

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**ESTUDIOS SOBRE PSICOTERAPIA
PSICOANALITICAMENTE ORIENTADA
EL CONTRATO TERAPEUTICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRO EN PSICOLOGIA
- PSICOLOGIA CLINICA -
PRESENTA:**

SAMUEL PINZON BONILLA

MEXICO, D. F.

1975



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTUDIOS SOBRE PSICOTERAPIA PSICOANALITICAMENTE ORIENTADA
-EL CONTRATO TERAPEUTICO-**

Indice.	1
Introducción.	5
 CAPITULO PRIMERO: CONCEPTOS SOBRE PSICOTERAPIA PSICOANALITICAMENTE ORIENTADA	
I.1. ELEMENTOS BASICOS	9
I.1.a. Teoría	9
I.1.b. Técnica	9
I.1.c. Metas	12
I.1.d. Comentarios sobre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalíticamente orientada	13
 I.2. MITOS EN PSICOTERAPIA.	 14
I.2.a. El mito del análisis bien terminado	14
I.2.b. El terapeuta omnisciente	16
I.2.c. La transferencia	17
I.2.d. La contratransferencia	17
I.2.e. La teoría y las interpretaciones	17
I.2.f. Lo psicossomático	19
I.2.g. La técnica	19
I.2.h. La cura y las metas en psicoterapia	21
I.2.i. Otros mitos	21
 I.3. FORMACION DEL PSICOTERAPEUTA.	 22
I.3.a. Antecedentes profesionales	22
I.3.b. Requisitos personales	26
I.3.c. Formación académica	28
I.3.d. Práctica supervisada	30
 CAPITULO SEGUNDO: UN MARCO TEORICO PARA LA PRIMERA ENTREVISTA.	
II.1. DEFINICION DE PRIMERA ENTREVISTA.	35
II.1.a. La primera cita	35
II.1.b. Puntos básicos de la primera entrevista	36
II.1.c. Importancia de la primera entrevista	42
 II.2. ESPERANZAS Y MOTIVACIONES DEL PACIENTE.	 43
II.2.a. Por qué viene la gente a tratamiento?	43
II.2.b. Respecto al tratamiento	46
II.2.c. Respecto al terapeuta	47
II.2.d. Respecto a sus condiciones socioculturales	49
 II.3. ESPERANZAS Y MOTIVACIONES DEL TERAPEUTA.	 50
 II.4. SELECCION DEL TERAPEUTA.	 52
II.4.a. Edad	52
II.4.b. Sexo	52

II.4.c. Entrenamiento	54
II.4.d. Personalidad	54
II.4.e. Otras consideraciones	56
II.5. ACEPTAR O REFERIR EL PACIENTE	57
CAPITULO TERCERO: EL CONTRATO TERAPEUTICO.	
III.1. QUE ES EL CONTRATO TERAPEUTICO.	64
III.1.a. Contrato y alianza terapéutica	65
III.1.c. Importancia del contrato	69
III.1.d. Consecuencia de alterar el contrato	70
III.2. ELEMENTOS EXPLICITOS DEL CONTRATO.	71
III.2.a. Aspectos de confidencialidad	71
III.2.b. La regla fundamental	74
III.2.c. Sesiones semanales	76
III.2.d. Los honorarios	84
III.2.e. Las vacaciones	98
III.2.f. Límites en el tratamiento	100
III.3. ELEMENTOS NO EXPLICITOS DEL CONTRATO.	103
III.3.a. Elección de las técnicas de tratamiento	103
III.3.b. Estimación de la duración del tratamiento	106
III.3.c. Presentación de emergencias	107
III.3.d. Limitaciones inherentes a la psicoterapia como tratamiento	109
SUMARIO Y CONCLUSIONES.	111
BIBLIOGRAFIA.	121

**A mi madre y hermanas
con cariño y gratitud.**

**Esta tesis fue asesorada
por el Dr. Santiago Ramírez.**

INTRODUCCION

Mi intención de trabajar sobre temas de psicoterapia psicoanalíticamente orientada nació a fines del año 1970 cuando empezamos a llevar un curso teórico-práctico con la Dra. Celia Díaz de Mathmann. Pero mi deseo de hacer psicoterapia surgió mucho antes. Quizás se remonte al momento en que elegí carrera, o sea aun más antiguo, logrando definirse al entrar en contacto con las pruebas psicológicas.

Un día comencé a preguntarme: ¿ser psicólogo clínico es hacer psicodiagnósticos, aplicar pruebas, escribir reportes para psiquiatras o psicoanalistas, o quizás solo para quedar bien con nosotros mismos?, ¿ser psicólogo clínico es reportar a otro profesionalista lo que acontece a un paciente para que aquel decida la terapia?, ¿a qué se deberá que el psicólogo tenga una tarea tan limitada que puede burocratizarse?, ¿es el psicólogo un bachiller universitario... un teórico?

Estas inquietudes me asaltaban continuamente. Algunas veces me dedicaba a lecturas complementarias que emprendía por propia iniciativa, mientras trataba de cumplir con los requisitos de ocho a nueve materias semestrales que formaban parte de un ambicioso plan de estudios que comprendía 70 materias. Tal programa incluía asignaturas de todas las especialidades psicológicas (Social, Educativa, Clínica, Experimental, etc.) con títulos kilométricos sobre tópicos que, en ocasiones, eran desconocidos o que solo habían oído mencionar o leído vagamente los catedráticos de nuestro colegio.

En este maremágnum de conceptos -que casi siempre debían ser definidos operacionalmente- mis ocupaciones oscilaban entre los conocimientos clínicos-psicoanalíticos, la instrucción programada, los estudios de Psicología Social y muchos otros. Mi interés por aprender y practicar la psicoterapia tenía que posponerse ya que en los primeros semestres no existían materias al respecto.

Llegué al octavo semestre -que resultó ser el último- y me inscribí entusiasmadamente en una clase llamada Psicoterapia. ¡Caramba! Allí se decía que se nos enseñaba psicoterapia, pero que los psicólogos no podíamos ejercerla ya que ésta disciplina, por definición, implica tratamiento y un tratamiento solo puede llevarlo a cabo un médico. ¿Entonces, para qué nos servía esta clase? Protestamos. Pedimos otro maestro. Se nos hizo caso. Fue así como logramos un curso bastante bueno: bien intencionado, bien preparado, práctico y ameno. Y allí acabó la licenciatura.

Sin embargo, este oscuro camino pude irlo aclarando a través de mis relaciones con personas amigas de intereses semejantes a los míos, a quienes conocí en la escuela y con las cuales me reuní desde 1968, con el fin de subsanar tales deficiencias académicas.

Antes de terminar la carrera, bajo el estímulo del curso estudiado en los últimos momentos, buscamos el consejo de un profesionalista calificado y comenzamos a aprender psicoterapia en el seminario mencionado inicialmente.

Las cosas han marchado bien: nuestro seminario privado continuó a cargo de la Dra. Laura Achard de Demaría; algunos hemos conseguido supervisores particulares, otros ingresamos a cursos de psicoterapia o de psicoanálisis y todos

seguimos un tratamiento individual, dedicándonos a la consulta privada y a diversas actividades psicológicas.

Nuevos elementos se han incorporado al grupo original; pocos se han alejado y cada día se hacen más claras nuestras metas al ir tomando mayor conciencia de nuestra identidad profesional.

Si bien no han cuajado todas las fantasías y buenos propósitos que nos inspiraron, la experiencia ha sido fructífera y hermosa. Nuestro grupo tiene ya conocimientos bien cimentados para seguir progresando y en casi todos los miembros se observa la inquietud, el empuje y la capacidad necesarias para enfrentar y superar los múltiples prejuicios que pesan sobre nuestra carrera.

.....

Al revisar las tesis de Psicología se observa la carencia de trabajos sobre psicoterapia. De ahí que un objetivo de la presente monografía sea estimular el estudio de la psicoterapia en los psicólogos clínicos, terreno al que legítimamente podemos aspirar y exhortarlos a realizar investigaciones, encuestas, discusiones, etc., a fin de unificar criterios y definir el campo de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, así como sus posibilidades y limitaciones en éste país, principalmente a nivel institucional.

Tales investigaciones podrían constituir una fuente de trabajo y entrenamiento para muchos psicólogos y contribuiría a que lográsemos un status profesional identificado con labores prácticas y útiles.

Los enfoques aquí expuestos no podrán seguirse textualmente en la práctica, ya que la multiplicidad de elementos personales, históricos y actuales de pacientes y terapeutas es infinita. Tales encuadres teóricos no pretenden ser reglas absolutas, ya que hasta en las ciencias exactas se trabaja con cierto margen de error, mas sí intentan funcionar como marcos de referencia para plantear alternativas al profesionista novel.

La psicoterapia no es un buen campo para quienes gustan de juicios definitivos, pues a menudo demanda decisiones rápidas y de sentido común, ante las cuales solo podremos recurrir a nuestras capacidades, las cuales siempre estarán matizadas por los propios logros y ansiedades. Todos conocemos profesionistas cuyos recursos intelectuales y académicos -en ocasiones amplios- flaquean frente a su conflictiva personal, riesgo que disminuye, aunque no se elimina completamente, al someternos a un tratamiento intensivo. Es por ello que en el desarrollo de esta tesis valoraré la experiencia de ser paciente como una parte modular del entrenamiento psicoterapéutico.

Antes de entrar en materia quiero aclarar que en diversas ocasiones he realizado extrapolaciones directas de la teoría de la técnica psicoanalítica cuando he considerado válidas tales licencias en razón de la coincidencia de postulados teóricos entre ambas formas de terapia. Asimismo, los procedimientos aquí consiguados van especialmente dirigidos a las actividades que se efectúan en la consulta privada y no a la realizada en instituciones, tema que abordaré en un próximo tra

bajo.

Finalmente, confieso que la urgencia personal de sistematizar una parte de los conocimientos adquiridos hasta el momento ha quedado satisfecha al terminar este trabajo y solo deseo que la lectura del mismo les resulte provechosa.

S.P.B.
Febrero 1975

**¿Quién podrá ser útil a otro
cuando no lo es a si mismo?**

Proverbio Azteca. Satt. VI 14

CAPITULO PRIMERO
DEFINICION DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICAMENTE ORIENTADA

I.1. ELEMENTOS BASICOS.

Basándonos en los puntos de vista de diversos autores, entre los cuales figuraran reconocidas autoridades en el campo, como Alexander, Fromm-Reichmann, Menninger, Wolberg, etc., se tratará de enmarcar el concepto de psicoterapia de orientación psicoanalítica, no con una definición ideal que pueda incluir todos los puntos fundamentales del mismo, sino examinando un tanto más de cerca sus elementos constitutivos.

I.1.a. Teoría.- La teoría de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada deriva de la psicología científica creada por Freud y es por ello que sigue la misma teoría de las neurosis y del tratamiento que el psicoanálisis, difiriendo en términos cuantitativos y, en cierta forma, cualitativos, en cuanto a sus técnicas. (Wallerstein, 1972).

Como tal teoría ha sido revisada en forma exhausta por Fenichel (12), donde el interesado podrá encontrar amplia información, no se le describirá aquí.

En este trabajo se reconoce, a la manera de Benjamin (57), la necesidad de una teoría psicoanalítica de la terapia con miras a lograr una mayor definición de la misma y se comparte la posición de Gill respecto a que su campo constituye un punto intermedio entre el psicoanálisis y la psicoterapia de apoyo. (34)

I.1.b. Técnica.- El método de la psicoterapia involucra un proceso continuo, progresivo y de mutuo intercambio y estimulación (Menninger, 1961) a través de una experiencia emocional correctiva (Alexander, 1960) por medio de la verbalización y la descarga de afecto más el insight logrado. (33)

Dado que existen múltiples clasificaciones de la terapia psicoanalítica, nos limitaremos a utilizar la nomenclatura propuesta por Knight (1952) y Alexan-

der (1954): psicoterapias de apoyo y psicoterapias exploratorias, por ser de las más conocidas y prácticas.

Bibring definió la técnica como "cualquier conducta intencional, verbal o no verbal, más o menos tipificada, por parte del terapeuta, que tiende a afectar al paciente en la dirección de las metas intermedias o finales del tratamiento" (58). Los métodos psicoterapéuticos no son tecnológicos en cuanto no usan medicamentos ni aparatos ni el contacto con el cuerpo del paciente (salvo el saludo de manos). Entre pacientes y terapeuta solo hay comunicación verbal, comunicación verbal, comunicación no verbal y el cumplimiento del contrato terapéutico (45) (56).

