por respeto al valor intrínseco de su autonomía.

Freud S. (1923; op. cit.), habla de la autonomía diciendo que el psicoterapeuta respeta la individualidad del paciente y no busca remodelarlo de acuerdo a su propio yo, es decir, de acuerdo a los ideales personales del psicoterapeuta, sino que debe evitar dar consejos y en vez de eso despertar en el paciente la facultad de la iniciativa.

Zimmermann (1979; citado en Coderch 1987) comenta que los rasgos que se consideran esenciales en el psicoterapeuta pueden ser agrupados de la siguiente manera:

El psicoterapeuta debe ser capaz de:

- No mostrar sentimientos que puedan interferir con una actitud de amabilidad, consideración e interés. Debe ser apto para abstenerse de juzgar a su paciente.
- Estar suficientemente informado acerca de los fenómenos psicopatológicos subyacentes a la sintomatología de los pacientes.
- Encontrarse en condiciones de emplear los factores dinámicos en la relación interpersonal con el paciente, para modificar en lo posible, la estructura psíquica de éste.
- Por su sincero interés por el paciente, despertar y mantener la confianza de éste.
- Escuchar la comunicación del paciente, sin reaccionar de acuerdo con sus propios problemas, sentimientos o juicios de valor.
- Comprender, dentro de los límites variables de acuerdo con su preparación profesional, su propio inconsciente y el inconsciente de sus pacientes.
- Conocer como trabajar dentro de un campo de fuerzas interpersonales.
- Conocer la estructura, presiones y límites que impone a esta relación.
- Poseer sus propias hipótesis acerca de por qué el paciente presenta determinadas formas transferenciales de comportamiento.
- Comprender al paciente como una persona cuyos conflictos internos se manifiestan en la relación con él.
- Entender claramente la naturaleza de la influencia que él mismo puede ejercer sobre este campo relacional de fuerzas, en su intento para modificar algunos aspectos significativos de los sentimientos y comportamiento del paciente.
- Estimar las posibilidades que existen de alcanzar un particular objetivo en un período de tiempo determinado.
- Tener en cuenta las fuerzas que actúan en contra de los propósitos, no sólo en el interior del paciente, sino también en su propio interior.

- Percibir cómo el paciente está viviendo y de qué forma debe vivir para atenuar sus sufrimientos, y qué es lo que él debe hacer; como actuar e interpretar para prestarle la ayuda que solicita.

El psicoterapeuta a través de su labor obtendrá satisfacciones personales para su realización como profesional y como persona, reconocerá sus limitaciones y potencialidades para con determinados pacientes, reconocerá que cada paciente es diferente tanto en sus experiencias como en su manera de expresarlas, a través de su labor tiene la oportunidad de conocer la complejidad del ser humano. Y si bien obtendrá una remuneración económica por su trabajo, trabajar en sesión con pacientes da una satisfacción diferente a la de otro tipo de profesiones.

El psicoterapeuta debe sentirse en libertad para confesar deseos tan comunes como el de obtener ingresos y condiciones de trabajo satisfactorias, figurando entre éstas especificaciones de las horas que dedicará al trabajo; debe sentirse dispuesto a admitir su deseo de un tiempo de descanso y de vacaciones (Singer, 1965). Además de tener la libertad para aceptar o rechazar a un paciente.

En el psicoterapeuta surgen expectativas racionales e irracionales entre las primeras se encuentran, un deseo de realizarse a sí mismo haciendo un esfuerzo productivo, es decir, la íntima libertad de ser plenamente activo (Singer, op. cit.).

Las expectativas racionales que pone el psicoterapeuta en su trabajo con sus pacientes, son la expresión de su anhelo de una actividad creadora, sin trabas, de satisfacciones de orden material y de realización propia.

Existen diversas satisfacciones que obtiene el psicoterapeuta al ejercer esta profesión, algunas de ellas son:

Independencia

A nivel práctico procura un amplio grado de independencia profesional, ya que el psicoterapeuta puede adoptar un estilo personal de práctica singular como se mencionaba en el capítulo uno.

Esta independencia también se ve reflejada cuando el psicoterapeuta ejerce el control sobre las horas que dedicará al trabajo, esto le da flexibilidad.

Dicha independencia también permite que pueda dedicarse a la enseñanza, la investigación, la supervisión y la consulta.

Variedad

Pocas profesiones brindan la infinita variedad y los desafíos que se dan en la práctica de la psicoterapia, esto se debe al trato con una gran variedad de individuos, es así, que el psicoterapeuta adquiere un íntimo conocimiento, experiencias, concepciones del mundo, emociones y conductas mediante las relaciones psicoterapéuticas.

Bugental (1964; citado en Guy 1995) afirma que el psicoterapeuta tiene el privilegio de intervenir de inmediato en los asuntos de la vida misma que regularmente no encontraría en su propia vida privada o en su esfera social, ya que no hay dos pacientes iguales y cada paciente que se presenta ante él es exclusivo para trabajar.

Reconocimiento y prestigio

Los psicoterapeutas son considerados como expertos de alta profesión académica, que pertenecen a una fraternidad única de individuos especiales, capaces de compartir y absorber gran parte del dolor y el sufrimiento humano sin que aparentemente se vean afectados por muchos efectos negativos.

Estimulación intelectual

En consecuencia de la variedad de experiencias que tiene el psicoterapeuta a causa de su interacción con diversos pacientes, se estimula intelectualmente con las ideas discutidas y los problemas considerados pueden procurar una significativa gratificación intelectual.

Además el psicoterapeuta va continuamente generando hipótesis sobre los síntomas expuestos por sus pacientes, como lo ha indicado Burton (1975: op. cit.), y procede a poner a prueba las hipótesis y la confirmación eventual del hecho.

Bugental (1964: op. cit.) señala que no hay otra profesión que permita sumergirse tanto en los procesos psicológicos al desnudo como esta.

Desarrollo y satisfacción emocional

Los psicoterapeutas observan el crecimiento del aplomo, la seguridad en sí mismos, la autoconfianza, el interés psicológico, la introspección, la autorreflexión y la sensibilidad en su propia vida. Es como si el psicoterapeuta pudiera interiorizar la orientación, la ayuda y el estímulo destinados al paciente, facilitando así su propio desarrollo personal.

Experimenta satisfacción emocional como resultado de relacionarse a un nivel íntimo y a fondo con mucha gente (Farber y Heifetz, 1981: op. cit.). El hecho de experimentar preocupación por sus pacientes, y sentir que a su vez ellos la experimentan a lo largo de los años, es extremadamente satisfactorio para el psicoterapeuta. Es testigo de la batalla y comparte el dolor del fracaso y la alegría de la victoria.

Aliviar el sufrimiento humano y fomentar el desarrollo personal hacen que el psicoterapeuta se sienta digno y útil.

Las expectativas irracionales del psicoterapeuta se expresan en esperanzas destructivas conscientes o inconscientes y en una conducta perjudicial para el paciente que lindan en rasgos patológicos, entre las que se encuentran el deseo de dominar y controlar la vida de otros esperando así reducir sus propias angustias, explotar al paciente como resultado de renuencia a conocerse, agrandar al paciente, la necesidad de parecer angelical, es muchas veces tentadora, pero como cualquier otra compulsión debe ser eliminada por el psicoterapeuta (Singer, 1965.)

La insistencia sobre una determinada frecuencia de contactos, puede muy bien relacionarse con deseos irracionales de prestigio. El psicoterapeuta bien puede trabajar dominado por la infortunada idea de que ser un analista es de mayor prestigio que ser un psicoterapeuta, y que la distinción entre las dos clasificaciones esta determinada por la frecuencia de las entrevistas, más que por su contenido y propósito (Singer, op. cit.).

Es posible también que el psicoterapeuta trate de impresionarse a sí mismo y a otros tomando la forma de magnanimidad o de insistencia en trabajar sólo con pacientes extremadamente difíciles, que no hayan encontrado ayuda en otros psicoterapeutas (Singer, op. cit.).

Krasner (1963 citado en Trull 2003) sugirió en forma irónica que la literatura de investigación describiría al psicoterapeuta ideal como maduro, adaptado, simpático, tolerante, paciente, amable, discreto, que no emite juicios, aceptante, permisivo, acrítico, afectuoso, agradable, interesado en los seres humanos, respetuoso, apreciable y ocupado en una clase democrática de relación interpersonal con todas las personas, libre de fanatismo racial y religioso, con una meta valiosa en la vida, amigable, alentador, optimista, fuerte, inteligente, sabio, curioso, creativo, artístico, con orientación científica, competente, digno de confianza, un modelo para el paciente, ingenioso, sensible emocionalmente, consciente de sí mismo, perspicaz respecto de sus problemas, espontáneo, con sentido del humor, con sentimiento de seguridad personal, maduro respecto al sexo, y maduro con las experiencias de la vida, con una gran tolerancia a la frustración, seguro de sí mismo, relajado, objetivo, analítico, consciente de sus prejuicios, no complaciente, humilde, escéptico pero no pesimista o desaprobador de sí mismo, formal, consistente, abierto, honesto, franco, complejo desde el punto de vista técnico, dedicado desde el punto de vista profesional y encantador.

Aunque esta descripción de lo que debiera ser es, hasta cierto punto imposible ya que probablemente ningún ser humano posea el conjunto de estas cualidades, no se encuentra tan alejado de lo que son en la actualidad las demandas de la sociedad y más aún de los familiares del psicoterapeuta.

Es importante mencionar que dentro de un proceso de psicoterapia, la relación paciente-psicoterapeuta, es una relación asimétrica, ya que es un encuentro comunicativo no tradicional, el paciente cree que el psicoterapeuta es el que sabe todo de él. Se trata de una experiencia psíquica única y singular porque no existe el miedo de ser rechazado y no es una conversación común.

Esta relación es asimétrica, en el sentido de que el psicoterapeuta impone condiciones determinadas de trabajo, una forma especial de vinculación y una comunicación parcial y unilateral, en la que se supone que el paciente expresa sus preocupaciones más escondidas, los aspectos más íntimos de su pensamiento y los detalles más dolorosos de su vida, sin obtener una reciprocidad idéntica de su psicoterapeuta.

El psicoterapeuta se limita a escuchar, comprender e intentar hacer comprender la situación psíquica del paciente, pero sin abandonar nunca su

actitud profesional, guardando celosamente todo lo que se refiere a su vida personal.

Esta relación tiene un carácter retributivo, con el pago el paciente le apuesta a la mejora y no le debe nada al psicoterapeuta.

El paciente en sesión muestra un contenido y estilo de comunicación, es decir el tipo de vocabulario, tono de voz, tono afectivo, comunicación no verbal. Por su parte el psicoterapeuta da al encuentro lo que ya se ha mencionado y lo que Freud S. denomina una atención flotante que implica una escucha participante, el psicoterapeuta no elige los temas a tratar. Se mantiene distante afectivamente y con ello logra no satisfacer las demandas del paciente.

1. 2. 3 Investigación en Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis

La investigación psicoanalítica descubre en la vida psíquica del individuo humano, hechos que nos permiten resolver más de un enigma de la vida colectiva de los hombres o, por lo menos, fijar su verdadera naturaleza.

Freud S.

El proceso psicoterapéutico es en sí una investigación de procesos inconscientes, ya que partiendo de lo conocido del paciente se busca conocer lo desconocido, es decir, que hay detrás de lo que el paciente manifiesta.

Serra (2008) menciona que entre los profesionales que se dedican al estudio de la salud mental, una de las principales actividades es la investigación; la cual persigue los siguientes fines principales:

1. Generar mayor conocimiento en el estudio del comportamiento humano, el cual se amplía al formular hipótesis, comprobar o refutar las mismas.
2. Evaluar los efectos de las intervenciones que llevan a cabo. Se observa si el tratamiento seleccionado es efectivo. Aquí es necesario recordar que cada teoría tiene dentro de su campo de aplicación indicaciones y contraindicaciones, por lo que el psicoterapeuta debe tener la capacidad de determinar con base a la situación, sujeto o comunidad particular y los fines a perseguir, la teoría, y por tanto el modelo de intervención más adecuado para aplicar.
3. Hacer predicciones en torno al comportamiento.

Para realizar este tipo de investigación (Heredia, C. Y Valenzuela A. 1992) se lleva a cabo el estudio de caso, que ha representado una de las principales

bases en que se apoya la actividad profesional del psicoterapeuta, ya que ha sido empleado por diversos teóricos de la personalidad, quienes considerando la importancia de lo individual, se han abocado al estudio intensivo y exhaustivo del sujeto, para establecer relaciones causales, que han ido proporcionando conocimiento de los procesos inconscientes que constituyen en la aproximación psicoanalítica la base de la personalidad y comportamiento del individuo.

En la psicología clínica se emplea frecuentemente el estudio de caso, como recurso metodológico para comprender y explicar la historia y comportamiento particular de un sujeto en el curso de una o varias entrevistas. Observa sistemáticamente sus reacciones espontáneas y provoca otras bajo determinadas formas de control.

La observación directa detallada de un solo sujeto, es susceptible de diversas aplicaciones que irán desde la obtención de un diagnóstico, formas de intervención, y decisiones psicoterapéuticas. Y en cuanto a la investigación se refiere, orienta al conocimiento de normas y patrones tanto individuales como grupales, que esclarecen la dinámica de la conducta humana.

Abordar el estudio del ser humano, por medio del método de caso clínico, permite aplicarlo en diversas áreas de la psicología como es la personalidad, psicopatología, caso en el sistema familiar, grupal o comunitario.

Este tipo de estudio, es un punto de partida útil para manejar la metodología descriptiva, en la investigación clínica, ya que estimula ideas y deriva inferencias que pueden dirigir la búsqueda de relaciones causales para una mayor comprensión de la situación clínica que motivó su empleo y permite corroborar, ampliar y corregir los conocimientos teóricos en que se basa.

Las principales aproximaciones teóricas surgidas en los últimos años, que describen y explican la génesis, desarrollo y tratamiento de los fenómenos clínicos, se han originado en informes detallados de casos tal y como ocurre en las aportaciones de las aproximaciones psicoanalíticas, humanistas y sistémicas.

Se fundamenta en el enfoque ideográfico, que privilegia las descripciones detalladas de la personalidad, destacando la manifestación de las variables en el individuo y la modalidad característica de su expresión.

Es una aproximación hacia la comprensión fenomenológica, de la conducta humana y consiste en el informe de las observaciones acerca de una persona, e involucran diversos grados de control, ya que utilizan descripciones de la conducta provenientes de diversas fuentes como son; documentos personales, autoreportes, estudios longitudinales, entrevistas y pruebas psicológicas.

También se emplea de manera sistemática la supervisión de casos clínicos, en donde con la dirección del experto en el manejo de una teoría y una técnica, derivada de una aproximación teórica de la psicología, se supervisa el trabajo que realiza el estudiante en formación, ya sea en forma individual o grupal.

La investigación en psicoterapia psicoanalítica (p.p.) ha conllevado una revalorización de los basamentos de la teoría de la técnica psicoanalítica, esto se refiere a los conceptos de transferencia y su correlato, la

contratransferencia. Poniéndose de relieve la centralidad de la relación psicoterapéutica; paciente y psicoterapeuta contribuyen continuamente de una forma significativa y recíproca en el desarrollo del proceso que siempre contiene elementos de realidad y transferenciales. La contratransferencia es valorada como un fenómeno de resonancia emocional del psicoterapeuta con respecto a su paciente, quedando lejos la conceptualización de una contratransferencia disruptora para el proceso psicoterapéutico que debía ser neutralizada por el análisis personal; así es que el análisis personal está al servicio de la comprensión de los fenómenos contratransferenciales que por su complejidad, intrusividad y sutileza son difíciles de detectar sin un alta y depurada capacidad de autoanálisis por parte del psicoterapeuta. El análisis de la transferencia constituye sin lugar a dudas la encrucijada que hace a la psicoterapia dinámica auténticamente psicoanalítica, lo cual de nuevo remite a la figura excepcional de Freud S.

La investigación de tipo psicoanalítica va en dos direcciones, la primera conocer el origen de los conflictos internos de cada paciente, considerando primeramente que ninguna persona es idéntica a otra, y esto significa llevar a cabo una investigación que implica rigor científico para alcanzar conocimientos objetivos de cada caso; se trata de una investigación compleja, extenuante y a largo plazo, el objetivo central no es sólo la curación del paciente, sino alcanzar otras cualidades existenciales, como que la persona sea objetiva, racional, y si es posible amorosa. Que sea un paciente que no solo cura sus síntomas, sino que principalmente es capaz de ir desarrollando los potenciales humanos como un ser maduro, alegre y espontáneo. La otra dirección implica establecer propiedades hasta antes reconocidas, no sólo en lo que aporta el caso concreto, sino una especie de inducción lógica en la que se llegue a sistematizar la información encontrada, estableciendo propiedades del fenómeno que antes se ignoraban.

Poch J. y Ávila E. A. (1998; citados en Solana 2006), han logrado ampliar el campo de conocimiento ya que abordan problemas actuales en psicoanálisis y consideran que tanto el tratamiento estrictamente psicoanalítico como la psicoterapia psicoanalítica (p.p.), han desarrollado una evolución rápida desde el tradicional énfasis en su perspectiva aplicada al interés por desarrollar las cuestiones teóricas, metodológicas y de investigación propias de la ciencia básica.

Investigaciones comparan la efectividad de la psicoterapia dinámica respecto de otras formas de tratamiento y grupos de control sin tratamiento o grupos placebo, sin embargo los resultados no han arrojado suficientes evidencias.

Tras esta situación, los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica interesados por la investigación básica han sustituido la pregunta sobre los beneficios de la psicoterapia por preguntas acerca de la naturaleza de la patología, de cómo la psicoterapia modula la patología y de qué efectos de los tratamientos la influyen. A partir de 1970 los focos de atención han sido:

1. La descripción más detallada de la inadaptación patológica del paciente individual.
2. La identificación de la naturaleza de las intervenciones que tienen éxito al cambiar tales inadaptaciones.
3. El desarrollo de teorías que expliquen la relación entre los dos aspectos citados.

En especial los psicoterapeutas psicoanalíticos han incidido en el estudio de las estructuras patógenas repetitivas, tomando las estructuras psíquicas en conflicto como objeto de estudio. Esto en dos orientaciones principalmente:

- a) Norteamérica e Inglaterra en donde el interés, es el análisis objetivo de las estructuras psicodinámicas.
- b) Europa principalmente en Alemania, en donde se ha dado un mayor interés por potenciar la evolución de los métodos de estudio del caso único.

La fundación Menninger es el foco de atención de la investigación en psicoterapia psicoanalítica (p.p.).

Dentro del panorama actual se encuentra la estructuración de las técnicas de psicoterapia dinámica a través de la elaboración de los manuales de tratamiento. Este tipo de manuales reconocen su origen en las orientaciones conductuales y en sus técnicas, en tanto que pueden ser especificadas más fácilmente que las psicodinámicas. Estos manuales suelen contener recomendaciones más o menos específicas que se refieren a las técnicas que se pretenden aplicar y al modo de administrarlas. Suelen estar basados en una serie de conceptos teóricos que se cree guían la técnica o técnicas en cuestión. Varios manuales han sido desarrollados desde concepciones psicodinámicas, algunos con un claro éxito en su aplicación (Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1984; citados en Poch 1988). Los manuales permiten controlar hasta qué punto un psicoterapeuta se mantiene fiel a un determinado paquete de técnicas; para ello también se han desarrollado medidas de evaluación (Poch, op. cit.).

El desarrollo y la investigación dentro de la p.p. se centran en tres áreas:

1. Área sociopolítica-económica
2. Área epistemológica
3. Área del estatus del psicoanalista

1. Área sociopolítica-económica

La investigación y el crecimiento de la psicoterapia en el estado español tiene particularidades diferentes a otros países de la Comunidad Europea y Estados Unidos. Mientras que en la Segunda Guerra Mundial y los fascismos barrían Europa de psicoanalistas, Estados Unidos los recibía con entusiasmo dada la carencia de expertos en salud mental en que se encontraban.

El triunfo de los sistemas democráticos europeos posibilitó una rápida reimplantación de la actividad psicoanalítica. La economía norteamericana facilitó el crecimiento no sólo de la actividad clínica psicoanalítica sino de la investigadora.

