



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**Contratransferencia: obstáculo y oportunidad en un
grupo de estudiantes en formación.**

Tesis

Que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Presenta

Oscar Adrián Uribe Camacho

Directora de tesis

Mtra. Dalila Yussif Roffe

Revisora de tesis

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Jurado: Mtra. María Isabel Martínez torres

Dra. Martha López Reyes

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019



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.

*Dedico este trabajo a mi mamá, por su amor,
paciencia, y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida.*

*A mi querida hermanita Yoli, por su amor,
y apoyo incondicional.*

*A mi hijo Bruno, por su cariño,
y paciencia.*

Gracias a mi Universidad

*Por abrirme sus puertas, y brindarme la oportunidad
para mi formación profesional.*

A la Mtra. Dalila Yussif Roffe

*Gracias por compartir su conocimiento,
por su aportación en mi formación académica,
agradezco mucho su confianza en mí.*

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara

*Gracias por su orientación,
y apoyo para la realización de este trabajo.*

A la Mtra. María Isabel Martínez Torres

*Gracias por su conocimiento,
y sus acertadas observaciones.*

A la Dra. Martha López Reyes

*Muchas gracias por su apoyo,
y orientación.*

Al Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa

*Muchas gracias por su aportación,
y atención.*

Índice

Resumen.....	1
Summary.....	3
Introducción.....	5
Capítulo 1. Marco teórico.....	8
1.1 Alianza terapéutica.....	8
1.2 Transferencia.....	9
1.2.1 Características de la transferencia.....	10
1.2.2 Dinámica de la transferencia.....	11
1.2.3 Transferencia como resistencia.....	12
1.3 Contratransferencia.....	14
1.3.1 Antecedentes históricos sobre contratransferencia.....	15
1.3.2 La noción de empatía.....	21
1.3.3 Acting out es contratransferencia.....	23
1.3.4 El teórico de la contratransferencia.....	24
1.3.5 Contratransferencia concordante y complementaria.....	26
1.3.6 La neurosis de contratransferencia.....	27
Capítulo 2. Modelo de formación de Yussif.....	29
2.1 Antecedentes del modelo.....	29
2.2 Objetivos del modelo de formación.....	33
2.3 Metodología del modelo de formación.....	34
2.4 Procedimiento del modelo de formación.....	35
Capítulo 3. Metodología.....	39
3.1 Planteamiento del problema.....	39
3.2 Objetivo general.....	40
3.3 Objetivos específicos.....	40
3.4 Tipo de estudio.....	40
3.5 Participantes.....	41
3.5.1 Grupo en formación.....	41
3.5.2 Grupo terapéutico.....	41

3.6 Escenario.....	43
3.7 Materiales.....	43
3.8 Procedimiento.....	43
3.8.1 Revisión teórica y reflexiva previa al grupo terapéutico.....	43
3.8.2 Selección de pacientes.....	44
3.8.3 Proceso terapéutico.....	45
3.8.4 Estrategias de evaluación.....	46
3.8.5 Consideraciones éticas.....	46
Capítulo 4. Resultados.....	47
4.1 Casos clínicos.....	47
4.2 Resultados del grupo terapéutico y supervisión de cada una de las sesiones.....	51
Capítulo 5. Discusión.....	85
Discusión de cada una de las sesiones de la 1º a la 8º sesión.....	85
Conclusión.....	95
Referencias.....	103

Resumen

El presente trabajo surge a partir de la necesidad de comprensión de los afectos y de los procesos inconscientes que se activan en el psicólogo en formación durante la situación terapéutica, entre los que se encuentra la contratransferencia. Propiciar que tome consciencia de sus propios procesos inconscientes y de sus afectos, es parte fundamental del trabajo que realiza Dalila Yussif Roffe. La metodología seguida forma parte de la línea de investigación y de formación que desde 1994 en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Dalila Yussif Roffe ha desarrollado dentro del campo de la investigación psicoanalítica. En su trabajo sobre “El impacto de la supervisión clínica en la formación de los psicoterapeutas de grupo”, pone en práctica su Modelo de Supervisión y Formación. El objetivo de este proyecto ha sido desarrollar modelos rigurosos de formación, supervisión y atención terapéutica para psicólogos a través de la supervisión de la práctica profesional. Que a su vez, fortalezcan la producción científica y la investigación en escenarios reales como es el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), lo que ha permitido que al mismo tiempo que se propicia en los estudiantes en formación la adquisición y desarrollo de habilidades profesionales complejas y estratégicas, se brinde un servicio de calidad a las personas que acuden al Centro a solicitar atención psicológica, (Yussif, 2002).

En base a la metodología propuesta por dicho modelo, se realizó una intervención grupal desde una perspectiva psicoanalítica con objetivos y tiempo limitados. Se trabajó con un grupo de psicólogos en formación conformado por estudiantes de los últimos semestres de la carrera de psicología. El grupo terapéutico se formó con dos pacientes mujeres de 18 y 20 años, el equipo terapéutico constituido por dos coterapeutas, un hombre de 25 años y una mujer de 21 años, con una supervisión constante y un grupo de observadores de cámara

de Gesell. El grupo terapéutico tuvo una duración de 8 sesiones. El trabajo de supervisión se realizó mediante pre-sesiones, sesiones y post-sesiones; para el análisis del material clínico de las sesiones, el planteamiento de hipótesis. Para realizar el trabajo se puso énfasis en la observación del fenómeno de transferencia y su correlato la contratransferencia psicológica durante las diversas etapas de la vida del grupo.

Palabras clave: Transferencia, contratransferencia, alianza terapéutica, supervisión.

Summary

The present work arises from the need to understand the affects and unconscious processes that are activated in the psychologist in training during the therapeutic situation, among which is the countertransference. To encourage her to become aware of her own unconscious processes and her affections is a fundamental part of the work carried out by Dalila Yussif Roffe. The methodology followed is part of the line of research and training that since 1994 at the Faculty of Psychology of the National Autonomous University of Mexico, Dalila Yussif Roffe has developed within the field of psychoanalytic research. In his work on "The impact of clinical supervision on the training of group psychotherapists", he implements his Supervision and Training Model. The objective of this project has been to develop rigorous models of training, supervision and therapeutic care for psychologists through the supervision of professional practice. That in turn, strengthen scientific production and research in real scenarios such as the Center for Psychological Services "Dr. Guillermo Dávila "(CSP), which has allowed the acquisition and development of complex and strategic professional skills at the same time that the students in formation are encouraged to provide a quality service to the people who come to the Center to request attention. psychological, (Yussif, 2002).

Based on the methodology proposed by this model, a group intervention was carried out from a psychoanalytic perspective with limited objectives and time. We worked with a group of psychologists in training formed by students of the last semesters of the psychology degree. The therapeutic group was formed with two female patients of 18 and 20 years, the therapeutic team consisting of two co-therapists, a man of 25 years and a woman of 21 years, with constant supervision and a group of observers of the Gesell chamber. The therapeutic group lasted 8

sessions. Supervisory work was carried out through pre-sessions, sessions and post-sessions; for the analysis of the clinical material of the sessions, the hypothesis statement. In order to carry out the work, emphasis was placed on the observation of the transfer phenomenon and its correlation with the psychological countertransference during the various stages of the group's life.

Keywords: Transfer, countertransference, therapeutic alliance, supervision.

Introducción

El propósito de este trabajo de tesis es vincular lo aprendido en la teoría con la práctica clínica, debido a que la contratransferencia es un fenómeno psíquico que está siempre presente durante el proceso terapéutico.

El modelo desarrollado por Dalila Yussif Roffe es de suma importancia para la formación de nuevos terapeutas de la Facultad de Psicología de la UNAM, ya que considera que el espacio de la supervisión es el adecuado para metaforizar y elaborar las perturbaciones contratransferenciales. Resultados de investigación con este modelo confirman que el éxito terapéutico está íntimamente ligado al constante análisis y elaboración de los afectos y ansiedades del psicólogo en formación, (Yussif, 1995).

Yussif, utiliza un enfoque psicoanalítico aplicado a la contratransferencia en psicoterapia de grupo con objetivos y tiempos limitados, dentro de las instalaciones del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. De esta manera, logra vincular la teoría con la práctica y la docencia, además de satisfacer la demanda psicológica por parte de la comunidad.

Este trabajo se desarrolla con la finalidad de que el psicoterapeuta novel pueda comprender el fenómeno contratransferencial. Una definición sencilla y aceptada de contratransferencia es enunciada como “todas las reacciones del analista o terapeuta ante el paciente, que pueden ayudar o impedir el tratamiento” (Velasco, 2011, p. 256). Mediante el análisis de este fenómeno es posible disponer su contenido de forma estratégica como instrumento para el manejo clínico de la problemática expresada por el paciente.

El trabajo es realizado mediante la exploración de las experiencias de un grupo de estudiantes en formación bajo la supervisión constante de Yussif, en el Centro Psicológico antes mencionado de la Facultad de Psicología de la UNAM. Como instrumento de exploración se utilizaron las bitácoras obtenidas en cada una de las sesiones terapéuticas, además del resumen de cada una de las sesiones realizadas a profundidad.

Otro de los conceptos que conviene definir y abordar es la transferencia. Racker (1959) define a la transferencia como “Los impulsos y sentimientos dirigidos hacia el analista, y que éstos eran transferidos de los objetos originales” (p.25). De lo cual se deduce que el fenómeno transferencial, es aquel que se desarrolla en el vínculo que se establece entre paciente y psicólogo, en el aquí y ahora, el paciente repite de manera predominante de forma inconsciente en la relación, patrones de pensamiento, sentimientos y conductas originadas en una relación de objeto importante de la infancia.

La pregunta de investigación por lo tanto, recae en la respuesta contratransferencial, es decir, ¿El terapeuta comprendió, relacionó, y le dio un sentido a los sentimientos que surgieron en sí mismo, durante el vínculo terapéutico? ¿El terapeuta reaccionó ante un sentimiento provocado por el discurso o demanda del paciente, sin una previa comprensión, antes de reaccionar?

La justificación del trabajo es aprender a identificar las diferentes transferencias proyectadas por parte del paciente sobre el terapeuta en la psicoterapia, además entender el significado y la experiencia de su efecto sobre el psicólogo novel, es decir, comprender su contratransferencia, de esta forma, podrían ser utilizadas como instrumento terapéutico que permita clarificar la naturaleza de los problemas del primero, favoreciendo su autoconocimiento.

La viabilidad del trabajo está dada por el Centro Psicológico de la Facultad, debido a la gran demanda por parte de los usuarios, y la oportunidad que nos

brinda la profesora Dalila Yussif Roffe, para aprender de su experiencia y comprender los procesos intersubjetivos que se dan en la práctica clínica.

El presente trabajo en su primer capítulo se inicia con una breve definición sobre alianza terapéutica, se aborda el tema de la transferencia y la contratransferencia, ya que ambas son parte indisoluble de la relación analítica. Esto es debido a que la contratransferencia es uno de los efectos inevitables de ocupar el lugar de terapeuta, de sostener la transferencia, del hecho de que, al fin y al cabo, el analista sea también un sujeto humano dispuesto a comprender y responder al motivo de consulta. El apartado de contratransferencia continúa describiendo los antecedentes históricos, se dará cuenta de cómo la técnica y la teoría psicoanalítica se fueron desarrollando conjuntamente mediante la práctica clínica, en donde el profesor Freud, y sus discípulos más cercanos compartían sus experiencias clínicas, con las cuales desarrollaron conceptos y técnicas de tratamiento para solucionar la problemática planteada por el paciente, además de hacer mejor el ejercicio del psicoanálisis.

En el segundo capítulo se aborda el Modelo Yussif, citando sus trabajos desde sus inicios en junio de 1989, que son un parteaguas en el desarrollo del modelo de formación de psicoterapeutas. Integra la descripción del modelo fundamentado en una profunda investigación, que además es aprovechado para prestar un servicio terapéutico a la comunidad.

El tercer capítulo aborda la metodología utilizada para alcanzar los objetivos planteados en el trabajo de investigación. La comprensión del binomio transferencia-contratransferencia, el planteamiento del problema, se definen conceptos, se describen las experiencias obtenidas durante la práctica clínica y la supervisión, además de los participantes, tanto el grupo en formación como el grupo terapéutico.

En el cuarto y quinto capítulo es donde se reportan los resultados del trabajo terapéutico y la supervisión de los casos clínicos, así como, la discusión del trabajo correspondientemente.

Capítulo 1. Marco teórico

En este capítulo se aborda el tema de la transferencia que surge durante el análisis como vínculo actual con el terapeuta, además de su correlato tema principal de este trabajo, la contratransferencia. Antes de esto, en un principio se debe establecer una alianza de trabajo, también llamada alianza terapéutica, por lo que comenzaré definiendo este concepto que resulta no muy sencillo, por lo que no profundizaré en él salvo lo únicamente necesario.

1.1 Alianza terapéutica.

Los psicoanalistas han destacado desde hace tiempo la importancia de “la alianza terapéutica”, es decir, la alianza del yo del paciente con el yo del psicoanalista, en contraste con la dependencia regresiva estimulada por la transferencia. Klauber (1991) define alianza terapéutica así, “Según lo indica su nombre, implica la cooperación de dos individuos, cada uno de los cuales puede preservar una relativa autonomía del yo en su función analítica” (pp. 166-167). En contraste con lo dicho El textbook of psychoanalysis (2012) define alianza de trabajo como “El acuerdo hablado o tácito entre el paciente y el analista para trabajar hacia la comprensión y la recuperación”. Se diferencia de la alianza terapéutica en que la alianza de trabajo implica una comprensión de como procede el trabajo de análisis, así como la adhesión voluntaria del paciente a su papel como analizando y a las reglas, convenciones y métodos del análisis (p. 439).

Hay que mencionar que Etchegoyen explica la alianza terapéutica “Sobre la base de una *disociación terapéutica del yo* en la que se destacan dos partes, la que colabora con el analista y la que se le opone; aquella es la que está vuelta hacia la realidad; esta comprende de los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyó” (Etchegoyen 1985, pp. 208-209).

Etchegoyen (1985) afirma:

La disociación terapéutica del yo se debe a una identificación con el analista, cuyo prototipo es el proceso de formación del superyó. Esta identificación es fruto de la experiencia del análisis, en el sentido de que, frente a los conflictos del paciente, el analista reacciona con una actitud de observación y reflexión. Identificado con esa actitud, el paciente adquiere la capacidad de observar y criticar su propio funcionamiento, disociando su yo en dos partes. (p.209).

Por lo tanto se puede concluir que la alianza terapéutica, es una relación entre dos personas que acuerdan una alianza de trabajo, en donde se adhieren de manera voluntaria y cada uno asume su rol, uno que sería el de paciente, y el otro el de el terapeuta, esto con sus reglas, convenciones y métodos que implica el psicoanálisis.

1.2 Transferencia

Gabbard, Litowitz, Williams (2012) definen transferencia en el psicoanálisis como “la experiencia emocional del paciente y sus fantasías sobre el analista, que aunque pueden estar basadas en parte en percepciones reales del analista, recapitulan experiencias y fantasías sobre objetos importantes en la infancia del paciente” (p.586). Hay que mencionar, además que, Laplanche & Pontalis (2004) consideran que “la transferencia designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con marcado sentimiento de actualidad” (p.439).

En consonancia con lo expuesto Freud (1901-1905) afirma sobre la transferencia “como reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes, pero lo característico de todo el género es la sustitución de una

persona anterior por la persona del médico” (p.101). De ahí que, esta serie de vivencias psíquicas del pasado del paciente surgen durante el análisis como vínculo actual con el terapeuta. Teniendo en cuenta lo mencionado por Freud, y las definiciones precedentes, es posible valerme para ejemplificar lo de la sustitución de una persona anterior por la persona del médico, algo que menciona Freud como transferencia en su caso clínico “Dora”, en donde desde el comienzo del tratamiento fue claro que en la fantasía de Dora, Freud hacía de sustituto del padre de Dora, lo cual era facilitado por la diferencia de edad entre Dora y Freud (Freud, 1901-1905).

En un principio se pensaba que el surgimiento de la transferencia era inevitable y que su razón de ser impediría la cura, es decir, sería un obstáculo. Así también se considera a la transferencia como un producto del inconsciente del paciente, que es revelado por la cura psicoanalítica. Dicho lo anterior, Freud (1901-1905) afirmaría “conforme avanza la construcción teórica, la transferencia destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo” (p. 103).

Al llegar a este punto se podría decir, que aparecen las dos vertientes de la transferencia, una como obstáculo y la otra como instrumento, mostrándose como dilema para su comprensión.

1.2.1 Características de la transferencia

Etchegoyen (1985) afirma:

La transferencia se trata de un fenómeno general universal y espontáneo, y que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual. Esta superposición del pasado y el presente está vinculada a objetos y deseos pretéritos que no son conscientes para

el sujeto y que le dan a la conducta un sello irracional, donde el afecto no aparece ajustado ni en calidad ni en cantidad a la situación real. (p.98).

Se debe agregar que Freud (1911-1913) afirmaría “Es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico” (p.98). Por lo tanto, la transferencia del paciente, responde a los vínculos reales con el terapeuta, y la transferencia responderá de forma decisiva al imago paterno, el imago materna o de un hermano. En consecuencia el terapeuta adquiere el lugar de objeto del paciente, y le corresponde identificar qué papel le es asignado durante la sesión, puede ser la madre, el padre o un hermano. Razón por la cual, Racker (1959) afirma:

Los recuerdos infantiles, además de ser el instrumento imprescindible para comprender la transferencia, sirven también para dar a las relaciones transferenciales su verdadero nombre (madre, padre, etc.), que es la naturaleza histórica, es un pedazo de verdad, de realidad histórica que sigue estando presente y que de esta manera es comunicada al analizado. (p. 81).

1.2.2 Dinámica de la transferencia

Este apartado trata sobre cómo se produce la transferencia en la psicoterapia, y su papel durante el tratamiento. La dinámica de la transferencia es una transmisión del psicoanálisis, no solo una transmisión teórica sino también de una transmisión práctica de cómo abordar los problemas psicoanalíticos.

Freud (1912) aclara:

Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse. (p. 97).

El párrafo antes citado nos demuestra que en cierta medida los seres humanos además de nuestra propia naturaleza, estamos determinados por lo que vivenciamos en la interacción con cada uno de los miembros de nuestra familia durante la infancia, y es posible que esto influya en la forma en que establezcamos nuestras relaciones no solo las amorosas, además, influye en la forma de satisfacer nuestros propios deseos.

“Esto da como resultado un clisé, es decir una forma estereotipada de actuar, que se repite de manera regular a lo largo de la vida, en la medida que las circunstancias externas y los objetos de amor sean asequibles” (Freud, 1912, pp. 97-98).

1.2.3 Transferencia como resistencia

¿Por qué se considera a la transferencia como una resistencia al tratamiento psicoanalítico?

Freud (1911-1912) refiere que “El proceso indispensable para que se presente la resistencia transferencial obedece a una introversión de la libido, es decir, disminuye la libido de conciencia en el paciente, y aumenta la libido inconsciente para alimentar las fantasías inconscientes de la persona” (p. 100). De donde se infiere que se produce la regresión, o introversión que aleja a la libido dirigida hacia la realidad en el paciente, y que en su lugar se reaniman los imagos infantiles.

Prosiguiendo nuestro análisis, Racker (1959) afirma:

En cuanto la transferencia se vuelve negativa o sexual, se convierte en una resistencia... Mientras la transferencia resulta ser de este modo, es decir, como resistencia, el máximo peligro para el tratamiento, se constituye al mismo tiempo en su instrumento más importante, pues la vuelta de los procesos infantiles en la transferencia hace de ella el mejor medio para hacer recordar aquellas vivencias reprimidas. (p. 118)

Teniendo en cuenta lo expuesto en las citas anteriores, la transferencia se presenta no solo como resistencia al recuerdo en su forma negativa y sexual al tratamiento, sino también en su papel de revivencia de la infancia. Al respecto Racker (1959) afirma “El papel de la transferencia es el de la revivencia de la infancia en mejores condiciones; lo que antaño fue rechazado patológicamente debe poderse admitir ahora en la consciencia” (p.119).

Lo dicho hasta aquí supone que en la sesión con la conducta comprensiva y objetiva del terapeuta, y a la mayor fuerza del yo adulto en el paciente, las condiciones se presentan de mejor forma para hacer consciente aquello rechazado con el propósito de rectificarlo. Habría que agregar para concluir, a lo que se refiere Freud como transferencia “negativa y sexual” pueden ser defensas que se intensifican por resistencia.

Sandler, Dare, Aulder (2004) afirman que se consideraba que las transferencias negativas eran el traslado al terapeuta de sentimientos hostiles, y que su forma extrema se manifestaba en la paranoia, no obstante, sentimientos negativos más moderados podían coexistir con la transferencia positiva en todos los pacientes. Esta coexistencia permitía al paciente recurrir a un aspecto de su transferencia a fin de protegerse contra el surgimiento perturbador de otro. Por ejemplo, podía recurrir a la hostilidad transferida al analista como medio de mantener a raya sus sentimientos positivos hacia él. En este caso, emplearía la faceta hostil de su ambivalencia con el fin de protegerse del surgimiento de deseos positivos amenazadores (por lo común eróticos) dirigidos al analista (p. 53-54).