Tarachow sugiere tres principios abarcadores de la psicoterapia en general; cualquier técnica dada puede tener cualidades de una, de dos o de las tres siguientes medidas: a-) suministrar un objeto infantil en la realidad; el paciente y el terapeuta se emplean entre sí como objetos y diversos grados de la vida del paciente permanecen sin interpretar ni analizar. Ambos entran en la vida del otro como reales, sirviéndose como objetos infantiles uno al otro. El terapeuta se introduce realmente en la vida y personalidad del paciente y permanece allí ofreciéndose a sí mismo para la creación de un nuevo síntoma; b-) suministrar desplazamientos nuevos síntomas y/o resistencias; el área de los desplazamientos puede subdividirse en cuatro: 1. desplazamiento hacia la transferencia, 2. desplazamiento en el sentido benigno de una fobia, 3. proyección, 4. introyección. En éstos dos últimos, se ofrece una ilusión como un sustituto para la sintomatología que se presenta. El costo es el sacrificio del conocimiento de la verdad; el premio es la estabilidad funcional; c-) suministrar estabilidad; la estabilidad puede suministrarse apoyando el yo o el superyó. El apoyo del yo se puede lograr mediante discusiones de eventos reales y a través de la participación en de-

cisiones. La forma más importante de apoyar el superyó es la educación y la información a través de órdenes, prohibiciones y expresiones de valor moral. Tales técnicas aumentan los poderes del yo: son restrictivas en términos del inconsciente y similares a las interpretaciones. Los cambios en el ambiente también podrían contribuir a la estabilidad. (57)

Puesto que el psicoanálisis clásico marca una línea teórica básica de pensamiento y un punto de referencia para la comprensión de la psicoterapia como una teoría y una técnica, presentaremos las diferencias y semejanzas que existen entre ambos procedimientos.

Psicoanálisis.-

Analiza la transferencia y la resistencia hasta sus raíces genético-dinámicas.

Se explora el impulso.

La asociación libre constituye el meollo de la regla fundamental.

Siempre hace uso de la interpretación, la cual incluye aspectos transferenciales.

Fomenta la regresión.

El contrato se mantiene constante.

No manipula el ambiente del paciente.

Trata a la persona.

Promueve la atención del paciente hacia los objetos internos más que al mundo externo.

Psicoterapia psicoanalíticamente orientada

En ocasiones hace lo mismo y, en otras, solo utiliza racionalmente tal medida.

Se intenta controlar el impulso

Se puede promover la libre asociación, pero no constituye un fin en si.

Usa la interpretación tanto como se puede, pero a veces se limita a hacer señalamientos y hasta a enfocar hacia ciertas metas.

Puede fomentarla o no.

Aun cuando el mantener la constancia del contrato es una meta en si, se pueden tolerar cambios siempre que éstos persigan fines terapéuticos.

Acepta manipular el ambiente del paciente.

Trata a la persona, pero puede tratar la relación. P.e., la relación madre-hijo.

Promueve la atención del paciente tanto a los objetos internos como al mundo externo.

Promueve la abstinencia.

Siempre que sea posible, el terapeuta deberá mantener la regla de abstinencia, pero se permiten manejos más directivos por su parte. P.e., asumir roles.

El terapeuta es relativamente activo, aun cuando tiene la responsabilidad del proceso.

Aun cuando su actividad puede ser relativa, el terapeuta tiene la responsabilidad de guiar el proceso y siempre está encargado de la situación general.

Como puede apreciarse, la psicoterapia psicoanalíticamente orientada guarda estrechos vínculos con la técnica del psicoanálisis clásico, pero es más flexible en cuanto a sus procedimientos.

Por otra parte, con excepción de cierto material previamente reprimido y revelado en una psicoterapia exploratoria bastante intensa, el material presentado por los pacientes en las sesiones psicoterapéuticas es aproximadamente el mismo en todas las variedades de psicoterapia. La diferencia esencial se produce después que el paciente trae el material. (43)

I.1.c. Metas.-

Psicoanálisis.-

Se caracteriza por su finalidad: aumentar en la persona el conocimiento de sí mismo.

Se propone aumentar la libertad de elección de la persona.

Su enfoque es "ilimitado".

Psicoterapia psicoanalíticamente orientada.-

La finalidad es terapéutica.

Es un trabajo básicamente de reparación: tiende a aliviar un desequilibrio en el sistema deseo-defensa más que a solucionarlo.

Sigue un enfoque limitado, aunque puede involucrar repetidas aclaraciones de propósito.

Debe señalarse que la más importante de las metas de la psicoterapia es la de ayudar al paciente en todas las formas posibles siempre basándose en una evaluación actual. Tampoco debe pensarse en función de un destino que cuando se

logre signifique el fin de una jornada, sino más bien como una demarcación arbitraria en el proceso de crecimiento que, al ser logrado, posibilita desarrollos posteriores. (Reisman, 1973)

En psicoterapia, las metas son intermedias entre una rápida resolución de los síntomas y un cambio caracterológico. (34)

Aclaremos que el término psicoterapia se refiere a un procedimiento particular y que no equivale al concepto de lo terapéutico que se refiere a algo que puede producir un efecto benéfico en la persona. Esto implica que se pueden encontrar efectos terapéuticos fuera de las relaciones paciente-terapeuta y define a la psicoterapia como un esfuerzo deliberado de parte del terapeuta de comprometerse en una interacción frecuente, consistente y sistemática, en contraste con su ocurrencia en situaciones de la vida diaria, donde sería al azar, casual y no integrada. (49)

I.1.d. Comentarios sobre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalíticamente orientada.- Estimamos que la tendencia a valorar la psicoterapia de orientación psicoanalítica y al psicoanálisis como dos métodos claramente diferenciables y hasta opuestos entre sí obedeció motivaciones de índole emocional.

El hecho de que el psicoanálisis se desarrollara fuera de la medicina académica y de la psiquiatría, así como que muchos psicoanalistas se formaron en una época en que el psicoanálisis era visto con desconfianza y parcialidad por la psiquiatría académica han originado que hoy día se trate de diferenciar un método del otro, ante el peligro de que el psicoanálisis pierda su identidad. (1)

Tanto Alexander (1), como Fromm-Reichmann (33), Gill (34) y Bibring (58) juzgan que ambas técnicas constituyen un continuo en el que se utilizan los mismos factores terapéuticos en diferentes proporciones. "Muchos tratamientos empiezan como psicoterapia y terminan como psicoanálisis, o viceversa". (1)

El mismo Alexander señala que mientras que los procesos psicológicos en el paciente sean los mismos y los cambios alcanzados por medio de esos procesos tengan una naturaleza similar, no es posible trazar una nítida línea divisoria entre el psicoanálisis propiamente dicho y la psicoterapia, por lo que criterios externos (duración del tratamiento, uso del diván, sesiones semanales, etc.), no pueden discriminar entre uno u otro método.

Por otra parte, pensamos que no se trata de decir cuál método es mejor, ya que las indicaciones de uno u otro vienen dadas por el paciente.

I.2. MITOS EN PSICOTERAPIA.

Así como desde tiempos remotos se desarrolló un aura de misterio alrededor del brujo de la tribu, mantenida por el pensamiento mágico de quienes buscaban ayuda y por el deseo de servir y la necesidad de conservar su status por parte del hechicero, el psicoterapeuta, no importa cuántas horas haya pasado en el diván o en la butaca, participa en una mitología sobre si mismo como individuo, como profesional, en la relación con sus pacientes, respecto a las teorías psicoanalíticas, etc., tendiendo a aceptar las proyecciones de su sociedad, sus colegas y sus pacientes, idealizando su papel hasta la omnipotencia y, al conducirse así, origina otra multitud de mitos.

✱ Aquí centraremos la atención en algunos mitos de la psicoterapia que obstruyen el progreso terapéutico y limitan el desarrollo tanto del terapeuta como del paciente y sobre aquellos que derivan de condiciones inherentes a la teoría y técnica psicoanalítica.

I.2.a. El mito del análisis bien terminado. - Se espera que un psicoterapeuta esté bien analizado o "curado", por lo que para éste resulta difícil admitir que tiene problemas "residuales" (no resueltos) y más bien lo lleva a ocultar cualquier malestar o enfermedad física evitando el "oprobio" de que se la califique

de psicossomática.

Este concepto del terapeuta analizado hasta la omnipotencia es sustentado por el paciente, quien necesita ver a su terapeuta como todopoderoso: una persona socialmente competente, que nunca se enferma, nunca es tímido ni tiene problemas y que siempre es capaz de manejar los problemas de las otras personas completa y adecuadamente.

Tan poderosas proyecciones vertidas sobre una terapeuta hasta cierto punto escéptico sobre su madurez y su propio análisis son asimiladas y proyectadas a su vez en otros terapeutas, llegando muchos a creer que producen cambios milagrosos en el carácter de sus pacientes, que sus logros con los pacientes deben ser espectaculares, fijándose metas no realistas, quizá inconscientes, tanto para sus pacientes como para ellos mismos.

¿Qué se espera de una persona "bien analizada"? Las opiniones convergen en un mejoramiento en el funcionamiento en el trabajo, en la capacidad de amar, en la vida social, en la creatividad y productividad, aunque detrás de éstas expectativas subyace una leyenda sobre la persona bien analizada. Flowerman enfatiza que los cambios pueden ser altamente significativos para el paciente y éste sentimiento subjetivo es lo que cuenta, aun cuando sus amigos y colegas no puedan compartir la misma opinión. (15)

Debemos recordar que una persona que acude al análisis es una persona que de alguna manera no ha logrado encontrar una buena adaptación por sus propios medios y que solo en la situación terapéutica se tratan conflictos que habitualmente no se ventilan frente a los ojos de cualquier otra persona, por lo que solamente paciente y terapeuta podrán valorar de cerca el buen o mal funcionamiento del tratamiento.

Nos detenemos en este punto ya que es frecuente escuchar en los círculos de psicólogos analizados, o de los familiares del paciente, críticas hacia la poca o nula utilidad de un tratamiento, generalmente clamando por un cambio de terapeutas o por la suspensión de la terapia, siendo que únicamente es el propio paciente quien puede dar razón de sus cambios, ya que él "conoce" las motivaciones que lo llevaron a buscar tratamiento.

Tal vez los terapeutas también asimilen las proyecciones de pacientes, amigos y familiares sobre la idea de un "renacimiento" del paciente.

1.2.b. El terapeuta omnisapiente.— Junto con la omnipotencia con que los pacientes revisten al terapeuta va la proyección de una omnisapientia mediante la cual el terapeuta debe saber a cada momento todo lo que está sucediendo en la terapia. Esta sensación defiende los anhelos de dependencia; si el terapeuta lo sabe todo, también puede hacerlo todo y el paciente no tendrá ninguna responsabilidad por su vida.

También el terapeuta tiene o ha tenido ésta idea sobre sus maestros y supervisores. Pero, si bien es cierto que mientras más competente sea un terapeuta, tendrá más conciencia de lo que sucede en el paciente, en sí mismo y en la interacción de ambos, no menos cierto es que ésta conciencia probablemente constituya solo una pequeña fracción de las transacciones verbales y no verbales de la situación terapéutica.

Nuevamente la inseguridad sobre su análisis, su entrenamiento, su status entre los colegas, sobre su número de pacientes, su número de referidos, etc., puede sumarse a las ansiedades del terapeuta quien encontrará difícil resistirse a la adulación seductora de los pacientes.

Es conveniente y necesario que el psicoterapeuta realice otras actividades fue

ra de la práctica clínica y lleve una vida lo bastante satisfactoria para que no se una a las adulaciones transferenciales de los pacientes. Las vacaciones bien aprovechadas y a su debido tiempo, así como las actividades que lo hagan sentir una persona como cualquier otra son las recomendaciones más pertinentes.

I.2.c. La transferencia.- D. Rioch cuestiona el hecho de referir, de manera defensiva por parte del terapeuta, todas las conductas del paciente al allá y el entonces a través de la interpretación de la transferencia. "No he sabido de ningún caso de psicótico o neurótico respondiendo en una situación a algo que no estuviera allí, aunque frecuentemente el observador tiene que examinar no solo la situación inmediata, sino su curso en el tiempo y su propia participación para determinar el aspecto al que está respondiendo el paciente." (15)

Tal uso evasivo debe ser autoanalizado y el terapeuta debe tener la capacidad de enfrentar con el paciente -especialmente cuando está de por medio el juicio de realidad de aquel- aquello que ha sido propiciado por su actuación en la situación terapéutica y, en caso de no poder subsanar la dificultad, consultar un colega.