La investigación en p.p. arranca de la mano de S. Ferenczi y O. Rank (Ferenczi y Rank, 1923). Dicha actividad seguirá posteriormente de la mano de M. Balint (discípulo de S. Ferenczi) y D. Malan (Malan, 1963, 1976, 1979; citados en Poch 1998) en la Clínica Tavistock de Londres. Alemania ya recuperada económicamente, se incorpora a la investigación psicoanalítica empírica a través de algunos miembros del Instituto de Berlín y las numerosas cátedras relacionadas con esta disciplina.

La actividad psicoanalítica empezó pronto en España, esto debido a la traducción de las Obras completas de Freud S. en 1922.

La Guerra Civil truncaría este avance hasta que en 1959 la API reconoció como Sociedad luso-española de psicoanálisis. La formación de nuevos analistas, la atención a los servicios de salud pública, la investigación clínica, las tareas burocráticas, etc., no permitieron que la normalidad se alcanzara plenamente hasta la década de los ochenta.

En 1983 se celebró el 33 Congreso Internacional de Psicoanálisis en Madrid y en 1997 en Barcelona.

2. Área Epistemológica

En esta área se hace referencia a que la ciencia se constituye a través de la observación y la descripción de los fenómenos objeto de su interés.

La psicología y el psicoanálisis se hallan en una discusión de su objeto de estudio, probablemente por la complejidad del objeto. La mente, la conducta, el inconsciente; poseen características que no son asimilables a un sistema simple.

Sin que se pretenda equiparar la mente a los fenómenos físicos existe una analogía entre ellos. La mente es un sistema complejo, a menudo impredecible. Por eso se piensa que la ciencia psicoanalítica está en una fase observacional y descriptiva, y que la aplicación de modelos experimentales puede resultar forzada en determinadas situaciones.

Freud S., descubre un método científico en sí mismo, la clave se encuentra en la palabra independencia, él ha escapado del control social, económico, ideológico y también de una ciencia caprichosa que se niega a las evidencias del fenómeno inconsciente, y que de ser por ella el psicoanálisis no se hubiese alumbrado.

La naturaleza de la práctica psicoterapéutica se funda en estas palabras de Freud S. que en significaciones estadísticas más o menos acertadas y

deslumbrantes. Pero es cierto que tanto el tipo de pensamiento clínico, como el investigador resultan confrontados e incompatibles. Así, las actividades se han repartido entre investigadores y clínicos, y sólo algunos intentan combinar ambas prácticas (Poch, 1998). El clínico tiene como meta poder considerar tantos aspectos como sea posible de cada uno de los problemas clínicos que deba solucionar. El arte del criterio clínico consiste en tomar en cuenta todos los factores y dar a cada uno la importancia debida. El investigador tiene una actitud distinta, en sus esfuerzos por discernir patrones generales subyacentes a la variabilidad individual, deja de lado lo particular y trata de simplificar, con lo cual cae en el riesgo de la atomización excesiva. El investigador ejerce un alto grado de crítica y autocrítica, no hay lugar para la autoridad, en el sentido de que por grande que sea la admiración hacia un maestro, sus teorías, no pueden dejar de lado las críticas y el cuestionamiento (Bowlby, 1979; op. cit.).

La investigación en psicoterapia ha realizado valiosas aportaciones al terreno de la psicoterapia en general, y aunque sus metodologías puedan ser criticadas y perfeccionadas, sus rendimientos no son nada despreciables, al contrario, han aprobado la validez de ciertas presuposiciones teóricas y facilitado el desarrollo de nuevos enfoques teórico-técnicos.

3. Área del estatus del psicoanalista

El psicoanálisis tiene su propia metodología de investigación aceptada por sus profesionales, que bajo la organización de sus asociaciones locales desarrollan sus actividades en forma de congresos, seminarios, reuniones científicas y publicaciones.

La supervisión psicoanalítica es en sí misma un método de control y contraste, Kolteniuk (1976; op. cit.) menciona que la supervisión cumple parcialmente con los criterios de control deseables en una investigación científica.

La investigación a través del método psicoanalítico sigue dando innovaciones en la técnica y en la teoría que se hacen públicas en los congresos internacionales, donde cada uno puede juzgar si le interesan y le parecen útiles.

La investigación empírica puede ayudar a que el psicoterapeuta psicoanalítico sea más consciente de sus limitaciones y de los contenidos precisos de su especialidad y también a delimitar qué psicoterapias son realmente efectivas al haberse ajustado a los rigores de los contrastes empíricos.

Lo genuino del método psicoanalítico y la verdad del diálogo psicoanalítico es concebido como la verdad de una experiencia compartida formulada en el lenguaje, que se crea y recrea dentro del diálogo psicoanalítico, en un círculo de sentido que comprende al psicoterapeuta y al paciente (Steele, 1979; citado en Ávila 1994).

Para Ávila (1994) el psicoanálisis es, a la vez, método de tratamiento y método de investigación, en una unión inseparable que significa que:

1. La curación es el resultado de la comunicación apropiada al paciente del conocimiento diádico específico, que resulta de la integración de experiencias afectivas y cognitivas en la relación dual.
2. La comunicación del conocimiento, desde el punto de vista técnico debe ser efectuada correctamente, de acuerdo a las reglas del método de la psicoterapia.
3. La técnica de tratamiento conduce a nuevas intelectualizaciones más profundas, tanto en el acontecer psíquico del paciente como en la relación con el psicoterapeuta. Así, la técnica psicoterapéutica amplía el conocimiento diádico específico.

Tizón (1978; op. cit.) afirma que el psicoanálisis está estructurado efectiva y formalmente como una ciencia, en la que un cuerpo teórico, es decir, la metapsicología, se contrasta con los hechos a través de la situación analítica, situación mediadora entre los fenómenos inconscientes objeto de investigación y su teorización. Esto implica el cumplimiento de la exigencia de estrecha correspondencia entre el componente teórico y la experiencia (Ladriere, 1974: op. cit.).

Tizón (1978; op. cit.) también precisa que el psicoanálisis, en cuanto que es una psicología dinámica posible añade al objeto general de la psicología, una dimensión nueva: el inconsciente dinámico, configurando así en un concepto integral de conducta, el objeto de la psicología dinámica o psicoanálisis en la conducta significativa inconscientemente sobrederivada.

En la investigación en psicoterapia tiene un valor la construcción de clasificaciones fiables y acordadas de:

- Condiciones de pacientes y procesos problema que requieren intervenciones orientadas al cambio.
- Intervenciones psicoterapéuticas posibles para cada elemento problema.
- Interacciones que se dan en el encuentro dual que se da en la psicoterapia.

Otro foco de interés es la observación de los mecanismos de cambio, lo cual implica también estudiar los mecanismos de formación de síntomas y de la patología. Y se incluyen:

- a) Cambios efectivamente dados en el paciente.
- b) Fenómenos del psicoterapeuta asociados a esos cambios, para identificar los tipos de intervenciones que dirigen el cambio.

Entre las principales directrices de la investigación actual en psicoterapia están:

1. Descubrimiento de los mecanismos de cambio efectivos, mediante el estudio de lo que hacen los psicoterapeutas expertos.
2. La utilización de la teoría para orientar la observación.
3. Las tareas orientadas a objetivos de descripción y explicación de un fenómeno, como tareas previas a las de validación empírica. Aislar los factores que promueven el cambio es previo a la formulación de cualquier hipótesis predictiva.
4. La descripción detallada de un fenómeno y su contexto son esenciales para que los investigadores puedan identificar fiablemente un fenómeno a través de diferentes situaciones. El desarrollo de sistemas de codificación de complejidad variable, para categorizar los diferentes tipos de fenómenos que se dan en la psicoterapia, es un paso de primer orden para transformar la psicoterapia en una ciencia descriptiva.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se concluye que tanto el psicoanálisis como la p.p. son una ciencia viva y en constante renovación, puesto que el contacto con la clínica impone la reformulación de las teorías de partida.

2.3 Métodos y técnicas de la Psicoterapia Psicoanalítica

2.3.1 Asociación libre

El método de la asociación libre es considerado como representativo de los principios psicológicos sobre los que se fundamenta el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) (Paulino, T., 1981 citado en Coderch).

Freud S. (1937; citado en Solana 2006) dice: “es cosa sabida que el trabajo psicoanalítico aspira a inducir al paciente a que abandone sus represiones (usando la palabra en su sentido más amplio), que pertenecen a la primera época de su evolución, y a reemplazarlas por reacciones de una clase que corresponden a un estado de madurez psíquica. Con este propósito a la vista debe llegar a recoger ciertas experiencias y los impulsos afectivos concitados por ellas que en ese momento ha olvidado. Sabemos que sus actuales síntomas e inhibiciones son consecuencia de represiones de esta clase; es decir, que son sustitutos de las cosas que ha olvidado. ¿Qué clase de material pone a nuestra disposición del cual podemos hacer uso para ponerle en el camino de recobrar los perdidos recuerdos? Toda clase de cosas. Nos da fragmentos de esos recuerdos en sus sueños de gran valor por sí mismos, pero

grandemente desfigurados, por lo común, por todos los factores que intervienen en la formulación de los sueños”.

Si el paciente se entrega a la asociación libre, produce ideas en las que se descubren alusiones a las experiencias reprimidas y derivadas de los impulsos afectivos suprimidos, lo mismo que de las reacciones contra ellos.

De manera general, no importa con que información se inicie el tratamiento psicoterapéutico, ya sea con la historia del paciente, sus recuerdos infantiles o la historia de su malestar.

Es importante indicarle al paciente que en sesión se conducirá de una manera diferente a lo que parecería una conversación común, en donde se procura no perder el hilo del relato y rechazar todas las ocurrencias e ideas secundarias que pudieran hacerle incurrir en divagaciones impertinentes. En sesión el paciente se da cuenta que durante su relato acuden a su pensamiento diversas ideas, que se inclina a rechazar con ciertas críticas y piensa: esto no tiene nada que ver con lo que estoy contando, o carece de importancia y piensa que no tiene porque decirlo. Sin embargo, el paciente debe ceder a las críticas y decirlo a pesar de sentirse inclinado a callarlo. El paciente comprende a lo largo del proceso psicoterapéutico la razón de esta regla, a través de las asociaciones que realice en sesión y que le sean significativas.

Freud S. pensó que el método de la asociación libre permitía provocar ideas del inconsciente o penetrar en los conceptos inconscientes, porque se destruye el marco de referencia del pensamiento racional, lógico y convencional.

Así, el paciente no tiene otra obligación más, que la de seguir esta regla básica, es decir, hablar de todo lo que se le ocurra o de lo que llegue a su mente.

Fromm (op. cit.) hace una observación con respecto a las dificultades que esto implica y dice que en muchos casos, la resistencia hace imposible para el paciente pensar y expresar las cosas más reprimidas, es decir, el paciente habla de una manera sincera, el buen paciente dice todo, pero el psicoterapeuta no puede ver mucho en lo que dice, porque muchas veces las cosas importantes de él no las sabe, no vienen a su mente y no puede expresarlas.

El paciente debe hablar de cosas significativas, y si él no lo hace y habla de cosas triviales, de cosas que no están en su inconsciente, en estos casos, sólo en estos casos la asociación libre no ayuda en nada (Solana, op. cit.).

Lo racional de este método radica en dos puntos:

1. Solamente cuando el paciente no puede ver al psicoterapeuta, se siente libre de decirlo todo.
2. Spitz (op. cit.), dijo que el paciente sobre el diván se infantiliza, y con esto hace alusión exactamente a lo que se quiere producir en el psicoanálisis de la técnica freudiana, porque si el paciente se infantiliza

produce materia infantil, y como la teoría dice que el material infantil es material inconsciente, el material que uno quiere descubrir, entonces es necesaria la infantilización del paciente y del proceso para obtener el material inconsciente, el material infantil.

Respecto a lo anterior, en la técnica freudiana en realidad la intención es que el paciente se transforme en el niño, con la meta de que el niño pueda producir material relevante, pero la desventaja grande de este método es que es un poco parecido a un sueño, es decir, produce resultados como en un sueño o en la hipnosis el ello; el ser humano maduro, el ser humano real de 20, 30 ó 50 años desaparece entonces, en este sentido podemos preguntarnos ¿a quien sirve tener todas estas experiencias sino hay nadie para recibirlas? Y es que si lo pensamos de esta manera el paciente en el proceso del psicoanálisis no existiría como persona al mismo tiempo, como un ente activo que puede captar, integrar, sentir el conflicto dentro de sí mismo entre el material infantil inconsciente y él como persona real donde ya no es un niño; entonces el efecto de la conscienciación, el efecto de transformar al inconsciente en consciente, solamente esta basado en el hecho de que hay un conflicto, de que hay una persona que tiene, que puede responder, que puede digerir, que puede luchar con el material inconsciente (Solana, op. cit).

Fromm (op. cit.) comenta que encontró dos cosas en su experiencia en relación con el punto número uno, en donde se refiere al problema de que el paciente no puede decir francamente las cosas si él puede ver al psicoterapeuta y si éste puede verlo a él. En primer lugar, si el paciente dice cosas solamente porque no puede ver al psicoterapeuta, las palabras y experiencias que reporta no tienen nada en la realidad, porque no son dirigidas a nadie, sino al vacío. Una palabra se transforma en realidad solamente dirigida a otra persona. Si la palabra no se dirige a otra persona, no tiene realidad, no necesitamos la palabra.

Quizá algunas veces es un poco más difícil para el paciente decir muchas cosas enfrente del psicoterapeuta, pero depende en gran medida de la actitud de éste lo difícil que sea para el paciente o no. Ser psicoterapeuta supone una actitud totalmente humana realista en que su lema sea que nada humano le es ajeno (Terencio, op. cit.).

El psicoterapeuta debe dar al paciente, con sinceridad, la impresión de que en realidad nada de lo que el paciente pueda decir es una cosa para sentirse humillado; que todas las cosas son comunes a todos los seres humanos y al psicoterapeuta también. En este sentido algo importante es sí el psicoterapeuta tiene la concepción, de que él cree que el paciente es el pobre enfermo que tiene ideas particulares, y él, es el sano, que no tiene esas ideas y compensa sus sentimientos de culpa o de inferioridad por el miedo de darse esta apariencia de ser superior al paciente; aspecto del que ya se había hecho mención en las expectativas irracionales que puede llegar a sentir el psicoterapeuta. En este caso, el paciente se siente humillado enfrente de un juez, pero si el psicoterapeuta no hace eso, si él no siente eso, el paciente se siente en realidad muy aliviado al decir directamente al psicoterapeuta estas cosas, porque el paciente posee sentimiento de culpa, siempre pensó que las

cosas que él tiene son terribles, que si una persona las supiera ya no lo trataría, no le haría caso, las persona nunca le hablarían más.

Si él dice las cosas y el psicoterapeuta está atrás de él y no puede verlo, nunca sabe cual es la actitud del psicoterapeuta, porque el paciente puede pensar que éste en realidad tiene un desprecio total por él, que solamente en su calidad de paciente le está permitiendo venir; pero su sospecha, su ansiedad de que las cosas dentro de él, que ha dicho, son cosas absolutamente inaceptables, que lo expulsan de la raza humana, esta sospecha no desaparece.

Esta situación solo podría darse en un psicoanálisis, ya que como se vio anteriormente es en este tratamiento en donde se hace uso del diván, no siendo así el la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) en donde la sesión se lleva a cabo cara a cara.

En lo que se refiere a la actitud del paciente, la asociación libre se produce cuando el paciente reduce, en cuanto puede, toda crítica y selección consciente de su expresión verbal, intentando observar cuantos pensamientos, sensaciones, imágenes, deseos y sentimientos se presentan y los comunica al psicoterapeuta de la forma más espontánea que le es posible. En esencia esta forma de comunicación es totalmente contraria a lo que, desde la infancia, se nos ha enseñado a considerar como conveniente y apropiado en nuestro trato, no solo con los demás, sino aún con nosotros mismos, por lo cual no es extraño que el paciente haya de vencer fuertes dificultades para llevarla a cabo. Para ello debe esforzarse en rechazar cuantas objeciones se presentan a su mente frente a tal tipo de expresión.

Se espera que el paciente comunique todo cuanto venga a su mente, por más que le parezca sin sentido, irrelevante, molesto para él ó inconveniente para el psicoterapeuta. En esencia el psicoanálisis presupone que las asociaciones que se encadenan en la mente del paciente poseen siempre una conexión consciente ó inconsciente entre sí. De hecho se presume que cada expresión del paciente durante la sesión posee uno o varios significados inconscientes, aún cuando el psicoterapeuta no pueda descifrarlos todos.

La comunicación que se deriva de la asociación libre conduce a los conflictos intrapsíquicos responsables de los síntomas por los cuales el paciente demanda un tratamiento.

Este método no proporciona, por sí mismo, un acceso directo al inconsciente, entre otros motivos porque el uso de la asociación libre no significa que el paciente haya regresado a un tipo de pensamiento totalmente propio del proceso primario. Lo que si posibilitan las asociaciones libres, a través del intento de disminuir, en lo posible, la censura entre el sistema consciente y el preconscious, en una mayor visibilidad y transparencia de los derivados de los elementos inconscientes que se hacen, por tanto, accesibles a la interpretación y a la comprensión.

Cuando el psicoterapeuta le dice al paciente, hable de cualquier cosa o de lo que usted quiera hablar, surgen dos posibilidades:

1. Que el paciente hable de algo relevante y el psicoterapeuta escuche eso, y después diga al paciente en términos o palabras que el pueda entender, es decir, lo que el psicoterapeuta ve en lo que el paciente dijo. Respecto a esto es muy importante no insistir en que el psicoterapeuta dé una interpretación que es correcta, sino que él sólo da reacciones, respuestas a lo que él escucha. Y todo el análisis no es algo así como, aquí esta mi material y aquí esta su interpretación; sino que el análisis es un diálogo, pero no un diálogo intelectual, sino uno de dos inconscientes: el del paciente y el del psicoterapeuta, y este dialogo tiene lugar no como una manera de pensar o de hacer teorías.
2. Que el análisis siempre se mueva, nunca este estancado, que siempre trate de algo esencial y que ninguna sesión deba transcurrir sin que nada pase. Que cada hora revele algo significativo e interesante para el paciente. Y esto no quiere decir que cada hora haya una revelación muy importante sino que la sesión sea interesante.

A manera de conclusión la asociación libre es el método principal para producir material en el psicoanálisis. Se emplea en ocasiones especiales en la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) No se emplea en la psicoterapia de apoyo.

2.3.2 Confrontación

En las confrontaciones el psicoterapeuta intenta dirigir la atención del paciente hacia situaciones, conflictos y alternativas que, aún cuando no son inconscientes, él puede no tener en cuenta en un momento dado ó pasar por alto con excesiva rapidez. Es utilizada para focalizar la consciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que merecen una reflexión más detenida y cuidadosa de la que él les otorga.

La confrontación ha de utilizarse para mostrar al paciente la existencia de contradicciones, más ó menos evidentes ó encubiertas, en el interior de su comunicación verbal, entre ésta y su comportamiento, ó entre distintas formas de comportamiento. Al dirigir la atención del paciente hacia sus propias palabras ó su comportamiento, el psicoterapeuta promueve en aquel la capacidad para disociar una parte de su yo a fin de que, distanciándose de la vivencia inmediata, sea capaz de observar y enjuiciar con cierto grado de objetividad. Por lo tanto, la confrontación, es una forma de enseñar al paciente a trabajar en psicoterapia, a esforzarse por lograr un mayor conocimiento de sí mismo, de sus reacciones, de sus sentimientos, de sus respuestas frente a los estímulos, tanto externos, como internos, de sus formas de relacionarse con los otros, etc. Estos son de naturaleza consciente ó preconscious, a diferencia de lo que ocurre en la interpretación, el psicoterapeuta no revela al paciente nada que éste desconozca por completo, pero le estimula a reflexionar, desde distintas perspectivas, acerca de fragmentos de sus pensamientos o de su comportamiento.

La confrontación es utilizada también en psicoterapia psicoanalítica (p.p.), como un agente auxiliar de la clarificación e interpretación, a través de ella se subraya lo omitido, poco detallado u olvidado.