Racker (1959) plantea que determinados deseos o fantasías son experimentados con vergüenza, sensación de rebajamiento o de bajeza, con sentimientos de culpa, y temor al castigo, en términos generales es experimentado con dolor y angustia (p.23). “Los modos en que el paciente rechaza estos deseos o fantasías se llaman mecanismos de defensa del yo. La represión, es decir, la exclusión de un contenido psicológico de la conciencia, la proyección, poner afuera y adjudicar a otro lo que es de uno y la introyección, el tomar adentro y adjudicar a uno lo que es de otro” (Racker, 1959, p.23). En esta cita podemos ver

algunos de los mecanismos de defensa utilizados por el paciente como resistencia al análisis.

Entonces sobre esta base, podemos pensar a la transferencia como la relación humana entre el terapeuta y su paciente a través de un falso enlace, que dadas las circunstancias de cómo se presente la transferencia podría obstaculizar o no el trabajo terapéutico.

1.3 Contratransferencia

Se inicia con una definición de lo más completa sobre contratransferencia, a partir de dos importantes fuentes.

Contratransferencia es originalmente, la reacción inconsciente del analista hacia el paciente derivada de situaciones anteriores en la vida del analista, desplazada hacia el paciente. Como tal, estos sentimientos se consideraron como un impedimento para el tratamiento analítico y para requerir un autoexamen y autoanálisis por parte del analista para minimizar sus efectos. Gradualmente, el término ha venido a incluir todas las respuestas emocionales del analista al paciente, consciente e inconsciente. Con esta expansión del significado del término, ha habido un interés más amplio en la contratransferencia como fuente de datos analíticamente útiles sobre la vida interna del paciente. (Gabbard, Litowitz, Williams, 2012, p.580)

De igual manera Laplanche & Pontalis (2004) definen a la Contratransferencia como “el conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (p. 84-85).

1.3.1 Antecedentes históricos sobre contratransferencia

Al referirnos a cualquier concepto de la teoría psicoanalítica no podemos hacer a un lado el desarrollo evolutivo del psicoanálisis, por lo que es preciso hablar de su historia. Porque como sabemos el desarrollo teórico del psicoanálisis surge del trabajo clínico, es decir, de lo que sucedía durante la sesión analítica entre paciente y terapeuta. Una forma particular de ir desarrollando la teoría psicoanalítica, fue el intercambio de cartas en las que se compartían las experiencias clínicas, que surgían durante el tratamiento de los pacientes, entre los discípulos más allegados al profesor Freud, y la misma experiencia clínica de Freud. Existe mucha correspondencia de la época que constata estos intercambios, y muestra cómo se fue construyendo el marco teórico y la técnica psicoanalítica.

Las primeras menciones sobre contratransferencia aparecen en la correspondencia de Freud y sus discípulos más cercanos, y como sucede con muchos otros conceptos en psicoanálisis, surgen a partir de problemas concretos en el trabajo clínico. Así se constata en el intercambio de cartas entre Freud y Jung, la carta del 7 de junio de 1909, de Freud a Jung en donde se hace referencia del caso Sabina Spielrein:

Creo que únicamente las penosas necesidades bajo las que se desarrollaba mi trabajo y el decenio de retraso con respecto a usted con el que llegué al psicoanálisis me han protegido contra experiencias análogas. Pero no perjudican. Así se endurece la piel, cosa necesaria, se domina la contratransferencia en la que uno queda cada vez más implicado y se aprende a desplazar las propias emociones y a situarlas convenientemente (Caparrós & Sanfeliu, 2006, p. 13-14).

En otro ejemplo en una carta que Freud le dirigió a Ferenczi, del 6 de octubre de 1910:

No soy el superhombre psicoanalítico que usted se ha forjado en su imaginación, ni he superado la contratransferencia. No he podido tratarlo a usted de tal modo

como tampoco podría hacerlo con mis tres hijos, porque les quiero demasiado y me sentiría afligido por ellos (Caparrós, 2006, p. 14).

En su inicio se percataron que como resultado de la alianza terapéutica y el vínculo que se establece en la situación analítica, surgían en el terapeuta sentimientos y actitudes hacia el paciente. A continuación se cita lo que Freud afirmó al respecto:

Nos hemos visto llevados a prestar atención a la contratransferencia que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. (...) hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores... (Freud, 1910, p. 136)

En ese tiempo en la primera década del siglo XX, se consideraba que la contratransferencia favorecía la interferencia de los deseos o fantasmas inconscientes del analista en la cura, y que además era un impedimento u obstáculo para la terapia, y se denominaría perspectiva clásica (Freud 1910).

Acorde a lo expuesto por Freud, Sandler, Dare, Aulder (2004) afirman “la contratransferencia era considerada una especie de resistencia del psicoanalista hacia su paciente, debida a conflictos inconscientes despertados en el analista por lo que el paciente decía o hacía, o por lo que representaba para él” (p. 101).

En esos tiempos 1910 el psicoanálisis deja de ser un asunto de un pequeño grupo que se reunía los miércoles para desarrollar sus teorías, y traspasar los ámbitos de Viena, Freud desea que el movimiento se haga internacional. También se anuncian nuevos debates: ¿Qué es el psicoanálisis? ¿Qué significa ser psicoanalista? ¿Cuáles son sus señas distintivas? Este ha crecido mientras tanto entre polémicas y desconfianzas que amenazaban con aislarlo. Llega ahora la búsqueda del reconocimiento, no del simple conocimiento de los iniciados.

Esta intención de dirigir la atención al porvenir se ve plasmada en el artículo de Freud que inaugura el congreso de Nuremberg: El futuro de la terapia psicoanalítica (1910). En este trabajo Freud desarrolla el tema de la contratransferencia y el análisis didáctico, es decir, se establece que el terapeuta debía someterse a un análisis exhaustivo, su propio análisis, con el fin de contrarrestar la contratransferencia, al mismo tiempo, con este trabajo se funda la Asociación Psicoanalítica Internacional. La asociación demanda definir mejor la identidad del analista y la estructura base que le sirve de cimiento.

En este contexto no es extraño, por lo tanto, que contratransferencia, en medio de esa búsqueda del psicoanalista eficiente y reconocido, sea identificada al principio como obstáculo: la reacción inconsciente del psicoanalista a la transferencia del paciente. Superarla es la consigna y para ello es preciso el análisis didáctico que pretende resolver, eliminando, los puntos ciegos de su quehacer, consecuencia de sus conflictos neuróticos. Además el talante cultural de los tiempos, donde imperaba la corriente propia de las ciencias naturales donde el observador no debe influir en lo observado, de ahí que el terapeuta habría de ser un espejo para el paciente en tratamiento, un observador distante y benevolente. (Caparrós 2006, p.15)

Laplanche (2004) define Análisis didáctico como “Psicoanálisis a que se somete el que quiere dedicarse al ejercicio de la profesión de psicoanalista y que constituye la pieza fundamental de su formación” (p. 24).

Volviendo al tema que nos ocupa, Caparrós (2006) afirma “Contratransferencia envía a lo indeseable. La contratransferencia se origina en los conflictos neuróticos del analista reactivados por la transferencia del paciente. Conflictos neuróticos que requieren más análisis” (p.16).

Al llegar a este punto se podría decir que desde esta perspectiva, la contratransferencia, en su expresión más radical, es entonces un obstáculo que se opone a la atención flotante, es decir, que puede provocar una distorsión en la escucha del analista. Freud en *Consejos al médico sobre tratamiento psicoanalítico*, considera la atención flotante como una regla para el terapeuta, y

sugiere escuchar y no hacer caso de si se fija en algo, esto quiere decir, dejar cualquier injerencia consciente sobre su capacidad de fijarse (Freud, 1912).

Si el terapeuta interrumpe la atención flotante dedicada a escuchar al paciente, dirigiendo su atención hacia una sola producción mental, podría desviar el curso de la totalidad de las producciones inconscientes de su paciente. Es por esto que la contratransferencia puede influir de manera negativa a esta atención flotante, como resultado se comprometería también la interpretación, por confundir lo que es propio del analista, dejando de lado las manifestaciones del paciente.

La atención flotante es la “Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, *a priori*, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención” (Laplanche & Pntalis, 2004, p. 37).

Lo anterior se refiere a una actitud del terapeuta subjetiva que consiste en suspender, tanto como sea posible, todo lo que habitualmente focaliza la atención, por ejemplo, inclinaciones personales, prejuicios, supuestos teóricos. Hecha esta salvedad, volvamos al tema que nos ocupa.

Esto era lo que se pensaba en ese tiempo, sin embargo, la propia práctica demostró que la contratransferencia no puede ser superada, si hay que abandonar la idea de su desaparición, ¿qué hacer con ella?

Freud apuntaba a la necesidad de dominar la contratransferencia en el sentido de poder elaborarla y no simplemente superarla (...). Aunque siempre se ha argumentado que en trabajos sucesivos, especialmente en “Consejos al médico”, Freud atribuyó a la contratransferencia, refiriéndose a ella como un obstáculo que interfiere en el trabajo analítico y como un peligroso inconveniente que es preciso controlar, mediante el autoanálisis (...). Es posible que las razones que impulsaron a Freud a frenar y, en parte a detener el entusiasmo inicial con que había abordado el concepto teórico, residían sobre todo en el temor de un tema tan complejo y sobre el que no se tenía la suficiente experiencia clínica desvirtuara y

pusiera en entredicho el modelo terapéutico que propugnaba el psicoanálisis (Martín Cabré, 2011, p. 79)

Es probable que aunque Freud y Ferenczi ya tenían la perspectiva futura del concepto teórico en el sentido, de su potencial clínico, pensaron que no era el momento, quizá faltaba elaborar teóricamente, y de manera importante el golpe al narcisismo hacia el analista, y el propio psicoanálisis, es decir, tener que reconocer que no se es poseedor de ese “supuesto saber”. En efecto, como señala Lacan, el paciente sitúa al psicoanalista en la misma posición de “sujeto supuesto saber”. Un saber “total” que permitiría el acceso a la “verdad” a través de las interpretaciones del profesional (Lacan, 1969-1970). Hay que mencionar además que el terapeuta al igual que el paciente transfiere aspectos no resueltos conscientes e inconscientes de su personalidad durante la sesión terapéutica. Con los riesgos civiles que se pudieran suscitar por la “puesta en acto” o “acting out” de la contratransferencia fuera de la sesión.

El “acting out” o término utilizado en psicoanálisis para designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto- o heteroagresiva. En el surgimiento del acting out el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido. Cuando aparece en el curso de un análisis (ya sea durante la sesión o fuera de ella), el acting out debe comprenderse en su conexión con la transferencia y, a menudo, como una tentativa de desconocer radicalmente ésta. (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 5-6)

Posteriormente Ferenczi sintiéndose autorizado por Freud, aborda la contratransferencia en “La técnica psicoanalítica” (1918), que presentó ante la Sociedad psicoanalítica húngara (Martín Cabré, 2011, p.80). Algunos años más tarde, Racker, en su trabajo de 1968, “Transferencia y contratransferencia” coincidiría con las ideas enunciadas por Ferenczi.

En el congreso de Berlín (1922), Freud invitó a todos los analistas a reflexionar y escribir, instruyendo un premio para el mejor de los trabajos, sobre “la relación

entre técnica y la teoría psicoanalíticas y hasta qué punto la técnica ha influido en la teoría y en qué medida ambas se favorecen o se perjudican entre sí”. El desafío fue inmediatamente aceptado por Ferenczi y Rank que trabajaban sobre ese argumento desde hacía tiempo y publicaron conjuntamente uno de los textos más brillantes y audaces, que para muchos autores, es el punto de partida de muchas de las concepciones actuales del psicoanálisis. Lo titularon “Perspectivas en psicoanálisis” con un subtítulo que se ajustaba a la petición de Freud “Sobre la interdependencia de la teoría y la práctica”. (Martín Cabré, 2011, p. 77-92)

Se debe agregar que en dicho texto se dice que las depositaciones del paciente sobre el terapeuta son inevitables y difíciles de manejar. Señala, quizá por primera vez, la aceptación de la contratransferencia como indispensable para la emergencia de lo transferencial. Primer atisbo de su utilidad como elemento terapéutico.

Caparrós (2006) hace mención del trabajo de Ferenczi sobre la técnica psicoanalítica (1919), en donde Ferenczi destaca:

Como un problema que aún no se ha tocado desearía señalar una posible metapsicología de los procesos psíquicos del analista durante el análisis. Sus investimentos oscilan entre la identificación –con el objeto de amor analítico- y el autocontrol y/o la actividad intelectual. Sólo se puede permitir durante breves instantes en su fantasía el goce de disfrutar de su narcisismo y egoísmo, nunca en la realidad. Creo que tal tensión, que rara vez se da en otros lugares de la vida, hará necesario antes o después, la creación para el analista de una higiene especial. (p. 18)

La transferencia del analista no analizada en su tiempo oportuno vuelve más tarde, en el decir de Ferenczi, bajo la forma de contratransferencia inconsciente. Mientras tanto, Freud (1911-1913) consideraba que la contratransferencia era un obstáculo. También afirmó que el inconsciente del analista podía ser un instrumento para el tratamiento. En “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912)” Donde sostiene que el analista debe volver su inconsciente como un órgano receptor ante el inconsciente del paciente... (p. 115).

Todo esto parece confirmar que Freud no fue el único que aun considerando a la contratransferencia en un sentido negativo dotó de aportaciones que permitieran su eventual transformación a instrumento.

Tras la muerte de Freud, el 23 de septiembre de 1939, se trabaja con mayor libertad sobre el tema, varios años después.

Si llamamos perspectiva clásica a la aproximación de Freud estas son las precursoras de las perspectivas globales en las que contratransferencia es una reacción emocional total del analista –consciente e inconsciente- tanto a la realidad existencial del paciente, como a su transferencia.

1.3.2 La noción de empatía

Fliess (1942) (como se citó en Caparrós & Sanfeliu, 2006) inspirándose en Freud, Abraham y Ferenczi reconoce que la contratransferencia no se limita a ser un ruido que hay que superar sino una característica del trabajo analítico y al mismo tiempo una exigencia del mismo.

Surge la noción de empatía, descrita por él del siguiente modo:

El proceso nuclear en la identificación consiste en la introyección. En el caso del analista esto no puede significar que se introyecte en el paciente, ya que es en la mente del analista donde todo debe suceder. Sólo puede significar que introyecta la mente del paciente (Caparrós, 2006, p. 21)

En la empatía la introyección del objeto es transitoria, el contenido introyectado pronto vuelve a ser proyectado en el objeto, en la situación analítica en forma de interpretación. Dicho lo anterior se consideraría la empatía como el inicio del proceso intrapsíquico de la contratransferencia.

El analista ha de ingeniárselas para convertirse en un objeto transferencial ideal:

Fliess sostiene que aplicando el concepto de empatía a la transferencia, ésta se comprende como el inicio de una secuencia de hechos intrapsíquicos que se desarrollan durante la interacción terapéutica.

Por tanto, si consideramos lo dicho por Fliess, la empatía es una actitud básica para la interacción entre el terapeuta, y su paciente, agrega que el terapeuta debe permitir la introyección de los conflictos transferenciales del paciente para reelaborarlos en su propia mente, como si fueran de manera temporal conflictos intrapsíquicos del mismo terapeuta.

Caparrós (2006) sostiene “la contratransferencia a más de ser un suceso inconsciente, en todo o en parte, no representa el producto de una decisión personal del analista, sino es la inevitable consecuencia intrapsíquica en éste del encuentro terapéutico” (p. 22).

Fliess manifiesta que para elaborar la contratransferencia se requiere de un proceso, el cual sucede en la mente del terapeuta.

En la primera fase, cuando el analista es objeto de la transferencia del paciente se estimula en aquél una respuesta pulsional. A eso se le llama contratransferencia. Pero se reserva este nombre únicamente la circunstancia en que la mencionada respuesta repita una conducta infantil que utilice al paciente como sustituto del objeto infantil. Las tres fases restantes (la identificación con el paciente, se convierte en aquél, proyecta el conflicto una vez degustado, en el paciente) representan en nuestra terminología la elaboración de la contratransferencia (Caparrós, 2006, p. 23)

De acuerdo a la cita anterior, habría que destacar la idea de que la contratransferencia sea una respuesta pulsional.

1.3.3 Acting out es contratransferencia

Como se menciona párrafos anteriores en la definición de Laplanche & Pontalis, en el surgimiento del acting out (puesta en acto) el psicoanalista ve la señal de la emergencia de lo reprimido, que cuando surge en el curso de un análisis durante la sesión o fuera de ella, la puesta en acto debe comprenderse en su conexión con la transferencia.

Habría que mencionar lo dicho por Reich en 1951, quien fue partidaria estricta de la teoría clásica, afirma que la contratransferencia está en la base de los efectos indeseables que dificultan la comprensión del paciente. Éste representa para el analista un objeto del pasado sobre el que proyecta afectos y deseos infantiles. Reich sostiene que todas las manifestaciones de utilización del analizado por parte del analista con fines de acting out son de tipo contratransferencial y que están dictadas por actos del analista con significación inconsciente (Caparrós, 2006, p. 23)

Con base en la cita anterior, Reich considera todas las manifestaciones de utilización del analizado por parte del terapeuta con fines de “puesta en acto” como contratransferencia, y que esta puesta en acto es de significación inconsciente.

Más adelante, en los años 60, Reich modera su forma de pensar, y ahora la contratransferencia ya no interfiere, sino que ahora es un catalizador esencial. La novedad a su postura anteriormente citada.

El paciente es un objeto en el que el analista deposita afectos y deseos de su pasado, muestra cierto interés libidinal hacia el analizado, aunque estará inhibido en cuanto al fin, ya que ésta es la condición de la empatía. Las respuestas contratransferenciales propiamente dichas serán aquellas que alcancen una intensidad excesiva, las que estén fuertemente teñidas de sentimientos sexuales, o agresivos, que revelen deseos infantiles inconscientes (Caparrós, 2006, p. 24)

De acuerdo a lo antes citado, Reich considera a la empatía como un elemento importante, que estará inhibiendo en cuanto al fin esta puesta en acto. Agregaría

que la contratransferencia ya no implicaría un suceso indeseable que dificulte la comprensión del paciente, un obstáculo para el tratamiento, ahora es un instrumento esencial para la comprensión de la problemática del paciente.

1.3.4 El teórico de la contratransferencia

A pesar de los años transcurridos H. Racker sigue siendo uno de los teóricos más importantes de la contratransferencia, y además, asume que es a través de ella (la contratransferencia), que podemos comprender la problemática de nuestro paciente.

En cuanto aceptamos que la relación del analizado con el analista es, desde el punto de vista técnico, lo esencial, tenemos que adjudicar significado central también a la contratransferencia, por varios motivos, pero ante todo porque es a través de ella que sentimos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace frente a sus instintos y sentimientos hacia el analista. (Racker, 1959, p.96)

Racker (1959) manifiesta “La respuesta interna total del analista es, como ya ha señalado Freud, decisiva para la comprensión e interpretación de los procesos psicológicos del analizado” (p. 97). Hasta aquí, de acuerdo a lo revelado anteriormente, el terapeuta en su labor, aceptaría plenamente la transferencia/contratransferencia libre de represiones, con el fin de comprender e interpretar lo que el paciente le comunica a través de la palabra en la sesión terapéutica.

Racker invita a diferenciar o poder distinguir para la comprensión de la contratransferencia dos aspectos o cualidades. “Los dos aspectos de la contratransferencia..., por un lado, la respuesta contratransferencial a la transferencia *manifiesta actual*, y por el otro, la respuesta contratransferencial a la transferencia *latente y potencial*, pero reprimida o bloqueada” (Racker, 1959, p. 97-98). Es decir, no es suficiente con comprender lo que el paciente manifiesta durante la sesión, además, el terapeuta debe indagar, y reflexionar que del pasado

de nuestro paciente le motiva dicha conducta, en otras palabras, que hay detrás de lo que nos está narrando en sesión el paciente.

Se debe agregar que Racker (1959) afirma: la percepción de la contratransferencia no sólo puede indicar el conflicto central del analizado en sus relaciones de objeto transferenciales, sino también señalar las reacciones de sus objetos internos, dentro y fuera de él, y en especial las de la imago colocada en el analista, a la que el analizado luego introyecta. (p. 98-99)

De las observaciones hechas en la cita anterior, en especial las de la imago colocada en el analista, Racker (1959) afirma “la importancia fundamental de la introyección del analista como objeto bueno “libre de angustia y de enojo” en el yo y en el superyó” (p. 99). Ahora puedo decir que, en la psicoterapia se plantea una situación diferente en “el aquí y ahora”, entre terapeuta y paciente, a diferencia de las relaciones de objeto transferenciales, es decir, de las personas significativas para el paciente de su infancia. De manera puntual me refiero a la contratransferencia positiva, que suministra la energía para ver el inconsciente del paciente y del propio terapeuta.