I.2.d. La contratransferencia.- Al igual que la transferencia, la contratransferencia también implica distorsión y solo se llama así porque va del terapeuta al paciente. D. Rioch duda sobre si no es otra forma de preservar la omnipotencia del terapeuta llamar al mismo fenómeno en el paciente transferencia y en el terapeuta darle el sofisticado significado de contratransferencia. (15)

Recomendamos la lectura del estudio que hace H. Racker sobre la contratransferencia en "Estudios sobre técnica psicoanalítica", donde aborda con original maestría y honestidad el tema. (47)

I.2.e. La teoría y las interpretaciones.- El mito parece ser que si se cree poseer la teoría correcta, solo hay que mantener las interpretaciones en línea con

la teoría y el paciente paulatinamente ganará insight y logrará la primacía genital o cualquier otro criterio de cura que se use.

Si se sigue el razonamiento de que dados tales o cuales mecanismos dinámico-genéticos y tales o cuales interpretaciones resulta que el paciente se recobra, lo que se hace necesario es un estudio de los resultados que obtienen los terapeutas de diferentes orientaciones, equiparándolos en términos de experiencia para obtener las teorías válidas. Sin embargo, los trabajos de Fred Fiedler sobre el particular sugieren que los terapeutas con experiencia, de cualquier escuela, producen buenos resultados, mientras que los productos de los inexpertos no son tan halagüeños; asimismo, lo que hace "el buen terapeuta" es similar de escuela a escuela.

L. Wolberg estima que una de cada tres respuestas de un buen terapeuta en cierta forma constituye un error técnico, aunque tal vez no impida el progreso terapéutico ya que quizás los pacientes mejoren porque por primera vez en sus vidas han establecido una relación con otro individuo.

Flowerman llama la atención en cuanto al engaño en que comunmente se cae cuando los pacientes traen sueños en los que se encuentran evidencias que corroboran las interpretaciones, sin tener en cuenta que realmente se le han sugerido teorías sobre su inconsciente. Así, la teoría del terapeuta se torna inconsciente del paciente, por lo que es más probable que un "paciente kleiniano" sueñe más con pechos que un "paciente junguiano", quien soñará con fuego u otros simbolismos, etc. (15)

Es pues, la necesidad de omnipotencia del terapeuta -asimilada por proyecciones de la subcultura en que se mueve y alimentada por sus conflictos- lo que empuja a una autorrealización; buscar los hechos que quiere probar su teoría.

En éste trabajo sostenemos que en todo este engranaje, además del paciente, lo más importante son las cualidades del terapeuta; su sensibilidad, interés por los demás, insight, preparación, etc. y que las teorías aportan básicamente un lenguaje con el que se tratarán de elucidar las fantasías y realidades del paciente. (Ver sección I.3.b.)

I.2.f. Lo psicósomático.- Un mito que tiende a prevalecer en los psicoterapeutas proviene de confundir psicodinámica con etiología; es decir, que los factores psicológicos pueden tener algo que ver con las motivaciones asociadas con un sín toma o enfermedad orgánica, aunque resulta obvio que no todos los organismos responden de igual forma ante un desequilibrio.

La falacia de tales terapeutas - médicos y no médicos- radica en excluir los factores constitucionales y hereditarios en su esfuerzo por combatir la devo ción por el instinto, olvidando que el destino de una persona no es solo función de su infancia, sino también de la dotación genética, así como de experiencias posteriores.

Sostener un "lenguaje orgánico" basado solo en la psicodinámica es tanto como negar que muchos síntomas orgánicos no sean eliminados o disminuidos en el curso de la psicoterapia, más esto ocurre cotidianamente en la práctica.

Esta consideración va dirigida principalmente a los psicoterapeutas psicológos que se inician en el campo siguiendo ciertas tendencias psicologistas.

I.2.g. La técnica.- Aquí hablaremos sobre el uso del diván, cuyo uso Freud defen dió primeramente por motivos personales: "no puedo soportar ser visto a los ojos durante ocho o más horas" (Freud, 1913) y técnicos: ". . . en tanto que escucho al sujeto me abandono también, por mi parte, al curso de mis ideas inconscientes, no quiero que mi gesto procure al paciente materia de interpretaciones o influya

sobre sus manifestaciones." (25), agregando comentarios relacionados con la asociación libre, la transferencia y la resistencia.

El mito se refiere al uso ritualístico del diván como un artificio técnico indispensable y como un vestigio ceremonioso de los días del hipnotismo. La pregunta es si su uso como ceremonia automática —el paciente en posición supina, el terapeuta sentado atrás, quedando arriba de éste y fuera del alcance de su vista— no solo promueve la dependencia del paciente sino también el sentimiento de superioridad del terapeuta.

Lo dicho no implica que la situación cara a cara no corra el riesgo de la omnipotencia, sino que por sí misma dificulta más el que el terapeuta se pueda esconder tras una máscara de autoridad.

Esta crítica no va en contra de los terapeutas que se sienten bajo menor tensión cuando sus pacientes están acostados ni contra los que usan el diván con un paciente particular cuando el mismo puede hablar más libremente estando acostado.

En el medio terapéutico mexicano casi se ha identificado al diván con el psicoanálisis y, por lo tanto, su empleo se adjudica solo a psicoanalistas, quienes contribuyen a mantener el mito.

Después de conocer las motivaciones de Freud para usar el diván, ningún psicoterapeuta deberá temer poseer uno en su consultorio, ya que no hay ley que prohíba su utilización y las ventajas de tal artificio justificarán ampliamente las críticas.

"Usar diván no significa automáticamente psicoanálisis ni demanda necesariamente la asociación libre. Con el paciente acostado se puede platicar y discutir como en la situación cara a cara. Sin embargo, en caso de esquizofrenia no es

aconsejable tal medida." (Colby, 1951)

1.2.h. La cura y las metas en psicoterapia.- La tendencia de los psicoterapeutas a hablar de sus éxitos y disociar sus tratamientos no exitosos contribuye al mito de la cura. Resulta poco frecuente leer un escrito que reporte un fracaso.

Se hace necesario, pues, una investigación que brinde una idea de la proporción de pacientes privados que se curan, se ayudan significativamente o no les sirve para nada la psicoterapia.

Freud (1912) al referirse a las curas terminadas en los análisis de terapeutas potenciales dijo: "...cualquiera que sepa apreciar el valor del conocimiento de si mismo e incrementar los controles así adquiridos continuará después el examen analítico de su propia personalidad mediante un autoanálisis y voluntariamente se dará cuenta que en si mismo, como en otros, debe siempre esperar en contrar algo nuevo."

Así, la psicoterapia debe verse solo como una fase en el proceso de crecimiento de pacientes y terapeutas. La psicoterapia no "cura" a nadie ni hace adultos a los niños y, en cambio, sí provee una experiencia emocional que permite al individuo continuar creciendo. (Flowerman, 1954)

I.2.i. Otros mitos.- Existe también un mito respecto a que si un paciente se va del tratamiento el terapeuta es malo. El principiante se halla propenso a caer en éste juego, dado que comunmente tendrá que enfrentar las críticas de compañeros y supervisores que inconscientemente aceptan el mito y por las angustias que moviliza el perder un paciente cuando cuenta con pocos y sus compromisos requieren mayores ingresos.

Flowerman hace alusión a otros mitos que aquí solo se mencionarán : a-) si el terapeuta no está funcionando bien es porque el paciente se está resistiendo,

b-) si después de la terapia el paciente sufre una recaída es porque su tratamiento no se concluyó, c-) el análisis didáctico es diferente al terapéutico. d-) el terapeuta deberá permanecer completamente anónimo, como un misterio, e-) cuando se haya logrado un buen resultado, el paciente quedará eternamente agradecido y se convertirá en amigo del terapeuta.

El autor señala que esta mitología se presenta con frecuencia en médicos y psicólogos que se sienten culpables por haber abandonado la vieja religión y tienden a abrazar ciegamente la nueva, más especulativa.

Flowerman también indica que todos los terapeutas, sucumben, en distintos momentos de su carrera profesional, ya sea en pequeña medida o solo temporalmente, a uno u otro de los mitos de la psicoterapia, estableciendo la hipótesis de que la mejor psicoterapia es realizada por aquellos que continuamente están luchando contra ellos.

Cabe agregar que especialmente en el ambiente de los psicoanalistas "ortodoxos" pululan las actitudes míticas respecto al status profesional: entre más valor tenga su coche, vestuario, sus vacaciones, su casa etc., mejor es el analista. Estos prejuicios se siguen transmitiendo a través de las distintas generaciones y como la mayoría de los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica se han formado en tal medio, es prudente que cada quien medite sobre las consecuencias de tal ideología.

En el siguiente apartado examinaremos el mito del psicoterapeuta médico.

I.3. FORMACION DEL PSICOTERAPEUTA.

I.3.a. Antecedentes profesionales. (El mito del psicoterapeuta médico). Consideramos que los profesionales más aptos para seguir la carrera de psicoterapeuta son aquellos cuyas disciplinas se relacionan directamente con el hombre y su

problemática existencial: psicólogos, médicos, antropólogos, sociólogos, filósofos, etc. Desde luego, esto no excluye las excepciones como el caso de un artista u otro profesionista que muestra interés y cubre los requisitos básicos.

Sabemos bien que la polémica en México no gira fundamentalmente en cuanto a los psicólogos que hacemos psicoterapia y que hoy día solo en pocos círculos existe una franca oposición al respecto. Donde brotan acaloradas discusiones es en torno a la práctica del psicoanálisis, ya que los médicos poseen la hegemonía del campo y racionalizan los motivos por los cuales no deben admitirse otros profesionistas proclamando que la Medicina es la única disciplina orientada a la enfermedad y a la cura y argumentos aun más fácilmente refutables.

Cuáles son los motivos para tal oposición?. Son múltiples y casi todos irracionales e inadecuados. Creemos, como Freud (1926), que la principal motivación radica en el hecho de que los médicos psicoanalistas se sienten apartados y rechazados por sus colegas médicos —quienes realizan labores más susceptibles de ser aceptadas o valoradas en razón de su "objetividad"— y anhelan ser "acogidos sin recelos" y perdonados por sus primeros objetos con los cuales se sienten desleales y traidores. A nuestro modo de ver es por ello que el sumar médicos a la secta psicoanalítica alivia la culpa, mientras que el aceptar otros profesionistas la revive y los aleja más de la reconciliación con la ciencia médica.

No obstante, tales opositores no podrán negar las grandes contribuciones que al psicoanálisis han hecho personas no médicas como Hans Sachs, Hermine Hug-Hellmuth, Oskar Pfister, Otto Rank, Melanie Klein, Siegfried Bernfeld, Theodor Reik, Anna Freud, Ernst Kris, etc.

Un hecho aun más lamentable es que psicoanalistas no médicos se hayan identificado con el agresor y, por lo mismo, tratan de destruir las pocas posibilida-

des que los profanos tienen de ser aceptados.

Así, el practicar la psicoterapia psicoanalíticamente orientada se ha mantenido un tanto al margen de polémicas tan conflictivas y hasta ha sido utilizada por los analistas menos conservadores como un campo de conciliación entre psicoanalistas y psicólogos. Es por ello que se ha devaluado un tanto ésta técnica y se tiende a ver a su practicante como un analista de segunda o tercera, ya que "no puede analizar, no debe usar diván, etc." y hasta llega a preteñerse de manera paranoide que no se maneje la transferencia!

El psicólogo clínico, discípulo y paciente de psicoanalistas, termina sometiéndose al humillante sistema existente y aprende a no saber cobrar, a indicar pocas sesiones a sus pacientes, a no usar diván, a interpretar solo lo superficial, al verse devaluado como profesionista. No pretendemos perpetuar los sistemas proyectivos existentes en las relaciones entre psicólogos y psicoanalistas, sino por el contrario, servir como portavoces de una realidad que se da en nuestro medio.

Considerando la necesidad de que las técnicas terapéuticas basadas en la teoría psicoanalítica sean utilizadas cada vez más por el psicólogo clínico, pasaremos a examinar los requisitos que su estudio amerita.

Comenzaremos preguntándonos, es el médico el candidato más ad hoc para practicar psicoterapia? Así planteada, la respuesta es negativa. Ahora bien, cómo fundamentamos la afirmación de que el médico no es el aspirante más adecuado y, por lo tanto, no debe pretender a la exclusividad en el ejercicio de la psicoterapia?