Coderch (1987) comenta que también puede ser empleada para resaltar algún tipo de comportamiento ó pensamiento que muestre alteraciones notables en el funcionamiento del yo, a fin de preparar el camino para un posterior esclarecimiento del mecanismo de defensa ó fantasías inconscientes que provocan tal disfuncionamiento. Aún cuando las confrontaciones pueden ser utilizadas ampliamente y en diversas ocasiones, su empleo adquiere el máximo interés en las siguientes circunstancias:

- Cuando el relato del paciente presenta lagunas, omisiones y contradicciones importantes.
- En los casos en que el psicoterapeuta cree conveniente hacer resaltar algunos aspectos de la comunicación a los que el paciente no ha prestado la suficiente atención.
- En ocasiones, la confrontación es imprescindible para señalar alteraciones graves en el cumplimiento de las reglas estipuladas, tales como faltar a las sesiones, llegar tarde a ellas o guardar un silencio prolongado.
- Es muy frecuente que el paciente pague un precio muy elevado por sus actuaciones, desadaptaciones y soluciones erróneas. Mediante la confrontación es necesario intentar que perciba las desagradables consecuencias de las formas de actuar dictadas, no por sus necesidades reales, sino por sus fantasías inconscientes. Entonces, es posible despertar su interés por comprender aquello que se oculta bajo actos que son perjudiciales.
- A menudo, el paciente descuida utilizar recursos que verdaderamente posee, o deja de tener en cuenta alternativas que le ofrece la realidad y que podrían ser aprovechadas. La confrontación, es sólo el primer paso para, después averiguar que ansiedades e inhibiciones impiden sacar partido de todos sus recursos y posibilidades.

Las confrontaciones difieren de las interpretaciones tradicionales porque evitan las explicaciones y reconstrucciones históricas, y por la importancia que conceden a la conducta y experiencia del paciente. Así las confrontaciones ayudan al paciente a darse cuenta de quién es y qué siente y de qué modo impresiona a los demás, incluyendo al psicoterapeuta.

Al ocuparse del actuar del paciente y de las circunstancias actuales, las confrontaciones ayudan al paciente a captar de un modo directo y con un sentido de inmediatez su experiencia presente.

El conocimiento inculcado al paciente mediante confrontaciones se refiere, a sentimientos potencialmente provechosos para éste, muchas veces en un nivel preconscious.

2.3.3. Clarificación

Es un instrumento técnico apropiado para la psicoterapia psicoanalítica (p.p.), en la que el objetivo se centra en dotar al yo de mayores posibilidades para el ejercicio de sus funciones, y de fortalecerlo a través del trabajo de observación y elaboración que se le demanda. La clarificación es utilizada también constantemente en la p.p. como un paso de transición para llegar a la interpretación.

El término de clarificación fue introducido por Carl R. Rogers (1942; citado en Coderch 1987). En ella el psicoterapeuta ayuda al paciente a tener un mayor conocimiento de sus sentimientos, de sus formas de relación consigo mismo y con los demás y del significado de su comportamiento, a fin de obtener una comprensión más precisa de la organización de su personalidad y de la estructura de sus sistemas de respuestas frente al mundo en el cual vive.

De alguna manera, es como si el psicoterapeuta realizara una elaboración mental de la comunicación del paciente, de manera que se la devuelve con palabras más comprensibles, liberada de componentes, accesorios o circunstanciales que pueden esconder o distorsionar su significado y, al mismo tiempo, atenuar en sus aspectos ansiógenos y hecha más tolerable.

Por lo tanto la clarificación no se refiere a procesos inconscientes, sino conscientes y preconscientes, no suficientemente conocidos por el paciente, pero que éste puede, por sí mismo, experimentar como propios cuando dirige su atención sobre ellos.

La clarificación intenta delimitar claramente lo que se percibe borroso, perfilar aquello que se encuentra indiferenciado, ligar y conectar lo que se presenta aislado.

El psicoterapeuta clarifica, por ejemplo, cuando advierte a un paciente los escondidos sentimientos de rivalidad y envidia que pueden esconderse tras algunas frases de aparente elogio hacia un compañero o cuando le pone de manifiesto la impulsiva demanda de ayuda que expresa detrás de algunas quejas y protestas acerca de lo poco que obtiene del tratamiento. También da lugar a que el paciente pueda adoptar actitudes coherentes y hallar soluciones beneficiosas para su adaptación a la realidad externa y más favorecedoras para su salud mental.

Los conflictos intrapsíquicos no son resueltos a través de este procedimiento técnico, pero pueden ser vistos desde una nueva perspectiva que permita al paciente liberarse, hasta cierto punto, de los efectos perjudiciales de los mismos sobre el conjunto de su personalidad.

Existen tres tipos de clarificación

1. Clarificación de síntesis simple, la cual consiste en que el psicoterapeuta resume brevemente de una manera clara el discurso caótico del paciente, es decir, acomoda lo que dice el paciente en el tiempo de la sesión sin agregar nada de manera entendible en unos cuantos minutos, es importante mencionar que en esta clarificación el psicoterapeuta de ninguna manera le devuelve una solución al paciente.
2. Clarificación de retorno al sentimiento: Se trata de que el paciente identifique el sentimiento que acompaña su discurso a partir de lo dicho por el psicoterapeuta y tiene la libertad de confirmar o rechazar la hipótesis que el psicoterapeuta ha sugerido. Por ejemplo, el psicoterapeuta le dice a su paciente: Entonces te sentiste triste con tu padre y el paciente responde: no, me sentí enojado.
3. Clarificación propiamente dicha: Esta consiste en poner de manifiesto elementos que no están claramente dichos con palabras. Introduce elementos que no están al alcance de la percepción del paciente.

2.3.4. Interpretación

La interpretación es el instrumento específico del psicoanálisis y en ocasiones se utiliza en psicoterapia psicoanalítica (p.p.) además de la confrontación y la clarificación que también son utilizadas.

Así como la asociación libre ocupa un lugar importante en el psicoanálisis, su complemento es una relación dialéctica, es decir, la interpretación; sin una no puede existir la otra.

Psicoanalíticamente hablando la interpretación se refiere únicamente a los procesos psíquicos inconscientes, siendo su objetivo ponerlos al descubierto ante el paciente, quien, hasta el momento, sólo conoce las manifestaciones conscientes de estos procesos a través de los síntomas perturbadores, dificultades en la relación interpersonal, trastornos de la sexualidad, ansiedades, etc.

Interpretar significa trasladar al lenguaje de la percepción, y por lo tanto poner de manifiesto lo que comunica el paciente sin ser consciente de su contenido, de su dinámica, de sus conexiones reveladoras con otras experiencias o de las implicaciones pertenecientes a su pasado real o emocional (Fromm-Reichmann 1949, citado en Singer 1965).

En Psicoanálisis y teoría de la libido Freud S. se refiere a la interpretación diciendo:

“El psicoanálisis como arte de interpretación. La nueva técnica transformó hasta tal punto la impresión del tratamiento, creaba nuevas relaciones entre el enfermo y el médico y procuraba tantos resultados sorprendentes, que pareció

justificado diferenciar de la catarsis, con una distinta denominación, el nuevo método así constituido. En consecuencia, escogí para aquel procedimiento psicoterapéutico, que podía ya ser extendido a muchas otras formas de neurosis, el nombre de psicoanálisis. Este psicoanálisis, era en primer término, un arte de interpretación, y se planteaba la labor de profundizar el primero de los grandes descubrimientos de Breuer, o sea el de que los síntomas neuróticos eran una sustitución plena de sentido de otros actos psíquicos omitidos” (Freud, 1922-1923; citado en Solana 2006).

Se trata ahora de utilizar el material que procura las ocurrencias del paciente, como si apuntara a un sentido oculto y adivinar por él tal sentido.

El psicoterapeuta trata de explicar al paciente aquellos procesos mentales inconscientes que se expresan a través de tal comunicación y que son el verdadero motor de su comportamiento y, especialmente, de los síntomas clínicos y dificultades personales.

El conocimiento de los propios procesos psíquicos obtenidos a través de la interpretación es denominado insight, que literalmente significa ver hacia adentro.

La interpretación precipita un proceso mucho más complejo, con la reactivación de las resistencias que se oponen a la toma de conciencia del material reprimido, por un lado, y el reconocimiento de aquello que se oculta tras los derivados conscientes, con la consecuente reorganización de la experiencia inmediata a través de la relación transferencial con el psicoterapeuta.

Fromm (op. cit.) siempre pensando que la meta es comprender y traducir el inconsciente a la consciencia del paciente se hace dos preguntas: ¿Qué interpretar y cuando hacerlo? Respecto a esto él comenta que lo primero es escuchar, y hace alusión a lo que el doctor Reich llamó escuchar con el tercer oído, refiriéndose a escuchar lo que existe entre líneas en lugar de leer únicamente el texto directo. Esto se logra con la atención flotante del psicoterapeuta.

Y en lo que se refiere a ¿cuando interpretar? comenta que en ocasiones el psicoterapeuta no quiere exponerse a la posibilidad de un error, a la posibilidad de decir algo que no sea cierto; por esta razón, prefiere no decir nada.

El psicoanálisis es un método científico, en el mismo sentido de que puede ver hechos del inconsciente, que en muchos casos no plantean ninguna duda a la persona que está adecuadamente entrenada.

La interpretación clásica freudiana tiene la forma lógica de la explicación de algo, explicar el presente por algo que paso en el pasado. Esto quiere decir conectar el presente con el pasado y desechar que el pasado es la causa del presente.

Para Solana (op. cit.) la interpretación consiste en hacer ver al paciente lo que existe detrás de su inconsciente, a lo que denomina rayos x, método en el cual el psicoterapeuta ayuda al paciente a ver que existe inconscientemente.

Si el paciente puede ver algunas experiencias de su niñez o de su juventud, esto lo ayuda a vivenciar lo que existe hoy. Y existen dos posibilidades:

1. Que sea una consideración objetiva de la infancia, explicando cual fue posiblemente la reacción del paciente.
2. Que el paciente pueda revivir, revivenciar experiencias reprimidas que tuvo cuando fue niño; es decir, que el niño, el paciente, en este momento recuerda, no como memoria solamente intelectual, como imagen, o como una memoria afectiva; él recuerda el temor o el terror que tuvo a su madre, un recuerdo que él no tenía, una sensación; una vivencia de la que no era consciente antes.

Para Etchegoyen (1977, op. cit.) existen tres instrumentos del psicoterapeuta: la información, el esclarecimiento y la interpretación.

La información, opera como un auténtico instrumento de psicoterapia si se ofrece para corregir algún error. Se refiere a algo que el paciente ignora del mundo exterior, de la realidad, algo que no le pertenece.

El esclarecimiento busca iluminar algo que el individuo sabe, pero no distingue. El conocimiento existe; pero a diferencia de la información, aquí la falta es más personal. No es que le falte un conocimiento de algo extrínseco, sino que hay algo que no percibe claramente de sí mismo. En estos casos la información del psicoterapeuta está destinada a poner en claro lo que el paciente ha dicho. En el esclarecimiento la información le pertenece al paciente, pero él no puede hacerla suya, no la puede captar.

La interpretación es algo que también pertenece al paciente, pero de lo que él no tiene conocimiento. Esta debe ser desinteresada, si el psicoterapeuta tiene otro interés que el de dar conocimiento, entonces ya no está estrictamente interpretando sino sugestionando, persuadiendo y manipulando.

El paciente puede darle a las palabras del psicoterapeuta otro sentido, pero eso no las cambia. Si el paciente utiliza mal el conocimiento que el psicoterapeuta le dio, este último tendrá que volver a interpretar, y seguramente apuntará ahora al cambio de sentido que operó su escucha.

En el concepto de interpretación coinciden el método psicoanalítico, la teoría y la ética, en cuanto le es dado interpretar al psicoterapeuta, pero no dictaminar sobre la conducta ajena.

Además de veraz y desinteresada, la interpretación debe ser, también una información pertinente, esto quiere decir, dada en un contexto donde pueda ser operativa, utilizable y oportuna para el paciente.

Anzieu (op. cit) piensa que el psicoanalista es un interprete vivo y humano que traduce el idioma del inconsciente para otro ser humano; y como el interprete que transforma un idioma a otro, el psicoanalista no opera nunca como maquina o robot, justamente porque toda traducción es sólo una equivalencia o

una aproximación. Como una interpretación artística, en donde el psicoterapeuta en todos los casos respeta y conserva el texto pero lo reproduce a su manera. La interpretación testimonia el eco encontrado en el psicoterapeuta, no tanto por las palabras como por las fantasías del paciente. Esta surge de lo que siente el psicoterapeuta, de lo que en él resuena del paciente.

Greenson (op. cit.) habla de la interpretación de transferencia, siendo el instrumento último y decisivo de la técnica psicoanalítica. Todos los demás procedimientos técnicos utilizados son la labor preparatoria que hace posible la interpretación.

El objetivo de toda interpretación es facilitar al paciente la comprensión del significado de un fenómeno psíquico dado. Se interpreta la transferencia descubriendo la historia inconsciente, los antecedentes, los orígenes, los fines y las interconexiones de una reacción de transferencia dada. Esto no se realiza en un sólo paso, sino que es un largo proceso. Mediante el señalamiento y la aclaración se trata de hacer que el yo del paciente observe una situación psicológica preconsciente y de fácil acceso. Se pide al paciente que divida su yo para que una parte pueda observar lo que la otra siente. En la interpretación se pide al paciente que vaya más allá de lo fácilmente observable y asigne significación y causalidad a un fenómeno psicológico (E. Bibring, 1954; op. cit.).

Las interpretaciones, para que sean eficaces, no deben ir más allá de los límites de comprensión, de entendimiento emocional del paciente, ya que una interpretación es una hipótesis que requiere de las reacciones del paciente para su verificación (Waelder, 1960; op. cit.).

Un motivo importante para interpretar es la elaboración de los conflictos inconscientes, que de esta manera el paciente puede realizar. La elaboración ha sido usada por Freud S. como la labor de profundización que el paciente debe efectuar después de haber recibido las interpretaciones debidas.

Fromm-Reichmann (1950; citado en Singer 1965) comenta que cualquier comprensión o nueva parte fragmentaria de consciencia que sea conquistada por el esclarecimiento interpretativo, ha de ser reconquistada y comprobada una y otra vez en nuevas conexiones y contactos con otras experiencias entrelazadas, que pueden o no pueden ser subsecuentemente sometidas, a su vez, a interpretación. Este es el proceso que se denomina elaboración.

Durante el periodo de elaboración, el paciente reconoce que la vida independiente y la experiencia personal no son sinónimas de soledad ni de repulsión. Aprende a aceptarse a sí mismo como un ser humano y afrontar todos los aspectos de la experiencia.

La cantidad de interpretaciones desempeña un papel importante y tiene diversos significados, los que frecuentemente necesitan ser interpretados para que el psicoterapeuta pueda mantener la cantidad de interpretaciones que de por sí considera como el óptimo, y para que no tenga que actuar callándose o no sea manejado por el paciente a actuar en esta forma.

Por esta razón el psicoterapeuta debe hacer sus interpretaciones sólo cuando el paciente está en transferencia positiva y si este no es el caso, debe analizar las resistencias de transferencia para poder restablecer la transferencia positiva.

La interpretación debe partir de lo que el paciente expresa, de la superficie, de lo que está cerca de la consciencia, y sólo después debe señalar lo profundo, lo que está más alejado de ella.

Para comprender a un paciente hay que partir de estar dentro de él. Tocar su inconsciente con el inconsciente del psicoterapeuta, no puede explicarse objetivamente la esencia del ser sin involucrarse de centro a centro, sin comprometerse e interesarse existencialmente no sólo en el conocimiento de su padecer, sino, como diría Fromm, en la universalidad que él como ser humano representa.

Encontrar el sentido oculto, considerándolo como una información veraz, desinteresada y pertinente que se refiere al paciente, sin que este paciente sea tan sólo un objeto de conocimiento, frío, inmóvil y carente de todo lo humano que existe en su naturaleza. Sino que en la medida en que más humano sea el contacto, más humana y objetiva será la información, y como si fuera una cascada, en consecuencia la interpretación se convierte en una fuente de curación, de conocimiento y de desarrollo potencial.

Fenichel (1945; citado en Singer 1965) comenta que en general se puede decir que una interpretación a la cual el paciente pone objeciones es equivocada, esto no quiere decir necesariamente que sea errónea en su contenido; sino que el impulso que el psicoterapeuta presume y comunica al paciente no haya sido nunca operante. De esta forma la interpretación puede ser correcta en su contenido, pero incorrecta dinámica o económicamente, porque se da en un momento en que el paciente no puede captar su validez o avanzar a ninguna parte con ella.

La finalidad de la interpretación y de las preguntas interpretativas es traer a la consciencia las experiencias y motivaciones disociadas y reprimidas, y mostrar a los pacientes como, desconocido para ellos, el material reprimido y disociado halla su expresión en comunicaciones verbalizadas, matizándolas, y en tipos de conducta tales como sus actos, actitudes y ademanes (Fromm-Reichmann, 1950, citado en Singer 1965).

Muy frecuentemente, la clarificación precede a la interpretación y prepara el camino para ésta.

2.3.5. Silencios

Los silencios actúan como un estímulo para el paciente, ya que provoca vacío, el silencio es en sí una ausencia y esta provoca una reacción. El silencio a su vez provoca reflexión y es una técnica para que pueda emerger el material reprimido.

Busca manifestar al paciente distancia afectiva, es decir, el psicoterapeuta se mantiene al margen sin embargo esta ahí.

El silencio puede actuar como un obstáculo en la técnica psicoanalítica, ya que es difícil el trato con el paciente silencioso. Cuando hay silencio hay desconcierto, y determinados sentimientos contratransferenciales; inseguridad. El paciente se pregunta si se ha equivocado en algo, duda de ser querido, duda de ser aceptado por el psicoterapeuta. Y ya que la fuente de información es la palabra hablada, entonces el silencio se convierte en un impedimento.

Ante esto, se debe exhortar al paciente a que siga la regla fundamental y que se esfuerce por ser lo más sincero posible, comunicándole, en caso contrario, que se encuentra dentro de una ocurrencia que tiene que ver con la persona del psicoterapeuta ó con algo que a él se refiere, e invitarle a que comunique dichas ocurrencias.

Debe responderse al silencio con silencio ya que al paciente se le hace difícil soportarlo, tiene la impresión de que el psicoterapeuta está enojado con él, lo que finalmente lo conduce a ceder.

El silencio por parte del paciente debe tratar de entenderse a partir de la situación conjunta del análisis, de averiguar lo que significa para el paciente en ese momento y a partir de ello buscar con él los caminos para ayudarlo.

En el caso del psicoterapeuta, técnicamente no se valora el que calle o hable mucho, el silencio no es pasivo así como el hablar no es activo.

Reik (1966; citado en Solana) expone lo que origina el silencio del psicoterapeuta en el paciente. Señala como consecuencia significativa el hecho de que el paciente, bajo la presión del silencio que desde cierto momento suele ser vivenciado como amenaza, comunica material hasta entonces oculto, haciendo nuevas confesiones. Se obtiene así la impresión de que la actitud silenciosa del psicoterapeuta es determinada en buena parte, por la idea de que la confesión en sí es un factor muy importante o aún decisivo en el proceso de curación.

Sin embargo el silencio es también instrumento de trabajo, el silencio de escucha, acogedor y empático, se encuentra durante todo el proceso de la labor psicoterapéutica. La labor de ordenar y aclarar, después de escuchar, está ligada en gran parte al instrumento del silencio.

Detrás del silencio se puede ejercer una labor de ordenamiento y reparación.

El psicoterapeuta ha de captar, durante su silencio, el estímulo traumático, la respuesta adaptativa al mismo, el funcionamiento del yo, los mecanismos de defensa, las fantasías inconscientes, etc. También ha de saber tolerar, en silencio, su propia incapacidad para entender los sentimientos y fantasías que el paciente le provoca.

El silencio es una forma de intervención, ya que con él se comunica algo al paciente. Le comunica su disponibilidad, su atención, su tolerancia, su actitud exenta de crítica y su esfuerzo por comprender. Con el silencio transmite al paciente la necesidad de que él, despliegue su pensamiento, intente observarse y comunique el resultado de esta observación. El silencio hace saber al paciente que la relación entre uno y otro ha de mantenerse a cierta distancia, no como una situación convencional, y que es preciso soportar cierto grado de frustración destinada a estimular la tensión investigadora, a incitar a la constante búsqueda de nuevas perspectivas y a la indagación de la propia situación mental.

En el caso de que el paciente utilice el silencio para obtener satisfacciones pulsionales y provocar al psicoterapeuta, el silencio del psicoterapeuta sirve para frustrar estos deseos pulsionales.