En contraste con la postura anterior de contratransferencia positiva, Racker (1959) afirma “la transferencia negativa y sexual perturba la colaboración del analizado, así también la contratransferencia negativa o sexual perturba la comprensión del analista” (p. 100). De acuerdo con lo anterior, es que se necesita analizarla y disolverla constantemente, para que no sea un obstáculo para la psicoterapia.

Para terminar con este apartado quisiera agregar que como resultado de lo mencionado anteriormente, cuando el terapeuta no puede o se le dificulta el análisis y la disolución de la contratransferencia, esto le genera angustia, como señal de peligro. Al respecto Racker (1959) afirma “Se manifiesta de diversas formas y grados, desde sensaciones de tensión hasta violentas irrupciones de angustia, de contenido paranoide o depresivo” (p. 102). Racker agrega que las sensaciones de tensión son consecuencia de la percepción por parte del terapeuta

de resistencias del paciente, y que son vividas como un peligro para la psicoterapia (p. 102).

En conclusión, es de esta forma como el terapeuta se identifica con la parte enferma – angustia, que es su contratransferencia- y sana – como objeto bueno libre de angustia y enojo - que el paciente le asigna ya sea como objeto idealizado y como objeto perseguidor.

1.3.5 Contratransferencia concordante y complementaria

Examinaremos brevemente ahora las dos clases de contratransferencia según la forma de identificación por parte del terapeuta en relación al paciente.

La identificación concordante es la contratransferencia que resulta de la identificación del analista con el Yo y Ello del analizado, y la otra clase sería la identificación complementaria que resulta de la identificación del analista con los objetos internos del analizado (Racker, 1959).

Por lo tanto se puede decir que la personalidad del terapeuta identifica su Yo con el Yo de su paciente, y lo mismo para las otra partes de la personalidad, Ello y Superyó.

Racker piensa que las identificaciones concordantes son por lo general empáticas y expresan la comprensión del analista, su contratransferencia positiva sublimada. En cambio, la contratransferencia complementaria implica un monto mayor de conflicto. En la medida en que el analista fracasa en la identificación concordante se intensifica la complementaria. (Etchegoyen, 1985, p. 246)

De manera que, con la atención a la contratransferencia se posibilita un mayor conocimiento de las relaciones del sujeto con sus objetos internos y externos y de las relaciones de éstos con el sujeto, intensificándose así también el contacto y la

comunicación del analista con la realidad interna del analizado (Racker, 1959, p. 99)

1.3.6 La neurosis de contratransferencia

En realidad aplica de manera sistemática la situación edípica a la figura del terapeuta que se ve así integrando uno de los vértices del triángulo, otro de ellos lo ocupa el paciente (que será padre si es varón y la madre si es mujer), el tercer vértice será ocupado, en la sombra por el padre o la madre restantes. Se inicia así una verdadera neurosis de contratransferencia. (Caparrós, 2006, p. 26)

En efecto, para Racker la neurosis de contratransferencia está centrada en el complejo de Edipo. Es decir, configura la situación analítica como si fuera un triángulo, en donde, el paciente masculino representa fundamentalmente al padre, cada paciente femenina a la madre.

Racker (1959) afirma: También aquí los factores reales, como la edad del objeto (del analizado), su físico, su situación psicológica general, estados por los que pasa, etc., actúan como agentes que reevocan uno u otro aspecto de lo que ya está preformado en el analista como situación edípica interna (Racker, 1959, p. 189)

Lo dicho hasta aquí supone que depende del significado que se da a la función del analista dentro del proceso terapéutico, surgirá la contratransferencia de manera importante en función a la problemática que implica asumir la función de objeto por parte del terapeuta.

Racker (1959) afirma “la función del analista dentro del proceso analítico es, pues, doble. Primero, el analista es intérprete de los sucesos inconscientes, y segundo, es objeto de estos mismos sucesos” (p. 183).

De donde resulta que la contratransferencia adquiere también una doble función dentro del proceso psicoterapéutico. “Ésta puede intervenir o interferir,

primero, en cuanto el analista es *intérprete*, y segundo, en cuanto es *objeto* de los impulsos” (Racker, 1959, p. 183).

Avanzando en nuestro razonamiento, con respecto a el analista como objeto, Racker (1959) afirma: “La contratransferencia concurre en las expresiones de su ser y en su conducta, las cuales influyen a su vez sobre la *imagen* que de él se forma el analizado” (p. 184). De donde se infiere que, dentro del proceso terapéutico el paciente va a percibir la actitud del terapeuta en todos los aspectos de su interacción, es decir, que el paciente también percibe el estado psicológico del terapeuta, para ser más precisos.

Como resultado de esta doble función de la contratransferencia, es decir sobre la comprensión y la conducta del terapeuta, Racker (1959) afirma: “influye pues sobre el analizado y en especial sobre su transferencia” (p. 184). Así que, es de esta situación que depende en gran parte el éxito en el proceso terapéutico, es decir, la transformación de su personalidad, así como, la transformación de sus relaciones de objeto.

Para concluir este apartado se infiere que el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos del paciente hacia el terapeuta, en cuanto son determinados por el pasado, son considerados como transferencia y su expresión patológica es denominada neurosis de transferencia, así también con respecto al terapeuta, el conjunto de imágenes, sentimientos e impulsos de éste hacia el paciente, en cuanto son determinados por el pasado, es llamado contratransferencia, y su expresión patológica es considerada como neurosis de contratransferencia.

Capítulo 2. Modelo de formación de Yussif

2.1 Antecedentes del modelo

Los antecedentes del modelo de formación de psicoterapeutas de Yussif se basan en investigaciones que datan de 30 años a la fecha, y que evalúan procesos terapéuticos, como la supervisión clínica, las respuestas transferenciales y contratransferenciales. Este trabajo es de suma importancia ya que se podría decir, que a lo largo de la carrera es de las pocas oportunidades que tienen los estudiantes de psicología, para contactar y comprender sus propios afectos, que invariablemente surgirán durante la psicoterapia.

El modelo de Yussif se plantea en diferentes artículos, a continuación se presenta un breve resumen de sus trabajos que describen lo realizado, por un lado, con adolescentes a partir del proceso psicoterapéutico y, por otro lado, con psicólogos a partir del proceso de formación.

La Terapia de Grupos con Adolescentes. Experiencias en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (I.M.P.P.A.), Castillo, Yussif, (1989). Se implementó un modelo de supervisión que incluyó tanto a los adolescentes, como a sus padres. Con el grupo de adolescentes, entre 14 y 15 años, se trabajó con el Modelo de Carrillo de 1984, sobre grupos de duración limitada y objetivos específicos. En el grupo de padres, la edad promedio fue de 40 años, se trabajó con el Modelo propuesto por Campusano e Izaurieta (1989), con un abordaje de terapia breve interaccional-sistemática. El objetivo central de los grupos, fue la separación-individuación de padres e hijos. La supervisión se llevó a cabo durante tres semestres en el seminario "Supervisión de un grupo de adolescentes". Se estableció la presencia de grabadoras en las sesiones y posteriormente el uso de la cámara de Gesell con observadores. Se concluyó que

por una parte los adolescentes pedían separarse de sus padres, y por otra, con conductas actuadas de autodestrucción, pedían la presencia y atención de ellos.

Por el otro lado, las autoras concluyeron que, la idea de crear y promover grupos de orientación y apoyo a padres de orientación con fines terapéuticos, abre la posibilidad de que los padres sepan cómo relacionarse con sus hijos y entender qué de su pasado depositan en ellos.

Psicoterapia de grupo bajo supervisión. Supervisión de la psicoterapia grupal, una experiencia formativa, dentro del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", (Yussif D., et al., 11 de mayo de 1995). Describen la experiencia del curso "Psicoterapia de grupo bajo supervisión", partiendo de lo fundamental que es para los terapeutas de grupo, la práctica clínica supervisada, 40 pacientes entre 18 y 23 años, fueron distribuidos en dos grupos el "A" y "B". El grupo "A" fue observado a través de la cámara de Gesell, por todo el equipo. Al grupo "B", se le supervisó, con base en la información que proporcionaban los observadores y los terapeutas. Se concluyó que a través de este trabajo, se atendió de manera más eficiente a un mayor número de pacientes en comparación de los que atiende un solo terapeuta experimentado. Los estudiantes trabajaron como terapeutas hábiles desde el principio de su curso gracias a la supervisión.

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Comunicación Humana, Maestría en Psicología Clínica Infantil. Curso de Teorías Psicodinámicas IV, ciclo de junio a diciembre Yussif (1997). Se supervisa el trabajo clínico de los estudiantes en el manejo de un grupo terapéutico, integrado por madres de niños que en ese momento estaban en tratamiento psicoterapéutico. La supervisora y el resto del equipo, observan la sesión a través de la cámara de Gesell. Durante y después de la observación, se realizaba el análisis del material clínico. El proceso permitió valorar y analizar las reacciones del grupo de estudiantes, respecto a las ansiedades básicas que se movilizan en relación al trabajo clínico, se promueve un saber del inconsciente.

El Centro de Servicios Psicológicos: Un espacio para la formación de Psicólogos y el servicio a la comunidad bajo un enfoque psicodinámico. Yussif (1998) presentó su modelo de supervisión vivencial diseñado para trabajar con los estudiantes de la Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo en instituciones de la Facultad de Psicología de la UNAM. El objetivo central de este tipo de supervisión “vivencial” fue propiciar el desarrollo de habilidades personales del estudiante supervisado: 1) mejorar la habilidad clínica; 2) propiciar el desarrollo de una forma empática y respetuosa de percibir al paciente, y 3) aprender su contratransferencia y sobre todo usarla dentro del contexto terapéutico.

Presentación y análisis de resultados de diferentes aspectos del grupo en formación en el Congreso de Acapulco, coordinado por Yussif, et al, (2002). Presentan resultados de investigación en el que se reportan los efectos de las terapeutas del Grupo en Formación la información fue proporcionada por las terapeutas que participaron en dicho grupo, a quienes se les aplicó un cuestionario al inicio y termino del proceso psicoterapéutico, en el que se exploraron las siguientes áreas: sentimientos del grupo de formación hacia el grupo terapéutico, sentimientos de pertenencia en el grupo de formación, y por último, las habilidades obtenidas a lo largo del proceso. Lo que se pudo concluir al final de este trabajo es que los terapeutas aumentaron su sensibilidad y manifestaron sus sentimientos positivos hacia los pacientes que terminaron el proceso terapéutico. Se logró una integración en el grupo de formación en un ambiente más cálido.

Ansiedad: ¿Obstáculo o herramienta en la labor terapéutica? Con la finalidad de dotar a los terapeutas de los recursos que les permitan identificar y manejar los fenómenos que se presentan en la situación terapéutica, y que abarcan tanto al o los pacientes, como a la figura del propio terapeuta (Yussif, 1995) trabajó con dos grupos, un grupo en formación que estaba conformado por cuatro alumnos

psicólogos del 7° al 9° semestres de la licenciatura en psicología, y un grupo terapéutico, con ocho pacientes del sexo femenino. Se observó que la identificación y el análisis de las ansiedades que obstaculizan el trabajo, así como la integración de los afectos escindidos durante la supervisión en grupo, permiten incrementar el nivel de confianza y, de participación libre y espontánea de los estudiantes en formación y de los pacientes. Se concluyó que lograr una mayor comprensión de sí mismo y de los pacientes, incrementa la capacidad de entender (*insight*), detectar los niveles de ansiedad propios, las reacciones defensivas y proyectivas, la respuesta contratransferencial, permite al psicólogo manejar de una mejor manera sus respuestas de ansiedad y fortalecer su identidad profesional, lo que se traduce en un trabajo más adecuado con pacientes y en mayores logros terapéuticos.

Una práctica supervisada en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, (Yussif, 2007). Se trabajó con un grupo en formación integrado por estudiantes de 9° semestre y con un grupo terapéutico, con pacientes entre 18 y 24 años a través de la cámara de Gesell. Los objetivos generales fueron propiciar la capacidad de entendimiento (*insight*), promover la separación individuación, propiciar La autonomía, toma de decisiones, independencia emocional y económica, y entender las motivaciones inconscientes que modulan la conducta. En la prueba que se realizó al grupo en formación al final de la experiencia terapéutica se percibió que el nivel de estrés fisiológico permaneció igual que el primer registro realizado, sin embargo de acuerdo a observaciones hechas se manifiesta una mejor respuesta al estrés. Por lo que, Yussif, y el grupo en formación concluyeron que, a pesar de que en ambos registros se observó una respuesta de estrés semejante, al término de la experiencia de formación la respuesta de recuperación ante la situación de estrés mejora.

Una práctica supervisada: Revista Mexicana de Psicología, septiembre 2006. Durante el curso de “Psicología Clínica y Psicoterapia II”, se utilizó el modelo de formación desarrollado por Yussif (1994), durante dicho curso se evaluaron, de manera simultánea, el proceso de formación y el proceso terapéutico. Participó un grupo de siete estudiantes de 9° semestre, integrado por dos hombres y cinco mujeres, de las cuales dos se eligieron como terapeutas, quienes en conjunto con la supervisora, formaron el equipo terapéutico. El grupo terapéutico se conformó con ocho sujetos. Cada sesión terapéutica fue supervisada por Yussif, y los demás integrantes del equipo, proporcionando de esta manera el análisis de los fenómenos, dinámicas y procesos paralelos en ambos grupos.

2.2 Objetivos del modelo de formación

La justificación del modelo parte del supuesto de que el trabajo psicoterapéutico confronta al psicólogo con aspectos de su vida propia, de su salud, de su enfermedad, también con sus propios conflictos y frustraciones. Se resalta la enorme dificultad que existe para reconocer y manejar las ansiedades que se les despiertan a los estudiantes al trabajar con otras personas, ya que el instrumento de trabajo es él mismo.

El modelo de Yussif, propone desarrollar competencias y habilidades siguiendo estos objetivos.

1. Atender los procesos inconscientes, capacidad de *insight*, percepción de la ansiedad, detección de la respuesta contratransferencial.
Incrementar la capacidad de *insight* significa detectar los sentimientos propios, comprensión del propio comportamiento, constante auto-examen, auto-observación e introspección.
2. Comprender los procesos inconscientes.
3. Aprender a utilizar el self, como instrumento de trabajo.
4. Incrementar la capacidad de introspección.

5. Incrementar la capacidad para detectar sus propios sentimientos en sus relaciones personales.
6. Propiciar el reconocimiento de las similitudes y diferencias con los demás.
7. Comprender el significado de sus propias conductas.
8. Desarrollar la comprensión de la interacción dinámica durante el proceso terapéutico de la respuesta transferencial y contratransferencial.
9. Identificar las resistencias individuales o de grupo.
10. Lograr una comprensión de su propia realidad para no distorsionarla.
11. Fortalecer la cohesión y la empatía en el grupo.
12. Incrementar la capacidad de reconocer, analizar y expresar sus experiencias emocionales.
13. Aumentar la capacidad de análisis y discusión del material clínico del paciente.
14. Incrementar capacidades de escucha analítica, tanto de la comunicación verbal como no verbal del paciente.

2.3 Metodología del modelo de formación

La justificación del modelo de formación de psicoterapeutas de Yussif, está basado en la necesidad de formar al estudiante de psicología para el manejo de sus ansiedades y el conocimiento de sí mismo, con el objeto de mejorar el desarrollo de la labor terapéutica.

Los objetivos de los grupos son:

1. El objetivo general del grupo terapéutico, es propiciar el *insight*, hablar del aquí y el ahora, es decir, que los pacientes hablen de sus problemáticas, darse cuenta de la repercusión que tienen en su vida cotidiana y durante la sesión terapéutica, por lo que es importante que los terapeutas y los estudiantes presten especial atención a la dinámica del grupo, pues se trabaja con las problemáticas planteadas durante la sesión.

2. El objetivo específico del grupo terapéutico, es promover la independencia emocional y económica, plantear metas e ideales autónomos y realistas, fortalecer la autoestima, con base, en sus logros personales, al reconocimiento y aceptación de estos. Por último, propiciar las relaciones afectivas fuera del núcleo familiar.
3. El objetivo general del grupo de supervisión, es dar retroalimentación a los terapeutas basada en la teoría y en la observación, para la comprensión de la problemática de los pacientes y aminorar el malestar, a través del proceso terapéutico por el que vivirán. Al mismo tiempo es importante que los terapeutas identifiquen las ansiedades que les despierta el material clínico, para comprender la contratransferencia y la transferencia.
4. El objetivo específico del grupo de supervisión, es aumentar la capacidad introspectiva del terapeuta y del estudiante con el objeto de trabajar la ansiedad que en todo momento está presente, e integrar de manera psicodinámica la problemática de los pacientes.

2.4 Procedimiento del modelo de formación

1. Los fundamentos teórico-prácticos del grupo de supervisión se dan en la clase de Psicoterapia I y II de la Facultad de Psicología. Se revisa y analiza el material teórico, al mismo tiempo que se les entrena a los estudiantes de psicología para realizar la entrevista psicodinámica a través de una representación de entrevista (*roll playing*) para establecer las bases de la intervención terapéutica.
2. Determinación de los objetivos terapéuticos: fomentar la capacidad de introspección (hacer consciente lo inconsciente), permitir la participación libre y espontánea de los pacientes, propiciar la autonomía (toma de decisiones, académicas y laborales) y propiciar la independencia emocional y económica.

3. Determinación de los criterios de inclusión de pacientes: debido a que el trabajo terapéutico está enmarcado bajo una psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Se delimitan criterios para la selección de los pacientes.

Criterios de inclusión: estudiantes universitarios que no rebasen los 25 años, para ser considerados como adolescentes tardíos. El motivo de consulta debe relacionarse con el objetivo terapéutico (dificultad en vínculos afectivos, autonomía, y toma de decisiones).

Para facilitar la experiencia a los terapeutas noveles, se implementa lo siguiente:

Criterios de exclusión: los pacientes no deben ser estudiantes de la Facultad de psicología, ni presentar patologías severas como psicosis, psicopatías, caracteropatías, duelos recientes o patológicos, desviaciones sexuales, perversiones, violaciones, incestos, patología suicida, farmacodependencia.

4. Realización y supervisión de entrevistas iniciales: cada uno de los integrantes del grupo de estudiantes realiza entrevistas individuales de corte psicodinámico a personas que asisten al Centro de Servicios Psicológicos, y con base a su solicitud se decide si cumplen con los criterios de inclusión. Con dichas entrevistas se elaboran las historias clínicas y el psicodiagnóstico de cada uno de los pacientes contactados. Cada caso clínico es analizado desde una perspectiva psicodinámica durante la supervisión, con la finalidad de valorar las posibilidades de incluirlo en el grupo terapéutico en función de los criterios previamente establecidos.
5. Selección de pacientes: una vez valorados los casos clínicos el grupo terapéutico queda integrado para recibir el tratamiento, los pacientes que no fueron seleccionados, se canalizan a servicios afines a su problemática.

6. Elección de terapeutas: en el grupo de formación se definen las características personales que el terapeuta debe poseer como flexibilidad, empatía, tolerancia a la frustración, escucha activa, control de impulsos, capacidad de *insight*, fortaleza yoica y capacidad de abstracción.
Posteriormente se postulan candidatos y de manera democrática se selecciona a los que serán terapeutas, que de acuerdo a las características ya mencionadas en el párrafo anterior, cumplen mayoritariamente con dicho perfil.
7. Proceso terapéutico y formación *in situ* a través de la cámara de Gesell.
Se trabaja en el centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de psicología de la UNAM, bajo una psicoterapia breve con orientación psicoanalítica a lo largo de 8 a 10 sesiones con duración de 1 hora con 30 minutos cada una.
8. La supervisión se realiza en tres momentos: 1) Pre-sesión, donde se dan indicaciones sobre el manejo terapéutico; 2) Sesión terapéutica, la indicación para los terapeutas es permitir que los pacientes propongan el material clínico, para poder orientarlo a los objetivos terapéuticos, el resto de los estudiantes y la supervisora observan a través de la cámara de Gesell; 3) Post-sesión, se analiza el material y trabajo clínico: transferencia, contratransferencia, dinámica grupal y movilización de los afectos experimentados por el grupo en formación en resonancia al grupo terapéutico, esta actividad se realiza al término de la sesión terapéutica con la participación de Yussif, y el grupo en formación, además de los terapeutas.
9. Registro de la información: cada una de las sesiones terapéuticas es filmada y grabada, la información obtenida durante éstas y durante la sesión previa y la posterior a la terapia, es recopilada y registrada por el grupo de supervisión, la información está asentada en minutas y reportes de sesión, que en su conjunto describen tanto lo que pasaba en el grupo terapéutico como en el de supervisión: las temáticas tratadas a lo largo de

la sesión, la dinámica del grupo y la participación del mismo, así como el material más significativo que expresan los miembros de cada grupo.

10. Análisis y evaluación de la información: con la finalidad de comprender la dinámica grupal, se realiza un análisis cualitativo por medio de viñetas que describen lo sucedido en cada sesión terapéutica, incluyendo la información de las minutas y reportes realizados por el grupo de supervisión antes, durante y después de cada terapia. Esto con el objeto de identificar los fenómenos grupales que se presentan durante el proceso terapéutico, Con la finalidad de contar con observaciones cualitativas sobre los pacientes y los alumnos, para comparar los cambios al finalizar el proceso terapéutico.