1o. Porque históricamente, y aun en la actualidad, el médico levanta toda clase de armas en contra de la psicoterapia. (Freud, 1926). Este postulado sigue

vigente en 1975.

2o. Porque en gran parte, la preparación profesional del médico es opuesta a la práctica de la psicoterapia. No se despierta el interés por la psicología de los fenómenos vitales y, aun más, se le predispone a no darles importancia y a tacharlos de no científicos. (Freud, 1926)

3o. Porque realmente no existe la supuesta ventaja por parte del médico en cuanto a su orientación a la enfermedad y a la cura. El médico aprende que a ta les síntomas físicos o psíquicos corresponde tal enfermedad y que tal afección se alivia con una x dosis de penicilina, Valium, etc. La enfermedad que se atiende en psicoterapia corresponde a conflictos internos que no se pueden curar con me dicamentos.

4o. Porque tampoco opera la supuesta ventaja en cuanto al diagnóstico. "Mien tras que en Medicina el diagnóstico y la terapia son procesos separados, aunque relacionados entre si, en el proceso psicoterapéutico son casi sinónimos: el diag nóstico se convierte en terapia y la terapia en diagnóstico." (53)

5o. Porque la ventaja de los conocimientos médicos no puede hacerse efectiva en caso de ser requeridos por un paciente dadas las demandas de la técnica que preservan la relación transferencial.

6o. Porque las facilidades existentes para la educación médica nunca capacitarían a suficientes médicos en la psicoterapia y el psicoanálisis de acuerdo con las necesidades reales: servicios psiquiátricos en escuelas, tribunales, industria, hospitales generales, etc., sin mencionar las necesidades de la práctica privada (41).

Siendo todo ello así, "resulta injusto e ilógico obligar a un hombre, que desea libertar a otros del grave peso de una fobia o una representación obsesiva, a dar

el inmenso rodeo que supone el estudio completo de la carrera médica." (Freud, 1926)

Bleger enfatiza la necesidad de un replanteo de la ciencia médica en cuanto a desarrollar una medicina humana y superar el modelo científico tradicional que resulta muy estrecho para tal objetivo, ya que a pesar de seguir un modelo naturalista, aun conserva fuertes restos del modelo correspondiente a la tradición de monológica, que tiene su caricatura más extrema en la medicina sintomática de "sacar" o "eliminar" síntomas. Este autor clama por una medicina humana que considere la enfermedad como resultado del efecto perturbador de las situaciones corrientes de la vida, presentes y pasadas. (7)

Puesto que es un hecho que cada persona, proveniente de cualquier profesión, aporta al iniciar su entrenamiento psicoterapéutico una serie de ventajas y desventajas personales y profesionales, procederemos ahora a examinar los requisitos tanto personales como teóricos y prácticos que deberá cubrir un psicoterapeuta en su formación.

I.3.b. Requisitos personales.- Los requisitos personales para llegar a ser un psicoterapeuta giran alrededor de la psicoterapia personal, ya que aunque la misma no garantiza por si sola una readaptación, constituye un proceso continuo de crecimiento que se prolonga durante toda la vida una vez empezado. Podemos enumerar algunas de las ventajas que proporciona el tratamiento personal:

a.) la experiencia de ser paciente facilita la identificación empática con los pacientes; al vivir emocionalmente los postulados psicoanalíticos se adquiere la convicción necesaria para ejercer la psicoterapia. (Freud, 1926)

b.) ofrece la oportunidad al futuro terapeuta de conocerse más adecuadamente a sí mismo y manejar sus conflictos, lo cual es básico si tenemos en cuenta

que el destino de muchas personas dependerá de él. (14)

c.) para ser capaz de confesar de buena fe los errores u omisiones en que eventualmente incurra y no fomentar la imagen de mago o ser perfecto del cual se esperan milagros terapéuticos. (14) (33).

d.) para obtener suficientes fuentes de satisfacción en su vida personal, de modo que no pretenda usar a sus pacientes para el logro de las mismas y ser capaz de renunciar a cualquier tipo de intimidad no profesional con estos. (Fromm Reichmann, 1950.)

e.) para que no pretenda imponer su sistema de valores al paciente. (33)

f.) para nunca mentir a nuestros pacientes, aun cuando nos vemos tentados a decir una mentira piadosa, ya que el amor a la verdad es uno de los cánones psicoanalíticos. (32) (52)

Otros requisitos que pueden verse satisfechos con el tratamiento personal o formar parte de la personalidad del aspirante son:

g.) tener una actitud positiva hacia la gente en general y hacia su paciente en particular. (53)

h.) la capacidad de escuchar y obtener información de otra persona tal y como ésta la presente, sin reaccionar de acuerdo con los propios problemas o experiencias. (33)

i.) tener la convicción de que la gente puede cambiar. (53)

j.) tener habilidad intuitiva para leer entre líneas y captar empíricamente lo que quiere decir y lo que siente el paciente más allá de lo que manifiestamente dice. (Colby, 1951)

k.) ser consistente en sus intervenciones y puntual en sus citas, ya que cuquiera que sea el problema del paciente en ésta area, podrá obtener la impresión

de que el profesional no es digno de confianza, así como otras complicaciones.

Añadiremos que los requisitos personales para ser un buen terapeuta a menudo solo reciben un acatamiento formal a pesar de la extraordinaria importancia que revisten, por lo que no es raro encontrar terapeutas de amplia experiencia quienes, a juzgar por sus pláticas y comentarios, no tienen mucho respeto por la gente. (53)

Respecto a la actitud psicológica del psicoterapeuta recomendamos la lectura del capítulo XXIV de la obra de Kubie. (41)

Creemos que mientras más de cerca puedan seguirse los requisitos que aquí se consignan, las oportunidades de éxito personal y profesional se incrementarán, mientras que en caso de presentarse una tendencia contraria debe contemplarse la posibilidad de cambiar de profesión.

I.3.c. Formación académica.— El entrenamiento profesional consta de dos elementos cuya conjugación equilibrada produce óptimos resultados: teoría y práctica.

Estudios teóricos. En cuanto a los estudios que debe cubrir un psicoterapeuta, enunciaré los temas que, a mi modo de ver, son indispensables, haciendo una pequeña descripción de ellos; los mismos deben desarrollarse a través de seminarios y conferencias en los que se estimule la participación de los estudiantes.

La finalidad de éstos seminarios debe ser implementar al terapeuta con elementos teóricos y, principalmente, prácticos, para sustentar y enfrentar las vicisitudes de la profesión, estimulando a usar e investigar otras posibilidades, así como exhortarlos a publicar sus éxitos o fracasos en la práctica clínica.

a.) Desarrollo de la personalidad.— Deben revisarse con el mayor detenimiento posible los temas sobre la evolución psicobiológica del individuo desde el

momento del embarazo y parto hasta la vejez, incluyendo infancia, adolescencia y edad adulta, lo que proporcionará marcos de expectativas para las conductas normales y patológicas de acuerdo a la edad del paciente y permitirá predecir las que presentará o deberá presentar en los siguientes periodos de su vida.

b.) Teoría y técnica psicoanalítica. - El estudiante deberá familiarizarse con los conceptos básicos del sistema freudiano, kleiniano, psicología del yo, etc., discutiendo las indicaciones, ventajas y limitaciones de los mismos, así como la historia y evolución del movimiento psicoanalítico. Esta área incluye: Teoría psicoanalítica de los neurosicos y las psicosis, donde se estudiará la metapsicología de los cuadros clínicos y la elaboración de construcciones psicodinámicas; Símbolos y sueños, dedicar seminarios especializados al estudio del lenguaje simbólico y, en especial, a los sueños Lecturas psicoanalíticas, discutir los temas que más interés hayan suscitado entre los estudiantes. Revisar los escritos más sobresalientes de Ferenczi, Sullivan, Rapaport, Reich, Abraham, etc.; Teoría de la técnica, examinar las aportaciones al manejo técnico de los casos de acuerdo a la patología (depresión, fobia, etc.), al periodo evolutivo por el que atraviesa el paciente (infancia, adolescencia, etc.), teniendo en cuenta los recursos internos y externos del mismo. Revisar literatura sobre terapia de grupo, terapia familiar, psicodrama, etc. siempre pensando en abrir nuevas posibilidades al estudiante.

c.) Materias clínicas. - El estudio de estos tópicos debe fomentar la práctica con pacientes: 1.- Nosología, estudiar las manifestaciones clínicas de los diversos cuadros psicopatológicos; 2.- Historia clínica y entrevista, qué investigar en general y en cada caso particular, así como la elaboración de notas, reportes e historias clínicas que ayuden a manejar los datos dinámica y terapéuticamente.

d.) Materias médicas.- 1. Anatomía y fisiología del sistema nervioso, proporcionar los conceptos fundamentales sobre tales temas, con el propósito de vislumbrar posibles diagnósticos de padecimientos con bases anatómofisiológicas; 2.- Nociones de Psicofarmacología, para auxiliar al terapeuta en la valoración de las reacciones de sus pacientes cuando éstos ameriten simultáneamente un tratamiento farmacopsiquiátrico.

e.) Temas sociales.- Conferencias y seminarios sobre temas de cultura y personalidad, cambio social, psicopatología social, actitudes, opiniones, dinámica de grupos, sobre Sociología, Antropología, Psicología del latinoamericano, del mexicano, etc.

f.) Materias culturales.- Es aconsejable que un psicoterapeuta posea nociones sobre Filosofía, Literatura, Mitología y folklore, Arte (pintura, escultura, música, etc.), Cine, Teatro, Historia de la Civilización, Psicología de las Religiones, etc.

Nos parece que un programa de estudios de ésta naturaleza no debe prolongarse más allá de cuatro años y tal vez, tres años sean suficientes.

Somos partidarios de no aceptar dogmáticamente ninguna corriente de pensamiento analítico en particular, por lo que los conferencistas y supervisores deben proceder de las escuelas más aceptadas y difundidas.

Sager piensa que un estudiante maduro expuesto a diversos conceptos teóricos aprenderá mucho cuando los examine, pudiendo posteriormente desarrollar un enfoque personal. "Se siente que solo en un clima de libertad intelectual, donde haya lugar para la flexibilidad y la estimulación pueden surgir terapeutas sanos y creativos." (50)

1.3.d. Práctica supervisada.- Aquí nos referiremos al entrenamiento que reci-



be el psicoterapeuta al tratar casos 'in vivo' y a la supervisión que tal práctica requiere, aspecto que constituye el eje de la formación y cuyo énfasis siempre deberá ser el mayor.

Teóricamente, a partir del segundo semestre de su entrenamiento, el terapeuta se iniciará en la práctica clínica, actividad que irá ocupando cada vez más la mayor parte de su tiempo y que demanda una fuente proveedora de pacientes.

Generalmente, el supervisor es una persona con una vasta experiencia en el campo y cuenta con ideas muy personales respecto al proceso psicoterapéutico y a la supervisión. Su papel será auxiliar y vigilar al estudiante. Surge aquí la interrogante de si basta con un supervisor o sería adecuado un segundo o un tercero cuando el estudiante aumenta su número de pacientes. Personalmente, creo que durante el primer año es suficiente contar con un supervisor, a fin de no contribuir a hacer mayores las angustias del aprendiz, quien de por si se encuentra bastante ocupado: análisis personal, pacientes, supervisión, estudios, etc. Desde luego, ésta medida funciona solo temporalmente. A partir del segundo año debe entrar en escena un segundo supervisor, quien aportará nuevos enfoques a la situación terapéutica y contribuirá a ampliar la iniciativa personal del estudiante.

Sager, 1953, reporta que aun no se ha determinado la proporción óptima de horas de supervisión con relación a las horas del paciente, aunque, en general, lo más satisfactorio ha sido una hora de supervisión para un número de 3 a 9 sesiones. Según éste autor, no resulta ventajoso recibir más de 3 ó 4 horas de supervisión semanalmente, pues la curva de aprendizaje baja y se corre el riesgo de establecer una exagerada dependencia, la cual va en detrimento de la espontaneidad del alumno. (50)

En un principio, la supervisión individual puede ser de dos tipos: un seguimiento intensivo de un caso o de varios casos alternativamente.