De igual manera, resulta difícil para el psicoterapeuta, percibe el silencio como frustración de su deseo de que el paciente le dé palabras y someterse a la regla fundamental de decirlo todo.

Los psicoterapeutas que perciben el silencio como frustración de su pulsión fálica de actividad y de su ambición de hacer al análisis un éxito, están predispuestos a interpretar erróneamente la situación de tal modo que creen que el paciente quiere paralizarlos. Los psicoterapeutas que perciben el silencio como frustración de sus deseos narcisistas de ser amados se sienten rechazados e interpretan el silencio erróneamente como rechazo.

CAPÍTULO TRES

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA, EN FUNCIÓN DE LA TRANSFERENCIA, CONTRATRANSFERENCIA, RESISTENCIA E INTERVENCIONES DEL PSICOTERAPEUTA.

¿Quiénes harán lo difícil?
Los que puedan
¿Y quienes harán lo imposible?
Los que quieran

Proverbio Japonés

1.1 Alcances y limitaciones de la Psicoterapia Psicoanalítica

Los efectos de un tratamiento pueden ser medidos de acuerdo a diferentes criterios de diversas maneras:

- Reducción de síntomas.
- Ajuste al hogar, familia y/o comunidad.
- Incrementos en la felicidad subjetiva autoinformada.
- Evaluaciones de mejoría realizadas por observadores, por ejemplo amigos, compañeros de trabajo, etc.
- Mejoras en el bienestar físico y salud en general.

Que un tratamiento se considere efectivo depende en gran parte de las medidas específicas que se establezcan, dado que es difícil definir el nivel o grado de cambio que es necesario que se dé para que se considere efectivo un tratamiento.

Para Coderch (1987) lo que el paciente llega a conocer a través del proceso psicoterapéutico es lo siguiente:

- Existe la posibilidad de hallar satisfacción en el trato con los otros, apreciando los aspectos buenos que poseen y gozando de ellos, aún cuando presenten aspectos indeseables ó no tan buenos.
- Los seres humanos reaccionan negativamente y con un sentimiento de ser explotados ante un exceso de demanda. Es necesario abandonar los sentimientos de omnipotencia y aceptar las propias limitaciones, tanto en uno mismo como en los otros, sin exigir que estos últimos satisfagan sus propios deseos infantiles.
- La satisfacción debe obtenerse a través de las exigencias y actividades propias, no del aplauso y glorificación por parte de los otros. De lo contrario, la espera conduce a la frustración y ésta al resentimiento, el cual, a su vez, provoca también resentimiento y hostilidad entre los otros, en un inacabable círculo vicioso.

- Es necesario llegar a ser capaz de posponer la gratificación. Éste es un conocimiento doloroso, dado que es aceptar que no puede obtenerse siempre lo que se desea, cuando y en la forma en que se pretende. Es preciso modificar las propias aspiraciones y conocer que es adecuado recibir menos de lo que se espera. También es necesario soportar la tensión, la frustración y las privaciones.
- La separación es dolorosa, pero no es la separación física lo más importante; puede existir en relación con otros seres una comunicación mental que alivie o anule la separación física.
- La queja y la reivindicación irritada no aportan el objetivo que se desea. La satisfacción llega, únicamente, a través de una acción ajustada a la realidad. Usualmente el grado de satisfacción obtenido se halla de acuerdo con el esfuerzo realizado para conseguir un determinado objetivo. Al mismo tiempo, los deseos irrealizables deben ser abandonados ó adecuadamente modificados.
- La tensión, la ansiedad y la frustración no conducen a la aniquilación y pueden ser toleradas dentro de determinados límites. La evitación radical a tales sentimientos, por el contrario, es una solución falsa que crea nuevas dificultades y exige un constante e inútil esfuerzo.
- Los sentimientos agresivos, tanto contra uno mismo como contra los otros, no siempre producen efectos dañinos o catastróficos, ya que los sentimientos y deseos no modifican la realidad sino se transforman en acción.
- La búsqueda a toda costa de la aprobación por parte de los otros no obtiene resultados y provoca sentimientos de autodesprecio y humillación.
- Cada ser humano tiene su propia individualidad, única e intransferible, y por tanto, las fantasías de introducirse en el interior de otro tan sólo conducen a una pérdida de contacto con la realidad y a una dificultad creciente de las relaciones interpersonales.
- La cooperación con los otros produce más satisfacciones y paz interior que el esfuerzo por descargar en ellos la irritación originada por las frustraciones. Esta colaboración debe ser distinguida del intento de comprarles a cualquier precio y, a su vez, solo es posible con aquellos que también desean cooperar.
- La actitud de sometimiento a las tendencias explotadoras de otros viene dictada, únicamente por los sentimientos de culpa por la propia agresividad y los subsiguientes deseos de autocastigo. Sean cuales fueren las culpas y responsabilidades de cada uno, tal sometimiento es estéril y autodestructivo.

- El reconocimiento y la aceptación de los sentimientos e impulsos que existen en el interior de uno mismo conduce siempre a mejores resultados que la negación de ellos. Tal aceptación no significa ni la descarga indiscriminada de las tendencias indeseables ni la necesidad de sentirse abrumado por los sentimientos de culpa y autodesprecio, ya que el ser humano es dueño de sus actos pero no de sus fantasías. Al mismo tiempo, el reconocimiento de los propios sentimientos y tendencias permite adoptar determinaciones más auténticas y sinceras. El psicoterapeuta no es el encargado de absolver ó condenar por las fantasías y por las acciones. Cada uno debe juzgarse por sí mismo.
- Cada uno tiene sus propios derechos y es razonable que luche para que los otros lo reconozcan. Aceptar los derechos de los otros es un punto de partida imprescindible para lograrlo.
- Es necesario ser capaz de aceptar la autoridad de otras personas cuando ello sea justo. El valor que pueda poseer cada uno de los seres humanos no sufre disminución por ello, ni las actitudes de lucha y rebeldía contra toda autoridad acrecientan aquello que puede ser valioso en uno mismo. Aceptar la autoridad de otros no quebranta la propia libertad. Por el contrario, libera de la lucha por el poder y la omnipotencia.
- El pasado es irreversible, pero cada ser humano puede actuar sobre su presente y su futuro en un grado muy importante. Culpabilizar a los otros de los fracasos es inútil y conduce a un aumento de los conflictos interpersonales y a una pérdida de oportunidades para obtener satisfacción en el trato con ellos. Por el contrario, asumir una total responsabilidad por las decisiones que hayan de ser tomadas y por sus consecuencias acrecienta el sentimiento de libertad interna.
- La adquisición de la propia identidad es el resultado de la adopción y cumplimiento de las actitudes y capacidades anteriormente descritas. De acuerdo con ello el paciente se conoce a sí mismo como un adulto y ejercita flexibilidad para adaptarse a las distintas circunstancias y situaciones que la vida le plantea, sin verse obligado a repetir incesantemente las mismas formas de actuar estereotipadas que responden a conflictos infantiles sin vigencia actual en el mundo real de cada uno.

En cuanto a los alcances, y de acuerdo a una investigación empírica Beutler (1991; citado en Poch, 1998) concluye que:

Ψ La psicoterapia psicoanalítica (p.p.) se ha mostrado consistentemente superior al no tratamiento, pero esta evidencia es aplicable solamente a aquellas modalidades que han sido objeto de investigación sistemática en el último medio siglo pero no puede generalizarse sin mas a cualquier acercamiento psicoterapéutico carente de la necesaria investigación.

Ψ La psicoterapia es más efectiva que las intervenciones tipo placebos. Complementariamente, los placebos ya no son considerados equivalentes al no tratamiento; ahora la determinación de los componentes activos de los supuestos placebos es objeto de especial atención, estudiándose qué es común y qué es específico en el binomio de placebos-tratamiento. Ciertamente la especificidad de un tratamiento no radica en los conceptos teóricos que utiliza el psicoterapeuta, sino en la singularidad de los mecanismos de cambio que activa en el sujeto.

Ψ Muchos de los pacientes que se benefician de los tratamientos psicoterapéuticos, mantienen su mejoría durante períodos prolongados de tiempo. Aunque los efectos positivos de los tratamientos psicoanalíticos se muestran en general estables en los estudios de seguimiento, hoy en día no se considera adecuada una investigación sobre efectividad y efectos que no tenga en cuenta su estabilidad y evolución tras al menos uno o dos años de terminación.

1.2 Transferencia

La transferencia es un fenómeno universal, se da en todos los seres humanos y en toda situación. Se basa en la premisa de que, por definición, se conserva siempre algo de lo que se ha vivido con anterioridad.

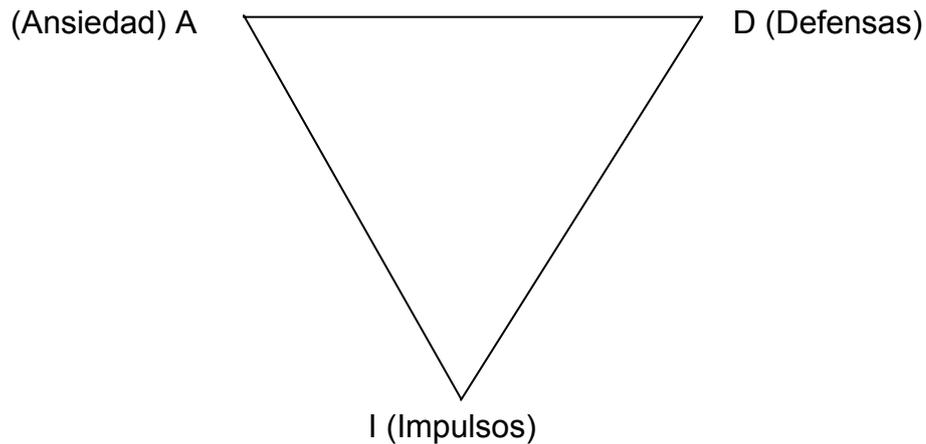
La transferencia supone una superposición de situaciones pretéritas a situaciones actuales, quedando estas últimas deformadas en función de esta superposición.

De acuerdo con lo anterior, la transferencia se da en todas las relaciones humanas, por lo tanto la relación paciente-psicoterapeuta no es la excepción.

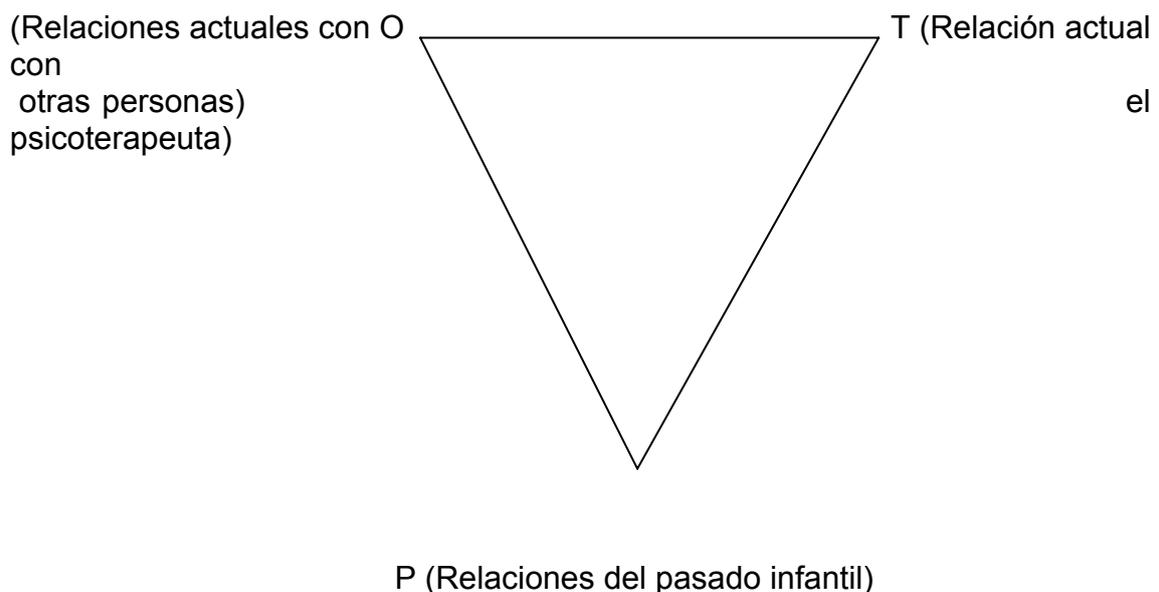
La transferencia y la contratransferencia son conceptos que nacieron dentro de la práctica psicoanalítica.

La transferencia y sobre todo el análisis (observación, comprensión e interpretación) de la misma serán los mejores vehículos para el estudio del funcionamiento psíquico del paciente y por tanto será el fenómeno más importante en el seno de la psicoterapia psicoanalítica (p.p.).

Malan (1979; citado en Ávila, 1994) realiza un esquema para comprender el fenómeno de la transferencia, y lo denomina triángulo del conflicto y triángulo de las relaciones. Y comenta que toda situación relacional alterada se produce un impulso o sentimiento oculto (difícil de percibir para el propio paciente), cuya presencia produce ansiedad y frente a esta se construyen las consiguientes medidas defensivas.



Esta situación de conflicto no resuelto, se repite en muchas otras relaciones de la vida. Así, este conflicto que originalmente se ha vivido en la infancia del paciente (por lo general con sus propios padres y/o hermanos) se actualiza y vuelve a vivir con las personas importantes del presente y también con el psicoterapeuta. Estas repeticiones configuran lo que Malan llamó triángulo de las relaciones.



Freud S. fue el primero que describió este fenómeno, lo observó con las primeras pacientes que trataba.

La transferencia se puede definir como la inversión infantil de emociones positivas o negativas que tuvieron que ver con los padres; y que en sesión se vuelven a poner en acción en las emociones que invierte el paciente en el psicoterapeuta.

La actitud del paciente en contra del psicoterapeuta se puede presentar en dos niveles: en un nivel está la relación en el momento presente; el paciente se da cuenta de que va a ver un psicoterapeuta a quien le paga él mismo o la

sociedad, y que se supone que lo ayudará a aliviar sus tensiones y resolver sus conflictos internos. Pero en otro nivel el paciente dirige gran cantidad de sentimientos irracionales en contra del psicoterapeuta, que le sirve de blanco para sus ataques emocionales.

Es así que la transferencia consiste en pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas actuales de una persona que no le corresponden a esa persona, sino que son la repetición de reacciones formadas respecto a personas importantes de la primera infancia, convertidas inconscientemente en figuras actuales. Las dos características de la transferencia son la repetición y la impropiedad (Greenson, 1990; citado en González 2002).

Las reacciones transferenciales se caracterizan por su intensidad; pueden ser reacciones impropias de amor, odio, envidia, celos o competencia hacia el psicoterapeuta. Suelen ser ambivalentes, caprichosas y tenaces. Al mismo tiempo la transferencia se convierte en un fenómeno regresivo cuya máxima expresión es la neurosis de transferencia, a la que debe darse un sentido curativo.

La transferencia es la reacción inconsciente del paciente, en donde manifiesta sus miedos, temores, anhelos, alegrías y formas de relación que el concilió o medió, y sus figuras significativas han formado; en la transferencia el sujeto deposita en la figura de otro lo que en el transcurso de su existencia ha venido reprimiendo en su marco de referencia o de comunicación y que le permite depositar o depender en figuras de quienes espera mágicamente que le satisfagan sus necesidades sin asumir la responsabilidad de sus potencialidades.

Serra (2008) considera que en psicoanálisis a diferencia de otros tratamientos de intervención, se da por aumentar y propiciar la transferencia para su análisis sistemático; y considera que la transferencia tiene las siguientes características:

1. Es una variedad de relación de objeto de tres personas: un sujeto, un objeto del pasado y un objeto actual. El paciente puede diferenciar que lo que siente no es real con respecto al psicoterapeuta, pero no puede dejar de sentirlo.
2. Se repite una relación pasada de objeto.
3. El mecanismo del desplazamiento es esencial en el proceso.
4. Es un fenómeno regresivo.

Las relaciones de transferencia muestran que el paciente tiene una parte estable de su personalidad y que puede diferenciarse de las representaciones de objeto, ello indica que su primer desarrollo del yo fue bueno o que sus cuidados maternos fueron buenos.

La transferencia es volver a vivir el pasado reprimido y rechazado; el neurótico con conflictos no resueltos de insatisfacción da mayor disposición a la transferencia que las personas satisfechas (es un retorno de lo reprimido).

Se dan sentimientos a una persona que en realidad corresponden a otra; se reacciona a una persona del presente como si fuera del pasado; es una repetición de una relación objetal antigua: los impulsos, sentimientos y defensa se han pasado de una figura del pasado a una presente; es un desplazamiento y un error cronológico de manera inconsciente: se aprecia por los impulsos, pulsiones, deseos, temores y defensas contra un personaje importante y significativo de la primera infancia; se produce también fuera del análisis en todas las relaciones personales.

Es una reacción inapropiada pero antes fue funcional: por ejemplo un paciente llora porque se le hace esperar 5 minutos para empezar su sesión y luego recuerda que lloraba cuando su padre lo hacía esperar para acostar a su hermanito. Este hecho en sesión se utiliza para reinterpretar y reconstruir.

Las características de la transferencia son:

- Es inconsciente, aunque algún aspecto de la relación pueda ser consciente.
- La impropiedad es un indicador importante y señala que la reacción probablemente tiene que ver con un objeto del pasado.
- La intensidad que se refiere a las reacciones emocionales intensas, aunque también lo es una ausencia de reacciones.
- La ambivalencia consiste en la coexistencia de sentimientos contrapuestos, como por ejemplo los sentimientos hostiles.
- La transferencia incluye sentimientos inconstantes, erráticos y caprichosos, igual a una reacción de transferencia flotante.
- La tenacidad demostrada en reacciones prolongadas y rígidas no espontáneas que no ceden fácilmente a la interpretación.

Las transferencias pueden ser:

- Positivas: Expresándose en amor, esperanza, confianza, agrado y satisfacción.
- Negativas: Expresándose en odio, desamor, desagrado, envidia y celos.
- Neuróticas: El paciente entiende implícitamente que lo que siente hacia el psicoterapeuta es impropio e imaginario.
- Psicóticas: Vive lo que siente como real y propio.

La transferencia es un elemento al servicio de la cura, sin embargo debe cuidarse que ésta no se convierta en una resistencia al tratamiento.

La comprensión y el análisis de los fenómenos transferenciales son considerados por los psicoanalistas como el punto central de su técnica terapéutica. Freud S. fue el primero en utilizar el término transferencia cuando relató su intento de obtener asociaciones verbales en sus pacientes (Freud, 1895; citado en Sandler 1986). La finalidad del método del tratamiento era que el paciente descubriera a través de sus asociaciones el vínculo entre sus síntomas y sentimientos presentes por un lado y sus experiencias pasadas por el otro. Freud S. observó que ocurrían cambios en la actitud del paciente hacia el psicoterapeuta durante el curso del tratamiento, y que estos cambios, que incluían componentes emocionales intensos, podían causar una interrupción en el proceso de asociación verbal, que a menudo culminaban en serios obstáculos al tratamiento.

En cierta ocasión Freud S. (1895; op. cit.) comentó “la paciente está atemorizada al encontrar que está transfiriendo a la figura del psicoterapeuta las ideas desagradables que surgen del contenido del análisis”. Este fue el primer indicio de que ocurría algo con el paciente cuando se exponía a un tratamiento. Más tarde en un trabajo publicado por Freud S. (1905; op. cit.) apareció el término transferencia en el contexto del tratamiento psicoanalítico, en ese entonces, él decía que las transferencias eran nuevas ediciones de los impulsos y fantasías que surgen durante el curso del psicoanálisis; éstas tienen una peculiaridad, característica de su especie, y es la de reemplazar a una persona anterior por la persona del psicoterapeuta, es decir que estos procesos se viven no como algo pasado sino que es aplicable al psicoterapeuta en el presente.

Un tema permanente de la teoría freudiana fue la idea de que la materia tenía una tendencia básica a volver a los estados primitivos de organización, y que el hombre daba muestras de esa tendencia a retornos a estados anteriores, tanto en términos físicos como de conducta; es decir que el ser humano tiende a repetir actos pasados una y otra vez.

Fue entonces que Freud S. decidió referirse a esta tendencia como la compulsión a la repetición (1942; citado en Alcázar 2004) y esto se convirtió en una prueba de que la naturaleza es fundamentalmente conservadora.