Capítulo 3. Metodología

3.1 Planteamiento del problema

El inicio de la investigación surgió a partir de la dificultad en la comprensión del fenómeno contratransferencial, por parte del grupo de psicólogos en formación. El tema de la contratransferencia es considerado uno de los más complejos de la teoría psicoanalítica, porque además está directamente relacionado con la práctica clínica, e implica el trabajo paciente-terapeuta en un vínculo total, incluyendo el inconsciente de ambos, fenómeno necesario para llevar a cabo el proceso terapéutico. Es por esto que considero de suma importancia el comprender y aprender en la teoría y la práctica dicho fenómeno, y así poder utilizarlo como un instrumento terapéutico.

Después de haber tratado el tema de la contratransferencia en el marco teórico ahora puedo definirla como todos los sentimientos y actitudes del terapeuta hacia el paciente, este fenómeno surge en la situación analítica, que se entiende como las relaciones y eventos interpersonales que se desarrollan entre el terapeuta y su paciente. Lo que corresponde al paciente se entiende en términos de la transferencia, y son las vivencias psíquicas anteriores, normalmente de la infancia revivida como vínculo actual con el terapeuta.

Para cumplir con los objetivos del presente trabajo, serán revisados los resultados del programa de formación en práctica, “Una experiencia con grupo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica: Impacto de la supervisión clínica en la formación de los psicoterapeutas”. Programa desarrollado por la profesora Dalila Yussif Roffe.

3.2 Objetivo general

Identificar, aprender y comprender desde la teoría psicoanalítica el fenómeno de contratransferencia en la práctica clínica, con un grupo terapéutico y un grupo en formación, conforme al método Yussif. Esto conlleva a lograr el entendimiento de sí mismo, de los pacientes y del vínculo que se establece en la sesión terapéutica. Así mismo, lo realizado sirve para brindar un servicio psicológico fundamentado y estructurado a la comunidad.

3.3 Objetivos específicos

1. Observar e identificar el fenómeno de contratransferencia en un grupo terapéutico, mediante la supervisión del grupo en formación y la dirección de la profesora Yussif.
2. Describir las reacciones contratransferenciales experimentadas por los terapeutas tanto en el dispositivo terapéutico como en el de supervisión.
3. Considerar la utilidad del análisis de la contratransferencia en el dispositivo de supervisión para la formación psicoterapéutica de los estudiantes.
4. Resaltar la importancia de la práctica profesional supervisada para desarrollar habilidades clínicas en los estudiantes de psicología.
5. Aprender a establecer un dispositivo terapéutico, y aplicar lo aprendido en teoría y práctica clínica con enfoque psicoanalítico a la comunidad solicitante.

3.4 Tipo de estudio

Es una investigación de enfoque cualitativo, ya que se analizaron conocimientos teóricos, reflexiones y habilidades en desarrollo para su integración

y manejo a lo largo del proceso formativo. Por su finalidad es un estudio descriptivo, ya que el contenido del marco teórico es utilizado para la descripción del uso de la contratransferencia en la clínica, además de ampliar los conocimientos existentes. No hay hipótesis es puramente descriptiva, y supone observación, descripción y categorización de determinados hechos.

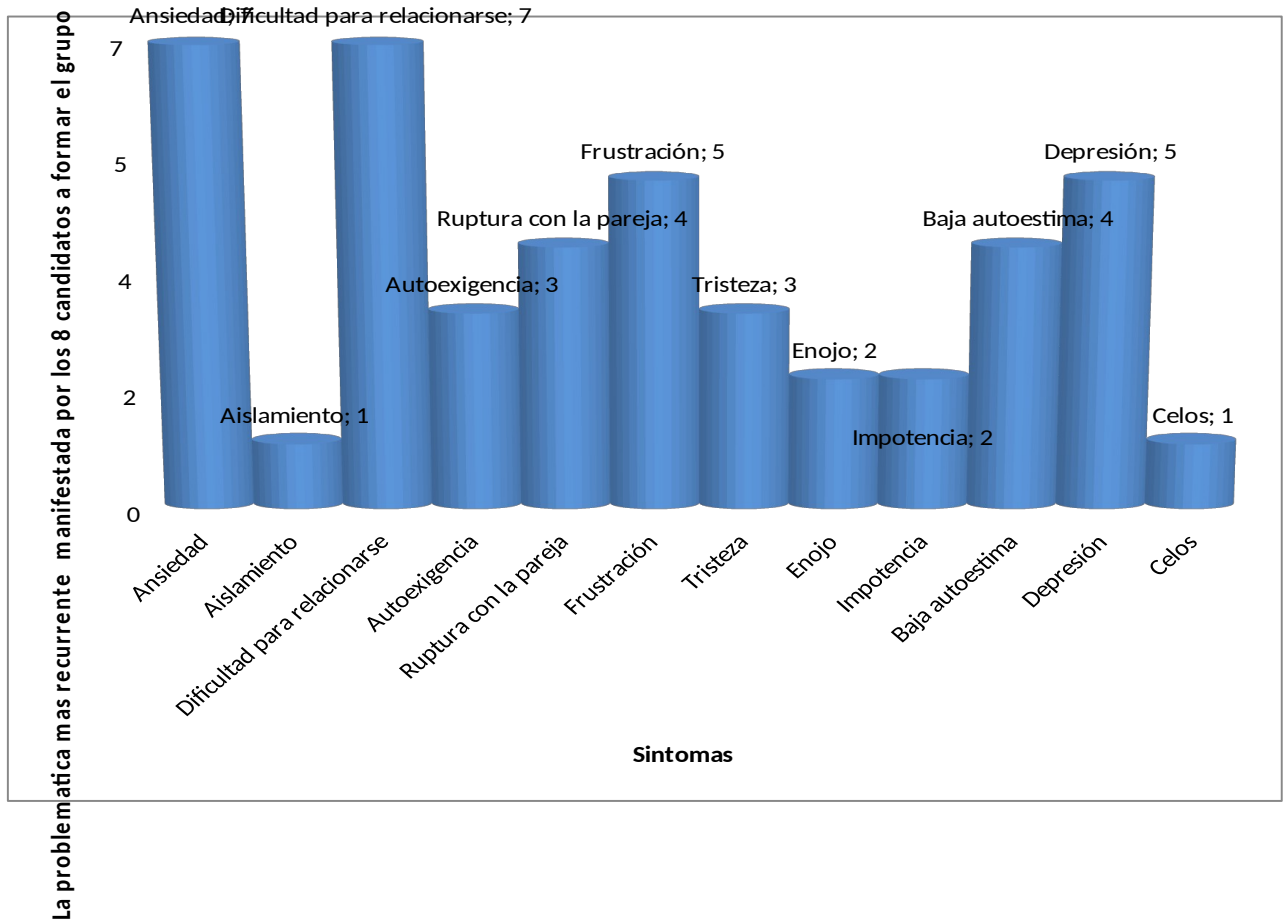
3.5 Participantes

3.5.1 Grupo en formación

Integrado por 6 psicólogos en formación, 3 mujeres y 3 hombres bajo la dirección de la profesora Dalila Yussif Roffe.

3.5.2 Grupo terapéutico

Se recibieron 18 solicitudes de posibles candidatos con promedio de edades de 18 a 23 años, con escolaridad de bachillerato y licenciatura, se supervisó caso por caso, de estos, quedaron 8 que son los que finalmente se entrevistaron. Estos presentaron problemáticas similares, como ansiedad, baja autoestima, problemas para relacionarse con sus pares, entre otras.



En este gráfico (1) se presentan los motivos de consulta manifestados por cada uno de los candidatos pacientes a formar el grupo terapéutico. Los motivos de consulta que predominan, están acorde a los criterios planteados para el grupo terapéutico (promover la independencia emocional y económica, plantear metas e ideales autónomos y realistas, fortalecer la autoestima en base a sus logros personales al reconocimiento y aceptación de estos, y propiciar las relaciones afectivas fuera del núcleo familiar).

Finalmente el grupo terapéutico se integró por dos pacientes mujeres de 18 años y 19 años, y dos terapeutas elegidos de entre el grupo en formación, un hombre de 25 años y una mujer de 21 años. La duración del proceso terapéutico fue de 8 sesiones (una por semana), los miércoles de 11:30 a 13:00 horas.

3.6 Escenario

Se trabajó en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se utilizó la cámara de Gesell No. 14.

3.7 Materiales

Equipo de audio y video, DVD, sillas, pantalla LCD, computadora, tableta electrónica, material de escritura y redacción. Además para el análisis del proceso se utilizó material bibliográfico, minutas, reportes de sesión, ejercicios autorreflexivos, análisis de las experiencias vividas del grupo en formación, material clínico de los pacientes, transcripción de los archivos de grabación y reporte de sesión.

3.8 Procedimiento

De acuerdo al modelo Yussif, el trabajo se dividió en dos procesos de análisis, el grupo en formación, y el grupo terapéutico. En ambos espacios se trabajó con una formación teórico vivencial, empleando diversas técnicas.

3.8.1 Revisión teórica y reflexiva previa al grupo terapéutico

Se llevó a cabo un proceso formativo organizado y estructurado en la práctica profesional que contribuyera al desarrollo integral de los estudiantes, promoviendo

saberes teóricos y técnicos, necesarios para el manejo de cogniciones y emociones frente al grupo terapéutico, con el fin de desarrollar la capacidad de escucha analítica, reflexión y análisis. A su vez, externar las emociones, pensamientos e inquietudes que se despiertan en el grupo en formación.

3.8.2 Selección de pacientes

Se revisaron las solicitudes para iniciar la formación del grupo terapéutico. Los criterios de inclusión que se establecieron para los candidatos al grupo terapéutico fueron: edad entre 18 y 25 años, estudiantes, sin patologías severas, que no fueran alumnos de la Facultad de Psicología, no agresión intrafamiliar, no violación, sin adicciones, no incesto, y con una disponibilidad de horario para asistir al grupo, estos criterios se determinaron dada la estructura del programa, una psicoterapia breve con objetivos y tiempos limitados.

Tabla 1

Selección de los pacientes

Paciente	Edad	Ocupación
Hombres		
1	22	Estudiante universitario
2	23	ninguna
3	22	Estudiante universitario
4	18	Estudiante universitario
5	26	Estudiante universitario
6	25	Bachillerato
Mujeres		
7	23	Estudiante universitario
8	22	Bachillerato
9	19	Estudiante universitario
10	19	Estudiante universitario
11	20	Estudiante universitario

12	17	Cecati
13	19	Estudiante universitario
14	21	Estudiante universitario
15	22	Estudiante universitario
16	25	Estudiante universitario
17	23	Estudiante universitario

Origen: datos obtenidos a partir de las entrevistas iniciales elaborados por el grupo en formación. El promedio de edad en las mujeres es de 20.22 años, y en los hombres es de 22.67 años.

Durante las entrevistas, los candidatos eligieron si querían formar parte del grupo u optar por otra modalidad terapéutica. Finalmente quedaron dos pacientes.

Posteriormente se hizo la elección para designar a los terapeutas. Se tomaron en cuenta las características necesarias para desarrollar el trabajo, empatía, observación, escucha activa, profesionalismo, autorreflexión, ética, compromiso, autoconocimiento, responsabilidad, entre otras. Finalmente se concluyó que la pareja de terapeutas estaría conformada por un hombre y una mujer.

3.8.3 Proceso terapéutico

Basado en el modelo de formación de Yussif (1994), se utilizaron como dispositivo de aprendizaje, la supervisión, la observación en el lugar de la psicoterapia. Se promovió el establecimiento de la reflexión y diálogo en tres tiempos pre-sesión, sesión y post-sesión. En la pre-sesión, con duración de 30 minutos, se dio un espacio de supervisión para brindar indicaciones sobre el manejo terapéutico que se llevaría a cabo en la sesión, que se daría a continuación, se hablaba de las ansiedades y de los objetivos terapéuticos en cada una. La sesión terapéutica consistió en la observación a través de la cámara de Gesell, donde se llevaba a cabo el proceso terapéutico. Y la post-sesión que consistió en la supervisión del material clínico de los pacientes y de las reacciones experimentadas por el grupo en formación.

1. Objetivo terapéutico.- Propiciar la capacidad de *insight*, la libre participación, entender las motivaciones inconscientes, promover la autonomía personal y académica, además de favorecer las relaciones interpersonales.

3.8.4 Estrategias de evaluación

Durante todo el proceso se pudieron distinguir tres etapas tanto del grupo terapéutico como del grupo en formación. Para esto se dividieron el total de las 8 sesiones terapéuticas. Las primeras tres sesiones etapa de integración e inicio, de la sesión 4ª la 6ª formación y proceso, y las dos últimas cierre y terminación.

1. Grupo en formación: La integración del grupo, el grupo durante el proceso de formación y cierre del grupo.
2. Grupo terapéutico: El grupo en sus inicios, el grupo durante el proceso y la terminación del proceso grupal.

3.8.5 Consideraciones éticas

En relación a los pacientes, se obtuvo su consentimiento informado en donde se les dio a conocer que la información obtenida durante el tratamiento podría ser parte de un estudio o investigación, asegurando que se guardaría la confidencialidad utilizando pseudónimos y que tenía derecho de retirarse en cualquier momento que lo considerara.

Capítulo 4. Resultados

Con fines de confidencialidad se omiten los nombres propios y se asigna una letra cualquiera del abecedario en el caso de las pacientes. En este caso quedaron de la siguiente forma paciente “A” y paciente “M”.

4.1 Casos clínicos

Paciente 1

Nombre: M Edad: 18 años Sexo: femenino Estado civil: soltera
Ocupación: estudiante de preparatoria Residencia: Ciudad de México

Motivo manifiesto de consulta

La paciente comentó sentirse insegura, con dificultades de autoestima, tanto en aceptarse físicamente como en ciertos aspectos de su personalidad. Los anteriores problemas se agudizan con los conflictos en la dinámica de su familia, los cuales a su vez la hacen sentir con miedo a que la regañen, o la culpen, refiere un entorno familiar de poca comprensión, de escasa comunicación y afecto.

¿Desde cuándo le pasa esto?

La paciente refiere que esto le sucede desde hace un año antes de acudir al Centro Psicológico “Dr. Guillermo Dávila”. El no haber pasado el examen de admisión a la preparatoria, hecho que la llevó a una depresión de tres meses en los cuales, la paciente menciona haberse sentido sin motivación, y de haber perdido la estabilidad obtenida hasta ese momento.

Dinámica familiar

Vive en casa de sus abuelos, una tía, su mamá y sus hermanos uno mayor de 23 años y una menor de 10 años. Refiere que sus padres se divorciaron. En su

dinámica familiar menciona que es buena excepto con su hermano mayor, con el que no tiene muy buena relación, pues discuten, se agreden, y terminan alzando la voz, y lo define como una persona cerrada.

Su mamá se encuentra desempleada, quien paga los gastos es su abuelo. La paciente comenta que casi no se comunican entre ellos, que no existe violencia, pero si hay presencia de gritos y discusiones, a su vez existen pocas muestras de afecto, y al recibirlas como sucede con su mamá, las siente raras. Con su mamá la relación apenas comienza a ser cercana. Al hermano lo ve como un modelo a seguir, ya que él resuelve los problemas que se le presentan, por sí mismo.

La paciente comentó que las tías y abuelos siempre quieren intervenir en sus asuntos, esto le causa conflicto a su mamá.

Otro dato importante que mencionó la paciente fue que su madre había padecido de una enfermedad, sin embargo, siente que eso no le afectó tanto a ella por estar pequeña. Menciona que no conoce a su papá, no ha convivido con él. También menciona que ella y sus hermanos son los tres de distintos padres. Refiere haber vivido en Guanajuato y Puerto Vallarta, pero que siempre ha tenido a la Ciudad de México como su hogar. Hace mucho énfasis en que a la edad de 10 años su madre decidió irse a vivir a Guanajuato con el padre de su hermano menor, pero ella prefirió quedarse con su hermano y sus abuelos, ella nos dice que le rogó a su madre que no se fuera pero aun así se fue y meses después la paciente decide alcanzarla porque sentía que le hacía falta y que la extrañaba.

La paciente nos comenta que tiene interés de conocer a su padre, que se ha preguntado si es que piensa en ella o lo que él sentía en el momento de dejarla.

Menciona que siente un poco de sobreprotección por parte de su mamá, ya que la acompaña a todos los lugares, en las fiestas la espera afuera y a veces quisiera que su mamá confiara más en ella.

¿Qué espera del tratamiento terapéutico?

Aprender a hacer amigos de verdad, tener mayor seguridad, solucionar su situación familiar, lograr que no le afecten tanto las cosas.

Paciente 2

Nombre: "A" Edad: 19 años Sexo: femenino Estado civil: soltera
Ocupación: estudiante universitario del tercer semestre Residencia: Ciudad de México.

Motivo manifiesto de consulta

"A" refiere desde que entré a la universidad no estoy segura de si escogí la carrera adecuada, y además, el relacionarme con las personas (en la universidad) es muy difícil, por lo que siempre me siento ansiosa.

Por lo tanto lo que espero, es ver si estoy en la carrera correcta o es mejor cambiarme a otra del área matemática, y saber o aprender a relacionarme mejor con las personas, para dejar de sentir esta angustia y preocupación.

¿Desde cuándo pasa esto?

Desde que entré a la carrera (un año y medio)

Dinámica familiar

La paciente vive con sus padres y dos hermanas una de 30 años y la otra de 31 años.

Sus padres estuvieron separados durante 10 años, antes de que ella naciera, debido a que su padre era alcohólico y maltrataba a su madre.

"A" menciona que no sabe por qué su madre regresó con su papá si él apenas terminó la primaria y era alcohólico, sin embargo "A" dice que tiene buena relación con su padre, el cual la ha cuidado desde pequeña, menciona sentirse apoyada

por su papá, aunque agrega, que él no puede opinar porque solo fue a la primaria (desvalorizándolo).

Mencionó que durante el tiempo que sus padres estuvieron separados, su papá tenía un trabajo muy bien pagado, lo cual le ayudó para comprar una casa, mientras tanto su madre y hermanas vivían en casa junto con sus abuelos y tíos. Nos contó que su madre intentó comprar dicha casa pero que hubo un problema legal con la vendedora y terminaron siendo desalojados.

“A” continuó diciendo que al no tener lugar donde vivir sus hermanas y su madre, además del deseo de esta última de tener un hijo, su madre decidió regresar con su padre, a la casa que él había comprado. Dos años después nace “A”.

La paciente manifestó que al regresar sus padres a vivir juntos, su papá perdió el empleo que tenía y es por eso que él se dedicó a cuidar de ella y sus hermanas mientras su madre trabajaba.

La paciente refiere que su mamá trabaja en un puesto de revistas en la central de autobuses, pero que también trabajó de taquillera y como personal de limpieza.

Al seguir indagando sobre su familia, “A” nos contó que su hermana mayor había sufrido un abuso sexual por parte de uno de sus tíos cuando niña. Al respecto comentó que su mamá no quiere creer este suceso y su padre no lo sabe, también mencionó que es por eso que sus hermanas la cuidan mucho.

Al preguntarle cómo se percibe ella, menciona que se tarda mucho en cambiarse, ya que depende del día es como se viste, por otro lado, menciona que lo referente a sus cambios físicos y el tema de sexualidad lo hablan ella y sus hermanas, pero al lanzarle la pregunta ¿Qué sabes de sexualidad? Refiere que no quiere contar nada sobre ello.

Señala que su madre siempre se ha hecho cargo de la familia, “A” dice que sentiría que la ha defraudado si se cambia de carrera o saca malas notas.

Refiere que tuvo una pelea con su hermana, debido a que durante la operación de su hermana mayor, ella se fue de vacaciones durante ese tiempo, esto le provocó mucha tristeza, decepción y enojo con su hermana, dice que ya no puede confiar en ella porque abandonó a su familia en un momento donde todos debían estar unidos. Comenta que aún le duele lo que sucedió (en ese momento se le salen las lágrimas).

“A” comenta que no tiene amigos hombres porque no sabe que platicar con ellos, nunca ha tenido novio por miedo a enamorarse y que la otra persona se enamore.

¿Qué espera del tratamiento terapéutico?

Espera poder relacionarse más y saber si su duda respecto a querer cambiarse de carrera sea por ese deseo o por la cuestión conflictiva con sus compañeras de clase.

4.2 Resultados del grupo terapéutico y supervisión de cada una de las sesiones.

La siguiente tabla muestra un resumen de datos recolectados en cada una de las sesiones terapéuticas, dando información de forma rápida sobre el tema objeto de este estudio el fenómeno de contratransferencia.