Sager indica la supervisión de grupo para alumnos bien versados en las técnicas terapéuticas. Tales grupos idealmente deberán estar formados por el supervisor y 3 ó 4 estudiantes. De nuestra experiencia personal podemos reportar resultados satisfactorios trabajando en grupos de igual tamaño y mayores: hasta de 8 miembros. Estos grupos también pueden seguir un solo caso o rotar las oportunidades de los participantes, así como dar prioridad a las situaciones de emergencia de cualquier paciente bajo control. (50)

Siguiendo éste último procedimiento, los estudiantes funcionan entre si como supervisores adjuntos, aportando nuevos y valiosos insights que podrían perderse en la supervisión individual. A pesar de ésto, la supervisión de grupo puede complementar, mas no remplazar la supervisión individual. Comparto esta opinión, ya que la supervisión individual favorece que tanto el terapeuta como el supervisor se involucren más en la dinámica del caso, ya que la situación es más semejante a un contexto terapéutico.

De acuerdo con Sager, las fases del entrenamiento clínico siguen el siguiente destino: a. fase inicial, que consiste en estudiar los problemas que se presentan con mayor frecuencia en los primeros estadios de la terapia, enfatizar en la primera entrevista, la anamnesis, el diagnóstico y los albores de la relación terapéutica.

En esta primera fase se discuten los métodos de presentar el material: grabar la sesión, tomar notas al pie de la letra, reconstruir la sesión después que ésta termina o presentar libremente el material sin tomar notas. Las ventajas y desventajas de cada método no serán discutidas aquí, pero lo más seguro es que cada modalidad encontrará adeptos de acuerdo a las necesidades y capacidades personales.

En ésta primera etapa, el supervisor dirigirá su atención a las manifestaciones más gruesas de la contratransferencia y las angustias suscitadas y ayudará al alumno a esbozar una estrategia terapéutica.

b. fase media, en la que, gracias a la práctica, se advierte un rápido desarrollo en las actuaciones del estudiante: capta mejor los detalles transferenciales y contratransferenciales, el material onírico y comienza a definirse una línea de terapia que puede seguirse de sesión a sesión.

La labor del supervisor será reconocer los obstáculos que se presentan a causa de la falta de conocimientos y experiencias y aquellos que se relacionan con los problemas de personalidad del terapeuta. Los primeros deberán ser manejados por el supervisor y los otros los deberá examinar el aprendiz en su tratamiento personal.

c. fases finales, en éste periodo se estimula al estudiante a hacer uso de su propia iniciativa y técnicas particulares. La supervisión se centra más en los problemas especiales de resistencia, transferencia y el manejo de los sueños. Asimismo, cada vez se enfatizará menos en las técnicas en que se basa el supervisado y se le ayudará más a entender su relación con el paciente.

Se espera que para entonces el estudiante sea más capaz de predecir las consecuencias de su propia actividad, así como de determinar cuándo necesita la ayuda de sus supervisores u otros profesionistas (médico, psicólogo, etc.)

Usualmente se requiere de tres a cinco años de experiencia clínica para alcanzar un desarrollo óptimo y concluir el entrenamiento, lapso en el que el terapeuta habrá tratado un número grande y variado de pacientes, muchos de los cuales han sido tratados por dos ó más años de una a tres veces por semana.

Según Fromm-Reichmann, el terapeuta en entrenamiento está obligado a ocu

par, por lo menos, 200 horas en discusiones supervisadas sobre distintos pacien
tes suyos con colegas experimentados (33).

Algunas dificultades de la práctica supervisada.— Aun cuando los principiantes adquieren conocimientos bien cimentados sobre la psicodinamia y teoría de la personalidad, a veces resulta difícil llevar la teoría a la práctica.

Schulman y col. proponen un arduo sistema para mejorar las técnicas de la su
pervisión con el cual reportan haber logrado resultados satisfactorios. (52) Tam
bién remitimos al lector a la obra de Ekstein y Wallerstein (10).

Un sistema muy accesible es la reunión de varios colegas para intercambiar puntos de vista sobre los casos más difíciles.

Sabemos que en muchos casos la supervisión es vivida como una confrontación personal y muchas veces genera múltiples resistencias (al terapeuta se le olvida anotar una o varias sesiones, no le funciona la grabadora, no recuerda un sueño o cualquier pasaje de una sesión, llega tarde a la supervisión, distorsiona los datos, etc.) fundamentalmente por temor a la crítica de compañeros y maestros. Se hace necesario, pues, que cada quien reflexione sobre la manera en que puede vencer tales dificultades en aras de un mejor aprovechamiento de las supervi-
siones, uno de los mejores instrumentos para lograr la eficiencia terapéutica.

CAPITULO SEGUNDO UN MARCO TEORICO PARA LA PRIMERA ENTREVISTA

La finalidad de éste capítulo es presentar un contexto teórico en donde se incluye cierta información que el terapeuta deberá poseer antes de enfrentar las primeras entrevistas. Asimismo, los conceptos que aquí se presentan constituyen un marco temporoespacial y un conjunto de conocimientos indispensables para pactar un contrato terapéutico.

II.1. DEFINICION DE PRIMERA ENTREVISTA.

II.1.a. La primera cita.— Szasz (1965) señala que los servicios del psicoterapeuta se solicitan de una de las siguientes maneras: el probable cliente llama pidiendo una cita, o llama un deudo o amigo del paciente, o el mismo es enviado por un colega (médico, psicólogo, profesor, etc.) pidiendo la cita él o su secretaria, o bien personas tales como abogados, jueces, funcionarios escolares, se ponen en contacto con el terapeuta, al parecer en nombre del paciente y con el propósito de concertar una cita para él.

El primer contacto entre paciente y terapeuta es, por lo general, una conversación telefónica. El paciente dice su nombre y pide una cita. Debe el terapeuta responder con la indicación de una hora para la cita a fin de que él y el paciente puedan realizar su primer encuentro? Aunque ello puede parecer de sentido común, sería un error hacerlo. Aun antes de establecer la relación terapéutica se debe reconocer y utilizar uno de los principios básicos de la terapia autónoma: el terapeuta jamás debe inducir a error al paciente. P.e., puede ser que la lista de pacientes del terapeuta esté completa. Así, le sería imposible aceptar un nuevo paciente para tratamiento, pero aun puede ver pacientes para evaluación y esclarecimiento de problemas, remisión a otros colegas, o para inscribirlos en una lista de espera. Una persona que llama tiene derecho a esta información.

Si se le rehusa y se da cita al paciente, éste puede tener la impresión de que ha dado el primer paso para el comienzo de un tratamiento, cuando en realidad no es así.

Tal vez el paciente no entienda los métodos de trabajo del terapeuta. De cualquier modo, si se le concede una entrevista, éste visita al terapeuta y entonces se entera que aquel no tiene tiempo para admitir nuevos pacientes; su primera experiencia de psicoterapia habrá sido nociva. El paciente pensará, con razón, que se lo podían haber dicho por teléfono y no en la consulta, con lo que se habría ahorrado tiempo y molestias.

La falta de tiempo puede ser un motivo para "rechazar" a un paciente solo si se le informa de ello antes de que el terapeuta le ponga la vista encima. Una vez reunidos los dos no es de esperar que el paciente crea que la decisión del terapeuta no está basada, al menos en parte, en la impresión que le ha producido (55).

Lo más frecuente es que la primera cita se haga para la primera hora que tengamos disponibles y que convenga a ambas partes. Algunas veces, sin embargo, puede percibirse una especial urgencia en la voz al otro lado de la línea la cual se manifiesta particularmente después que hayamos sugerido una cita para varios días después. Si este tono especial no parece de disgusto, sino más bien de pánico, aunque el terapeuta no quiera crearse dificultades, debe recordar que su obligación es tratar de ayudar a los demás, lo cual crea ciertas responsabilidades, por lo que deberá reexaminar su horario y volver a pensar las posibilidades de ofrecer a la persona la cita más próxima posible (40).

II.1.b. Puntos básicos de la primera entrevista..- La llamada primera entrevista o entrevista inicial ha de considerarse no como una sesión, sino como una serie de ellas; tantas como sean precisas para determinar los elementos sobresal-

lientes. Una persona, el paciente, consulta a otra, el terapeuta, para obtener beneficios de la experiencia, preparación y esfuerzos de ésta. Por definición, no es un encuentro entre iguales, sino más bien entre un experto y su cliente o cliente en potencia (52). Por consiguiente, ha de considerarse la primera entrevista, ante todo, como un periodo experimental. Freud, en 1913, fue de lo más explícito al afirmar que esa era su posición. Otros autores se han referido a este periodo en términos semejantes, al menos por implicación (Gill, Newman y Redlich, 1954; Sullivan, 1954). Se considera este periodo como una oportunidad para saber si existe una verdadera necesidad de terapia y, de ser así, si pueden trabajar conjuntamente de modo eficaz (52).

Resulta muy necesario tener un claro concepto de lo que es e implica la primera entrevista. Se considera fundamental tener aproximadamente tres entrevistas con el posible paciente, en las cuales el terapeuta debe tener como objetivo: presentarse como una persona dispuesta a ayudar; juzgar la patología, posibilidades de tratamiento, peligros o riesgos de la enfermedad y del mismo tratamiento; establecer arreglos prácticos para el tratamiento; decidir si el paciente permanecerá ambulatorio u hospitalizado.

Presentarnos como una persona dispuesta a ayudar.— Tarachow (1963) considera que ésta es una obligación del terapeuta durante el desarrollo de la primera y segunda entrevista, lo cual se logrará a través de los indicios que se den al paciente de que se le está tratando de comprender a medida que avanzan las mismas. Sus obligaciones —continúa— no incluyen algunos otros aspectos que han recomendado Gill et al. (1954), quienes hablan de establecer una relación cálida. Tarachow discrepa pues estima que un terapeuta puede mostrarse empático e interesado sin ser amistoso, pues tal amistad puede resultar artificial y podrá ser usada al servicio de la desconfianza y la ansiedad del paciente. Al mismo tiempo,

considera que la autoconfianza del terapeuta y la capacidad de mostrar rápidos insights son más apreciados por el paciente y que el tratar de ser amistoso puede resultar desastroso en una primera entrevista. "El paciente tiene derecho a experimentar al menos una entrevista para decidir si quiere que uno lo trate o si desea cambiar de parecer y no tratarse definitivamente. Uno no tiene derecho a perturbar sus defensas ni provocar más ansiedad o complicaciones transferenciales que las que pueda crear una entrevista bien llevada para elaborar la historia del paciente. Si el paciente regresa a una segunda entrevista, entonces uno tiene más libertades." (56)

Qué hacer cuando al paciente le resulta difícil comenzar a hablar? Szasz considera que es imperdonable que el terapeuta guarde silencio durante la primera o segunda entrevista esperando a que el paciente diga algo. Al comienzo de la relación, el paciente no sabe qué clase de juego tiene que jugar. La cortesía y el tacto, tanto como los principios analíticos, requieren que el terapeuta descubra por qué el paciente no puede hablar libremente.

Aun cuando Szasz recomienda una mezcla de afecto y objetividad profesional para las primeras entrevistas, enfatiza que en ningún caso el terapeuta debe dejarse coaccionar por el silencio del paciente o por sus ruegos de que le haga preguntas (55).

Juzgar la patología, posibilidades de tratamiento, peligros o riesgos de la enfermedad y del mismo tratamiento.— Además de servir para la recolección de datos para investigaciones futuras, la principal misión al valorar las condiciones psicológicas del paciente es lograr una impresión diagnóstica del mismo, lo cual va a determinar aspectos claves como la elección del método de tratamiento, las veces que requerirá verse semanalmente, etc., y, en general, la manera personal en que se abordará.

Bellak (1965) sostiene que entre las primeras tareas de evaluación está la identificación del "residuo intacto del yo", o sea, la porción saludable del mismo que se convertirá en aliado, en el esfuerzo terapéutico, por lo que hay que percatarse del funcionamiento global del yo a través de valorar sus funciones: adaptación a la realidad, regulación de los impulsos, relaciones de objeto, procesos del pensamiento, funciones defensivas, autónomas y la función sintética.

Algunos autores, p.e. Tarachow 1963, estiman conveniente la elaboración de una historia clínica del paciente que facilite una visión más precisa del mismo.

Queremos comentar que ésta práctica solo resulta adecuada si el psicoterapeuta elabora la historia clínica a medida que el paciente va proporcionando espontáneamente el material y no entorpece el libre fluir de sus ideas. No comparamos la idea de guiar propositivamente las entrevistas, ya que cada paciente tiene su tiempo personal para ir enfrentando los distintos momentos de su historia personal y no es deseable confrontarlo con experiencias que pueden ser muy dolorosas en los albores del tratamiento, evitando así que surjan resistencias innecesarias y hasta la deserción del tratamiento.