La teoría psicoanalítica clásica sugiere que hay una pelea entre la tendencia no sublimada hacia la regresión y las demandas opuestas de la realidad, eso por un lado, y por el otro las fuerzas del yo y del superyo se acentúa en todas las neurosis. Y es así que en el proceso psicoanalítico se manifiesta este conflicto entre el deseo del paciente de conservar las tendencias del ello y sus temores a las consecuencias desastrosas de hacerlo.

Freud S. (1915; citado en Sandler 1986) señaló que la transferencia no siempre es un obstáculo al proceso de psicoanálisis, sino que podía desempeñar una parte decisiva en traer convicción no solamente al paciente, sino también al médico. Y es precisamente por esta razón que consideró el

análisis de la transferencia como una medida técnica y la así llamada cura por transferencia, en la cual el paciente aparentemente pierde todos sus síntomas a consecuencia de sus sentimientos de amor para con el psicoterapeuta y su deseo de agradarlo.

Más tarde Freud S. (1916-1917; op. cit.) señaló que la transferencia esta presente en el paciente desde el inicio del tratamiento, y por un tiempo es el más poderoso motivo de su progreso.

En 1912 Freud S. hablo de las transferencias positivas y negativas. Estas últimas eran vistas como el traslado de sentimientos hostiles hacia el psicoterapeuta en su forma más extrema.

Entre las características de la transferencia positiva se encuentran sentimientos positivos por parte del paciente, ambos sentimientos que se demuestran en actitudes hacia el psicoterapeuta son nuevas ediciones que el paciente abriga hacia figuras significativas de su pasado y no constituyen sentimientos realistas.

La transferencia positiva es el reflejo de la sexualidad no reprimida, adecuadamente sublimada, socializada y emocionalmente madura. Para Freud S. es la manifestación de los aspectos no patológicos de la personalidad, él creía que ésta era una aliada para el psicoterapeuta en su lucha con las facetas patológicas del paciente. Por otro lado sugirió que la transferencia negativa es un intento de mantener los vínculos edípicos reprimidos, desarrollando formaciones reactivas frente a esas tendencias.

Sugirió que las características particulares de la transferencia de un paciente emanan de los rasgos específicos de su neurosis y no son simplemente el resultado del proceso analítico e iguales en todos ellos (Freud S., 1912; op. cit.). Las cualidades específicas de la transferencia del paciente recibieron un sentido adicional cuando Freud S. (1914; op. cit.) introdujo el concepto de la neurosis de transferencia. Con este término destacó la forma en la cual las relaciones tempranas que eran componentes de la neurosis misma moldeaban también al patrón dominante de los sentimientos del paciente hacia el psicoterapeuta. El concepto de la neurosis de transferencia fue ampliado (Freud S., 1920; op. cit.) cuando dijo que el paciente en psicoanálisis esta obligado a repetir el material reprimido y vivirlo con actualidad contemporánea en vez de recordarlo como algo perteneciente al pasado.

Se concluye así que la transferencia se refiere a reediciones o productos ulteriores de los impulsos y fantasías que han de ser despertados y hechos conscientes durante el desarrollo del proceso psicoterapéutico y que entrañan como singularidad característica de su especie la sustitución de una persona anterior por la persona del psicoterapeuta, es decir toda una serie de sucesos psíquicos anteriores cobran de nuevo vida, pero no como pasado, sino como una relación actual con el psicoterapeuta.

3.3 Contratransferencia

Inicialmente, la contratransferencia fue considerada como una especie de resistencia del psicoterapeuta hacia su paciente y que afectaba de manera considerable su desempeño para comprender al mismo.

Esta idea sufrió cambios con las aportaciones de Heinmann (1962), Reich (1987) y Raker (1991). Reich (1987; citados en González 2002) fue el primero en postular que la mejor forma de captar el material del paciente es a través de la intuición ofrecida por nuestro inconsciente. El psicoterapeuta debe atender a los conocimientos promovidos por su propio inconsciente. Fue Raker quien logró unificar el concepto de contratransferencia con el de intuición de Reich, y señaló que la intuición no se puede separar de la contratransferencia, pues esta conjunción es la que da lugar al descubrimiento. Tanto Raker como Heinmann puntualizaron que la contratransferencia es un instrumento sumamente útil en la cura dentro del proceso psicoanalítico.

Así es que la contratransferencia calificada inicialmente como un punto ciego del psicoterapeuta, se transforma en un nuevo órgano de percepción que da al psicoterapeuta fortaleza y confianza al permitirle transformar una pulsión en una sublimación y una debilidad en una fortaleza (González, 1992; op. cit.).

La contratransferencia es considerada como una serie de actitudes inconscientemente determinadas que mantiene el psicoterapeuta y que en ocasiones entorpecen su trabajo, es semejante a la transferencia y su aparición está regida de algún modo por los mismos procesos, impulsos y tendencias. Los conflictos no solucionados del psicoterapeuta le obligan a investir al paciente de ciertas propiedades que, más que ser reacciones a la conducta actual del paciente residen en las propias experiencias del pasado. Y es así que el psicoterapeuta proyecta sobre el paciente sentimientos que no le corresponden, sentimientos que en realidad el psicoterapeuta sintió hacia otras personas en el pasado, y ahora son transferidos al paciente.

La contratransferencia es transferencia al revés, con la diferencia que el paciente no provoca su transferencia del psicoterapeuta por el incógnito, sino por la misma transferencia del paciente. Cuando el psicoterapeuta se deja deslumbrar por el paciente, lo abandona y lo deja de ayudar en su pugna hacia la madurez emocional, es decir, ya no posee la indispensable distancia emocional hacia el paciente y lo ve en forma deformada, por una reducción de la consciencia propia y por una admiración o desagrado irracionales hacia el paciente.

Freud S. notaba que a veces es imposible que el psicoterapeuta mantenga esa distancia emocional y reacciona a lo que el paciente diga o haga y eso es lo que considera como contratransferencia, ya que el psicoterapeuta transfiere elementos de sus problemas pasados o presentes, a la psicoterapia haciéndose susceptible a un halago erótico del paciente o se puede sentir vulnerable ante un ataque hostil.

Así pues, la contratransferencia implica una respuesta (sentimientos y actitudes) del psicoterapeuta a las actitudes conscientes e inconscientes del paciente; se

ve como un reflejo inevitable de problemas inconscientes no resueltos del psicoterapeuta. Es una reacción global con elementos conscientes, preconscientes e inconscientes del psicoterapeuta al paciente. Es un fenómeno limitante del tratamiento porque expresa carencias y complejos no resueltos.

Winnicott (1947; citado en Serra op. cit.) la clasifica en tres clases:

- a) Sentimientos ontrtransferenciales patológicos, que muestran al psicoterapeuta la necesidad de psicoanálisis.
- b) Sentimientos contratrasferenciales normales, que se refieren y tienen que ver con la personalidad del propio psicoterapeuta.
- c) Contratransferencia verdaderamente objetiva, que es el amor y el odio del psicoterapeuta como respuesta a la personalidad real y el comportamiento del paciente basándose en una observación objetiva.

La contratrasferencia puede ser un obstáculo cuando se convierte en resistencia y no le permiten actuar con la libertad psicoterapéutica necesaria, debido a que el psicoterapeuta está atado inconscientemente a su pasado, a las características neuróticas y/o psicóticas actuales de su personalidad y a su propia compulsión a la repetición.

El término fue usado por Freud S. (1910; citado en Sandler 1986) al igual que el de transferencia, al analizar las perspectivas del psicoanálisis. Dijo refiriéndose al psicoanalista: "Hemos llegado a ser conscientes de la contratransferencia que surge en él como resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes y estamos casi inclinados a insistir en que él debe reconocer esta contratransferencia en sí mismo y superarla; ningún psicoanalista va mas allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas".

Freud S. se dio cuenta de que algunas veces es imposible que el psicoanalista se conserve o mantenga enteramente al margen del cuadro, ya que en ocasiones tendrá que reaccionar personalmente ante el paciente por lo que este diga o haga.

Más tarde se refirió a que el psicoterapeuta debe mostrar lo menos posible de su vida personal al paciente diciendo: "el médico debe ser opaco para sus pacientes y tal como un espejo mostrarles solamente lo que ellos le muestran a él". Señaló el peligro de caer en la tentación de proyectar algunas de las peculiaridades de su propia personalidad (Freud S. 1912; op. cit.).

Para Etchegoyen (1986; citado en González 2002) lo que justifica que se diferencien transferencia y contratransferencia es el encuadre, ya que de esta manera se ordenan los fenómenos para que el paciente desarrolle su transferencia y el psicoterapeuta lo acompañe, resonando a partir de lo que inicialmente es el paciente; es decir, el encuadre opera como una referencia contextual que permite que se dé este juego de transferencia-contratransferencia.

Menninger (1974; op. cit.) reseña ciertas maneras comunes cognoscitivas, afectivas y del comportamiento, en que la contratransferencia hace su aparición. Es probable que psicoterapeutas psicoanalíticos y psicoanalistas hayan incurrido en algunas de ellas:

- Incapacidad de comprender determinados tipos de material que atañen a problemas personales del psicoterapeuta.
- Sensación de depresión ó incomodidad durante ó después de las sesiones psicoanalíticas con ciertos pacientes.
- Descuido en lo concerniente a lo convenido: olvidar la cita del paciente, llegar tarde, permitir que se exceda el tiempo de la sesión sin ningún motivo especial.
- Somnolencia persistente del psicoterapeuta durante la sesión.
- Excesiva o escasa constancia en los arreglos financieros con el paciente; por ejemplo, dejarlo incurrir en considerable deuda sin analizarla.
- Experimentar reiteradamente sentimientos eróticos ó afectivos hacia el paciente.
- Permitir y hasta fomentar la resistencia en forma de actuación.
- Utilizar recursos narcisistas en busca de seguridad, como tratar de impresionar al paciente de diversas maneras, o de impresionar a los colegas sobre la importancia del paciente que uno tiene.
- Cultivar la continua dependencia del paciente de diversas maneras, en especial con expresiones tranquilizadoras innecesarias.
- Afán de hacer chismes profesionales respecto a un paciente.
- Mordacidad sádica e innecesaria en la formulación de comentarios e interpretaciones, y también lo contrario.
- Creer que el paciente tiene que curarse para fomentar la reputación y el prestigio del psicoterapeuta.
- Halagar el caso, es decir, tener demasiado miedo a perder al paciente.
- Derivar una satisfacción consciente de los elogios, el aprecio, las manifestaciones de afecto y otras actitudes similares del paciente.
- Perturbarse por los persistentes reproches y acusaciones del paciente.

- Discutir con el paciente.
- Seguridad prematura de que el paciente no tendrá ansiedad, es decir, incapacidad de calibrar el grado de frustración óptimo.
- Tratar de ayudar al paciente fuera del psicoanálisis.
- Tendencia compulsiva a vencer ciertos puntos.
- Pulsiones recurrentes de pedir favores al paciente.
- Súbito aumento o disminución de interés en un determinado caso.

M. Little (1951; citado en Coderch 1987) manifiesta que el término contratransferencia es utilizado según los siguientes significados:

- a) Los sentimientos inconscientes del psicoterapeuta hacia su paciente.
- b) Los elementos reprimidos e insuficientemente analizados del psicoterapeuta, los cuales son proyectados transferencialmente en el paciente.
- c) Algunas actitudes o mecanismos específicos con los cuales el psicoterapeuta hace frente a la transferencia del paciente.
- d) La totalidad de las actitudes del psicoterapeuta hacia su paciente. Este cuarto punto incluye los tres precedentes, así como cualquier otra actitud y sentimientos inconscientes.

Rogers (citado en Alcázar 2004) comenta que cuando el individuo percibe e incorpora en un sistema sólido e integrado todas sus experiencias sensoriales y viscerales es comprensivo y acepta a los demás como individuos separados.

Si bien la contratransferencia del psicoterapeuta se basa en la transferencia del mismo, como fenómeno universal, es también, algo más que esta última. Bofill y Folch (1962; citados en Ávila, 1994) señalan que entre la contratransferencia del psicoterapeuta y la transferencia del paciente hay algunas diferencias. La contratransferencia del psicoterapeuta no se vive con la misma intensidad que la transferencia del paciente y, además la posición del psicoterapeuta como observador obliga a que éste, muestre sólo estrictamente lo necesario. Por su parte, el paciente despliega al máximo y con total libertad su transferencia.

El psicoterapeuta dispone de dos recursos para no caer en la contratransferencia o bien observarla; para poder deslindar qué aspectos de la misma le pertenecen a él como persona y qué aspectos han surgido como respuesta a la escucha del paciente. Y estos recursos son el tratamiento personal y la supervisión del trabajo psicoterapéutico como un profesional de mayor experiencia que la del propio psicoterapeuta. Ya que si mediante un tratamiento personal el psicoterapeuta ha podido observar y, en cierta medida, resolver sus conflictos infantiles ello ayudará a la objetividad de la contratransferencia. Y mediante la supervisión podrá percibir aquellos matices

de la comunicación del paciente que se hayan escapado a su comprensión y perfilar mejor sus intervenciones, dirección y objetivo del tratamiento.

3.4 Alianza terapéutica e Intervenciones del Psicoterapeuta

En los últimos años la psiquiatría y otras disciplinas afines se han preocupado por la relación psicoterapeuta-paciente y se han usado conceptos psicoanalíticos para analizar esta relación. Dentro de estos conceptos se encuentra la transferencia, aunque en años recientes ha sido llamada alianza terapéutica, alianza del trabajo ó alianza del tratamiento. Este concepto ha sido usado en conexión con la situación específica del tratamiento psicoanalítico para describir aspectos que tienen que ver directamente con el contrato terapéutico entre el paciente y el psicoterapeuta, y es definida como la relación no neurótica, racional y razonable que el paciente tiene con su psicoterapeuta y que le permite trabajar intencionadamente en el proceso psicoterapéutico (Greenson y Wexler, 1969; Sandler, 1986).

Los orígenes de la alianza terapéutica se encuentran inevitablemente en los escritos sobre técnica de Freud S., aún cuando no fuera en ese entonces distinguida como un concepto ya que se encontraba incluida dentro del concepto general de transferencia.

La relación terapéutica es el componente central de toda forma de psicoterapia. Freud S., conceptualizó en sus escritos sobre técnica la existencia de una relación real aparte de la transferencial (Freud S., 1913); la denominó alianza terapéutica. El estímulo de dicha alianza de trabajo debe ser un recurso de todo tipo de abordaje psicodinámico. Que el psicoterapeuta pueda manifestarse como un personaje real, que hace evidente y comunica su compromiso, cuidado, interés, respeto y preocupación humana hacia el paciente, lejos de ser un obstáculo para el desarrollo del proceso lo favorece. En este tema se encuentran los trabajos de investigación sobre los factores curativos comunes a todas las psicoterapias (Frank, 1982; Garske y Jay-Linn, 1988; citados en Coderch, 1987)). La investigación empírica sobre este punto, ha demostrado además que el éxito psicoterapéutico se correlaciona, positiva y significativamente con el establecimiento temprano de una adecuada alianza terapéutica.

En algunos trabajos Freud S., (1913) consideró que era necesario establecer una transferencia efectiva antes de empezar un tratamiento psicoanalítico exitoso, creyó necesario esperar hasta que una efectiva transferencia hubiera establecido en el paciente una relación apropiada con él. Persiste como primer objetivo, el ligar al paciente al tratamiento y al psicoterapeuta.

La distinción que hizo fue entre la capacidad del paciente para establecer una relación amistosa y un vínculo con el médico por un lado, y por otro el surgimiento dentro del marco del tratamiento de sentimientos y actitudes que podrían llegar a ser un obstáculo para el progreso psicoterapéutico.

En realidad el término alianza terapéutica se ha usado para designar a la transferencia positiva en específico. Y está integrado en trabajos de Richard Sterba (1934, 1940; citado en Sandler, 1986), quien consideró necesario que el psicoterapeuta hiciera una separación dentro del paciente entre los elementos enfocados en la realidad de aquellos que no lo estaban. Refiriéndose a que los primeros permiten al paciente identificarse con las metas del psicoterapeuta, proceso que Sterba (Sandler, 1986), considera como condición esencial para un tratamiento psicoanalítico exitoso. Y en esto concuerda con Freud S. (1933; op. cit.) cuando dice que en un tratamiento exitoso, el paciente utiliza su capacidad de auto-observación como si él fuera otra persona.

Dentro de este mismo contexto Fenichel (1941; citado en Sandler, 1986), ha escrito sobre un aspecto razonable del paciente, denominándolo transferencia racional refiriéndose a lo que ya se ha visto: transferencia amistosa, transferencia efectiva, los elementos enfocados en la realidad. Y a pesar de que han sido descritos como si fueran equivalentes, pueden ser vistos de manera separada y particular pero considerándolos todos ellos como elementos de la alianza terapéutica.

Fue a partir de un artículo de Zetzel (1956; op. cit.), que diversos autores psicoanalíticos se ocuparon de hacer la diferenciación entre la alianza terapéutica y la transferencia, Greenson (1965 y 1967; op. cit.), y Greenson y Wexler (1969; op. cit.), consideran el núcleo de la alianza de tratamiento como anclado en la relación real o no transferencial que el paciente establece con su psicoterapeuta.

También se hace necesario distinguir entre el concepto de alianza terapéutica y otros aspectos de la relación del paciente con el psicoterapeuta y dentro de estos se incluyen revivir sentimientos sexuales y amorosos originalmente dirigidos hacia una figura importante en el pasado del paciente, que se muestran en forma extrema cuando el paciente se enamora de su psicoterapeuta. Dentro de estas también se incluyen idealizaciones, en las que es visto como perfectamente capaz, idealizaciones que pueden encubrir sentimientos hostiles subyacentes y que pueden llegar a la ruptura del tratamiento.

Tomando en cuenta lo anterior, la alianza terapéutica esta basada en el deseo consciente ó inconsciente de cooperación del paciente y en su disposición a aceptar la ayuda del psicoterapeuta para superar sus dificultades internas, cabe mencionar que esto no es lo mismo que asistir a las sesiones buscando sólo la obtención de placer ó alguna otra forma de gratificación. En la alianza terapéutica hay una aceptación de la necesidad de tratar los conflictos internos y hacer trabajo analítico frente a una resistencia interna ó externa (Sandler 1969; op. cit.).

Respecto a esto Erikson, (1950; op. cit.) llama confianza básica a una actitud hacia la gente y hacia el mundo en general, basada en experiencias de seguridad del niño durante los primeros meses de vida. La ausencia de esta cualidad es la responsable de la ausencia de una alianza terapéutica adecuada en el tratamiento de ciertos pacientes psicóticos ó de pacientes que han sido sometidos a una severa privación emocional durante su infancia.

Es así que la alianza terapéutica no debe ser considerada equivalente al deseo del paciente de mejorar, aún cuando, sin duda alguna, este deseo contribuye a la formación de la alianza terapéutica.

En los casos en los que no existe una adecuada alianza terapéutica, es esencial determinar si el paciente tiene la capacidad de formar tal alianza y si es capaz de desarrollar la motivación suficiente y apropiada para el desarrollo de una alianza terapéutica que le permita resistir las tensiones del tratamiento.

El tratamiento puede empezar sin una alianza de tratamiento firme, de lo que no hay duda es que, siempre es necesario de alguna forma un contrato terapéutico, y ya en el transcurso del tratamiento idealmente se irá desarrollando dicha alianza. También es cierto que lo ideal es que ésta permanezca como una constante en el transcurso del tratamiento psicoanalítico.

Intervenciones del Psicoterapeuta

La formulación de una intervención requiere de diversos factores como conocimiento, entrenamiento, supervisión, experiencias, habilidades como la empatía y la intuición.

En lo que se refiere al orden y a la formulación de las intervenciones verbales, el tiempo pertinente en que se hacen, las palabras que se utilizan y todas las comunicaciones no verbales que acompañan, pertenecen sin duda alguna al estilo y arte de cada psicoterapeuta como ya se comentaba en el primer capítulo. Y tiene que ver de manera importante con características personales.