Tabla 2 Transferencia y contratransferencia por sesión

Sesión	Transferencia	Contratransferencia	Supervisión equipo
Sesión 1.	“A” proyecta una actitud engreída hacia el terapeuta, como si transfiriera una figura de autoridad a quien debe retar.	El deseo de poder demostrar que podía ayudarla con su problemática.	Se observó en ambas pacientes el desconfiar de los demás y callar o no hablar de sí mismas. Se consideró cuestionarles si en el grupo terapéutico

			podrían confiar y traer todo aquello que no comunican.
Sesión 2.	“A” proyecta una actitud de temor a ser juzgada.	El deseo de aconsejar a “A” como si fuera una hermana menor.	En esta sesión se percibe como se ve afectado el estado de ánimo del grupo por la ausencia de una de las pacientes “M”. Esto provocó cierta tensión en el grupo. Se indicó que no se trata de hacer reflexionar a la paciente, sino permitir que las cosas fluyan. Un buen objetivo terapéutico sería propiciar la interrelación en su medio externo, permitir que cuente cosas íntimas, y saber cómo se siente en el ambiente terapéutico.
Sesión 3.	El pedir que hacer por parte de “M” a la terapeuta, transfiriéndole una figura de autoridad.	El sentimiento de identificación de la terapeuta con las asociaciones de las pacientes. (C. concordante)	Se destacó lo importante que es permitir la comunicación entre todos los miembros del equipo terapéutico y no poner barreras a la interacción. Para las intervenciones hay que generar preguntas inmediatas y sencillas, sin elaboración, para permitir la fluidez en la comunicación.
Sesión 4.	Una postura un poco rígida en “A”, al sentir	El sentirse como el hermano mayor de	Pareció que en la sesión se cumplieron

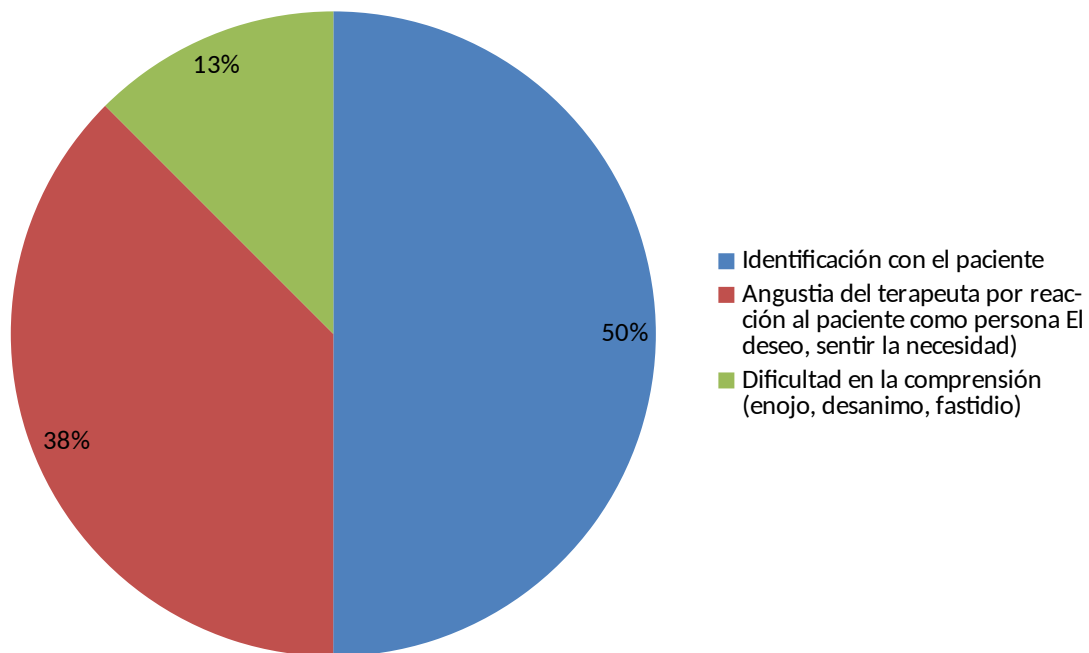
	que le hacían muchas preguntas y que eran poco empáticos con sus respuestas.	“A” por la no comprensión de lo que él le dice. Para T-mujer, cuando “A” habla de manera infantil, la identifica como una menor que la desespera.	más bien las demandas de los terapeutas que las inquietudes de “A”. Como en dirección a cumplir con el plan, no un lugar libre para la expresión emocional de “A”.
Sesión 5.	Ambas pacientes se mostraron en una postura de confianza al sentirse seguras de contar sus experiencias y pensamientos, produciendo un sentimiento de madre o hermana en los terapeutas.	T-hombre siente en ambas pacientes la figura de una adolescente que desea demostrar a sus padres o figuras de autoridad que es capaz de cuidarse, con lo cual sintió empatía. T-mujer siente que “A” miente para salir de fiesta, haciéndose pasar como niña “tranquila” para guardar cierta imagen en casa. En cuanto a “M” la percibe como una adolescente con la necesidad de su familia y la aprobación de la gente y especialmente de la madre.	Se destacó la importancia de diferenciar la autonomía frente a las situaciones de riesgo. Otro comentario fue que ambas pacientes saben la importancia, ya que ellas acceden a la negociación en los permisos, pero el problema es el exceso de llamadas y requisitos para salir, sienten que su familia no les tiene suficiente confianza. Se destaca la importancia de fortalecer la autonomía en la virtud de autoprotección y evitar situaciones de riesgo.
Sesión 6.	Al no contar claramente las situaciones que “A” denomina “turbulentas” se proyecta como una niña que quiere llamar la atención de sus padres o hermanas mayores en los terapeutas. En el caso de “M”	T-hombre se ha identificado con ambas pacientes en cuanto a inseguridades y en la búsqueda de independencia. T-mujer se identifica con “A” en cuanto al desapego de la familia y en no sentir ninguna emoción. Al	Se aborda el tema de las emociones que se activan en el interior del terapeuta, que favorecen la comprensión y la devolución hacia los pacientes, como una herramienta terapéutica.

	transfiere en los terapeutas una figura materna, al preguntar siempre qué hacer con sus conflictos.	igual que ella no veía a los demás.	
Sesión 7.	T-hombre observó que las pacientes finalmente sintieron confianza en expresar sus problemáticas. T-mujer sintió que transferían en ellos Figuras confiables, ya que las pacientes compartieron aspectos de su vida que les generaba mucha vergüenza.	T-hombre se identificó con ambas pacientes, en su intención de querer trabajar sobre la autoestima e inseguridades. También se identificó respecto a que a él igual le generaba ansiedad el contacto con las mujeres, además a él también le costaba trabajo identificar las situaciones de riesgo. T-mujer se identificó con ambas pacientes, con "M" en su historia en relación a salir con chicos, y con "A" al presentar en varias ocasiones conductas de riesgo que no veía y que después se dio cuenta en su análisis personal.	Se abordó el tema de que en sesión siempre aparece algo sorprendente o inesperado, inconstante. La labor profesional da lugar sobre todo en trabajar lo que surja, sea deseable, o no. Esto en relación a que no hay una estructura fija y esperada en el trabajo psicológico. Se explicó que no se tiene que educar a la persona, sino conducirla a que profundice y comprenda los significados de sus actos, para que reconozca sus emociones y puedan ser trabajadas. Se aborda el tema de entender el trasfondo del discurso, ya que las pacientes coinciden en temáticas de índole sexual, en amigos cercanos y situaciones de riesgo. Comprender esos detalles no perceptibles con facilidad en el discurso.
Sesión 8.	T-hombre sintió que	T-hombre sintió que	Como una manera de

	<p>transferirán ambas pacientes seguridad y apertura. T-mujer percibió más seguras a las pacientes, y sintió haber logrado una buena alianza terapéutica.</p>	<p>debía devolver una interpretación de su problemática que las hiciera sentir que el trabajo había sido de gran importancia y significado. Al final se sintió conmovido, sintió cariño, como si fueran sus amigas o hermanas. T-mujer siente que las veía como hermanas, y quería devolverles lo más posible para “protegerlas” o enfatizar sus logros, cosa que suele hacer con su hermana.</p>	<p>resumir la amplia dimensión de aquellos conflictos individuales que se abordaron a lo largo de las sesiones, el foco terapéutico de ambas pacientes es lo relacional y la autoestima. Se reflexionó respecto a ¿qué tanto lo que las pacientes hacen es realmente riesgoso? Se explica que para el abordaje de este tipo de temas, es preciso dejar de lado el juicio moral, y no asumir un rol de padre para explicar las conductas de los pacientes. Es importante modular y cuidar las palabras que se empleen para brindar una comunicación precisa libre de esos juicios. Las devoluciones se centran en la connotación de lo positivo y que no parezcan señalamientos morales o que pretendan recordar a los padres. Así pues, lo positivo tiene que ver con los logros alcanzados, los avances desarrollados y aquello que sirva de experiencia y desempeño del trabajo terapéutico.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Origen: En esta tabla se presenta un resumen de lo más destacado en cuanto al fenómeno transferencia-contratransferencia de cada una de las sesiones, además de lo que se reflexionó durante la supervisión, los datos fueron obtenidos de cada una de las minutas de sesión.

En el siguiente grafico (2) de sectores circulares se presenta información de tipo variable cualitativa, respecto a los ejemplos más frecuentes de contratransferencia que se presentaron en el proceso terapéutico.



A continuación presento una tabla con los temas tratados y una breve referencia sobre los motivos manifiestos, además de lo que considero como la situación latente de cada una de las sesiones terapéuticas.

Tabla 3 Temas de sesión.

No. de sesión	Tema de sesión	Lo manifiesto	Lo latente
1	La confianza	Ambas pacientes	En las dos pacientes

		manifiestan ser reservadas e inseguras en cuanto a la interacción con otras personas, y a expresar sus emociones. (la "resistencia de transferencia")	se percibe cierto temor a ser juzgadas. Se percibe también resistencia a comunicar aspectos de ellas que pudieran causar vergüenza, dolor. (lo resistido)
2	Lealtad familiar/mamá dice.	"A" manifiesta que su mamá es la proveedora del hogar, es quien trabaja y aporta para el sostén de la familia. Que su mamá siempre le dijo: "Los amigos no existen, siempre te van hacer daño, no puedes confiar en las personas porque te pueden lastimar".	Temor a defraudar a su mamá. Temor a ser defraudada por las personas en general.
3	A mí también me pasa. La relación con los hombres.	Ambas pacientes manifiestan dificultad en relacionarse con los hombres, que ellos piensan diferente. "A" manifiesta tener miedo a enamorarse y no ser correspondida.	Vergüenza en ambas pacientes al tratar los temas de la sexualidad.
4	Secretos de familia, la sexualidad.	"A" manifiesta que su hermana mayor había sufrido un abuso sexual cuando niña, que su madre no quiere creer este suceso y su padre no lo sabe. Menciona que los cambios físicos y el tema de sexualidad lo habla con sus hermanas, refiere no querer contar nada sobre ello en sesión.	Nuevamente el tema tabú, sobre la sexualidad, y el considerar como vergonzoso el hablar de ello en sesión.

5	Independencia y conductas de riesgo.	<p>“A” menciona que cuando sale a fiestas tiene que mentir sobre los lugares a donde va, menciona que hace “cosas malas” pero al momento de preguntarle cuales no las especifica.</p> <p>“M” siente sobreprotección de parte de su mamá, quisiera que confiara más en ella.</p>	En ambas se percibe el deseo de comportarse como adulto independiente, y explorarse a sí mismas en la interacción con los otros.
6	¿Cómo expresar lo que siento? Comunicación.	<p>“A” manifiesta sentir conflicto por no compartir el sentimiento de la misma manera que esperarían todos.</p> <p>“M” refiere dificultad en expresar sus pensamientos y sentimientos a los demás, debido a la posibilidad de que la otra persona lo tome a mal.</p>	<p>El temor a ser juzgada por los otros, y sentirse desplazada del grupo, por expresar sus propias ideas.</p> <p>El no sentirse seguras respecto a sus propias opiniones.</p>
7	“Despertares”. La sexualidad, enamoramiento, coqueteo y conductas de riesgo.	<p>“A” asume de su conducta lo que es propio, y su dificultad para relacionarse con los otros. Quiere seguir trabajando sobre su autoestima, y poder acercarse más a los hombres.</p> <p>“M” menciona estar practicando en cuanto expresar sus sentimientos, y mejorar la relación familiar. Quiere trabajar su autoestima, para sentirse más segura.</p>	Interés en lo relacionado a la sexualidad en ambas pacientes.

		Ambas pacientes hicieron comentarios de vivencias que no habían contado por vergüenza, respecto a los chicos y las conductas de riesgo.	
8	Sexualidad y confianza.	Ante la pregunta sobre la posibilidad de tener una relación amorosa. "A" manifiesta que se ha dado cuenta que el problema es ella, pero que sería bonito y lo ha pensado. Explica que aún no se siente lista. "M" comenta que pasará cuando tenga que pasar, que sí le gustaría que ocurriera.	Las pacientes se percibieron con más seguridad, y motivadas en proseguir su proceso de autoconocimiento y desarrollo.

Origen: Datos obtenidos de cada uno de los reportes de sesión.

Sesión 1.

Pensamientos de los terapeutas

T-mujer, menciona que uno de sus temores era confrontar a la paciente "A", ya que no encontraba las preguntas adecuadas. Otro de sus pensamientos era el no poderse comunicar con su coterapeuta, si él iba a preguntar algo para profundizar o podía hacerlo ella.

T-hombre, menciona que él no esperaba que la comunicación entre ambas pacientes fuera tan fluida. También menciona que le costaba trabajo identificar un momento adecuado para lanzar una pregunta, ya que temía interrumpir la interacción entre las pacientes, también pensaba que al no poderse comunicar con

su coterapeuta, le resultaba difícil decidir que pregunta poder hacer a continuación, ya que no quería cambiar drásticamente el tema que su coterapeuta había introducido.

Transferencias

T-hombre menciona que observó en “A” una actitud engreída hacia su coterapeuta, *como si transfiriera en ella una figura de autoridad a quien debe retar*, en especial cuando T-mujer lanza la pregunta: “¿Qué pasaría si repruebas una materia?”. A su vez T-hombre observó que “A” le dirigía poco la mirada, evitando el contacto con él, *transfiriéndole quizá una figura poco confiable*.

T-hombre observa que “A” hace pocos comentarios sobre la problemática de “M”, como si ésta le importara poco.

T-hombre observó que “M” se dirigía con amabilidad a “A”, a T-mujer y a él, que mostraba una continua aprobación a los comentarios de “A” sin importar quizá, que no estuviera del todo de acuerdo, *transfiriendo en “A” una figura a la cual desea agradar*.

Contratransferencias de la primera sesión

T-hombre menciona haber sentido mucha empatía con “M”, ya que puso en ella muchas características que él ve en sí mismo, como la reflexión y el deseo de empatizar con las personas.

Sobre “A”, T-hombre comentó que *sintió la necesidad* de interactuar más con ella, debido a que él realizó su entrevista inicial, *deseando poder demostrarle que podía ayudarla con su problemática*.

Supervisión de la primera sesión del equipo terapéutico

. Yussif notó que en ambas pacientes se conjunta mucho el fenómeno de desconfiar de los demás y callar o no hablar de sí mismas. Entonces consideró preciso cuestionarles si en el grupo terapéutico creen que si podrán confiar y traer todo aquello que no comunican.

Referente al contenido de la sesión, el equipo terapéutico sintió que la sesión fue regida por monotemas, como si no salieran de las mismas charlas durante largos periodos de tiempo. Además de estar de acuerdo se manifestó que a ciertos ratos se sintió aburrimiento.

Yussif comentó que esos momentos repetitivos pueden trasladarse a otros momentos de la vida para evitar la monotonía. Por ejemplo, ya que se enganchaban con el relato de sus problemas interpersonales, trasladarlo a problemas familiares y demás núcleos importantes.

Se hizo el comentario de que hubo empatía entre ambas pacientes, y que podrían relacionarse fuera de la terapia, como una consecuencia del tratamiento.

En relación a esto, Yussif comenta que el tratamiento en si busca propiciar relaciones, aunque con la espera de que lo comenten en la sesión para trabajarlo de alguna manera. Si bien es cierto, propiciar las relaciones, no equivale a fomentarlas entre los participantes.

Finalmente, Yussif señala que es importante indagar los aspectos que difieran en los relatos de "M" y "A". Así podrán comprender entre ellas esas reacciones pensamientos y sentimientos fieles que viven en el exterior, poder saber qué ocurre para propiciar el cambio. Por que como T-hombre lo señaló, "M" utiliza la simpatía para negar el rechazo, y reforzar esas conductas evasivas en ambas, no fomentaría la resolución de sus conflictos. Entonces la tarea, como lo señaló Yussif viene en identificar los aspectos latentes a partir de los manifiestos.

Sesión 2.

Pensamientos de los terapeutas

Ambos terapeutas manifestaron, “llegamos a pensar que durante esta sesión, “A” se mostró más en confianza con nosotros por el hecho de que “M” no asistió y por este motivo profundizó más en sus problemas”.

Al igual que en la sesión anterior, “tuvimos pensamientos respecto a cuándo intervenir y si dicha intervención continuaría la línea que nuestro compañero quería seguir para la obtención de información”.

Transferencias

T-hombre menciona que observó en “A”, en ocasiones, una actitud que transmitía un temor a ser juzgada, ya que “A” también mencionaba que uno debe guardar una imagen. *Con esto quizá transfirió en los terapeutas a sus pares respecto a los cuales ella menciona se siente juzgada.*

Contratransferencias

T-hombre menciona haber sentido gran necesidad por hacer reflexionar a “A” sobre la confianza en las otras personas y en las expectativas que ella tenía de sí misma, en especial con sus estudios y relaciones personales, transfiriendo en ella, quizá, la imagen de una hermana menor.

Supervisión de la segunda sesión del equipo terapéutico

Yussif pregunta a los terapeutas ¿cómo se sintieron?

T-hombre sintió decepción porque “M” parecía muy interesada pero al final no asistió.

T-mujer sintió feo que no estuviera.

En el equipo terapéutico se reflexionó que por la falta de “M”, podría “A” decidir también abandonar y dejar trunco el proceso.

Yussif considera que algo se vio alterado en esta sesión, se vieron más tensos.

Un compañero más agregó que sintió que la mayor parte del contenido de la sesión pasó sobre la superficie y se frenaron en introducirse a temas fuera del ambiente de comodidad que “A” creó en la sesión, especialmente cuando ella partió en llanto un par de ocasiones.

T-hombre difiere, pues considera que fue lo opuesto por qué se obtuvieron datos relevantes. T-mujer vivió en la sesión a “A” con mayor libertad para abrirse. Al llorar, por ejemplo, procuró silencios y T-hombre los llenaba.

Yussif sugiere dejarle abierto el espacio, y si se cancela el tema desencadenante del llanto, retomarlo.

Yussif hizo la indicación de que no se trata de hacerla reflexionar, sino permitir que las cosas fluyan. Existe un tiempo para que las cosas se den, es necesaria la preparación, porque al inicio no se puede llegar de pronto. Un buen objetivo terapéutico podría ser propiciar la interrelación en su medio externo y permitir que

ella cuente cosas íntimas. Por otra parte, saber cómo se siente en el ambiente terapéutico, como un medio seguro y confiable.

Sesión 3.

Pensamiento de los terapeutas

T-mujer menciona, “mi primer pensamiento al saber que daría la sesión sola fue temor a que se me acabaran las preguntas o a cómo reaccionarían las pacientes, durante la sesión pensé en sacar el tema de la sexualidad al momento de hablar de los hombres y no solamente el sexo como tal, ya que intuí que por su poca interacción con los hombres, no han tenido relaciones sexuales, me hubiera gustado abordar como han vivido su sexualidad, si es tema que se habla en casa, y como han experimentado los cambios a lo largo de su vida en relación a ésta. Y finalmente, al escuchar los aportes de las pacientes pensaba que podrían ser de mucha ayuda para ambas”.

Transferencias

T-mujer observó que tanto “A” como “M” aportaban algo al grupo dirigiéndose de forma amable como si fueran “amigas” o “hermanas”. “Y al dirigirse conmigo lo hacían de una manera respetuosa y al final de la sesión en el momento que “M” me dice ¿qué hago? Pude percibir que transfiere en mí una figura de autoridad”.

Contratransferencia

T-mujer considero que en ocasiones y al escuchar su discurso “sentí que estaba escuchándome en la secundaria, ya que si bien, no tuve un problema de relaciones interpersonales, yo asistí a una secundaria de puras niñas y

desconocía un poco el cómo iniciar una relación con los hombres, posteriormente en el tema de las clases de danza, yo tuve una experiencia similar lo cual también me sentí identificada en el tema”.

Supervisión de la tercera sesión del equipo terapéutico

Un compañero del equipo siente que “M” es rígida y por ello busca una respuesta a su actuar, lo que le ocasiona la indecisión y parálisis.

Yussif explica que hay que evitar las etiquetas, refiriéndose al llamarla “rígida”. El motivo fue que hay conductas propias de la edad y que esa “rigidez” es una característica correspondiente al momento de vida de “M”.

Agregó que es necesario e indispensable propiciar la comunicación entre todos los miembros del grupo terapéutico y no poner barreras a la interacción. Por tanto, para las intervenciones hay que generar preguntas inmediatas y sencillas, sin elaboración, con el objetivo de proseguir la fluidez en la comunicación.