En caso que el terapeuta no se sienta seguro de lo que acontece a su paciente, es recomendable que solicite estudios psicológicos e historia clínica a un colega. Tal medida, a la vez que ayuda a la comprensión del caso, evita las dificultades ya mencionadas.

A Szasz le parece útil empezar con una pregunta como "qué es lo que lo trae a usted aquí?", o "qué puedo hacer por usted?". Después, aguarda y deja hablar al paciente. Sin preguntas ni insinuaciones, muchos pacientes darán cuenta detallada y razonable de las circunstancias que les obliga a buscar alivio. Otros, contestan brevemente a la pregunta inicial nombrando solo algún síntoma o pro-

blema agudo esperando que el terapeuta participe más activamente. (55)

Al recoger los datos sobresalientes, el terapeuta se define como alguien ver daderamente interesado en enfrentarse al paciente como ser humano, aun cuando sus propias angustias puedan tentarle a buscar información por el solo afán de hacerlo (52).

Después de valorar el estado psicológico actual del paciente, se pensará en las situaciones de emergencia que se pueden presentar, el tratamiento que más conviene y las metas a seguir (Ver III.3).

Establecer los arreglos prácticos para el tratamiento.- Este objetivo implica una especie de contrato o convenio de trabajo que incluye aspectos explícitos e implícitos en la relación paciente-terapeuta y comprende detalles que, si se omiten, pueden llevar el tratamiento a un callejón sin salida. Tal contrato incluye el número de sesiones semanales, su duración, honorarios, arreglos sobre los días feriados, la manera habitual de comunicarse las emergencias entre ambos, etc. En éstos y otros puntos similares es adecuado tener una política establecida y no dejarle dudas al paciente. En la medida en que tales detalles se arreglen con razonable elasticidad y que el terapeuta no intente dar la impresión de que todos los arreglos son solamente para la conveniencia y beneficio del paciente, éste no se verá obligado a cargar con todos los problemas por sí solo. No hay caso de pretender, p.e., que los arreglos de los honorarios y horas de sesión no tienen nada que ver con las necesidades y la conveniencia del propio terapeuta. En cualquier caso, solo un paciente que fuera indulgente a través de sus ilusiones provenientes de una transferencia espontánea lo creería. Muchos autores (Wolberg, 1967; Singer, 1965; Szasz, 1965; etc.) hacen hincapié en que antes de que terminen las primeras entrevistas, el terapeuta debe definir, si aun no lo ha pe-

dido el paciente, las condiciones de trabajo, especialmente dos asuntos: los honorarios y el momento y la frecuencia de las citas siguientes.

Durante las etapas iniciales de la terapia, cuando se discuten los aspectos contractuales, es preciso considerar una cuestión importante: cuando el paciente resolvió pedir ayuda para solucionar sus problemas, tomó una decisión seria y muy difícil. Generalmente, se siente en una situación incómoda y ambivalente debido al paso que da y a la posición de dependencia que, por lo menos así lo cree él, éste le impone.

Muchos de estos sentimientos pueden expresarse indirectamente a través de sus reacciones frente a los detalles del contrato. El enfoque terapéutico de estos sentimientos puede ser un excelente primer paso hacia una buena relación terapéutica (52).

Decidir si el paciente permanecerá ambulatorio u hospitalizado. El caso de que un paciente requiera tratamiento bajo hospitalización es una situación poco frecuente en la consulta privada.

No deberemos intentar preservar la "libertad" del enfermo haciendo que permanezca ambulatorio cuando las circunstancias indican lo contrario, ya que dicha condición puede resultar una carga insoportable para el mismo cuando no está a la altura de las normas y esperanzas de su ambiente.

El criterio más adecuado para valorar una u otra forma de tratamiento reside en la valoración del ambiente en que se encuentra el paciente. Cuando éste se encuentra viviendo en un ambiente que tolere bastante su enfermedad y el paciente mismo no parece ser un peligro básico para su persona o para otros, no es buena idea la hospitalización, ya que se corre el riesgo de hacer sentir al enfermo la idea de ser un caso sin esperanzas.

Hay enfermos para los cuales la hospitalización se suma en gran medida a la herida inicial de estar afligido por un trastorno mental; entonces el terapeuta deberá evitar, dentro de lo posible, la internación y valorar otras medidas terapéuticas (40).

Otros pacientes piden ser hospitalizados sin que su condición lo demande (33).

Kramer recomienda al psicoterapeuta no médico mantener una buena relación de trabajo con un médico que esté afiliado a un hospital psiquiátrico y familiarizarse con los procedimientos a seguir en casos de emergencias, ya que el paciente podrá necesitar la hospitalización no solo al comienzo del tratamiento, sino en cualquier fase del mismo y porque hay casos en que el paciente no tiene familiares, por lo que los trámites se harán directamente con el hospital (40).

Para cualquier decisión al respecto deberán tenerse en cuenta los recursos del paciente y de la comunidad. Cuando se indica la hospitalización privada debe determinarse si los gastos podrán ser pagados por el paciente o su familia. En caso que el paciente sea incapaz de pagar la asistencia privada es importante la existencia de una buena clínica en la comunidad (43).

Consideramos que todos los trámites que se sigan para la hospitalización del paciente deben ser conocidos por el mismo y que, además, debemos darle una explicación detallada de las necesidades y ventajas de tal forma de tratamiento.

II. 1. c. Importancia de la primera entrevista.- Inevitablemente y para bien o para mal la terapia se inicia desde los primeros momentos del encuentro paciente terapeuta.

Las entrevistas iniciales dan el tono de lo que va a seguir, crean la atmósfera y el clima para desarrollos ulteriores y, por consiguiente, representan uno de

los periodos definitivos en la empresa terapéutica.

Los primeros pasos del encuentro psicoterapéutico son cruciales; ligeros errores por parte del terapeuta pueden destruir la relación terapéutica en desarrollo o evitar que llegue a ser verdaderamente autónoma. Es el comportamiento inicial del terapeuta, no del paciente, el que constituye la jugada de apertura del juego terapéutico. Una vez establecido cierto clima terapéutico puede ser difícil o imposible alterarlo (55).

La entrevista inicial también hace las veces de un periodo durante el cual el paciente puede ser educado en lo referente a su responsabilidad en las entrevistas venideras con el terapeuta (52).

II. 2. ESPERANZAS Y MOTIVACIONES DEL PACIENTE.

Kelly -citado por Goldstein- sostiene que las formas particulares en que un paciente conceptualiza inicialmente los contactos terapéuticos afectarán claramente su conducta durante la terapia, particularmente en las primeras entrevistas y que de sus conceptos sobre la terapia dependerá el papel que espere jugar él y el que espere de su terapeuta (36).

Los esposos Cartwright señalan que las esperanzas de mejorar del paciente, o su creencia en la psicoterapia constituye un concepto complejo que involucra, al menos, cuatro tipos distintos de creencias: a) en que se producirán cambios, b) en el terapeuta, c) en las técnicas o procedimientos, d) en sí mismo. Consideran que la última es la que más guarda relación directa con los logros en el tratamiento (36).

Con el fin de hacer más sistemática la exposición estudiaremos desde cuatro puntos de vista las esperanzas y motivaciones del paciente:

II. 2.a. Por qué viene la gente a tratamiento? Tarachow piensa que se puede su

poner de antemano que ningún paciente viene voluntariamente al hospital o a psicoterapia solo porque quiera aprender sobre sí mismo, o ser tratado. "Nadie quiere exponer sus motivaciones ni siquiera el candidato a psicoanalista". Este autor asevera que la gente viene a tratamiento solo si presenta una crisis, la cual puede ser precipitada por una gran conmoción en el ambiente, porque la persona se haya metido en líos, o resultar menos dramática, p.e., un matrimonio que se viene abajo o amenaza con venirse, o el paciente está amenazado con divorcio, separación o cárcel, a menos que acepte tratarse. Siempre hay una crisis dentro o alrededor del paciente (56).

¿Vienen por su cuenta o son referidos? Para Menninger, un paciente acude a una persona entrenada como psicoterapeuta cuando algún tipo de malestar suyo ha sido señalado o reconocido espontáneamente como referido al área psicológica (45).

En los casos referidos por un médico al darse cuenta que no existe una base orgánica en los síntomas físicos del paciente, Colby valora el interjuego de dos factores: la prontitud o buena voluntad del paciente para aceptar la psicoterapia y la destreza del médico al referirlo. Otras personas que pueden influir para que el paciente busque tratamiento son los familiares y amigos. Es vano intentar psicoterapia con alguien que viene por conciliarse con un familiar o amigo, o solo por ser incitados por éstos. Dichos pacientes unen la figura del terapeuta con la de las personas que ejercen un dominio sobre ellos y las resistencias transferenciales resultantes auguran un pronóstico pobre a la terapia (8).

La patología. Generalmente el problema que se presenta es muy claro: el paciente sufre angustia, despersonalización, dudas, confusión o cualquier otro estado similar (6).

Colby describe las alternativas de la siguiente manera: "si todos o la mayoría de los rasgos de una persona son egosintónicos y le causan pocos problemas con la realidad, no sentirá la necesidad de psicoterapia. Solo cuando un rasgo caracterológico falla en su función defensiva o produce alguna frustración o incomodidad con la realidad es que el paciente busca ayuda. Hay algunos pacientes neuróticos que a pesar de sentir frustración o incomodidad con la realidad, o ambas cosas, evitan entrar a tratamiento. Los psicópatas, desviados sexuales, muchos alcohólicos, drogadictos y otras personas impulsivas raras veces desean sinceramente cambiar su estructura básica de personalidad. Solo acuden cuando se ven forzados, por ganancias secundarias, o si desarrollan síntomas extremadamente displacenteros. Usualmente la mayoría de los pacientes posee una estructura de carácter de cierta conformidad e integridad social." (8)

¿Qué teme el paciente? - Cada paciente tiene ciertos temores conscientes e inconscientes sobre la psicoterapia antes y durante el proceso. Entre los temores que pueden asomarse a la conciencia están el de ser considerado loco, homosexual u otro tipo de desviado sexual. Puede temer que en cualquier momento las interpretaciones del terapeuta resulten sorprendidas y súbitamente descubran algún aspecto muy molesto de su personalidad. Otros, temen llegar a ser muy dependientes del terapeuta, confiriéndole un gran poder sobre sus vidas. Algunos temen su desprecio; otros, su amor. Algunas fantasías dejan ver el temor de ser "absorbidos" de tal forma por el terapeuta que puedan "quedar en blanco", o en los casos de artistas (poetas, pintores) temer que un tratamiento les reste creatividad (8).

Inconscientemente, el principal temor del paciente es el de cambiar sus estructuras neuróticas, ya que al menos éstas le son familiares y si bien no cons-

tituyen soluciones exitosas, le producen ciertas gratificaciones. Cada paciente tendrá sus propios temores inconscientes respecto a la psicoterapia dependiendo de los diversos significados que la misma pueda tener para él. (Colby, 1951)

Singer define la situación así: "el paciente espera que su estructura de carácter permanezca inalterada al mismo tiempo que espera aliviar la angustia que le produce su conducta y su modo de relacionarse con los demás " (52)

II.2. b. Respecto al tratamiento. -Aun cuando el entrevistador evite cuidadosamente asumir el papel de terapeuta en la entrevista inicial y el paciente mantenga conscientemente el derecho a no comprometerse terapéuticamente, debemos tener presente los deseos inconscientes del paciente (56). En su inconsciente, él estará rumiando esperanzas mágicas y estimará la entrevista como una cura. La actitud íntima del paciente respecto a la terapia es, de modo inevitable, ambivalente: puede experimentar cierta ansia de vida y de libertad, deseo de empeñarse en algo, de ser y volverse activo, pero, al mismo tiempo, se siente inclinado a la pasividad, a seguir encadenado (52).

A pesar de toda la instrucción preliminar, que debe ser mínima, y no obstante la familiaridad ampliamente popularizada ahora con algunos detalles del tratamiento, el paciente que realiza un contrato con un terapeuta para someterse a tratamiento no sabe realmente lo que está adquiriendo para sí. La naturaleza real de la psicoterapia psicoanalítica al abrir un camino para la expresión directa del material previamente inconsciente lo hace peculiarmente exótico, extraño e inimaginable.

Fischer (1954) -citado por Tarachow- fue capaz de demostrar que aun cuando a los pacientes se les informe explícitamente que su cooperación en experimentos psicológicos solo tiene como fin la investigación científica y no persigue

propósitos terapéuticos, llegan a indicar por sus sueños y otras reacciones que consideran el experimento como tratamiento.