Existen diversos tipos de intervenciones verbales:

- Preguntas: Permite dirigirse a los puntos confusos del material para llegar a hacerlos claros. Las preguntas tienen que ser neutrales, no de averiguación, y respetando al paciente. El psicoterapeuta no debe buscar hacer preguntas inteligentes, sino pertinentes. La frecuencia de las preguntas tiene que dar espacio y esperar a que el paciente conteste y se tome su tiempo. Deben ser breves, claras y directas, ya que es necesario elegir el aspecto sobre el que se quiere poner atención.
- Reflejar: Es un aspecto importante poder comunicar al paciente lo que se observa, lo que se siente. Estas intervenciones van dirigidas a sostener las intervenciones de apoyo, en las que se le ayuda al paciente a identificar sus propios sentimientos. El psicoterapeuta debe observar la comunicación no verbal del paciente para ver si concuerda o no con lo que se relata. El psicoterapeuta es un espejo humano que trata de reflejar, dentro de la objetividad posible, la subjetividad del paciente.
- Establecer conexiones: Esto va dirigido a que el paciente aprenda a conectar sus afectos con el material, su vida infantil con su conducta

actual o conocimientos adquiridos en otras sesiones, ya que también favorecen el pacto psicoterapéutico con el paciente. Esto permite al paciente establecer conexiones entre el presente y el pasado, entre lo infantil y lo adulto, y establecer conexiones en cuanto al origen de sus conflictos quedándole claro la conexión que hay en su conducta repetitiva para poder así promover el cambio y planear el futuro.

Como ya se vio en el capítulo 1, la psicoterapia psicoanalítica (p.p.) es el proceso mediante el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes, a través de las diferentes técnicas que el psicoterapeuta emplea en el comportamiento del paciente. Los métodos empleados para llevar el material inconsciente a la consciencia fueron originalmente desarrollados por Freud S. Estos incluyen técnicas tales como la asociación libre, la interpretación de sueños y el análisis de transferencia; así como el uso de la interpretación de las resistencias y de las relaciones con el psicoterapeuta para obtener los contenidos del material inconsciente; además de una comprensión de los determinantes epigenéticos de la personalidad individual y de la relación de estos con su actual personalidad.

Lo que indica un adecuado uso de las intervenciones por parte del psicoterapeuta es entre otras cosas, el paciente asocie libremente, es decir, que siga hablando, que asista con regularidad a las sesiones, y que a su vez presente cambios. Que haya un trabajo elaborativo y un ejemplo de esto es cuando el paciente dice: me quede pensando en la sesión pasada..., que empiece a recordar aspectos de su vida olvidados.

Lo que indica un mal uso de las intervenciones por parte del psicoterapeuta es que el paciente deje de asistir a las sesiones, que falte frecuentemente, o bien, que llegue tarde; que no quiera colaborar en sesión y que no cumpla con el encuadre establecido al inicio del tratamiento.

3.5 Resistencia: Positiva y Negativa

Mientras que la alianza terapéutica y algunos aspectos de la transferencia se refieren a tendencias dentro del paciente que actúan para mantener la relación de tratamiento, el concepto de resistencia concierne a elementos y fuerzas en el paciente que se oponen al proceso psicoterapéutico, esta situación se describió inicialmente en el tratamiento psicoanalítico.

La resistencia desde la perspectiva psicoanalítica, los rasgos caracteriales, independientemente de la normalidad ó patología del sujeto, pueden considerarse como el resultado de las funciones de organización, integración y adaptación llevadas a cabo por el yo ante el conflicto entre las tendencias internas y las exigencias del medio circundante (Coderch, 1987; citado en Ávila 1994).

La resistencia se refiere a cualquier inclinación, idea o sentimiento, actitud o acción, es decir, cualquier cosa que el paciente hace, de forma consciente o

no, que fomenta el estado que le impide el desarrollo personal (Daniels, 1978; op. cit.).

En el proceso de descubrimiento que supone el tratamiento psicoanalítico, es fácil que el paciente se sienta amenazado al ir revelando cada vez más conflictos inconscientes, cuando esto ocurre, el paciente manifiesta resistencia, que en algunos casos puede ser entendida como transferencia negativa, y puede tomar la forma, por ejemplo, de bloqueos en la asociación libre, carencia de sueños a analizar, etc. Tan importante es esto, que Freud S. llegó a definir el tratamiento psicoanalítico como una nueva educación para vencer las resistencias internas (Rychlak, 1973; op. cit.).

La resistencia es manejada en psicoanálisis centrándose en las primeras fantasías infantiles, en sus experiencias y en las actitudes paternas que dieron lugar a la represión. Con el tiempo esto permite que la comprensión adulta suplante a las aprehensiones infantiles que aparecen en los estratos profundos de la mente. Entonces la represión pierde su poder motor y se permite que las memorias vuelvan a la consciencia (Daniels, 1978; op. cit.).

Cuando Freud S. aún usaba la hipnosis, la resistencia fue considerada como cualquier manifestación del paciente que se opusiera a los intentos del psicoterapeuta de influirlo.

Freud S. comentó (1895; citado en Sandler 1986): “en esta forma una fuerza psíquica ha expulsado originalmente la idea patológica fuera de la asociación oponiéndose ahora a su retorno a la memoria. El no sé, del paciente histérico, es en realidad un no deseo saber, un no desear saber que en un mayor o menor grado puede ser consciente. La labor del psicoterapeuta, por ende, está en superar la resistencia de la asociación”.

Los motivos para la resistencia son vistos como la amenaza de la movilización y surgimiento de ideas y afectos desagradables. Las ideas que han sido reprimidas y que se resisten a ser recordadas y vistas como caracterizadas por ser de naturaleza totalmente desagradable y que hacen surgir los sentimientos de vergüenza, autorreproche y sufrimiento psicológico y la sensación de ser herido (Freud S. 1895 op. cit.).

La resistencia no sólo fue vista como especialmente dirigida a impedir el recuerdo de hechos desagradables, sino también contra la toma de consciencia de impulsos inaceptables.

La resistencia no es algo que aparece de vez en cuando en el proceso de psicoterapia, sino que está constantemente presente durante el tratamiento (Freud S. 1909, op. cit.).

Freud S. (1912; op. cit.), atribuyó una relación entre transferencia y resistencia y las llamó resistencias transferenciales y fueron consideradas como los obstáculos más poderosos en el camino del tratamiento psicoanalítico.

Las vivencias reprimidas tienden a reactivarse en el momento de la sesión y es así que el desarrollo de dichas transferencias hacia el psicoterapeuta, proviniendo de figuras del pasado, puede ser causa de intensas resistencias a la libre asociación, ya que los nuevos sentimientos del paciente hacia el psicoterapeuta pueden ser sentidos como extremadamente amenazadores. El paciente que llega a ser dominado por fuertes resistencias transferenciales es arrojado fuera de su real relación con el psicoterapeuta, entonces siente la libertad de no tomar en consideración la regla fundamental del psicoanálisis que establece la obligación de dar cuenta, sin crítica de cualquier cosa que cruza su mente, olvida las intenciones con que comenzó el tratamiento y mira con indiferencia argumentos y conclusiones lógicas que poco antes hacían gran impresión en él.

Greenson (1999; op. cit.) realiza una definición integrada sobre la resistencia, para él la resistencia consiste en todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos psicoterapéuticos, es decir, que estorban la asociación libre del paciente, obstaculizan los intentos del paciente de recordar y de lograr asimilar el conocimiento, que operan contra el yo razonable del paciente y su deseo de cambiar.

En lo que se refiere a las fuentes de la resistencia, Freud S. distinguió entre resistencias transferenciales y resistencias represivas, considerando a esta última como la resistencia inherente a la estructura psicológica del paciente, contra la toma de consciencia de impulsos y recuerdos dolorosos y peligrosos. Mientras que las resistencias transferenciales pueden desaparecer ó incluso ser reemplazadas con vínculos transferenciales que refuerzan la alianza terapéutica, las resistencias represivas pueden ser concebidas como una fuerza siempre presente que actúa en oposición a las metas del tratamiento, aunque esto es fluctuante.

Freud S. (1926; citado en Sandler 1986) distinguió cinco tipos y fuentes de resistencia:

1. Resistencias represivas que se consideraban manifestaciones clínicas de las necesidades del paciente de defenderse contra impulsos, recuerdos y sentimientos que al emerger hacia la consciencia traen, consigo un estado penoso ó amenazan con causarlo. El proceso de asociación libre durante el tratamiento crea una constante situación de peligro potencial para el paciente y promueve la resistencia represiva. Es labor del psicoterapeuta facilitar con sus interpretaciones el surgimiento del contenido en una forma tolerable para el paciente.
2. Resistencias transferenciales, las cuales tienen la especial cualidad de expresar y reflejar la lucha contra impulsos infantiles que han surgido en forma directa ó modificada en relación con el psicoterapeuta. El proceso psicoterapéutico ha reanimado a través de la forma de una actual distorsión de la realidad el material que había sido reprimido o tratado en alguna otra forma y este revivir el pasado lleva a la resistencia transferencial. Aquí la labor del psicoterapeuta consiste en asistir a la

emergencia de los contenidos transferenciales en la consciencia de una manera tolerable por medio de sus intervenciones.

3. Resistencia derivada de la ganancia por enfermedad. Esta se refiere a que a pesar de que un síntoma puede ser sentido como no deseado, a menudo ocurre un proceso de asimilación del síntoma a la organización psicológica del paciente. Freud S. (1926) lo describe así: “El yo precede ahora a comportarse como si reconociera que el síntoma ha venido a quedarse y que la única posibilidad es aceptar la situación y obtener la mayor ventaja posible”. Dichas ganancias secundarias a partir de síntomas son conocidas a través de las ventajas y gratificaciones obtenidas al estar enfermo y ser cuidado y consolado por otros, con los que ahora tienen que compartir el sufrimiento del paciente. Las ganancias secundarias pueden incrementarse a través de la necesidad del paciente de recibir castigo ó en rasgos masoquistas ocultos.
4. Resistencia proveniente del ello, esta es debida a la resistencia de los impulsos instintivos a cualquier cambio en su modo y forma de expresión. Freud S. describió en 1926: “es dable imaginar que habrá dificultades si se espera que un proceso instintivo que ha estado transcurriendo a través de una cierta dirección por décadas, sea súbitamente desviado hacia un nuevo camino recién abierto para él”. Esta forma de resistencia necesita para su eliminación lo que Freud S. llamó el trabajo elaborativo.
5. Resistencia proveniente del superyo o del sentimiento de culpa del paciente o de su necesidad de castigo. Esta presenta dificultades para el psicoterapeuta, tanto en discernirla como en tratarla. Refleja la operación de un sentido inconsciente y da cuenta de la aparente reacción paradójica del paciente hacia cualquier paso en el trabajo psicoanalítico que presente la realización de algún impulso contra el cual se ha defendido debido a los dictados de su propia consciencia (Freud S. 1923).

1.6 Consideraciones Éticas

Si volvemos ahora a la ética, podemos afirmar que una parte de sus preceptos se justifican racionalmente por la necesidad de delimitar los derechos de la sociedad contra el individuo, los derechos del individuo contra la sociedad y los derechos de los individuos entre sí.

S. Freud

La psicoterapia esta estrechamente ligada con la ética. No hay forma de evitar la ética en la psicoterapia. Está debe ser ejercida en forma racional y disciplinada, esto significa producir juicios racionalmente defendibles sobre la moral y los valores.

Tanto Aristóteles como Platón llamaron la atención a la importancia del carácter (ethos) de la persona que pronuncia la palabra terapéutica, su perspicacia no pasó inadvertida en los centros de adiestramiento para psicoterapeutas. Cuando el interés por la ética de los candidatos no es evidente, entonces se esconde bajo alguna otra categoría conceptual o alguien no desempeña su trabajo.

La ética penetra en cada aspecto de la psicoterapia. Esta implicada en el diagnóstico, la patología, la transferencia, y finalmente en las metas del tratamiento. El contexto de la psicoterapia está entrelazado con asuntos éticos, y el psicoterapeuta no puede evitar estar sumergido en ella (London, 1964; Rieff, 1959; citados en Caso 1985).

La ética del psicoterapeuta se transmite en la psicoterapia, y el psicoterapeuta a través de su vocación se da cuenta de esta influencia.

La psicoterapia debe enfocarse a las necesidades del paciente y no a las del psicoterapeuta.

La tarea del psicoterapeuta consiste en ser confiable y a la vez no involucrarse. Su actitud ante los pacientes es de dar; él debe permitirle que pase por experiencias emocionales correctivas para remediar sus malas experiencias pasadas y corregir las deficiencias de su personalidad.

A fin de hacer eso el psicoterapeuta debe ser emocionalmente independiente y ser capaz de satisfacer las necesidades del paciente y no sus propias necesidades narcisistas.

De manera general en un proceso de psicoterapia los seres humanos tienen derecho a:

El paciente tiene derecho a recibir un tratamiento, y en base a esto el psicoterapeuta tiene las siguientes responsabilidades (Caso, 1985):

- a) Proporcionar tratamiento, particularmente en las situaciones de urgencia.
- b) Una vez que se ha emprendido la psicoterapia, no terminarla sin preparar al paciente, y sin tomar las medidas apropiadas para continuar el tratamiento si está justificado.
- c) Ponerse a disposición del paciente en caso de urgencia.
- d) No negar el tratamiento por motivos de raza, credo, color, origen o sexo.
- e) Hacer arreglos para que el paciente siga recibiendo tratamiento cuando el psicoterapeuta tenga que ausentarse durante un período prolongado, por ejemplo cuando sale de vacaciones.

- f) Adoptar y fomentar aquellas medidas de la sociedad que servirán para que haya la mejor cantidad posible de servicios psicoterapéuticos para la población.

Todos estos puntos van en función de que los psicoterapeutas tienen el compromiso de utilizar el conocimiento del ser humano para promover el bienestar de estos mismos.

El paciente tiene derecho a que le proporcione el servicio un individuo competente para hacerlo, y respecto a esto, el psicoterapeuta tiene las siguientes responsabilidades:

- a) Darse cuenta del grado de competencia que se espera de los que proporcionan ese servicio.
- b) Adquirir esa competencia.
- c) Continuar adquiriendo experiencia educativa para mantener ese grado de competencia.
- d) Practicar dentro del campo en que se es competente.
- e) No ejercer su profesión cuando su capacidad está limitada por el alcohol, drogas, enfermedades, incapacidades físicas, o por alguna incapacidad psicológica.
- f) Proporcionar al paciente desde el principio de la psicoterapia información sobre la propia competencia y sobre cualquier limitación de dicha competencia.
- g) Asegurarse de que cualquier asistente o estudiante que proporcione servicios bajo la autoridad del psicoterapeuta principal, esté capacitado para proporcionar esos servicios.
- h) Supervisar regularmente a esos asistentes.
- i) Hacer suyas las normas de las sociedades profesionales y de las agencias del gobierno, que sirvan para elevar el grado de competencia de todos los profesionales en el campo de la psicoterapia.

El paciente tiene derecho a un arreglo financiero razonable, y con respecto a este punto el psicoterapeuta tiene las siguientes responsabilidades:

- a) Proporcionar información exacta sobre los costos al final de la primera sesión.

- b) Programar los pagos al final de la primera sesión.
- c) No sorprender al paciente con costos inesperados.
- d) No explotar al paciente al prolongar innecesariamente el tratamiento ó convenciéndolo de que se someta a un tratamiento ó a procedimientos de diagnóstico innecesario.

El paciente tiene derecho a contar con un psicoterapeuta que se dedique única y completamente a tratar de darle lo que más convenga a sus intereses y a su bienestar personal. Relacionado con esto, está el derecho del paciente a que se le dé la información necesaria para que pueda hacer una elección informada respecto a la psicoterapia.

Las responsabilidades del psicoterapeuta en este punto incluyen lo siguiente:

- a) Proporcionar al paciente desde el principio información sobre metas, procedimientos y orientación teórica del psicoterapeuta en relación con el proceso psicoterapéutico.
- b) Llamar la atención desde el principio hacia cualquier conflicto potencial de valores entre el psicoterapeuta y el paciente.
- c) Evitar conflictos de intereses.
- d) Tratar de no pretender satisfacer sus propias necesidades a expensas del paciente.
- e) No participar en ninguna forma de actividad sexual con el paciente.

El paciente tiene derecho a consulta, y a que se le remita con el profesional adecuado, y las responsabilidades relacionados con estos derechos son los siguientes:

- a) Respetar la petición del paciente de consultar con otro profesional.
- b) Sugerir al paciente que consulte con una persona externa cuando se requiera, aunque el paciente esté renuente a sugerirlo por temor a que se enoje el psicoterapeuta.
- c) Recomendar consultores apropiados de entre los miembros de la profesión del psicoterapeuta ó de otras profesiones relacionadas con aquélla.
- d) Darse cuenta de las propias limitaciones, tanto profesionales como psicológicas, que pueden requerir que se remita el caso a otro profesional.

- e) Darse cuenta de que el paciente afronta problemas potenciales ó que empiezan a presentarse, y que éstos pueden trascender al campo que le corresponde al psicoterapeuta, por ejemplo problemas médicos, legales o financieros.
- f) Darse cuenta de la red de recursos disponibles a los que se puede remitir al paciente.
- g) Establecer relaciones de trabajo con otros profesionales y con agencias que faciliten el proceso de consulta y remisión.

El paciente tiene derecho a la reserva y a la confidencialidad en relación con la psicoterapia, en relación con este principio, el profesional tiene las siguientes responsabilidades:

- a) No revelar información sobre el paciente, sin que éste dé previamente su consentimiento por escrito.
- b) Determinar con sensatez qué información es apropiada revelar y a quién debe revelarse, una vez que se ha obtenido el consentimiento.
- c) Hacer que el paciente se dé cuenta de que si se revela cierta información, esto puede tener efectos dañinos sobre sus intereses.
- d) Proporcionar información relacionada con un paciente sin su consentimiento sólo cuando la ley le exige hacerlo, e informar al paciente al respecto.
- e) Considerar los problemas de la confidencialidad al decidir qué información sobre un paciente debe o no debe registrarse en su expediente.
- f) Deshacerse finalmente del expediente del paciente en una forma que no comprometa la confidencialidad.

Respecto al punto anterior la confidencialidad debe violarse bajo seis condiciones:

1. Cuando está de por medio un acto criminal.
2. Cuando la información forma parte de un juicio jurídico.
3. Cuando la información se obtiene para que un experto pueda rendir su informe a un abogado.
4. Cuando el psicoterapeuta actúe nombrado por un tribunal.
5. Cuando el psicoterapeuta crea que el paciente es un peligro para sí mismo ó para los demás.

6. Cuando el paciente aún no ha cumplido 16 años, y el psicoterapeuta cree que el paciente ha sido víctima de un crimen, y que la revelación de los datos confidenciales podría favorecerlo.

El paciente tiene derecho a que el tratamiento tenga un término; en relación con este derecho, las responsabilidades del psicoterapeuta incluyen las siguientes:

- a) Fijar con el paciente una fecha tentativa para la terminación del tratamiento.
- b) Revisar periódicamente esa fecha de terminación, y revisarla cuando sea necesario.
- c) Plantear al paciente el asunto de la terminación en un momento apropiado, si no se ha fijado una fecha anteriormente.
- d) Revisar periódicamente los casos de tratamiento prolongado, de preferencia consultando con otro profesional, a fin de evaluar la necesidad de ponerles fin y las estrategias para lograrlo.

Respecto al punto anterior, Freud S. (1937; citado en Caso 1985) comparó en Análisis terminable e interminable al psicoanalista con otros profesionales de la salud diciendo:

“Un médico que padezca de los pulmones ó del corazón, mientras pueda ejercer su profesión, no está imposibilitado de diagnosticar ó tratar las enfermedades internas. En cambio el analista, debido a las condiciones peculiares de su trabajo, se ve realmente impedido por sus propios defectos en su tarea de discernir correctamente la situación de su paciente y de reaccionar ante ella en una forma que conduzca a la curación. Por eso, es razonable hasta cierto punto que se exija al analista un grado comparativamente alto de normalidad física y una adaptación correcta como uno de los requisitos de su trabajo. Además hay que tener en cuenta otra cosa: debe estar en una posición superior en cierto sentido si ha de servir de modelo a su paciente en ciertas situaciones analíticas y, en otras, actuar como su maestro. Finalmente, no debemos olvidar que la relación entre el analista y el paciente se basa en un amor a la verdad, o sea, en el reconocimiento de la realidad, y que eso excluye cualquier clase de impostura o engaño.