Entre los temas que generó curiosidad a T-mujer saber pero no planteó, está la sexualidad. Indica que es probable que no tengan ese tema presente o pueda ser conflictivo sabiendo que ambas tienen un conflicto parecido con respecto a la figura masculina.

T-mujer sintió muy bien la sesión y experimentó un sentido de mayor responsabilidad, además de no tener el conflicto de procurar sincronizarse con T-hombre. Notó que en la sesión se favoreció la interacción y que existió un equilibrio tanto en la participación de ambas como en las respectivas retroalimentaciones. Pero se plantea la duda de cómo sería el comportamiento de ambas si hubiera estado T-hombre presente como figura masculina, que es una conflictiva de ambas.

Sesión 4.

Pensamiento de los terapeutas

Al T-hombre le preocupaba un poco la ausencia de “M”, ya que esto le hacía creer que “A” podría perder el interés en las terapias. Durante el transcurso de la sesión, T-hombre se sintió más cómodo y en contacto con T-mujer, ya que al discutir previamente lo que sería bueno preguntar en la sesión, brindó un eje de investigación que ambos siguieron.

T-mujer, “mis pensamientos al inicio de la sesión fueron que estaría un poco más complicado el grupo al solo venir “A”, ya que considero que el hecho de que vengan las dos facilita el trabajo de interacción. Tocar el afecto con “A” me resulta más complicado y “M” es un vehículo de entrada hacia la interacción y los afectos de “A”.”

T-mujer “personalmente el hecho de que “A” hable con la voz muy aguda imitando a alguien de menor edad me incomoda y aunque trato de seguir el discurso me es más complejo”.

“Al preguntarle a “A” sobre sexualidad y que no contestara nada comencé a pensar el por qué no quiso responder. Mi primer pensamiento, fue que podría ser por la presencia del T-hombre, sin embargo, contestaba y atendía las preguntas de T-hombre y lo descarte, posteriormente pensé que yo quería que respondiera y cuando no me responden como yo quiero, tiendo a desesperarme enojarme, pero finalmente comprendí que mi posición es entender al paciente y comprenderla. La mayor parte de la sesión la sentí fluida en relación con la comunicación entre T-hombre y yo, pero al realizar muchas preguntas a “A” se volvió monótono y me era más difícil tratar de profundizar”.

Transferencias

T-mujer, “observé que “A” en ocasiones transfería una postura un poco rígida al sentir que nosotros como terapeutas hacíamos muchas preguntas y éramos poco empáticos con sus respuestas”.

Contratransferencia

T-hombre trató en la última parte de la sesión que “A” lograra responder como él quería transfiriendo en ella quizá una figura que no logra entender lo que él dice, lo cual le hizo recordar a sus hermanas menores.

T-mujer, cuando “A” habla como una persona de menor edad, transfiero en ella a personas cercanas a mí, que lo hacen y me desespera”.

“En ocasiones al escuchar su discurso sobre los hombres me identifico con ella, ya que yo al cursar la secundaria iba en una escuela de puras niñas, y me era difícil iniciar una plática con los hombres”.

Supervisión de la cuarta sesión del equipo terapéutico

T-hombre explicó que sintió muy fluida la sesión, notó una mayor sincronía entre ambos terapeutas, pues siguieron el plan de los temas que abordarían en un principio. Se sintió satisfecho.

T-mujer explica que se sintió extraña, en momentos se aburrió. Explica que a mitad de la sesión, en los temas de los conflictos de los padres sintió esa pereza. Experimentó mayor complicación en la retención de lo que “A” comentaba. Aclara que le incomodó que “A” no lograra profundizar o contestar directamente los temas, como si tuviera mucha resistencia al respecto. T-hombre comparte esa última sensación, pero no sintió frustración por no obtener la respuesta tal cual, a diferencia de T-mujer.

Yussif notó que utilizamos la palabra “resistencia” como una etiqueta breve y vacía. ¿Y qué tal sintieron la resistencia? Un compañero, respondió, que la resistencia era manifiesta en momentos donde “A” hablaba con reserva, como en el tema de la sexualidad. Inmediatamente Yussif cuestionó, y el compañero reflexiona, que quizás se trate de un tema angustiante y no elaborado que genera una respuesta cortante, pero no una resistencia, ya que nunca se opuso a intentar responder.

Yussif opina que pareció que en la sesión se cumplieron más bien las demandas de los terapeutas que las propias inquietudes de “A”. Sin embargo, T-hombre difiere porque notó que se abordaron temas vinculados a lo que “A” iba narrando.

Yussif explica que parece que la sesión se enfocó en un cuestionario, por la gran cantidad de preguntas que formulaban ambos terapeutas, como en dirección a cumplir con el plan, no un lugar libre para la expresión emocional de “A”.

T-mujer comenta que no se ha sentido tan conectada con “A”. Aclara que, por un lado siente identificación, pero por otra parte, está a la expectativa que “A” le responda aquello que ella espera, sino se enoja. También comenta que le incomoda que “A” se comunique de manera infantilizada.

T-hombre reflexiona que en un punto sintió que “A” lograba conectar realmente con sus emociones. Específicamente al tratar el tema de los pleitos de sus padres, notó que su semblante cambió, como si sintiera dolor. T-hombre comenta que ese momento él mismo sintió tristeza, pero al final no se pudo abordar con profundidad

la emoción, limitados a la pregunta “¿Cómo te hace sentir?” Yussif considera que el freno en la expresión fue consecuencia de que no existiera un ambiente propicio para que ocurriera.

Una compañera del grupo de supervisión considera que hubiera sido adecuado haber permitido un espacio de reflexión, sin bombardeo de preguntas, para que “A” se abriera a la expresión sin esperar que una nueva pregunta cancelara ese estado.

Yussif señala que varias veces utilizan ambos terapeutas términos innecesarios, no sencillos y comunes, que favorecen el distanciamiento emocional y la reticencia a la expresión.

T-hombre comenta que últimamente se ha sentido más tenso, pese a que haya habido mayor fluidez. Se da cuenta de su participación en la sesión con “A”, y concluye que el adecuado manejo del lenguaje es muy importante.

Sesión 5.

Pensamiento de terapeutas

T-hombre, “antes de iniciar la sesión me sentía un poco ansioso ya que se me había hecho tarde ese día para llegar a los comentarios previos. Al ver que “M” si había llegado tuve que reformular un poco mis cuestionamientos ya que sólo los había pensado para continuar el trabajo con “A”.”

“Me sentí frustrado al intentar indagar sobre las “cosas malas” que hace “A” o los lugares “turbulentos” que dice visitar y no obtener una respuesta clara”.

“Durante la sesión me sentí a gusto con el trabajo con T-mujer y las pacientes, aunque me pareció una sesión algo superficial, pero al recibir la retroalimentación

del equipo me di cuenta de que había sido una buena sesión de la cual obtuvimos información importante para poder ayudar a las pacientes. Aunque creo nos sigue haciendo falta los tiempos o preguntas reflexivas necesarias para conectar con los afectos”.

T-mujer “desde el inicio de la sesión me sentí tranquila ya que tenía claro los objetivos del grupo si bien no teníamos preguntas estructuradas me gusta tener presente los objetivos generales del grupo. Al saber que “M” y “A” asistieron me hizo sentir bien y me hace pensar que les interesa venir, ya han sentido cambios en su vida. Posteriormente en el curso de la sesión me sentí tranquila. En el momento que hablaban de sobreprotección pensaba en lo difícil que podría ser como mamá y como hija con base a experiencias que he vivido con amigos y en cuanto a los riesgos me pareció importante poder identificarlos y aunque pienso que sus conductas no son de riesgo alarmante me parece importante profundizar más en el tema”.

“La interacción con T-hombre me parece que ha mejorado, en esta sesión me sentí más conectada con él y la secuencia de preguntas llevaba un ritmo más fluido”.

“Al finalizar la sesión me sentí satisfecha por lo que realizamos ya que obtuvimos bastante información importante que ayuda a unir información pasada para seguir enfatizando sobre los objetivos y trabajar con información relevante. Pensé que habíamos hecho un buen trabajo, sin embargo, nos sigue haciendo falta profundizar más y conectar con el afecto”.

Transferencias

T-hombre “durante esta sesión sentí que “M” transfería en nosotros a figuras confiables con las cuales se sentía segura de contar sus experiencias y pensamientos, además de ver en nosotros, en su última intervención, figuras que

podían decirle qué hacer respecto a sus clases de danza, algo así como sus guías”.

T-mujer “considero que “M” transfiere en nosotros a personas confiables quizá como su madre, sin embargo, “A” en ocasiones percibo que transfiere en nosotros a personas confiables como su hermana pero que no le puede contar todo ya que sigue guardando una “cierta imagen” que en momentos ha referido en sesión y es por ello que se limita a respondernos algunas preguntas”.

Contratransferencia

T-hombre “trasfiero en ambas pacientes la figura de una adolescente que desea demostrarle a sus padres o figuras de autoridad que es capaz de cuidarse, lo cual me recuerda un poco a una versión más joven de mí”.

“Cuando “A” no responde sobre las “cosas malas” que hace, transfiero en ella la figura de algunas personas que dicen solo para impresionar y esto hace que pierda el interés en dichos comentarios”.

T-mujer “en la mayoría de la sesión transfería en “A” a una amiga que mentía para salir de fiesta, ocultándolo y haciéndose pasar como niña “tranquila” para guardar una cierta imagen en casa”.

“En cuanto a “M” la percibo como una niña adolescente en ocasiones como mi novio con la necesidad de su familia y la aprobación de la gente y especialmente de la madre”.

Supervisión de la quinta sesión del equipo terapéutico

T-hombre comenta que sintió la sesión plana, sin tanta profundidad, señala que el hecho de que “M” no haya sido frecuente modificó la estructura. En cambio T-mujer siente que manejó mucha nueva información de utilidad para comprender

otros aspectos. Comenta que la sesión le gustó, que se profundizó mejor y que el trabajo se desempeñó mejor que la sesión previa.

Una compañera del equipo concuerda con la opinión de T-mujer y aprecia un mejor desempeño. Se refiere que en el tema de las mentiras de “A” respecto a las fiestas y demás salidas. T-hombre agrega que “A” vive el tema del abandono con apreciable intensidad. Destaca que existe un componente social en la relación con los hombres y presentarlos.

Yussif siente la importancia de diferenciar la autonomía frente a las situaciones de riesgo. Por ello es importante abordar con profundidad aquellos vínculos con personas que ocultan a sus padres, no con una actitud de prohibición, sino con una función terapéutica y con entendimiento. La finalidad sería entender el pensamiento en base a esa información.

Otra compañera del equipo aprecia la importancia de obedecer a las peticiones de los padres, en cuanto a la comunicación, como una forma de prevención. Un compañero por su parte, comentó que ambas pacientes saben la importancia, pero que el problema parece centrarse en el exceso de llamadas y requisitos para salir. Es decir, acceden a la negociación pero con la molestia de sentir que su familia no les tiene suficiente confianza.

Otra compañera comparte la opinión de la comunicación, y en su experiencia afirma la importancia de esos recursos en la familia, como una medida de prevención.

T-mujer comparte su confusión sobre el abordaje de las mentiras, pues quería abordarlo sin sonar de una manera regañadora, así como la compañera anteriormente expresó su comentario. Considera que en ambas pacientes no parecen existir situaciones de riesgo, por sus conductas fuera de casa, especialmente en “M”.

Yussif marca la importancia en fortalecer la autonomía en la virtud de autoprotección y evitar situaciones de riesgo. Sería necesario aclarar las dudas de

esas situaciones, en base a fomentar la autoestima con la capacidad de cuidarse y protegerse a sí mismas. Fomentar el crecimiento personal y el alejamiento con respecto a sus padres, pues no siempre estarán al tanto.

Sesión 6.

Pensamiento de terapeutas

T-hombre “al pasar más de 30 minutos de la hora de inicio de sesión, creí que no llegarían nuestras pacientes y comencé a pensar lo que podría pasar a continuación o lo que se recomienda hacer a los terapeutas en caso de que los pacientes no asisten al grupo. Pero al ver que llegó “A” traté de enfocarme en las ideas que habíamos discutido justo antes de iniciar la sesión y que serían adecuadas para trabajar”.

“Al escuchar que la abuelita de “A” había muerto”, T-hombre “sentí que ese hecho interfería con lo que habíamos estado trabajando para la sesión, lo cual me hizo sentir confundido en la manera de abordarlo y quizá traté de hacer intervenciones que conectaran más con los afectos y buscar espacios de silencio”.

“Como lo comenté en la supervisión, quizá tocar el tema de la muerte me fue difícil durante esta sesión aunque no lo haya pensado o sentido así en un principio, ya que sufrí la pérdida de una prima muy amada cuando yo tenía 13 años”.

“Comentando en la supervisión pude reafirmar que existen situaciones que suceden en la vida que pueden ser inesperadas, pero que es necesario abordarlas en el trabajo terapéutico”.

“Al llegar “M” me sentí más activo, además de que mi participación y la de la T-mujer lograron, en mi opinión, hacer reflexionar a “M” respecto a cómo puede expresarse libremente, aunque durante la supervisión vemos que nos hace falta propiciar la conexión afectiva”.

T-mujer “al llegar la hora de inicio de la sesión y ver que no llegaban las pacientes sentí que nos quedamos sin grupo terapéutico, porque cómo la semana anterior no hubo terapia pensé que ya no vendrían. Al llegar “A” me sentí bien y dispuesta a iniciar la sesión”.

“Al iniciar el discurso de “A” con la muerte de su abuela pensé que sería una sesión de llanto constante, sin embargo, cuando comentó la lejanía con su abuela y que su madre la culpaba por no haber tenido un mayor acercamiento, su madre con su abuela, pensé en el poco vínculo afectivo que pudiera haber entre “A” y su madre y por otra parte la poca capacidad que tiene la madre ante los conflictos”.

“Siguiendo con la sesión cuando llegó “M” sentí que ya era demasiado tarde y pensaba en incluirla inmediatamente pero no quería que “A” se sintiera desplazada entonces trate de terminar la idea de “A” para incluir a “M”.”

“ Al incluir a “M”, pensé en contarle lo que había compartido “A” pero decidí que era mejor decirle a “A” que lo hiciera para respetar su información”.

“Continuando con el curso de la sesión, al “A” seguir reflexionando sobre la muerte de su abuela y viendo la problemática pensé que era necesario intervenir de forma más directiva para que pudiera identificar que no era su culpa la muerte de su abuela”.

Transferencias

T-hombre “siento que “A” ha logrado ver en nosotros a figuras confiables aunque en ocasiones siento que el lugar que ocupa en su familia (la más pequeña de las hijas) hace que transfiera en nosotros la figura de sus padres y hermanas intentando llamar nuestra atención al no contarnos claramente las situaciones que ella denomina “turbulentas”.”

“En cuanto “M”, al igual que T-mujer, yo podría decir que durante las últimas sesiones transfiere en nosotros figuras de autoridad o de un saber superior como madre, ya que suele preguntar “¿qué hago?” cuando nos habla de sus conflictos”.

T-mujer “veo que “A” transfiere en nosotros una figura confiable al contarnos lo sucedido, ya que mencionó que nadie más sabía”.

“Por otro lado en “M”, observo que transfiere en nosotros una figura materna, al preguntarnos siempre qué hacer con sus conflictos”.

Contratransferencia

T-hombre “últimamente me he identificado con ambas pacientes en cuanto a las inseguridades y en la búsqueda de independencia. Ya que durante estos momentos atravieso una situación difícil de crisis personal, que me ha hecho sentir temor y cuestionarme sobre cómo lograr la transición a la vida profesional, es decir, lo que haré de ahora en adelante, habiendo terminado la carrera”.

T-mujer “con “A” en ocasiones me identifico ya que anteriormente yo era muy desapegada de mi familia y aparentaba no sentir ninguna emoción. Al igual que ella no veía a los demás”.

“En cambio con “M” en ocasiones la veo como a mi hermana menor y quiero “cuidarla” siguiendo su transferencia al preguntarnos qué hacer”.

Supervisión de la sexta sesión del equipo terapéutico

Yussif comenta que en la labor que hemos desempeñado en conjunto se favorece la comprensión y la devolución que se brinda a los pacientes, pasando

por la propia persona (del terapeuta) para reconocer qué cosas se activan en el interior y que se permita utilizar como herramienta. Esto da importancia a la labor profesional pues de antemano se sugiere que nosotros (el equipo terapéutico) tomemos ese interés y abogemos, mediante el esfuerzo, a procurar una labor de compromiso y profunda.

Yussif agrega ¿qué se activa ante la próxima finalización del grupo? A grandes rasgos, pueden surgir, cosas sin hablar, avances, etc. Lo importante es que “A” y “M” se den cuenta de aquello que motiva la conducta de cada una, sus motivaciones inconscientes. Propiciar la capacidad de comprender su comportamiento, y que sea vinculado de su historia a su vida cotidiana, que propicie el crecimiento responsable de sus actos. Esto favorece y tiene que ver con la capacidad de su propia responsabilidad y autonomía.

Yussif apunta que ante esto es necesario abrir el diálogo y dar libertad de que compartan lo que deseen, teniendo como base los objetivos que guían el discurso.

T-hombre comenta que no esperaba tratar algo de lo cual no estaba prevenido (la muerte de la abuela de “A”). Explica que inicialmente se sintió desconectado de lo narrado por “A”, cambiando el semblante con el paso del tiempo.

Yussif recalca la importancia, a partir de la experiencia de T-hombre, de atender las propias emociones, como una herramienta de trabajo.

T-mujer comparte una opinión a T-hombre. Le explica que ha percibido que él se comporta de una manera más rígida que ella, que se sale de control cuando las cosas no se presentan de forma en la cual lo ha planeado. Opina que ella aboga más por saber los objetivos antes que inclinarse por una planeación rígida. Agrega que no sintió un conflicto tal cual en cuanto a la muerte, gracias a su experiencia pedagógica al respecto del tópico.

Por su parte, un compañero del equipo señala sentirse identificado con “A” respecto a que ella sentía que su familia, le pedía compartir el mismo sentimiento, por más que ella misma no lo sintiera así.

Yussif recalca la importancia de haber retomado el tema en el momento que “M” llegó, pues pareció que hubo una especie de escisión, como si lo que aconteció antes de su llegada no hubiera tenido importancia. Por otra parte, señalar que lo que la mamá de “A” hace con ella tiene un peso de importancia más allá del estado de duelo. Comprender que tiene justa razón de estar enojada. Además, notar el carácter de “A”, pues también parece que le cuesta trabajo conectar con las demás personas.

Sesión 7.

Pensamiento de terapeutas

T-hombre “antes de comenzar la sesión estaba un poco nervioso debido a que había llegado tarde por el clima y también porque una vez en la planeación de la sesión, mi compañera T-mujer no llegaba, por un momento pensé que esta sesión tendría que trabajarla sólo. Al ver llegar a T-mujer me tranquilicé y le expliqué los objetivos planeados para esta penúltima sesión”.

“Al iniciar la sesión sentí que ésta había tomado un ritmo muy apresurado, pero poco a poco logramos tener un buen ritmo, tuve la intención de propiciar el silencio en momentos que creí claves para propiciar contacto con los afectos, pero las circunstancias y quizás las ansiedades más y de mi compañera no hicieron posible implementar el silencio”.

“Al finalizar la sesión, al igual que T-mujer, me sentí satisfecho, ya que me pareció muy importante que nuestras pacientes pudieran haber reflexionado sobre ellas mismas y opinado una de la otra, además de compartirnos situaciones que ellas consideran vergonzosas y no habían hablado antes. Siento que fue una

sesión donde las pacientes se beneficiaron terapéuticamente, además de que se pudo observar la cohesión grupal que se ha obtenido”.

T-mujer “antes de comenzar la sesión le pregunté a T-hombre que como íbamos a iniciar, lo cual me respondió que debíamos propiciar la reflexión acerca de lo trabajado a lo largo del grupo terapéutico. Iniciando la sesión, yo comencé a hacer preguntas para propiciar la reflexión acerca del grupo, sin embargo, en la supervisión puntualizaron que lo hice muy rápido lo cual yo pensé que no era así, porque así lo había entendido, pero si debí atender su discurso y darles apertura para hablar de lo que ellas traían desde el inicio”.

“A lo largo de la sesión los pensamientos fueron muy diversos. Al inicio pensé que hemos hecho un buen trabajo al escuchar a “M” que le ha servido el grupo para darse cuenta lo que le hace falta trabajar”.

“Siguiendo con el grupo, al escuchar lo que comentó “M” me enojé porque su mamá le impone las cosas sin conocer a las personas y pensé que como ella se ha casado varias veces quizá quiere cuidar de una manera muy autoritaria a “M”, sobreprotegiéndola. Pensé que era necesario propiciar la reflexión y que “M” viera que es capaz de tomar sus propias decisiones y que su mamá debe respetarlas, siempre cuidando los posibles riesgos”.

“En cuanto a “A”, cuando hablaba “M” y ella no ponía atención me generaba enojo y pensé que debía incluirla al grupo, provocando, tal vez, no profundizar con la demanda de “M” atendiendo mi ansiedad y mi manera de ser, mas autoritaria”.