Ya que el terapeuta no puede restringir los deseos inconscientes del paciente en la entrevista inicial, debe al menos controlar su propia conducta. En algunos casos, el paciente aporta a la terapia tendencias racionales, positivas, estimuladoras de vida, que se expresan como esperanzas racionales. Tales tendencias en relación a la terapia se hallan determinadas por el grado en que pueda imaginar una vida significativamente diferente. Estas provienen de su conocimiento profundo, aunque inconsciente, de que fundamentalmente ha fracasado en la realización de sus potenciales humanos constructivos y de los conflictos que acompañan ese fracaso (52).

También hay pacientes con un deseo inconsciente de castigo, que esperan que la terapia no progrese, para probarse que son casos realmente sin remedio (8).

En caso que el paciente solicite una clase específica de terapia, el terapeuta debe preguntarle por qué desea ese tratamiento y cuáles fueron sus fuentes de información. Nunca debemos despreciar o ridiculizar estas fuentes, aunque puede indicarsele que hay otros métodos de tratamiento por considerar (60).

II.2.c. Respecto al terapeuta.— Cada paciente tiene sus esperanzas conscientes e inconscientes de ser ayudado. En el proceso, puede esperar ser guiado y aconsejado, que se le enseñe y estimule. También espera que le suceda un cambio espontáneamente, sin un esfuerzo voluntario de su parte. Inconscientemente, el paciente tiene una creencia mágica en la capacidad omnipotente del terapeuta para mejorarlo, por lo que espera impresionar favorablemente y así obtener nuestro amor y admiración, quizás de manera permanente, como en una amistad o matrimonio. Junto con éstos deseos puede estar el querer convertir el consultorio en una arena y, la terapia, en un duelo (8).

El paciente que se somete por si mismo a tratamiento comienza con una fé ciega en el terapeuta y en las técnicas que éste pueda seguir (45).

Un estudio de Apfelbaum (1958) reveló tres tipos esenciales de expectativas de los pacientes respecto a sus terapeutas antes de su primera entrevista psicoterapéutica:

A-) un grupo con la esperanza de obtener un terapeuta NUTRICIO que diera, guiara, protegiera y que no fuese ni formal ni crítico ni esperase que el paciente se responsabilizara de sus problemas;

B-) un grupo con la esperanza de un terapeuta MODELO, bien adaptado, diplomático, que fuese esencialmente un oyente permisivo, que no juzgase a sus pacientes y no tendiera a ser ni protector ni crítico;

C-) un grupo que espera un terapeuta CRITICO, que fuese analítico y pidiera al paciente que asumiese considerable responsabilidad de sus actos.

La segunda fase de ésta investigación consistió en un intento exploratorio para determinar los correlatos relevantes a la terapia, derivadas de éstas expectancias:

1.- En términos tanto de las clasificaciones de los terapeutas, como de cambios en el MMPI antes y después de la terapia, el progreso fue mayor para los del grupo A que los del grupo C. Los del grupo B cayeron en una posición intermedia que no difería significativamente de ninguno de los otros dos grupos.

2.- El grupo B permaneció en psicoterapia por un lapso significativamente mayor que los grupos A y C, no existiendo diferencias en cuanto a su duración en el tratamiento en éstos dos grupos.

3.- En cuanto a la psicopatología, en términos del MMPI, los más enfermos fueron los del grupo A, seguidos por los del grupo C y B. (36).

II.2.d. Respecto a sus condiciones socioculturales. - Siguiendo a Colby, raras veces acuden personas de la clase baja voluntaria o espontáneamente, mas bien llegan referidos por su médico, por una clínica, etc. En casi todos los casos, el paciente se ve forzado a venir por alguna amenaza implícita y, de otra forma, nunca consideraría la posibilidad de consultar un terapeuta. Una excepción a este grupo lo constituyen algunos de la clase baja-alta con extremas esperanzas de tipo mágico, o por la posibilidad de obtener ganancias secundarias.

La mayoría de los pacientes que llegan por motivación propia pertenecen a la clase media o alta.

Otro común denominador es el grado de educación y cultura: aquellos que están acostumbrados a tratar los asuntos por medio de palabras e ideas y reflexionar sobre sus pensamientos y conductas comprenden el grupo más alto que busca psicoterapia espontáneamente.

Asimismo, entre las fuerzas más intrapersonales y conscientes están aquellas representadas por las motivaciones de los intelectualmente curiosos (escritores, artistas), místicos y creyentes comunes. Para tales gentes, el terapeuta puede ser solamente un maestro y aunque la terapia pueda agregar algún halo de prestigio al paciente ante los ojos de sus camaradas, usualmente es poco afectiva para cambiar su neurosis (8).

Aun los terapeutas con más experiencia pueden no tomar suficientemente en cuenta las expectativas del paciente en las primeras y cruciales horas de la terapia y perderlo antes de que pueda establecerse un firme patrón de mutua colaboración. Por lo tanto, es muy útil que los terapeutas en entrenamiento dirijan inicialmente la atención a la variedad de concepciones y expectativas posibles que traiga su paciente sobre la terapia más que urgirlos directamente a adoptar el modelo de participación mutua desde el principio (Heine y Trossman,

1960).

II.3. ESPERANZAS Y MOTIVACIONES DEL TERAPEUTA.-

En primer lugar, recordaremos, a la manera de Colby (1951) que un psicoterapeuta es un ser humano y, en segundo lugar, un técnico, y que ha llegado a convertirse en terapeuta como resultado de sus experiencias vitales y su propio sistema de deseos—defensas.

Cada terapeuta, naturalmente, desea curar a sus pacientes, pero éste deseo puede oscurecer las posibilidades reales de cura o la duración del periodo que tal cura requiere. El ambicionar muchos logros terapéuticos es algo contra lo cual tendrá que luchar el principiante, hasta que la experiencia modere su deseo de que los procesos neuróticos cambien completa y rápidamente, evitando así dificultades contratransferenciales.

Para el principiante, uno de los rasgos más difíciles de autodetectar son sus necesidades narcisistas y las defensas que pone en juego en el proceso terapéutico. Colby atribuye esto al hecho de que cuando se ha invertido años de arduo trabajo para entrenarse y llegar a ser un experto, habiendo logrado un status muy respetable en la sociedad puede ser que no resulte fácil mantener una opinión favorable sobre uno mismo y, a la vez, tener presentes las propias debilidades, errores y fracasos.

El terapeuta puede luchar con la tentación de impresionar al paciente, quizás mostrándole cuánto sabe o tratando de mantenerse infalible. Sin embargo, ésta infalibilidad no durará mucho ya que cometerá muchos errores en la psicoterapia, lo cual no es solo característica de los principiantes.

Finalmente, lo importante no es que seamos narcisistas hasta cierto punto, o que querramos ser perfectos, sino que estemos conscientes cuando es un estallido narcisista el que determina nuestra reacción hacia el paciente y cuándo he-

mos cometido un error técnico. (8).

El terapeuta debe sentirse en libertad para confesar deseos tan comunes como el de obtener ingresos y condiciones satisfactorias de trabajo, figurando entre éstas la especificación de las horas que dedicará al trabajo. También debe sentirse dispuesto a admitir su deseo de un descanso o de vacaciones. Estas son necesidades y deseos racionales y negarlo sería rehusar conocerse a si mismo, a la vez que revelar^á las tendencias irracionales y explotadoras del terapeuta. Singer resume las expectativas del terapeuta así: "las esperanzas racionales que pone el terapeuta en el trabajo con su paciente son la expresión de su anhelo de una actividad creadora sin trabas, de satisfacciones de orden material y de realización propia. Sus necesidades racionales lindan con rasgos patológicos cuando se expresan en esperanzas destructivas conscientes e inconscientes y en una conducta perjudicial para el paciente" (52).

Heller y Goldstein (1961) encontraron que la magnitud de las actitudes favorables del paciente hacia el terapeuta se relacionaban significativamente al grado de mejoría que esperaba el terapeuta del paciente. Este hallazgo es importante tanto por lo que se refiere a la transferencia como a la contratransferencia.

Heine y Trossman (1960) mostraron que, en general, el paciente tiende a ver la relación en términos de un modelo de orientación-cooperación, mientras que los terapeutas tienden a organizar sus maniobras alrededor de un modelo de "mutua participación" y que las expectativas más comunes de los terapeutas sobre los pacientes estudiados fueron las siguientes:

- (1) el paciente debe desear una relación en la que tenga oportunidad de hablar libremente sobre si mismo y sus molestias;
- (2) el paciente debe ver la relación como un medio para aliviar el malestar más que esperar ser aliviado por una manipulación impersonal por parte del te-

rapeuta;

(3) el paciente debe percibirse a si mismo como responsable en cierto grado del resultado.

II.4. SELECCION DEL TERAPEUTA.

En este apartado consignaremos algunos aspectos que suscitan polémicas respecto a la efectividad de un terapeuta al manejar algunos casos: su edad , su entrenamiento, su sexo y sus rasgos de personalidad. Veremos sucintamente cómo tales factores pueden afectar o no los distintos momentos de un tratamiento, o el tratamiento en general.

II.4.a. Edad.— La edad del terapeuta puede influir sobre el paciente. Algunos insisten en un terapeuta mayor sobre la base de que es una señal de mayor experiencia. Algunas veces se desea una terapeuta mayor en casos en que hay necesidad urgente de una figura materna, mientras que un terapeuta mayor puede ser buscado por individuos que anhelan una relación con una figura paterna (60). Los terapeutas debemos vencer ésta dificultad y tener muy claro cómo puede afectar a los distintos pacientes, especialmente en las primeras fases del tratamiento.

II.4.b. Sexo.— A menudo se plantea la interrogante sobre cuál es el sexo más adecuado del terapeuta para manejar determinados problemas. Independientemente de que se pueda llegar a una regla general o no, hay pacientes que parecen funcionar mejor con un terapeuta de un sexo que de otro. Así, si el paciente ha tenido experiencias dolorosas de rechazo, negligencia o trato severo por parte de su padre y luego nunca ha sido capaz de establecer una buena relación con un hombre, un terapeuta de éste sexo podría desencadenar severos problemas de naturaleza transferencial. Si, además, la estructura yoica de tal paciente es débil, el tratamiento puede suscitar ansiedades que estén más allá de sus recursos.

En tales circunstancias probablemente sería mejor que tal paciente iniciara su tratamiento con una terapeuta. Lo contrario sería valioso si los conflictos se presentasen con una figura materna (Wolberg, 1967). El mismo autor recomienda una elección opuesta en caso de un yo fuerte si la psicoterapia persigue una neurosis de transferencia.

También Wolberg señala que algunos tipos de síndromes parecen responder más fácilmente en la relación con una terapeuta. Tal sería la situación de algunas esquizofrenias y casos 'borderline', alcoholismo y personalidades psicopáticas, probablemente porque existan necesidades de dependencia de tipo oral que serían gratificadas simbólicamente sin enfrentar la figura masculina potencialmente amenazante y autoritaria.

Kubie estima que, en general, no tiene mayor importancia el que terapeuta sea de uno u otro sexo. Sin embargo, aclara que existen ciertas excepciones en que el sexo del terapeuta puede ser importante aunque no sea siempre predecible cuál vínculo será el mejor.

En cuestionario enviado por Glover a psicoanalistas ingleses, su pregunta sobre la importancia del sexo del analista obtuvo los siguientes comentarios: "ninguna", "no mucha", "cualquiera debe ser capaz de atender cualquier caso", etc. Sin embargo, una respetable minoría dijo: "alguna" y varios de los que así respondieron sienten que es un tema para investigación. Ante la cuestión "preferencia del sexo y tipos clínicos" cerca de la mitad se inclina a enviar pacientes homosexuales (excluyendo aquellos que presentan síntomas definidos de paranoia) a analistas del mismo sexo. La otra mitad se inclina a recomendar un terapeuta del mismo sexo en la medida en que éste represente al padre menos temido para facilitar los periodos iniciales del tratamiento, especialmente en casos en que la ansiedad y el rencor están muy manifiestos. Hubo otros que respondieron que

una mujer podría ser la más indicada para ambos sexos en vista de la importancia de la figura materna.

Sobre cambiar, posteriormente, con fines terapéuticos, a un terapeuta del sexo opuesto, la mayoría como regla no lo favorece. Solo conciben tal cambio en casos excepcionales como un completo estancamiento del tratamiento o disparates o errores técnicos, especialmente de transferencia (35).

Kubie sostiene que no se debe dar mayor importancia a la cándida idea de que todos los pacientes hombres deben ir con terapeutas varones y todas las mujeres con terapeutas del sexo femenino (41).