Aquí haremos una pausa para asegurar al analista que tiene nuestra más sincera compasión por las fuertes exigencias que se le hacen y que se espera que cumpla. Casi parece como si su profesión fuera la tercera de esas profesiones imposibles en que se puede estar bastante seguro de obtener resultados insatisfactorios. Las otras dos, establecidas desde hace mucho más tiempo, son la educación de los niños y el gobierno de las naciones. Obviamente no podemos pedir que el analista en perspectiva sea un ser humano perfecto antes de ocupar su puesto, y que sólo personas de una perfección excepcional entren a esa profesión”.

En cierta forma, la fase de terminación del tratamiento psicoterapéutico se parece al proceso de los hijos que consiguen la autonomía porque están listos para dejar a sus padres; se les debe dejar que vivan sus propias vidas.

Freud S. también señaló puntos importantes en cuanto a la pregunta ¿Existe realmente un fin natural para un análisis, o es realmente posible conducirlo a ese fin? Al respecto escribió:

“Primero, el paciente ya no debe estar sufriendo de sus síntomas originales y debe haber superado sus diversas angustias e inhibiciones, y segundo, el analista debe haber formado la opinión de que se ha llevado a la consciencia tanto material reprimido, se han aclarado tantas cosas que eran inexplicables, y se han superado tantas resistencias internas, que no se debe temer ninguna repetición de los procesos patológicos específicos del paciente. Si razones externas han impedido que se alcance la meta, es más correcto decir que el análisis es imperfecto que decir que no se ha completado.

La segunda definición del fin de un análisis es mucho más ambiciosa. De acuerdo con esta definición, tenemos que averiguar si el efecto sobre el paciente ha sido tan profundo que no ocurriría ningún cambio ulterior en él si continuara el tratamiento”.

El común denominador de la fase final es que, tanto el psicoterapeuta como el paciente se dan cuenta de que la tarea ha quedado significativamente cumplida, y que una interacción terapéutica más allá sería superflua.

La meta fundamental de la ética es el bienestar de quien solicita los servicios profesionales del psicoterapeuta, que implica un respeto a la dignidad y el valor propio de cada ser humano a su capacidad de autodeterminación y a su autonomía, a su derecho a la intimidad y la confidencialidad y el reconocimiento de la consciencia y el consecuente respeto a las diferencias humanas (de edad, género, orientación sexual, religión etc.), así como el respeto a todo ser humano por igual eliminándose toda práctica discriminatoria y todo sesgo que pudiera emanar de tales diferencias (Serra, 2008).

Para la ética del psicoterapeuta es importante lo social, ya que su profesión esta vinculada con la comunidad científica y humana a la que pertenece. La ciencia en general es una forma de comunidad y de la comunicación interhumana, es forma de diálogo y de pensamiento crítico que enriquece y participa del conocimiento de la disciplina profesional, que caracteriza el respeto a la libertad y la dignidad del ser humano, en la afirmación de los bienes de la vida y de la salud, de la tolerancia y la justicia, así como todo aquello que los propicia. De ahí la importancia del respeto, competencia y confidencialidad, que es la triada fundamental que dirige el quehacer ético del psicoterapeuta como normas fundamentales (Serra op. cit.).

De una manera más específica dentro del contexto psicoanalítico, una de las reglas de las que habla Freud S. (1913; citado en Wallwork 1994) es la de el deber del analista de comunicarle al paciente lo que el tratamiento psicoanalítico implica por parte del compromiso y en el principio de decir la verdad. Cumplir las promesas es otro principio que presupone la relación

psicoanalítica como una condición de probabilidad del conocimiento analítico. Al principio el paciente promete obedecer la regla fundamental de la asociación libre que consiste en hablar con la más completa sinceridad y veracidad posible, esta veracidad va mas allá de sólo decir la verdad porque el paciente se obliga por dicha promesa a decir no solamente aquello que sabe subjetivamente, sino también aquellas cosas que reprueba y cuyo conocimiento se le dificulta porque no le gusta admitirlas.

A cambio de eso, y como parte de lo que Freud S. llama el pacto, el psicoterapeuta promete implícitamente, evitar dañar, explotar o perjudicar de cualquier modo al paciente, el cual resulta especialmente vulnerable en virtud de la transferencia.

Otra norma que guía el trabajo del psicoterapeuta es el principio de la confidencia. El psicoterapeuta tiene la obligación de proteger la privacidad del paciente. La importancia de este principio se refuerza en la situación analítica en virtud de la promesa implícita que el analista hace al iniciar el tratamiento de la discreción más estricta y Freud S. lo expresa de la siguiente manera:

“Construimos un pacto recíproco. El ello enfermo nos promete la más completa sinceridad, es decir, promete poner a nuestra disposición todo el material que su autopercepción le permita, por nuestra parte aseguramos al paciente la discreción más rigurosa y ponemos a su servicio nuestra experiencia para interpretar el material que ha sido influido por el inconsciente. Nuestro saber consiste en compensar su ignorancia y devolver a su ello el dominio sobre las regiones perdidas de su vida mental. Este pacto constituye el proceso psicoterapéutico”.

El psicoterapeuta también tiene deberes con la consciencia y con el bien común que le exigen compartir con sus colegas cualquier conocimiento nuevo que sea benéfico para otros pacientes.

El principio de la confidencia se puede guardar aún cuando se cumpla con el deber del psicoterapeuta de compartir el conocimiento, asegurándose de que el material del caso se disfrace lo suficiente como para evitar a violación de la privacidad del paciente.

En la actualidad se habla de una crisis del sentido ético; es la pérdida de una dirección propia de la vida humana, de un principio rector, de una meta y una finalidad fundamentales; y cuando se invalida la dirección ética cualquier rumbo es indistinto; sobreviene entonces el puro movimiento errático y enajenado, o bien meramente mecánico, circular, rotativo y cerrado en sí mismo, sin avance; si no es que se produce más bien la parálisis, el estancamiento y la inanición vital (González, 1997).

Toda crisis es un fenómeno contradictorio que conlleva a dos posibilidades: la destrucción y el resurgimiento. Toda destrucción es el momento de una nueva fundación, dice Heidegger (citado en González op. cit).

La crisis ética contemporánea es un estado de suspenso, quebranto, destrucción, y aniquilación, de pérdidas y de ausencias, de callejones sin salida y situaciones límite inadmisibles, pero a la vez, la ruptura conlleva su propia virtud renovadora y puede originar una nueva y fecunda vida moral.

Reconocer las tinieblas morales de nuestro tiempo no implica no vislumbrar los indicios reales de la moralidad latente, las potencialidades de una posible reconstrucción moral y hasta las ganancias efectivas que, en el orden ético, ofrece la civilización contemporánea.

Son incuestionables los logros que representa la consciencia radical ontológica de la condición temporal del ser del hombre; el hecho de que nuestro ser es tiempo, y ninguna esencia o sustancia intemporal. Y con ello, la consciencia de que nuestro ser es ontológicamente posible y no necesario; que es indeterminado, penetrado de un no-ser o un vacío que lo hace cierre abierto, inacabado, haciéndose temporalmente a sí mismo, es decir, es un ser libre, en sentido verdaderamente radical. Toda ética posible y toda moralidad se fundan entonces en esta condición humana propia, irreductible, diferenciada respecto de todo lo no humano, que es la condición temporal, libre, posible y abierta del ser humano por lo cual éste se hace su propia esencia en su existencia, arriesga su propio ser en su hacer (González op. cit.).

En cuanto a las aportaciones de Freud S., González (op cit) destaca algunos aportes positivos en el orden de la moral, y son los siguientes:

- La crítica freudiana a la falsa moral: su denuncia de la enfermedad de la virtud; del malestar de la moral.
- Los aportes para la liberación moral en el orden del vitalismo, de la salud psíquica, de la veracidad, del realismo; para la creación de una moral sin pecado.
- El establecimiento de criterios de valoración moral que, aún cuando sean indiscutibles, sientan bases de diferenciaciones éticas fundamentales: así, por ejemplo, la crítica al hedonismo; la oposición pulsional entre vida y muerte; las nociones de una concepción integral evolutiva de la sexualidad y del psiquismo; la distinción entre principio de placer y principio de realidad, entre ello, yo y superyo.
- La instauración expresa de una moral del yo; realista y racionalista.
- La posibilidad implícita de una ética erótica.

En el nivel de la moralidad esencial, los aportes positivos son los siguientes:

- La búsqueda del origen y fundamento psicológico de la moralidad en general.
- La noción de una moralidad intrínseca fundada en la interpretación psicosomática.

- El establecimiento de las raíces pulsionales de eros, como fuente vital de la efectiva moralidad.
- El reconocimiento explícito o implícito de los caracteres definitorios de la educación de los valores humanos: su condición de segunda naturaleza; su esencia conflictiva o contradictoria; la dependencia de lo moral y lo social y del principio literalmente altruista de toda moral posible; la íntima liga entre la negación y la moralidad; la constitutiva tendencia de ésta a la elevación ó sublimación; opuestas a la inercia thanática, etc.
- La consciencia del carácter temporal de la moralidad, del psiquismo en general, y de la oposición psíquica entre moralidad y a-moralidad.

Savater F. (citado en González op. cit.), llamó ética a la convicción revolucionaria y a la vez tradicionalmente humana de que no todo vale por igual, de que hay razones para preferir un tipo de actuación a otros, de que esas razones surgen precisamente de un núcleo no trascendente, sino inherente al ser humano y situado más allá del ámbito que la pura razón cubre; llamó bien a lo que el ser humano realmente quiere, no a lo que simplemente debe o puede hacer, y pensó en lo que quiere porque es el camino de la mayor fuerza y del triunfo de la libertad.

CAPÍTULO CUATRO

UNA PROPUESTA BASADA EN EL MÉTODO CLÍNICO DE FERNANDO ULLOA

En base a la diferenciación vista anteriormente entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica (p.p.), se procederá a proponer una forma de propiciar un entrenamiento a quien se dedica a la práctica de la psicoterapia con orientación psicoanalítica (p.p.), y esta propuesta está basada en la que realizó Fernando Ulloa, de acuerdo al método clínico que se muestra a continuación.

4.1 Método Clínico

El método es una manera de proceder. En griego métodos quiere decir camino. Una definición filosófica lo designa como el orden seguido por la inteligencia en su caminar al descubrimiento de la verdad. La enciclopedia del idioma lo define como un modo de hacer con orden una cosa y el procedimiento que se sigue en las ciencias para averiguar la verdad y enseñarla.¹

En el Método Clínico se debe poner especial énfasis en los pasos ó momentos de este proceder, así como los criterios de validación del mismo. De sus raíces, se enfocan principalmente en dos: la Clínica Médica y el Psicoanálisis, en cuanto a método de tratamiento.

En cuanto a las raíces médicas, la palabra clínica se deriva del griego klinike y esta a su vez se origina de kline (lecho). Lo que significa el médico asistiendo a su enfermo al lado del lecho.

Tradicionalmente se considera a la Clínica Médica como la actividad artesanal y artística de la medicina.

Los elementos más destacados de esta práctica son, la observación detallada y minuciosa, que conduce a un acertado diagnóstico, el que a su vez permite un pronóstico y un tratamiento.

Dos elementos forman el juicio clínico: el observador y el interpretador, el primero es dependiente puramente de los sentidos. El elemento interpretador exige, no sólo conocimientos profundos y larga práctica, sino un cierto grado de perspicacia y aún de intuición, llamado cotidianamente ojo clínico, que da un justo valor a los hechos observados atribuyéndolos a sus verdaderas causas.

En lo que se refiere al Psicoanálisis y al procedimiento psicoterapéutico éste hereda la triada característica de la clínica médica: escuchar, es decir percibir; pensar e interpretar.

¹ Los conceptos principales del Método Clínico fueron extraídos de los cursos de Psicología Clínica de Adultos que dictara Fernando Ulloa en el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, durante los años 1965 y 1974.

El Psicoanálisis aporta al Método Clínico:

Ψ El trabajo con el inconsciente, con lo latente, con lo que no se ve ni se oye, sino que se deduce.

Ψ Produce una ruptura epistemológica con una interpretación que estaba disminuida ó reducida por los límites de lo perceptible.

Ψ El registro del fenómeno transferencial, tanto en el objeto clínico como en el propio psicoterapeuta, es decir, la contratransferencia.

Ψ La búsqueda del porque etiológico que subyace y es ocultado por el síntoma.

Ψ La frustración de la demanda de resolución inmediata del síntoma; de las carencias, estableciendo en su lugar, otro espacio: el del descubrimiento; de búsqueda.

Ψ El establecimiento del encuadre.

Algunas similitudes entre la situación médica y la situación de tratamiento psicoanalítico son:

- Existencia de una demanda motivada por una carencia: dolor, desequilibrio, angustia, insatisfacción o síntomas.
- Relación asimétrica entre el consultante y el consultado: ambos están focalizando su mirada sobre lo que le sucede a uno de los dos. El consultado no es mirado clínicamente, es mirado pero de otro modo. No hay intercambio simétrico de información, la prestación de servicios es unidireccional.

La psicología clínica es el estudio del ser humano en situación (Lagache, (1983). Se define la situación en relación con el campo dinámico, en el cual desembocan personas, actitudes y comportamientos dentro de un determinado contexto, en un espacio y un momento temporalmente delimitados (Castilla Del Pino, 1972).

Dentro de una situación o sesión psicoterapéutica debe existir el encuadre y éste concepto, como ya se vio, proviene del método psicoanalítico y de manera general, como se mencionó en el capítulo dos, el encuadre incluye aspectos que deben permanecer constantes, para crear un marco de relativa invariabilidad que permita la observación de los múltiples y cambiantes fenómenos que surgen en el proceso.

4.2 Una propuesta basada en el Método Clínico de Fernando Ulloa

En este apartado se desarrolla la propuesta basada en el Método Clínico de Fernando Ulloa, los elementos que lo componen y los aspectos que considera importantes para una adecuada práctica clínica.

Para Ulloa (1974), los elementos integrantes de un encuadre clínico son los siguientes:

- Condiciones materiales del campo clínico.
- Proyecto u objetivos propuestos en la tarea clínica.
- Esquema científico, metodológico y técnico.
- Estilo personal del operador.

Es la parte del método en la que se reconoce con mayor claridad la herencia médica, las tres operaciones clásicas son: indagar, diagnosticar y operar.

1. Indagar: Todos aquellos datos subliminales que pueden ser percibidos ó detectados con diversas técnicas, provenientes del campo clínico creado entre las partes.
2. Diagnosticar: Para llegar al diagnóstico se hace un agrupamiento de los datos en configuraciones que respondan a sus marcos teóricos de referencia; es decir, el modelo psicológico aprendido acerca del objeto clínico.
3. Operar: Si los pasos anteriores están regidos por esquemas conceptuales y referenciales guiados a su vez por la experiencia y la actitud clínica, la operación responde a aquellos esquemas operativos que son coherentes con el marco teórico. En lo que se refiere a la teoría psicoanalítica, en las etapas de indagación y diagnóstico se conduce a realizar operaciones centradas en torno a la interpretación en la situación actual del paciente, de reconstrucción histórica y de resolución transferencial.

Los pasos de indagación y diagnóstico están relacionados con la actitud clínica, el de la operación depende de la aptitud clínica.

Entre los tres elementos de la unidad de operación existen diferentes grados de articulación y simultaneidad. Un psicoterapeuta experimentado, cuando indaga esta operando, y también a la inversa, cada operación es una indagación. Esto quiere decir que un psicoterapeuta experimentado articula simultáneamente el mirar, el pensar y el hablar, mientras que un clínico en los comienzos de su aprendizaje forzosamente paga el precio de su adiestramiento desarticulando los tres pasos: primero observa desde adentro de la situación clínica, luego

pide ayuda a los efectos de un mejor diagnóstico y luego vuelve al campo clínico para operar; un ejemplo de ello son los protocolos e historias clínicas minuciosas, que tienen el objetivo de calmar la ansiedad del novato.

Tres son las metas fundamentales en el conocimiento clínico; la actitud clínica, la estructura de demora y la veracidad pertinente.

4.2.1 Actitud Clínica

La definición de actitud tiene que ver con una preparación para la acción. En el caso de un proceso psicoterapéutico es una preparación para la acción clínica que permita el surgimiento de un cambio, que se traduzca en una modificación de la comprensión de quienes están inmersos en una determinada situación.

La actitud articula en el sujeto cognoscente, el significado de lo percibido con el comportamiento que adoptará frente a ello.

Frente a esta actitud son múltiples los elementos que intervienen en este proceso, comienza por lo que Ulloa (1974) llama meter el cuerpo. Y es en este primer paso que se pone a prueba algo que se irá perfeccionando a lo largo del entrenamiento: la distancia óptima. Poder mirar de cerca sin quedar atrapado en los conflictos de sus objetos, poder mirar desde una cierta distancia, pero no tan lejana para mirar desde las teorías.

Una de las condiciones de la eficacia clínica relacionada con esta etapa en el proceso de formación de la actitud clínica es la de la no normatividad, que no es lo mismo que la pretendida neutralidad. No normalidad, en el sentido de tomar todos los datos que provienen del campo clínico como positivos, es decir, como claves de la comprensión. Una actitud normativa o superyoica, sólo conduciría a reprimir la comunicación de datos valiosos para el descubrimiento.

Esta actitud no normativa favorece el fluir, a manera de la atención flotante en la sesión psicoanalítica.

4.2.2 Estructura de demora

Esta estructura es la que permite al psicoterapeuta el registro de sus propios efectos demorándose en ellos en vez de actuarlos, a través de lo que Ulloa (op. cit.) denomina momento dramático. Al igual que en una dramatización, lo que está sucediendo convoca en el clínico, escenas, no forzosamente personales, muchas veces otras escenas de su misma experiencia clínica, que producen en él determinadas emociones.

En lo que se refiere a este adiestramiento se trata en cierta manera de desarticular esta unidad en tanto el psicoterapeuta adiestra gradualmente en cada uno de los pasos que corresponde al mirar, pensar, hablar, su correlato de observar, diagnosticar y operar. El objetivo es finalmente llegar a establecer

dicha articulación, pues el clínico adecuadamente adiestrado mantiene una gran simultaneidad en las tres operaciones.

Aquí el psicoterapeuta está funcionando como un receptor sensible a toda la información, tanto de la que proviene del paciente como la que proviene del interior de sí mismo, y al trabajar con sus propios afectos, los metaboliza y esto es lo que le permite pensar.

Se puede entender mejor el concepto de estructura de demora a partir de tres articulaciones:

1. Reestablecer el deseo tanto del psicoterapeuta como del paciente de recurrir a los propios contenidos, articulando los niveles lógicos con los afectivos, es decir, el saber y el sentir. Este deseo reestablecido, proviene de haber realizado un correcto y suficiente trabajo con los afectos que siendo habitualmente en cuanto a los efectos penosos de proyección, deben convertirse en motor para desear pensar los propios sentimientos. Esta articulación tiene como resultado consolidar el nivel psicológico al articular contenidos lógicos y afectos ampliando el área psicológica e instrumentando este nivel. El psicoterapeuta va adquiriendo la lógica e instrumentando este nivel; y a su vez adquiere la habilidad de demorarse útilmente en el registro pensante de los sentimientos que le promueve el paciente con lo cual comienza a adelantar los primeros pasos en la ruptura de la significación inmediata sobredeterminante.
2. Articular lo propio y lo ajeno adquiriendo capacidad de reconocer en el paciente aquello que le es semejante. Semejanza que no necesariamente se refiere a algo personal, sino principalmente a contenidos que almacena de sus experiencias clínicas anteriores. Es precisamente este reconocer lo semejante, lo que luego posibilita demorarse en el hecho nuevo; en lo diferente.
3. Articulación que al ligar el acontecer presente con el pasado etiológico permite resignificar ese pasado desde una perspectiva actual lo cual también es romper un significado inmediato mantenido constante hasta entonces a través del tiempo. Permite además articular el hoy, convertido en ensayo, con un acontecer futuro, lo cual también confiere valor y sentido a lo que nos demora en el presente, aún el sufrimiento es la actitud clínica. Comienza siendo en el adiestramiento un concepto operacional pero en la medida que se lo incorpora va adquiriendo categoría de instancia psíquica, es decir, de una manera de ser.

Para Ulloa (op. cit.), la estructura de demora, es la actitud clínica hecha acción, es el inicio de la aptitud clínica.