“Al escuchar el discurso de “A” me pareció muy conveniente que ella identificara conductas de riesgo”.

“Finalmente pensé que fue una buena sesión en donde se observó una cohesión grupal y pudieron contarnos experiencias de su vida que para ellas fueron vergonzosas”.

Transferencia

T-hombre “pude observar que nuestras pacientes transfirieron en nosotros figuras en las cuales podían confiar, pero a pesar de eso no dejamos de ser figuras en las que ellas se apoyan para trabajar las problemáticas que trajeron al CSP para solicitar ayuda y las que han ido surgiendo a lo largo de las sesiones”.

T-mujer “en esta ocasión se observó que ellas transfieren en nosotros figuras confiables, ya que mencionaron que no habían contado esto porque les generaba mucha vergüenza y finalmente lograron compartirlo en el espacio terapéutico”.

Contratransferencia

T-hombre “al igual que mi compañera T-mujer, durante esta sesión me sentí identificado con ambas pacientes. En primer lugar me identifiqué con ellas en su intención de querer trabajar sobre la autoestima e inseguridades, ya que es lo que he estado trabajando personalmente desde los últimos años. En segundo lugar me identifiqué con ellas en un momento más joven de mi vida en el cual el contacto con las mujeres me generaba ansiedad, pero me empeñaba mucho en poder superar mis miedos, también en lo que corresponde a las situaciones de riesgo, ya que cuando era más joven me costaba más trabajo identificar los momentos que podían causarme daño”.

T-mujer “en ésta sesión me identifiqué con ambas pacientes. Con “M” con su historia ya que en ocasiones me sentí así al salir con chicos, y con “A” también al

presentar en varias ocasiones conductas de riesgo que yo no veía y me di cuenta de ellas en mi análisis personal”.

Supervisión de la séptima sesión del equipo terapéutico

Yussif explica que en una sesión psicoterapéutica no necesariamente sale todo como esperamos. No existe como tal una estructura fija y esperada en el trabajo psicológico. Siempre aparece algo sorprendente o inesperado, inconstante. La labor profesional da lugar sobre todo en trabajar lo que surja, sea deseable como terapeuta, o no.

Yussif continúa explicando que no se tiene que educar a la persona, sino conducirla a que profundice y comprenda los significados de sus actos, para que reconozca sus emociones y puedan ser trabajadas.

Aunque estamos en la penúltima sesión, próximo al final del trabajo. Yussif comenta que aún hay tiempo de propiciar la reflexión. Es recomendable aprovechar las dos partes de manera terapéutica, es decir, que ambas pacientes opinen de su propio desempeño y del ajeno para saber y reconocer los diversos cambios dentro del plano intelectual como del emocional. Para esto se tienen que relacionar con los respectivos motivos de consulta, como guía a la reflexión. Entonces, primero se haría ese ejercicio de reflexión conjunta entre ellas, y al final realizar una devolución.

Yussif comenta que en la devolución hay que saber que no se tienen que dar consejos, se propicia que ellas reflexionen para que logren crear sus propias decisiones. Explica que las definiciones van de la mano con la observación de la interacción y puntos clave de cada una, con el fin de mencionarlos, se reserva la labor de interpretar, dar explicaciones complicadas o aconsejar.

En la reflexión de los terapeutas, T-mujer comenta haber sentido identificación por los relatos que ambas pacientes compartieron, además, relata que sintió molestia cuando “M” expresaba control de su madre sobre ella. Agrega que a “A” la percibe como una chica en riesgo, que no tiene confianza en contar a sus padres lo que acontece.

Yussif le explica a T-mujer que la percibió ansiosa por haber comenzado tan rápido el proceso de reflexión. Señala que ha notado en repetidas ocasiones que ambos terapeutas han interrumpido el proceso de contacto con las emociones y afectos.

Yussif insiste en la importancia de entender el trasfondo del discurso. A la conclusión que llega es que el discurso parece enfocarse a temas de sexualidad, pues en ambas coinciden temáticas donde el vínculo sexual, por ejemplo, en amigos cercanos y situaciones de riesgo, se le atribuye un peso de importancia. Se nos recomienda pensar más profundamente en la labor profesional para comprender esos detalles no perceptibles con facilidad en el discurso de los pacientes. Y que esa labor se entrena bajo la constancia de ejercitar esa habilidad.

Sesión 8.

Pensamiento de terapeutas

T-hombre “antes de comenzar la sesión estaba un poco nervioso debido a que ésta sería la última sesión, pensaba en cómo sería adecuado realizar una devolución para que las pacientes logaran integrar esta experiencia. También pensaba en lo que significaba para mí esta experiencia como terapeuta, mi primera experiencia, mejor dicho. Tenía un sentimiento de agradecimiento hacia todo el equipo de trabajo ya que gracias a ellos pude desempeñar mi papel como terapeuta de una mejor manera, a su vez pensaba en todo lo aprendido y en lo que me falta por aprender”.

“En un principio durante la sesión sentí que yo había tomado un ritmo algo apresurado al dirigir a las pacientes preguntas sobre cómo se habían sentido durante el trabajo en el grupo. Pero después con las intervenciones de coterapeuta y las pacientes, siento que la sesión tomó un muy buen ritmo y se logró percibir la buena cohesión grupal”.

“Aunque el comentario de las pacientes referido a que sentían que aún necesitaban trabajar con su autoestima, me hizo pensar que no había hecho un buen trabajo, al final me sentí muy satisfecho y agradecido ya que creo se logró hacer un cierre adecuado del grupo para las pacientes. El hecho de que “M” nos agradeciera con abrazo me hizo sentir conmovido”.

T-mujer “antes de iniciar la sesión me sentía muy ansiosa ya que pensaba que la última sesión debía de ser muy reconfortante para ambas y el grupo terminara con un buen cierre de sesión. En la supervisión comprendí que el cierre de sesión no es el final, sino que solo termina esa experiencia y ellas decidirán si continúan o reflexionan sobre lo vivido en el grupo”.

“Ya estando en sesión me sentí tranquila y pensaba que habíamos hecho un buen trabajo al escuchar lo que decían las pacientes. Me sentí muy acoplada con T-hombre pero al final pensé que ya era la última sesión”.

Transferencias

T-hombre “observé que las pacientes, durante estas dos últimas sesiones, se mostraron más abiertas con nosotros así como también más reflexivas, lo cual me lleva a pensar que ponen en nosotros figuras confiables, las cuales les brindan seguridad y apertura”.

T-mujer “identifique en ambas pacientes que nos veían como una figura confiable ya que pudieron verbalizarlo, mencionando que les ayudamos a reflexionar, las escuchamos, ya dentro del espacio terapéutico se sentían seguras. Ambos terapeutas pudimos hacer una buena alianza terapéutica”.

Contratransferencia

T-hombre “algo similar a lo que expresa T-mujer, puse en las pacientes figuras a las que cuales yo debía devolverles una interpretación de su problemática que las hiciera sentir que su trabajo en el grupo había sido de gran importancia y significado. A su vez, al final de la sesión me sentí conmovido, transfiriendo en ellas, especialmente en “M” personas a las cuales les tengo mucho cariño, como a mis amigas o hermanas”.

T-mujer “en esta sesión no identifiqué una contratransferencia específica en ellas. Puede ser un poco con el estrés del final de semestre que mencionó “A”, pero creo que al inicio de la sesión las veía como hermana y al ser la última sesión quería devolverles lo más posible para “protegerlas” o enfatizar sus logros, cosa que suelo hacer con mi hermana”.

Supervisión de la octava sesión del equipo terapéutico

El foco terapéutico de ambas pacientes es lo relacional y la autoestima, visto como una manera de resumir la amplia dimensión de aquellos conflictos individuales que se han abordado a lo largo de las sesiones.

¿Qué tanto lo que las pacientes hacen es realmente riesgoso? Esta reflexión se realiza al considerar que principalmente “A” se ha comportado riesgosamente, con base a la narración de la sesión pasada. T-hombre comentó que no le parecen realmente riesgosas las situaciones que ella explicó, pues tienen una connotación “normal” para la adolescencia, así pues, no son realmente

alarmantes. Un compañero del equipo comentó que las situaciones en las que ella se ha situado bien pueden ser riesgosas pero no significa que directamente se comporte de esa manera, es decir, ella explicó que estaba en el ambiente donde abundaba alcohol, pero ella se comportó de una manera en que manifiesta el control de los riesgos. Así pues, sería importante señalar lo positivo de decidir incluso en los momentos de riesgo.

Yussif explica que para el abordaje de este tipo de temas, es preciso dejar de lado el juicio moral, y no asumir un rol de padre para explicar las conductas de los pacientes. Entonces es importante modular y cuidar las palabras que se empleen para brindar una comunicación precisa libre de esos juicios.

Yussif señala que es necesario que las devoluciones se centren en la connotación de lo positivo y que no parezcan señalamientos morales o que pretendan recordar a los padres. Así pues, lo positivo tiene que ver con los logros alcanzados, los avances desarrollados y aquello que sirva de la experiencia y desempeño del trabajo terapéutico.

Capítulo 5. Discusión

Discusión de cada una de las sesiones de la 1° a la 8° sesión.

Discusión de la primera sesión

En esta sesión surgió el sentimiento por parte del terapeuta hombre, sobre no sentirse sujeto de confianza por ser el único hombre en el grupo terapéutico, manifestó que esta sensación le surgió por la forma en que se dirigía una de las pacientes a él, con poco contacto visual. Por otra parte la terapeuta mujer manifestó inquietud a la forma de confrontar a la paciente, ya que pudiera ser tomada negativamente.

Yussif dirige al grupo a tomar conciencia a lo que sentimos, a la reacción, es decir, la contratransferencia. También nos indica estar atentos en identificar los aspectos latentes a partir de los manifiestos. Se observa que se dificulta identificar lo esencial de lo secundario, y cuándo es una contratransferencia producto del contenido del discurso del paciente, cuándo es producto de algún tipo de emoción propia del terapeuta.

Se pudo observar que en la primera mitad del proceso terapéutico se dificultaba poder identificar el fenómeno de transferencia-contratransferencia y cómo éstas codeterminan la conducta tanto del paciente como la del terapeuta.

Como se ha dicho en el marco teórico, contratransferencia es todo lo que acontece en el terapeuta frente a su paciente.

Racker (1959) sostiene que la tendencia de la función de ser terapeuta, el comprender todo lo que le sucede al paciente, más sus tendencias, sentimientos temores etc., le predisponen a la identificación (p.234).

Con el fin de ir reconociendo si la contratransferencia es producto de la transferencia del paciente, es preciso comprender el origen de la identificación, es decir, si es una identificación concordante, o una identificación complementaria, o si es producto de la neurosis del terapeuta, y nada tiene que ver con el paciente.

Racker (1959) refiere que cuando el terapeuta identifica su yo con el yo del paciente, más claramente cada parte de su personalidad con la correspondiente parte psicológica del paciente (ello, yo, y superyó), de forma homóloga, estamos hablando de una identificación concordante (p.234).

Racker (1959) sostiene que las identificaciones complementarias se producen por el hecho de que el paciente trata como objeto interno al terapeuta (p.235).

Para concluir con la discusión de la primera sesión, se podría pensar que los terapeutas tuvieron dificultad para establecer una identificación concordante, en base a lo manifestado por ellos en su sentir por lo transferido de parte de los pacientes. Cuanto mayor sean los conflictos entre las propias partes de la personalidad del psicólogo, tanto mayor serán las dificultades para realizar la identificación concordante en su totalidad. De ahí lo importante del propio análisis y de la supervisión.

Discusión de la segunda sesión

Al iniciar la segunda sesión terapéutica, solamente asistió la paciente "A", esta situación generó cierta angustia e incertidumbre sobre el futuro del grupo terapéutico. Ya que al quedar solamente una paciente, se perdería la experiencia de lo que es el trabajo grupal, además, que la única paciente podría perder la motivación y abandonar el proceso psicoterapéutico. Tiempo después se informó

que la paciente no acudió a la sesión por un cambio de horario en su clase de danza, y que se incorporaría para la siguiente sesión.

Es preciso mencionar que también situaciones externas a lo que acontece en la sesión, pueden influir en el estado de ánimo tanto de los terapeutas como de los pacientes, y determinar su conducta durante la sesión.

En la supervisión se tocó el tema del llanto y el silencio en la paciente, que hay que darle su tiempo, y no llenarlo con preguntas ansiosas.

En esta sesión terapéutica se destaca el sentimiento de angustia por parte de los terapeutas, al respecto Racker (1959) sostiene que la angustia es un proceso psicológico del analista, y que suele empezar con un displacer o una angustia como reacción a una agresión (frustración), y frente a esta sensación el terapeuta se identifica no solamente con la transferencia negativa del paciente, sino a algún objeto interno del mismo terapeuta (su propio superyó o algún perseguidor interno) (p. 242-243). Esta reflexión es resultado de lo manifestado por los terapeutas en el sentido del temor a ser juzgados y sentirse observados por sus pares, un sentir transferido por su paciente durante la sesión.

Discusión de la tercera sesión

En esta sesión con base en la contratransferencia manifestada por parte de la T-mujer, en donde comenta haberse sentido identificada con el discurso de las pacientes, en relación a la interacción con los hombres, y la posibilidad de tener una relación de noviazgo.

Racker (1959) sostiene que comprender predispone a la identificación, es decir a las identificaciones concordantes, que se originan en la transferencia positiva, sublimada (p. 234-237).

En este caso de identificación concordante, ambos, terapeuta y pacientes, se identifican en sus experiencias, impulsos, defensas etc. Racker (1959) afirma que todo esto sugiere, a la contratransferencia como la totalidad de la respuesta psicológica del terapeuta frente al paciente (p. 237).

Discusión cuarta sesión

Como recomendaciones útiles para un mejor desempeño de la labor terapéutica en el grupo, Yussif señala que no se acuda a dar consejos, sino emplear el parafraseo. No hay que responder las preguntas directamente por el riesgo de atribuir responsabilidades donde no corresponde, sino procurar la reflexión y fortalecer el *insight*, siendo los terapeutas los guías para la tarea.

Reich (1973) afirma respecto a las actitudes pedagógicas “El analista se siente tentado a cumplir los deseos infantiles frustrados de los pacientes...Por lo tanto, la ansiedad se suaviza; se da seguridad en lugar del análisis real de la ansiedad” (p.142).

Después de la sesión terapéutica, ya en la supervisión, la T-mujer explicó que se sintió extraña, en momentos se aburrió, a la mitad de la sesión, en los temas de los conflictos de los padres de la paciente “A” sintió esa pereza, experimentó mayor complicación en la retención de lo que comentaba “A”. Agregó que le incomodó que la paciente “A” no lograra profundizar o contestar directamente los temas.

En este ejemplo de contratransferencia, cuando se dificulta escuchar el discurso del paciente, Ferenczi se refiere a una respuesta contratransferencial y deduce de ésta una situación psicológica del analizado. Dice “hemos reaccionado inconscientemente al vacío y a la futilidad de las asociaciones dadas en este momento con la sustracción de la carga consciente (Ferenczi, 1918)” (Racker,

1959, p.241). Se podría describir la situación como un alejamiento mutuo transferencial-contratransferencial.

Racker (1959) afirma “Dejarse dominar y llevar por tales sentimientos representaría el mencionado “peligro”, o la “perturbación” del tratamiento por la contratransferencia”. (pp.35)

Yussif opina que en la sesión pareció que se cumplían más bien las demandas de los terapeutas que las propias inquietudes de la paciente “A”. Agregó que la sesión pareciera más como un cuestionario, por la gran cantidad de preguntas que formulaban los terapeutas, como en dirección a cumplir con lo planeado en la pre-sesión, en lugar de dejar la libre expresión emocional de “A”.

A este respecto al sentirse presionados por el papel de terapeutas ante sus pacientes y el resto del grupo terapéutico en supervisión, asociado a la falta de comprensión, los terapeutas se percibieron ansiosos. Caparrós (2006) afirma “El analista se ve confrontado a una continuidad entre la demanda del Otro y la estructura llamada del superyó. Una demanda por duplicado” (p.42-43).

La T-mujer comenta que no se ha sentido tan conectada con la paciente “A”. Aclara que por un lado siente identificación, pero por otra parte, está a la expectativa que “A” le responda aquello que ella espera, sino se enoja. También comenta que le incomoda que “A” se comunique de manera infantilizada.

En este par de ejemplos tendríamos una situación de “puesta en acto” de la contratransferencia, lo que propiciaría que técnicamente fuera un obstáculo para el tratamiento. Reich (1973) afirma “Cuando la contratransferencia es un obstáculo interfiere con la capacidad del analista para comprender, responder, manejar al paciente, interpretar de forma correcta” (p. 146). En primer lugar el hecho de que en la sesión parecía que se cumplían más las demandas de los terapeutas que las propias inquietudes de la paciente. En segundo lugar, al no identificarse, o sentirse desconectada de la paciente.

En esta sesión ya a la mitad del proceso terapéutico se percibe un desarrollo teórico y práctico por parte de los psicólogos noveles como resultado de la supervisión, se percibe una mejor identificación de los procesos de transferencia y contratransferencia, lo que implica una mayor reflexión de lo que sucede en la subjetividad de los terapeutas, es decir, reflexionar sobre sus emociones, sus pensamientos, sentimientos y afecto respecto a la intersubjetividad que se establece con sus pacientes en cada sesión.

Discusión quinta sesión

En la pre-sesión Yussif pregunta qué hemos visto en la paciente “A”. El T-hombre dice que ve a una adolescente con diversos temores. Explica cierta identificación por haber estado dentro de ese proceso de individuación respecto de los padres. Comenta que en “A” ve cierta dificultad por ese proceso, ya que al procurar esa autonomía detecta en el exterior peligro e inseguridades, como lo ha venido expresando desde el inicio.

Yussif pregunta a la T-mujer en que se identifica con la paciente “A”. Responde que no siente identificación, pero la describe como una chica que está en un proceso de separación complicado por vivir en un núcleo familiar muy pequeño y pegado. Señala que su falta de identificación es porque no se siente con el mismo apego a su propia familia. Aparte muestra cierta identificación a que ambas cursaron en una escuela exclusiva de mujeres.

En la supervisión el T-hombre manifiesta haber sentido la sesión plana, sin tanta profundidad. En cambio, la T-mujer manifestó su gusto por la sesión, que profundizó mejor.

Yussif manifiesta la importancia de diferenciar entre autonomía frente a las situaciones de riesgo. Por ello es importante abordar con profundidad aquellos vínculos con personas que ocultan a sus padres, no con una actitud de prohibición, sino con una función terapéutica y con entendimiento. La finalidad

sería entender el pensamiento en base a esa información. Yussif agrega la importancia de fortalecer la autonomía en virtud de autoprotección y evitar situaciones riesgo. Sería necesario aclarar las dudas de esas situaciones, en base a fomentar la autonomía con la capacidad de cuidarse y protegerse a sí mismas. Fomentar el crecimiento personal y el alejamiento con respecto a sus padres, pues no siempre estarán al tanto.

Reflexionando sobre todas estas transferencias de las pacientes y sus consecuentes respuestas contratransferenciales de parte de los terapeutas, incluyendo los aportes del grupo en supervisión. Considero que lo sucedido en esta sesión corresponde a las identificaciones complementarias. Racker (1959) afirma que las identificaciones complementarias son “aquellos procesos psicológicos del analista en que éste, sintiéndose tratado como un objeto interno del analizado, vivencia a éste como un objeto interno propio” (p.236).

Se concluye que la forma de abordar todas estas conductas en que las pacientes de alguna manera están expuestas a algún tipo de riesgo, y que en sesión proyectan en su transferencia sobre el terapeuta, éste en su respuesta de contratransferencia complementaria asume el rol de forma diferente al objeto introyectado, es decir, no como lo harían sus padres, sino como objeto idealizado y no como objeto perseguidor. Todo esto ejemplifica la contratransferencia como factor que codetermina la actitud del terapeuta, objeto de la transferencia.

Discusión sexta sesión

Yussif comenta que en la labor que desempeñamos se favorece la comprensión y la devolución que se brinda a los pacientes, pasando por la propia persona del terapeuta, para reconocer qué cosas se activan en el interior y que permita utilizar como herramienta en la sesión terapéutica.

Para esta sesión la paciente “A” expresó que su abuelita materna había fallecido, provocando descontrol en el terapeuta hombre, ya que dicho tema no

estaba contemplado en su plan de trabajo para dicha sesión, expresa que el tema de la muerte lo tomó por sorpresa, que no esperaba tratar algo de lo cual no estaba prevenido.

Yussif recalca la importancia, a partir de la experiencia del T-hombre, de atender las propias emociones, como una herramienta de trabajo. Para finalizar Yussif nos indica que verbalizar no cura, sino sentir.

En cuanto a la contratransferencia T-hombre manifiesta que se ha identificado con ambas pacientes en cuanto a inseguridades y en la búsqueda de independencia. Por su parte T-mujer se identifica con "A" en cuanto al desapego de la familia y en no sentir ninguna emoción. Al igual que ella no veía a los otros.