De manera general la aptitud es la capacidad para realizar con eficiencia cierto tipo de tareas u operaciones.

La aptitud clínica se pone en evidencia en relación el tercer momento de la unidad operacional; precisamente en el momento de operar. Como en toda acción, implica una toma de decisión entre diversas alternativas posibles.

Dentro de la aptitud clínica, un elemento más de la unidad de operación se encuentra la predicción clínica, ya que es un instrumento que se desarrolla en forma paralela de lo que se conoce como ojo clínico.

Existen dos niveles de funcionamiento de la predicción:

1. En lo explícito ó manifiesto: Confrontación entre lo esperado y lo encontrado. Permite el registro del hecho nuevo, superando la sensación de lo similar, lo de siempre. Esto impide que se produzcan estandarizaciones de la comprensión, también evita que lo nuevo sea vivido como desviación de lo normal esperado. En este nivel la predicción es un rescate de lo singular de cada situación clínica.
2. En el registro de los propios sentimientos: el confrontar lo esperado con lo existente, permite trabajar con los sentimientos de frustración. Este nivel tiende a impedir las actuaciones contratransferenciales y favorece el desarrollo de la intuición.

El fondo de la aptitud clínica y la operación es la veracidad pertinente.

4.2.3 Veracidad pertinente

Las configuraciones diagnosticas, de acuerdo al marco teórico de comprensión pueden ser, con toda lógica, verdades. Pero estas verdades se convierten en una abstracción si no se accionan en forma coherente con una estrategia de transformación, lo cual a su vez depende del encuadre elegido por las partes que integran la situación.

Respecto al encuadre se puede ver en dos sentidos: en el encuadre psicoterapéutico y el encuadre operativo, el primero tiene que ver con la operación que conduce a acentuar los aspectos conflictivos, transferenciales, etc., que posibilita un movimiento regresivo, el que a su vez permite un mayor esclarecimiento de los aspectos etiológicos del conflicto.

En un encuadre operativo, la formulación de lo comprendido apunta hacia el carácter de ensayo de solución, aún cuando este ensayo fuera fallido ó sintomático, ó antieconómico. El hecho seleccionado para su formulación surge más de un proyecto que dé verdades por la verdad misma.

La comprensión del porque etiológico en situación clínica con encuadre terapéutico, conduce a un esclarecimiento de un para qué, el síntoma en relación a proyectos detenidos o alterados. Bion (1962) habla de la saturación

no completa que se da en el análisis después de una interpretación adecuada, que permite la apertura de un amplio abanico de nuevas posibilidades en la toma del conocimiento.

A la inversa, el esclarecimiento del para qué en situaciones clínicas con encuadre operativo, en tanto muestra el proyecto de solución encerrado en el síntoma, permite también una reflexión retrospectiva acerca de los orígenes del conflicto. Este es uno de los aspectos de la pertinencia, la cual se establece en relación a un encuadre de trabajo.

Otro aspecto es el que tiene que ver con dos actitudes que se despliegan en el psicoterapeuta:

- a) La que lo remite a acentuar permanentemente lo conflictivo, convirtiéndose en una especie de inquisidor que señala la enfermedad. Esta actitud es a la larga autoritaria, y conduce a la suspensión de síntomas en un intento de aplacar al perseguidor. Aquí subyace la concepción de que el psicoterapeuta es un removedor de heridas y que su papel es hacer doler para curar.
- b) La tendencia del psicoterapeuta a destacar aspectos positivos ó del para qué de la manera de actuar como intento de solución, enmascarando el conflicto, que puede llevar a la complacencia y la consiguiente pérdida de la intencionalidad transformadora. Esta actitud del psicoterapeuta satisface muchas veces un deseo de liderazgo manipulado, y es de hecho, una conducta de seducción.

También es importante en el aspecto de la pertinencia lo relacionado con el momento del proceso; un psicoterapeuta experimentado puede comprender algo de lo que le sucede al otro antes que el paciente lo vea, pero también antes de que el paciente mismo esté en condiciones de asimilar esa verdad.

La veracidad pertinente es la situación clínica y este interjuego es el eje del trabajo clínico. Conocer, al mismo tiempo qué se va alterando lo que se conoce. De ahí la idea de que la verdad es una verdad de trabajo para seguir avanzando en el proceso dialéctico entre el conocedor y el objeto a conocer. Se trata de un proceso que nunca se cierra en sí mismo, ni se completa totalmente. El conocimiento clínico se produce en condiciones relacionales e instrumentalistas.

Este percibir, implica que el psicoterapeuta se dé cuenta de las cosas como parte del proceso de su actuación con referencia a ellas y toda teoría que aparezca aislada de la acción corre el riesgo de transformarse en una abstracción perturbadora. Esto es especialmente válido en clínica, y aquí es donde adquiere significado aquello de que en clínica no se practican teorías sino conceptualizaciones prácticas.

Ulloa (op. cit.) señala 5 condiciones de eficacia clínica bajo el nombre de condiciones de operancia, las cuales son:

1. Capacidad de predicción.
2. Actitud no normativa.
3. Capacidad de establecer relaciones insólitas.
4. Capacidad de definir el problema de lo positivo.
5. Coherencia entre teoría y práctica. Entre el ser y el quehacer clínico.

CONCLUSIONES

Las conclusiones van en función de crear un profundo sentido de responsabilidad y ética hacia el ejercicio de la práctica clínica, ya que como psicoterapeutas trabajamos con la vida psíquica, y esta profesión es tan importante como la de un médico, que trabaja con la vida física de sus pacientes. Es importante también, conocer los antecedentes de cómo han sido llamados los psicoterapeutas y las expectativas de la sociedad con respecto a ellos; como decide una persona ser psicoterapeuta, y todos los impactos que esto conlleva, ya sea en su vida profesional, familiar y personal.

En ocasiones la sociedad considera que el psicoterapeuta desempeña un papel que es alternativamente bendecido y maldito, pero por encima de todo necesario.

Incluso, se piensa que el psicoterapeuta es el último descendiente de un largo linaje de curanderos de tiempos prehistóricos.

Por otra parte, algunos consideran al psicoterapeuta, como un miembro de un grupo profesional marginal, un portador de malas noticias, alguien a quien consultar sólo como último recurso, o una persona con poderes casi extrasensoriales que puede traspasar sus defensas a voluntad.

Se recurre al psicoterapeuta en busca de consejo y orientación, así como para obtener la curación del dolor psíquico. Respecto a esto, se cree que el psicoterapeuta posee un interés natural por la gente, una curiosidad natural por sí mismo y por los demás; y es característico de las personas que se interesan por esta profesión, el interés por aspectos artísticos y expresionistas de la vida. Lo cual concuerda con la idea de que la psicoterapia es un arte, además de ciencia.

Entre las capacidades que hacen que una persona se incline por esta profesión, esta la capacidad de escucha, que es el instrumento curativo fundamental del psicoterapeuta. Y aunque esta capacidad se mejora con la práctica, los que se sienten atraídos por esta profesión, parecen poseer la capacidad natural de hacerlo, y en vez de parecerles tedioso o agotador lo encuentran estimulante y placentero.

En contraste con esta, se encuentra la capacidad de conversar por parte del psicoterapeuta, ya que desde los primeros escritos de Freud S., se considera que conversar, es el modo y el medio por el cual se desarrolla la psicoterapia, es por ello que se requiere del psicoterapeuta, facilidad de expresión verbal.

El psicoterapeuta verdaderamente destacado tiene algo más que capacidad y conocimientos. Posee un profundo sentido de concentración y compasión, que se refleja en un nivel de empatía y sensibilidad que afecta a los demás de manera extraordinaria.

Ser psicoterapeuta tiene repercusiones en la vida profesional, familiar y personal. Respecto al ámbito profesional el psicoterapeuta obtiene: independencia en cuanto al estilo profesional y al tiempo dedicado a las horas

de sesión; variedad y estimulación intelectual, en cuanto a la diversidad e interacción con pacientes con concepciones diferentes del mundo; reconocimiento y prestigio, que no deben basarse sólo en el hecho de portar el nombre de psicoterapeuta, sino siéndolo realmente sesión con sesión, con cada paciente; desarrollo en cuanto a las experiencias que obtiene con cada paciente; y satisfacción personal por la gratificación que experimenta al ayudar a sus pacientes.

En lo que tiene que ver con las repercusiones en la vida familiar y personal del psicoterapeuta, se observa que en ocasiones éste le dedica la mayor parte del día a las sesiones con sus pacientes, y con ello se mantiene aislado del medio exterior, y por consiguiente de la familia y los amigos. Otro aspecto en este ámbito es la inactividad respecto a pasar varias horas sentado en una silla y como consecuencia de esto la fatiga física y la sensación de cansancio.

En lo que tiene que ver con el aislamiento de la comunicación confidencial, es difícil describir a la propia familia y amigos, lo que significa ser psicoterapeuta, y limitar al mismo tiempo el suministro de información. La sensación de misterio que ello provoca, aísla al psicoterapeuta del apoyo de la familia y los amigos.

Es importante mencionar que no es el sentimiento subyacente de necesidad, lo que motiva al psicoterapeuta maduro a continuar haciendo psicoterapia, como si estuviera obligado a perseguir los beneficios potenciales de los encuentros íntimos con los pacientes. La posibilidad de que el psicoterapeuta termine mentalmente deteriorado o agotado, sería alta en este caso, y probablemente la atención del paciente sería inadecuada. Por el contrario, el psicoterapeuta totalmente integrado sigue trabajando y viviendo terapéuticamente por un sentimiento de gratitud, anticipación y respeto por la dignidad y la reciprocidad de la experiencia humana.

Es importante que el psicoterapeuta que brinda psicoterapia, lleve a la par un tratamiento personal, esto le sirve para experimentar el rol de paciente, y a la vez para trabajar en sesión aspectos de su vida personal y también los sentimientos que en ocasiones le generen algunos de sus pacientes. A través de este tratamiento, el psicoterapeuta puede hacer conscientes estos aspectos y trabajar con mayor eficiencia como profesional con sus pacientes.

La decisión de llegar a ser, y seguir siendo un psicoterapeuta refleja un compromiso con algo más, que un conjunto de suposiciones teóricas y técnicas profesionales. El esfuerzo por la actualización refleja tanto sentido del deber como pasión interior, una vocación y un destino.

La explicación de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica expuestas en este documento, permiten una clarificación en cuanto a teoría y técnica de ambas, ya que si bien, la psicoterapia psicoanalítica tiene sus raíces en la estructura conceptual y teórica de la doctrina psicoanalítica, el trabajo psicoterapéutico en ambas es, en algunos aspectos distintos, respecto a la utilización de técnicas e intervenciones psicoterapéuticas y dirigidos a diferentes objetivos.

En cuanto a esta diferenciación, quizá lo más importante sea que el psicoanálisis le apuesta a la reestructura más completa de la personalidad, así como a la resolución de la neurosis de transferencia a través de la interpretación; a diferencia de la psicoterapia psicoanalítica, en donde el trabajo psicoterapéutico se enfoca sobre los núcleos más descompensados de la personalidad, intentando aclarar y modificar algunas áreas de la estructura mental del paciente. Y se utiliza la interpretación sólo cuando es preciso, de manera parcial en la relación paciente-psicoterapeuta. Así mismo, la frecuencia de las sesiones en un psicoanálisis, que favorece la regresión para la obtención de conocimiento acerca de aspectos reprimidos de los primeros años de la vida del paciente, no siendo así en la psicoterapia psicoanalítica, en donde más que nada se busca que el paciente se dé cuenta de aquello que pasa desapercibido, y que esta interfiriendo en su vida diaria.

A través de esta claridad, se puede trabajar en sesión cubriendo el objetivo mencionado al inicio de este documento: llevar a la práctica un proceso psicoterapéutico, ya sea de tipo psicoanalítico ó de una psicoterapia psicoanalítica, con las técnicas usadas adecuadamente de acuerdo a la inclinación del psicoterapeuta y con responsabilidad profesional por el quehacer clínico.

Se decidió hacer esta revisión de psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica por considerar al primero una psicoterapia de tipo reestructurativa, y por consecuencia con un acceso de nivel profundo de conocimiento por parte del paciente. Y en el caso de la psicoterapia psicoanalítica, si bien su objetivo no es lograr una reestructura de la personalidad del paciente, si se llega, a través de ella a obtener cambios significativos en la estructura psíquica, con un valor tan importante como el de un tratamiento puramente psicoanalítico.

Una teoría psicoanalítica, es resultado del concepto que del hombre y de la naturaleza humana tenga su autor. La técnica deberá ser necesariamente congruente con su marco teórico.

La técnica no puede desmembrarse, divorciándose de quien la practica, si de psicoanálisis se trata. Su validez y su efectividad, no será solo resultante de su marco teórico, sino necesariamente de la congruencia entre lo que se dice y lo que se es. No es igual hablar de amor, que amar. Confesar interés por la felicidad de alguien que interesarse genuinamente por la felicidad de alguien.

Una adecuada formación teórica no conduce necesariamente a buenos resultados psicoterapéuticos en la práctica. Existen factores que hacen difícil la valoración de estos resultados. Estos tienen que ver, por lo que al análisis se refiere, no sólo con la formación académica, sino también, y de manera primordial, con la estructura personal; con la calidad humana de quien practica el método de psicoterapia psicoanalítica.

Pensando en una práctica con resultados significativos en un proceso psicoterapéutico, se planteó una propuesta basada en el método clínico de Fernando Ulloa, en donde éste es una manera de proceder por parte de un psicoterapeuta en una situación que emerge de un campo dinámico, el cual se

estructura por la existencia de dos partes: paciente y psicoterapeuta, reunidos por el imperativo de la demanda ó requerimientos del paciente y la oferta de servicios del psicoterapeuta.

Esta situación específicamente humana, adquiere carácter y substantividad clínica por la existencia de un encuadre, que regula los aspectos invariantes de la relación entre las partes. Delimitado por el encuadre, se desarrolla un proceso que permite la captación de los aspectos móviles ó variantes de la interrelación.

Estos aspectos móviles son detectados, sistematizados y utilizados para arribar a conceptualizaciones diagnósticas que se concretan en operaciones. La actitud clínica, basada en las condiciones de operancia y la estructura de demora, permite el surgimiento y enriquecimiento de la aptitud clínica, relacionada con el momento de operar, en el que la veracidad pertinente constituye el eje central orientador de la acción.

Este procedimiento esencialmente de transformación, implica una práctica dialéctica donde sujeto y objeto; paciente y psicoterapeuta interactúan transformándose mutuamente desde sus respectivos roles. La ventaja que posee la propuesta de Fernando Ulloa es que puede ser aplicada de manera individual o grupal, además de que permite a estudiantes de los últimos semestres de la licenciatura, tener una experiencia de la psicoterapia, no sólo desde la teoría sino vivencial, y de esta manera la práctica profesional se hace más enriquecedora.

La psicoterapia es una profesión noble, y sus practicantes son simples mortales que tienen momentos de verdadera trascendencia, durante los cuales son capaces de promover con notable éxito la curación y la integridad de los que padecen dolor psíquico. Aunque su mortalidad requiere que presten atención a la influencia potencialmente negativa de su trabajo sobre sus relaciones personales y su bienestar emocional. La trascendencia lograda por los psicoterapeutas maduros, les permite tanto expresar como experimentar una intimidad satisfactoria con los pacientes, los amigos y los familiares. En vez de provocar el agotamiento ó el deterioro mental, estos encuentros fomentan el desarrollo emocional, y una actualización de orden más elevado (Guy, 1995).

REFERENCIAS

- Alcázar R. A., Rodríguez O. J. y Méndez C. F. (2004) **Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico**. Psicología pirámide, Madrid.
- Acevedo I. A. y López M. A. (1981) **El proceso de la entrevista. Conceptos y modelos**, Limusa, México.
- Alexander F. y French T. (1956) **Terapéutica psicoanalítica: Principios y aplicación**. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Allport G. W. (1971) **¿Qué es la Personalidad?**. Siglo XX, Buenos Aires.
- Assoun P. (2002) **La Metapsicología**. Siglo Veintiuno Editores, México.
- Ávila E. A. y Poch B. J. (1994) **Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico**. Siglo Veintiuno Editores, España.
- Braunstein A. N. (1975) **Psicología: ideología y ciencia**. Siglo Veintiuno Editores, México.
- Bleger J. (1971) **Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico: en simbiosis y ambigüedad**. Traduction française in: kaes, R. et coll., Crise, rupture et dépassement, Paris, Dunot, 1979. Paidos, Buenos Aires.
- Bleger J. (1963) **Psicología de la Conducta**. Eudeba, Buenos Aires.
- Bion W. R. (1962) **A theory of thinking**. Int. J. of Psycho an.
- Caso M. (1985) **Ética y valores en psicoterapia**. Fondo de Cultura Económica, México.
- Castells M. (1999) **La era de la información. El poder de la identidad**. Siglo XXI Editores, México.
- Castilla Del Pino C. (1972) **Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación**. Bolsillo, Barcelona.
- Coderch J. (1987) **Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica**. Editorial Herder, Barcelona.
- Cuelli J. y Reidi L. (1972) **Teorías de la Personalidad**. Trillas, México.
- Díaz Portillo, I. (1989) **Técnica de la entrevista Psicodinámica**. Pax-Mex, México.
- Dicaprio N. (1980) **Teorías de la Personalidad**. Editorial Mc Graw Hill, México.

Freud, S. (1905) **Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad.** (1974). Resumen de la edición Standard de obras completas. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. México.

Freud, S (1923) **El yo y el ello.** En (1974) Resumen de la edición estándar de obras completas- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado. México.

Freud. S.- **Obras Completas.** Amorrortu, Argentina.

González J. (1986) **El malestar en la moral Freud y la crisis de la ética.** Editorial Miguel Ángel Porrúa, México.

González N. J. y Rodríguez C. M. (2002) **Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica.** Plaza y Valdés Editores, México.

Guy J. D. (1995) **La vida personal del terapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta.** Paidós, Barcelona.

Heredia, A. C. Valenzuela C. A. (1992) **Estudio de caso en Introducción a la Psicología Científica.** Facultad de Psicología UNAM. México.

Jones E. (1997) **Vida y obra de Sigmund Freud.** Versión castellana Mario Carlisky. Lumen-Horme, Buenos Aires.

Kernberg, O.(1979) **La Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico.** Paidos, Buenos Aires.

López, G. (2008) **La importancia de la relación terapeuta-paciente desde el enfoque humanista.** Tesina Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

López R. S. (1995) **Historia de la psicología en México.** Ceapac, México.

Macias L. M. (2006) **Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico.** Plaza y Valdés Editores, México.

Poch, J. Ávila, E. (1998) **Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica.** Paidós, Barcelona.

Ribes, E., (1984) **Panorámica de la enseñanza de la psicología en México. Enseñanza e Investigación en Psicología.** Diciembre 1977 Vol. III. Número 2.

Rodríguez O. G. (2000) **Relación médico-paciente: interacción y comunicación social.** Facultad de Psicología UNAM, México.

Rodríguez O. I. (sin fecha) **Apuntes de sociología médica.** UNAM, México.

Sandler J., Dare Ch., y Holder A. (1986) **El paciente y el analista.** Paidós, España.

Scharfetter C. (1988) **Introducción a la psicopatología general.** Morata, Madrid.

San Martín F. H. (1981) **Salud y Enfermedad: Ecología humana, epidemiología, salud pública, medicina preventiva, sociología y economía de la salud**. Prensa Médica Mexicana, México.

Serra C. (2008) **Introducción a la Psicología Clínica**. En impresión Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) Facultad de Psicología.

Singer E. (1965) **Conceptos fundamentales de la psicoterapia**. Fondo de Cultura Económica, México.

Solana R. (2006) **Metodología de la investigación en psicoanálisis. Un enfoque heterodoxo frommiano**. Demac, México.

Trull J. T. y Phares E. J. (2003) **Psicología Clínica Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión**. Editorial Thomson, México.

Ulloa F. (1974) **Tres metas fundamentales en la formación del psicólogo clínico**. Sigla, Buenos Aires.

Valderrama, P. Colotla, V. Gallegos X, Jurado, S. (1994) **Evolución de la psicología en México**. Manual Moderno, México.

Wallwork E. (1994) **El psicoanálisis y la ética**. Fondo de Cultura Económica, México.

Wolberg. L. R. (1977) **The technique of Psychotherapy**. New York. Grunne & Straton.