Una reflexión a las identificaciones señaladas por los terapeutas en su contratransferencia, y que alude a lo que se considera como la función básica de hacer consciente lo inconsciente. Racker (1959) afirma "sólo sirve captar en el otro aquello que el analista ha aceptado dentro de él como propio y lo que, por lo tanto, puede ser re-conocido en el otro, sin angustia ni rechazo". (p. 31)

El terapeuta identifica en la transferencia aquello que de alguna manera mediante su propio análisis ya lo ha trabajado, y por lo tanto puede ser reconocido en su paciente sin producirle angustia o rechazo alguno, para en el momento correcto poder brindar una interpretación al respecto a su paciente.

Discusión séptima sesión

Yussif recomienda que las intervenciones sean directas, sin tantos rodeos para obtener respuestas claras y no fomentar confusiones. Esto sería útil para permitir el trabajo profundo. Y en cuanto a la devolución, hay que saber que no se tienen que dar consejos, se propicia que las pacientes reflexionen para que logren crear sus propias decisiones. Agrega que no se tiene que educar a la persona, sino

conducirla a que profundice y comprenda los significados de sus actos, para que reconozca sus emociones y puedan ser trabajadas.

Yussif agrega que parece que la paciente “A” tiende a comunicarse de esa manera, como si su distracción fuera su manera de llamar la atención, y la manera de reaccionar de la terapeuta mujer no parece un hecho beneficioso. Recalca la importancia de ver qué es lo que ocurre en la terapeuta, desde el lado de su propia vivencia.

En esta sesión se percibe una contratransferencia que podría ser un obstáculo en el proceso de la paciente “A”, ya que en reiteradas ocasiones la T-mujer manifestó sentir enojo porque la paciente “A” no le respondía como ella quería, o porque parecía comportarse de forma distraída, como que no le interesaba lo que expresaba la paciente “M”, o porque se expresaba de manera infantil en su tono y forma de hablar.

Al reflexionar sobre esto en la supervisión, se pudo evitar una puesta en acto, es decir, actuar con enojo manifiesto sobre la paciente “A”. De esta forma se pudo proseguir con el proceso terapéutico.

Discusión de la octava sesión

En pre-sesión se inicia con el entendido de que ésta sería la última sesión terapéutica, justamente como se había acordado en un principio.

T-hombre comenta que en esta ocasión se permitirá abordar los temas que quieran a cada una de las pacientes, se les otorgará una devolución y la sugerencia de continuar con un proceso terapéutico ajeno al presente. Agrega que será importante tocar los afectos, pues esta sesión puede englobar diversas emociones a trabajar y cerrar.

T-mujer sugiere la entrega de devoluciones y reconocimiento de los logros que han obtenido. También explicar la importancia de continuar con ese nuevo esfuerzo, como una invitación a seguir reflexionando por sí mismas lo que les parezca necesario, en vinculación a todo lo tratado.

En la supervisión cada terapeuta a modo de conclusión manifestó su sentir respecto a la experiencia terapéutica.

T-hombre comentó que le pareció una gran experiencia para su propio desarrollo profesional. T-mujer mencionó que sintió tristeza al término de la sesión, señala lo importante que es la supervisión, y agrega que siente que ha sido un buen trabajo lo elaborado, sintiéndose feliz por lo logrado.

Yussif invita a la reflexión ¿Qué hubiera pasado sin la supervisión previa a la sesión? T-hombre asegura que mediante la supervisión se hace un buen trabajo y se aclara más lo referente a la problemática terapéutica, se resuelven las dudas que se pudieran tener. Explica desconocer qué habría pasado, pero seguramente algo distinto.

Conclusión

Ante la pregunta de que si la contratransferencia es un obstáculo o un instrumento en la práctica clínica, mi respuesta final es, que la contratransferencia es ambas caras de la moneda, es decir, en el proceso terapéutico se presentan ambas situaciones puede ser obstáculo en un momento, y después de ser sometida al metabolismo psíquico del terapeuta transformarse en un valioso instrumento de comprensión del inconsciente de sus pacientes.

Es preciso señalar lo importante que es contar con la supervisión clínica constante de un maestro experto o de un grupo de colegas para una mejor comprensión de la problemática de los pacientes, y así evitar cualquier distorsión o “puesta en acto” de nuestra contratransferencia. La supervisión brindada por Yussif aparte de ser una experiencia de aprendizaje, también es una oportunidad para el autoconocimiento a través de la interacción que brinda en cada una de sus clases.

También es muy recomendable el análisis personal del psicólogo o del terapeuta. Ya Freud desde 1910 abogó por un autoanálisis permanente, que debido a la dificultad para comprenderse así mismo, se recomendó en lugar de ello se sometiera a un análisis (análisis didáctico) a fin de superar y comprender los conflictos psicológicos.

Esta investigación la hice con la finalidad de que pueda ser de utilidad para todos aquellos psicólogos noveles o estudiantes, para facilitar la comprensión de tan complicado proceso psíquico, y que en lugar de ser un obstáculo para la comprensión, sea de utilidad instrumental en el proceso psicoterapéutico en cada una de sus intervenciones. Es decir, que mediante la comprensión del fenómeno

contratransferencial que surge de la configuración total de la relación interpersonal paciente/terapeuta en cada una de las sesiones en terapia, el psicólogo pueda identificar lo que corresponde a la transferencia y lo que es propio de él y que surge como contratransferencia. Que pueda distinguir cuando la contratransferencia se presenta como obstáculo para el tratamiento, para elaborarla y no sea una “puesta en acto” y convertirla en un valioso instrumento terapéutico. Como resultado se comprendería lo manifiesto y lo latente en la dinámica de la transferencia.

Quisiera mencionar que el concepto contratransferencia continúa evolucionando y en investigación, y que su estudio es importante para diferenciar las distintas reacciones del terapeuta frente a sus pacientes. Sandoval (2002) afirma que las diferentes formas de clasificar la contratransferencia han permitido ver que se trata de un fenómeno complejo con diferentes aristas y, de acuerdo con la prioridad que se dé a las respuestas del terapeuta hacia el paciente, se hace la clasificación, en contratransferencia positiva o negativa. Esto es de una gran trascendencia si consideramos que el debate que se empieza a dar al respecto traerá como consecuencia ineludible una cada vez mayor comprensión del fenómeno contratransferencial, al tener que integrar los conceptos en una teoría que puede ser abarcadora o por lo menos organizadora y resumible (p.84).

Por lo tanto, esta investigación abre la puerta para futuras investigaciones relacionadas con la parte emocional del psicólogo o terapeuta, y que definitivamente influyen en el proceso terapéutico, y por consiguiente en el resultado del trabajo profesional.

Bollas (2009) manifiesta “es esencial descubrir alguna vía para exponer a una investigación analítica aquello que ocurre en el analista como una experiencia puramente subjetiva y privada” (p.247).

Sandoval (2002) propone la necesidad del desarrollo de una psicodinamia del vínculo, en la que el terapeuta tendrá que explicar las condiciones en que conoció al paciente y lo que le movió en particular, después desarrollar los fenómenos

concordantes y complementarios que se dan en la relación. Lo anterior es difícil de aceptar porque nos baja del pedestal en donde nos podemos encontrar como terapeutas. También tiene la dificultad práctica de que se maneja una información muy delicada porque el terapeuta se desnuda en relación a sus propios conflictos, y eso resulta de utilidad si se mira con un afán científico de conocimiento para la ayuda del paciente, pero eso puede resultar peligroso si la información cae en manos que pudieran usar dicha información para ser usada en contra del analista en otro momento. Esta información también resultaría riesgosa si llegara a manos del paciente o los familiares. Incluso, la misma sociedad como tal tendría tal vez más herramientas para denigrar el trabajo psicoterapéutico, por las resistencias que esto le provocara.

Bush (2013) afirma:

Es una herramienta esencial para nuestro trabajo, y al mismo tiempo nos provee de datos que son difíciles de organizar y traducir. Tengo la impresión que aunque hay un conjunto grande de trabajos sobre interpretación, donde el analista usa su contratransferencia, falta desarrollar una teoría de la interpretación dentro de la contratransferencia (p.493-494).

Importancia de la comprensión de la transferencia y contratransferencia para el proceso terapéutico y la formación del psicólogo.

Terapeuta.

Debido al vínculo terapéutico que se establece en la práctica clínica entre el psicólogo terapeuta y sus pacientes, invariablemente se producirán respuestas contratransferenciales en el terapeuta a lo largo de todo el proceso de tratamiento.

Estas respuestas llamadas contratransferencia, que se producen en cada sesión terapéutica pueden causar dificultades en el tratamiento o conducir a un manejo inapropiado de éste, si el terapeuta no presta atención de ciertas tendencias de sus reacciones contratransferenciales, o por más que se dé cuenta

de sus reacciones no logra superarlas, entonces se consideraría su respuesta contratransferencial como un obstáculo para el tratamiento psicológico de los pacientes. Por lo tanto, es conveniente adquirir el hábito de examinar permanentemente los sentimientos y actitudes que se presentan hacia los pacientes, es decir, reconocer la contratransferencia, ya que de esta manera se puede adquirir una mejor comprensión de la problemática planteada por nuestros pacientes, y transformar la contratransferencia en un valioso instrumento terapéutico.

El modelo de formación de Yussif favorece un abordaje teórico-vivencial, en donde el estudiante se empapa de la teoría y la praxis psicoanalítica, con la que se puede introyectar los conceptos de la transferencia, contratransferencia para la formación profesional del psicólogo. Yussif puntualiza como objetivo general el aprender a reconocer los afectos y sentimientos que tienen que ver con el psicólogo. Así como, sensibilizar al estudiante sobre lo que sucede en él durante el proceso y qué se puede hacer con el problema planteado por el paciente.

Considero importante la comprensión de transferencia/contratransferencia para el proceso terapéutico y la formación del terapeuta, ya que en el trabajo durante la sesión clínica se establece una configuración total de relaciones interpersonales entre el paciente y el psicólogo terapeuta. Lo que corresponde al paciente se conoce como transferencia. Gitelson (1973) hace referencia de la situación de transferencia como lo que se recapitula desde la infancia.

Sin embargo, no hay duda de que también se usa para referirse a los sentimientos y actitudes que el paciente trae a la sesión terapéutica de otras fuentes, por ejemplo la posibilidad de que el paciente pueda reaccionar al reconocimiento del terapeuta como persona, y que pueda reaccionar a las actitudes del psicólogo hacia él.

En cuanto al proceso de contratransferencia comprenden las reacciones del psicólogo a la transferencia del paciente, el material que aporta el paciente y las reacciones del paciente al psicólogo como persona. Para Racker (1959) es lo que

acontece en el analista frente al analizado, la tendencia de su función de comprender todo lo que le sucede al paciente, más sus tendencias, sentimientos, temores etc. También en el psicólogo surgen impulsos y sentimientos hacia el paciente, ajenos a su función de comprender la problemática. Racker lo denomina neurosis de contratransferencia.

En el grupo terapéutico formado se pudo observar como las pacientes manifestaban la manera en la que éstas se relacionaban en su vida cotidiana. Observamos que el lugar que ocupan en su familia influye mucho para su interacción con los demás, dentro y fuera del grupo terapéutico. Lo anterior nos sirvió para poder realizar hipótesis de trabajo más adecuadas para cada una de ellas.

Supervisión

Para Yussif la supervisión es una tarea de integración teórico clínica, nos proporciona el espacio adecuado para metabolizar y elaborar las perturbaciones contratransferenciales, lo que permite mantener la situación analítica mediante la elaboración de la contratransferencia y de la transferencia del equipo terapéutico.

El grupo en formación que fungía como observador, en la pre-sesión se encargó de sugerir formas de abordar la problemática planteada en la sesión, además de plantear los objetivos de la misma. El mismo grupo es el encargado de elaborar las minutas de sesión, en la post-sesión, se realiza la supervisión propiamente dicha de lo que se observó en sesión y sobre el sentir de cada uno de los terapeutas. Se comenta sobre los temas importantes tratados en el grupo terapéutico.

Durante este proceso, es necesario valorar constantemente, las reacciones del grupo de alumnos respecto de las ansiedades básicas que se movilizan en relación al objeto de estudio, en este caso el grupo terapéutico. Estas reacciones

se despiertan ante el dolor y el sufrimiento humano. El análisis y la elaboración de las ansiedades que surgen durante este proceso de supervisión, esta estrechamente ligado al éxito terapéutico de los pacientes.

El grupo de supervisión funciona como caja de “resonancia”, de las fantasías inconscientes del grupo terapéutico. En donde el foco latente, en un grupo, coincide con el organizador psíquico del otro grupo.

Grupo en formación

Como grupo en formación la función principal fue integrar un grupo terapéutico de terapia de tiempos y objetivos limitados, que se realizó los días miércoles, haciendo un total de 8 sesiones. Como herramientas de trabajo se realizaron minutas de cada una de las sesiones, reportes y análisis de sesión. Al mismo tiempo se accedió a la bibliografía necesaria para integrar el marco teórico, la cual se revisó a manera de seminario a lo largo del proceso.

Se realizaron entrevistas de entre 16 prospectos, para la elección de los pacientes, que de acuerdo al motivo de consulta, y con edades entre 18 y 28 años, constituirían el grupo terapéutico.

El modelo Yussif consiste en realizar análisis del caso en pre-sesión, donde se marcan los objetivos de sesión; después sigue la sesión, y finalmente en la post-sesión se hace la revisión de lo sucedido, se analizan los aspectos inconscientes y la interacción generada dentro del setting terapéutico, es decir, transferencia/contratransferencia.

En esta fase el grupo en formación nos sirvió para crear cohesión, manifestándose en una interacción dinámica y constante en cada una de las reuniones, conociéndonos un poco más sobre nuestros pensamientos y capacidades de auto observación.

Mi experiencia como psicólogo en formación y observador durante el programa de prácticas profesionales.

Al igual que la mayoría de mis compañeros, me integré al programa con la finalidad de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades necesarias para la práctica profesional. Esto debido a que al terminar la carrera con el 100% de los créditos, no se cuenta con la preparación suficiente para desempeñar la labor terapéutica.

Al inicio cuando empezamos a abordar el enfoque psicoanalítico, me di cuenta de lo difícil que era comprender los procesos intersubjetivos que surgen durante el tratamiento psicoterapéutico. Posteriormente cuando abordamos los conceptos de transferencia/contratransferencia, temas fundamentales para el tratamiento terapéutico, percibí que no solo a mí me parecía difícil, sino que sucedía lo mismo al grupo en formación. Esto motivó mi curiosidad en el tema, razón por la que decidí abordarlo en mi trabajo de titulación.

La oportunidad de observar, analizar y supervisar el trabajo desarrollado, es una situación de privilegio que permite desarrollar habilidades como terapeuta, amplía la comprensión psicodinámica.

El análisis del proceso terapéutico de cada una de las sesiones y las discusiones en grupo del trabajo realizado, permitió un aprendizaje más rápido de la dinámica y el manejo grupal.

El análisis precoz y sistemático de las ansiedades específicas facilitó el camino al aprendizaje, puesto que de no resolverse adecuadamente puede afectarse tanto el proceso de aprendizaje como el trabajo terapéutico con los pacientes.

El resultado en mi formación como psicólogo ha sido fundamental, ya que he podido conectarme con mis propios procesos inconscientes, y de esta forma ahora

si poder enfrentar la relación con los pacientes con menos angustia. Se ha consolidado mi identidad profesional, se ha fomentado también mi crecimiento personal, de esta manera podré percibir, reaccionar e integrar de una forma individual a cada uno de mis pacientes con profesionalismo.

Referencias

- Bollas C. (2009). La sobra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado. 2° ed. Buenos Aires Argentina. Amorrortu editores.
- Busch F. (2013). Transformando la contratransferencia amorfa en una forma representable. Dos puntos de vista. Psicoanálisis, XXXV(3), pp. 493-516.
- Caparrós N., Sanfeliu I. (2006). *“La enfermedad del terapeuta” . Hacia una teoría de la contratransferencia*. Madrid, España. Editorial Biblioteca Nueva. Pp.11-54.
- Etchegoyen R. O. (1985). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Tercera edición. Buenos Aires Argentina. Amorrortu editores.
- Freud S. (1901-1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Buenos Aires Argentina. Amorrortu editores. Volumen VII, p.p.101-105.
- Freud S. (1910-1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci y otras obras. Buenos Aires Argentina. Amorrortu editores. Volumen XI, p.p. 129-142.
- Freud S. (1911-1913). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (1912)*. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Obras completas Volumen XII. Amorrortu editores. Buenos Aires. pp. 115
- Freud S. (1911-1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I) (1913). Obras completas tomo XII. Amorrortu editores. P.121-144.
- Freud S. (1911-1913). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Buenos Aires Argentina. Amorrortu editores. Volumen XII, p.p. 93-106.
- Freud S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En Freud S. (1911-1913) *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)*.

Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Obras completas
Volumen XII. Amorrortu editores. Buenos Aires. pp. 97,100

- Freud S. (1914-1915). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913). Obras Completas Tomo XIV. Amorrortu editores. Buenos Aires. pp. 159- 174
- Freud S. (1917-1919). *Una dificultad del psicoanálisis*. De la historia de una neurosis infantil y otras obras. Obras completas tomo XVII. Amorrortu editores. Buenos Aires. Pp.131-133.
- Gabbard G. O., Litowitz B. E., Williams P. (2012). *“Textbook of psychoanalysis”*. American Psychiatric Association. Segunda Edición. 1000 Wilson Boulevard Arlington.
- Klauber J. (1991) *“Dificultades en el encuentro analítico”*. 1º Edición. Editorial Paidós SAIF. Defensa 599, Buenos Aires. p. 161-221.
- Lacan J. (1919). *“Dificultades en el encuentro analítico”*. El seminario de Jacques Lacan libro 8, La transferencia. 1º edición. 3º reimpresión. Buenos Aires. Paidós 2008. pp. 209-225.
- Lacan J. (1969-1970). *“El reverso del psicoanálisis”*. El seminario de Jacques Lacan libro 17, 1º edición. 7º reimpresión. Buenos Aires. Paidós 2008. pp. 38-39.
- Laplanche J., Pontalis J. B. (2004). *“Diccionario de Psicoanálisis”*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Martín Cabré L. J. (2011) *“La contribución de Ferenczi al fenómeno de la contratransferencia”*. Revista de Psicoanálisis, N° 9, Lima., pp. 77-92.
- Racker H. (1959). *“Estudios sobre Técnica Psicoanalítica”*. 1º edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Reich A. (1973). *“Psychoanalytic Contributions On Countertransference (1951)”*. International Universities Pres, Inc. New York., pp. 136-154.
- Sandler J. Dare C. Aulder A. (2004). *“El paciente y el analista”*. Las bases del proceso psicoanalítico. 2º edición. 3º reimpresión. Buenos Aires. Paidós., pp. 51-117.

- Sandoval Garcia L. X. (mayo/agosto, 2002). Contratrtransferencia ¿Debe este término cambiar o desaparecer?: Reflexiones sobre la genealogía del término. *Psiquiatría*, 18(2), 77-85.
- Velasco Alva F. (2011). *"Psicoterapias psicodinámicas"*. Ciudad de México. Editores de textos mexicanos, S.A de C.V.
- Yussif R. D. (1987). *"El grupo terapéutico: modificaciones a la técnica. El uso de la contratrtransferencia. Una alternativa de trabajo con adolescentes tempranos"*. Trabajo presentado para obtener el título de Psicoterapeuta Psicoanalista de la adolescencia. Documento interno. México: Archivo de IMPA.
- Yussif R. D. (1995). *"reflexiones en torno al tema de la supervisión"*. Trabajo presentado en el XXXIV congreso Nacional de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Facultad de Psicología UNAM.
- Yussif R. D. et al. (1989). *"La terapia de grupo con adolescentes"*. Experiencias en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia. En J.A., Carrillo., J. Yañes., D. Yussif.
- Yussif R. D., et al. (1995). *"Supervisión de la psicoterapia grupal una experiencia formativa"*. Memorias: Sesión Científica de Investigación Supervisión de psicoterapia grupal, una experiencia formativa. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Yussif R. D., et al. (1997). *"Un modelo de supervisión en la enseñanza de la psicoterapia de grupo"*. Centro de Servicios psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Facultad de Psicología UNAM. México.
- Yussif R. D., et al. (1998). *"El centro de servicios psicológicos: Un espacio para la formación de psicólogos y servicio a la comunidad bajo un enfoque psicodinámico"*. Ponencia presentada en el VIII Congreso Mexicano de Psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología. A.C. México.
- Yussif R. D., et al. (2002). *"Modelo de Formación en la Psicoterapia de Grupo"*. Ponencia presentada en el XX Congreso Mexicano de Psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología. A.C. México.

Yussif R. D., et al. (2003). "*Los adolescentes tardíos y su familia*". Ponencia presentada en congreso de AMPAG en octubre de 2007: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Yussif R. D: et al. (2007). "*La supervisión Clínica*". Escrito presentado en el Boletín de la Sociedad Mexicana de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología. México No. 142 p.6