II.4.c. Entrenamiento - Puede ser que el terapeuta no esté entrenado para impartir la clase de aproximación terapéutica más adecuada para la dificultad del paciente. Así, por ejemplo, si una condición depresiva peligrosa requiere terapia electroconvulsiva, la cual no utiliza el terapeuta en su práctica, éste deberá encontrar la persona adecuada para dar el tratamiento (60).

"Es tranquilizador pensar -dice Kubie- que las pequeñas diferencias de habilidad tienen mucho menos influencia en el éxito o fracaso de un tratamiento de lo que habitualmente se supone." (41)

II.4.d. Personalidad.- Un aspecto que reviste capital importancia es la personalidad del psicoterapeuta, pero esto no se refiere simplemente a que tenga tendencias a ser obsesivo, histérico o esquizoide. Más importancia es que el terapeuta haya vivido un análisis lo suficientemente intenso como para que tenga conciencia de su proceder, siquiera la mayoría de las veces y que su psicopatología no contamine la del paciente ni le acarree más problemas de los que éste ya trae, impidiéndole obtener mayor provecho de su tratamiento o de otros tratamientos a los que pueda someterse en el futuro.

Fromm-Reichmann considera que la selección del terapeuta debe contemplarse desde el punto de vista de la adaptabilidad personal del terapeuta y las necesidades de un paciente en particular puesto que el éxito o fracaso de la psicoterapia analítica depende, en sumo grado, de si existe o no una cualidad empática entre terapeuta y paciente.

Durante los pasos iniciales y en las tempranas fases de la labor, el sexo del terapeuta, la voz, la manera y apariencia pueden provocar respuestas específicas por lo que "el ascenso a la montaña" seguirá caminos que diferirán en cada ocasión y de acuerdo al terapeuta que conduzca el caso. Por supuesto que es más fácil embarcarse en un tratamiento cuando la respuesta inicial ante el terapeuta es de comodidad y confianza, aunque en algunos casos a pesar de reacciones iniciales de ciega hostilidad, pánico y desconfianza se ha logrado éxito terapéutico." (41)

Conforme avanza el tratamiento, si es conducido por una persona que cuida de ser una pantalla sin crear obstáculos, las diferencias superficiales desaparecen gradualmente llegando a no tener importancia las diferencias individuales con el hábito, perdiendo la mayor parte de la significación emocional que tenían en un principio. En éstos momentos resultan más importantes las fantasías con que el sujeto inviste al terapeuta, que la personalidad del mismo.

Las diferencias personales pueden determinar de manera notable el orden en que emerja el material al comienzo del tratamiento, pero si el terapeuta se mantiene como pantalla las fantasías del paciente pueden tratarlo ya como hombre o mujer, como joven o viejo, etc., independientemente de los hechos reales y no afectarán el resultado final (41). Para decirlo en las palabras de Freud: "el extraño sentimiento amoroso del enfermo prescinde de todo y no tiene en cuenta

circunstancia real alguna, sobreponiéndose a todas las condiciones de atractivo, sexo, edad y posición." (Freud, 1912)

II.4.e. Otras consideraciones.- Es necesario que el paciente acuda a un terapeuta que le sea personalmente desconocido. Hay que comprender que las dificultades son para el paciente y no para el terapeuta, pero la mayor responsabilidad del cumplimiento de ésta regla recae en el terapeuta. Existirán ocasiones en que sea imposible seguir este principio pues un paciente muy perturbado puede rechazar cualquier otro terapeuta, como también el médico o el pariente responsable pueden tomar una posición igualmente intransigente. En estas circunstancias, sobre todo si es peligroso esperar, el terapeuta se verá forzado a tomar en tratamiento, al menos temporalmente, a un amigo, familiar o conocido. Habitualmente, desde el principio se empieza a preparar el cambio del paciente hacia un colega, tratando de hacerlo en unas cuantas semanas, aunque en ocasiones puede llevar varios meses (41).

El terapeuta que ha realizado las entrevistas iniciales debe cuestionarse si se siente o no adecuado para tratar a un paciente en particular y debe preguntar al enfermo si desea o no que lo trate. No obstante, deben tenerse en cuenta los siguientes puntos: a-) el enfermo mental promedio tendrá temor a herir los sentimientos del terapeuta si contesta negativamente, b-) estará propenso a actuar según la recomendación de la persona que lo envió con un terapeuta dado y c-) temerá tener que ver a otro terapeuta y tomar una nueva decisión (33), pareciendo entonces recomendable dejar al paciente un lapso prudencial, p.e., una semana, para que tome su decisión e, incluso, estimularlo a que visite a otros terapeutas.

Aun cuando es raro que un paciente no quiera aceptar a la persona que consultó, si las entrevistas fueron conducidas adecuadamente el terapeuta deberá estar preparado para enfrentar esta situación (60).

II.5. ACEPTAR O REFERIR EL PACIENTE.

Antes de entrar en materia, examinaremos las características que deberá poseer un paciente para que la psicoterapia tenga posibilidades de ser exitosa.

Colby enuncia las cualidades personales que hacen de un paciente el individuo más adecuado para la psicoterapia: a-) que su edad fluctúe entre 16 y 50 años, b-) su inteligencia sea promedio o superior al promedio, c-) que su nivel intelectual le permita ser articulado, tener imaginación al expresarse y ser capaz de captar o entender las comunicaciones de los demás, d-) que haya mostrado ciertos logros en un trabajo o grupo social, e-) que no sea un criminal y su neurosis no lo incapacite completamente, f-) que su situación real no sea agobiante y las ganancias secundarias que le produce su neurosis sean pequeñas, g-) que rápidamente capte la idea de participar con el terapeuta para formar un equipo de trabajo en un esfuerzo conjunto, h-) que desee cambiar sus actitudes o formas de vida para ayudarse a sí mismo y haga intentos sinceros para lograrlo (8).

Beese, en su estudio sobre las perspectivas de éxito de un tratamiento psicoanalítico en clínicas, enumera 14 criterios, de los cuales citaremos solo algunos con el fin de complementar las ideas de Colby: edad entre 22 y 35 años, breve duración de los síntomas, predominio de elementos estructurales históricos en contraposición a esquizoides, etc., dejando claro que es supuesto ineludible de la indicación y éxito la posibilidad de interpretación de la transferencia del paciente (5). Solo difiere con Colby al señalar que un aspecto favorable radica en una situación claramente fatal para el paciente.

Diremos que éstos son los criterios óptimos para dar un pronóstico exitoso al tratamiento, mas no debemos esperar que un paciente los reuna todos. No obstante, éstos parámetros servirán para valorar qué tanto se puede esperar de un paciente, qué metas fijarnos y hasta dónde las limitaciones de un tratamiento van

a estar dadas por las propias condiciones del paciente y no por los manejos terapéuticos que intentamos.

Recomendamos la lectura del Capítulo XXV del libro "The Technique of Psychotherapy" de Lewis R. Wolberg para un conocimiento más detallado del tema.

Seguidamente, examinaremos algunas situaciones que nos pueden llevar a referir un paciente y a varias formas de abordar tal situación.

Independientemente de cuán bien entrenado y cuánta experiencia tenga el terapeuta, siempre será más hábil para manejar una clase de pacientes que otros. Con algunas personas se sentirá más cómodo y será capaz de resultar empático y objetivo, lo cual beneficiará la terapia. Con otras, se sentirá menos cómodo, más defensivo y menos capaz de mostrar el monto adecuado de interés. Después que haya adquirido gran experiencia terapéutica y haya evaluado sus resultados, puede llegar a la conclusión de que lo hace mejor con cierto tipo de pacientes y problemas. P.e., puede decidir que es incapaz de tratar esquizofrénicos, casos fronterizos, neuróticos compulsivos o individuos con fuertes fobias. Puede obtener mejores resultados con hombres que con mujeres, con adultos jóvenes que con personas maduras; puede ser incapaz de tratar niños o ancianos. Se puede inclinar por pacientes que responden positivamente y referir aquellos con quienes no siente afinidad. Este proceso selectivo es favorable ya que la actitud emocional hacia el paciente o la convicción de ser incapaz de tratar bien un problema que se le presente puede establecer barreras en la relación. Esto no significa que el entrevistador no será capaz de manejar las dificultades posteriores, pero no hay necesidad de forzar las cosas siendo que hay otros terapeutas a quienes se podría canalizar el paciente. (60)

Sobre el tema, Kramer dice: "estos sentimientos negativos pueden pasar,

pero no hay garantía de que cambien" y opina que cuando ésta sea la situación la responsabilidad del terapeuta es tratar de ayudar al paciente a buscar otro lugar donde ir y, a su vez, tratar por cuenta propia de descubrir la fuente de antipatía o incomodidad que sintió con el paciente, esperándose que tales situaciones tiendan a desaparecer, o al menos disminuir, a medida que madura personal y profesionalmente (40).

Una razón para referir un paciente es que el entrenamiento o experiencia específica del terapeuta entrevistador no permita la utilización de la terapia más adecuada. También debemos referir el paciente cuando la experiencia y recursos del terapeuta no sean las adecuadas para manejar la patología o problemática del mismo. Bien sabido es que en los albores de la práctica profesional resulta muy difícil tomar tales decisiones, pues corremos el riesgo de quedarnos sin paciente. No obstante, siempre debemos tratar de anteponer la ética profesional a las necesidades personales, lo que si bien no resultará muy remunerativo, al menos nos evitará conflictos. Creo prudente recordar en éste punto una sentencia de Erikson, "cuando y donde sea que el hombre abandone su posición ética lo hace solo a costa de regresiones masivas que ponen en peligro las verdaderas defensas de su naturaleza." (11)

Algunas veces el paciente querrá tratarse con un terapeuta pero no podrá pagar sus honorarios. Cada terapeuta debe decidir cuánto y hasta qué punto desee y sea capaz de adaptar sus honorarios. Si éste obstáculo no puede vencerse es importante tener una lista de personas que puedan dar tratamiento a bajo costo y enviar al paciente con una de ellas (40). También debe referirse el paciente cuando el terapeuta entrevistador no tenga tiempo en su horario, o porque el paciente no quiera trabajar con éste dadas su edad, sexo, religión u orientación, etc. (60)

Otras veces, el paciente y/o el terapeuta deciden que realmente lo que buscaba no era realmente un tratamiento psicoterapéutico, por lo que siempre deberán valorarse las resistencias conscientes para consultar a un terapeuta: el paciente puede asistir por quedar bien con terceras personas, puede ser que no tenga interés en cambiar su equilibrio actual, venir por curiosidad, buscando instrucción, o por lograr mayor satisfacción. Aun cuando puedan descubrirse rasgos patognomónicos de x, y o z patología, resulta un error, a menudo desastroso, mostrar a estas personas lo precario de su situación para motivarlas a entrar a tratamiento. No hay tal derecho (Kramer, 1970; Colby, 1951).

Cuando se requiera el tratamiento con urgencia es esencialmente obvio comenzar la terapia sin demora o referir el paciente a otro terapeuta que tenga tiempo. En este caso es altamente deseable que el entrevistador tome las medidas necesarias por el bien del paciente y no lo envíe a una misión ciega con otros terapeutas que quizás tampoco tengan tiempo (Wolberg, 1969).

Cuando por alguna razón se refiera un paciente se le presentarán las razones de tal forma que no lo interprete como un rechazo. Si las explicaciones tienen que ver con el tipo de terapia más adecuada para el paciente dando a entender que el entrevistador no será el terapeuta, frecuentemente aceptará las razones sin mayor dificultad (60).

Enviarlo con otro terapeuta puede resultar un verdadero golpe para el paciente, pero, cuando sea necesario, no debe eludirse (52) y por ningún motivo debe omitirse una entrevista preliminar que pueda ayudar a modificar hasta cierto punto la convicción de que se le envía con un terapeuta de segunda categoría (Glover, 1958).

Colby señala la dificultad que implica rehusar un paciente inadecuado para psicoterapia si éste no manifiesta resistencias conscientes al tratamiento y

busca ayuda con ansias. Cada caso constituirá un problema individual y dependerá de circunstancias particulares, pero con ciertos pacientes a menudo es posible ofrecer consejos y recomendaciones sobre manejos ambientales. Sin embargo, éstas sugerencias no deben hacerse cuando se trate de decisiones mayores como un divorcio, tener un bebé, dejar una carrera, un aborto, etc. En caso de querer hacerlo, el terapeuta deberá tener muchos más datos que los que pueden obtenerse en una o dos entrevistas (8).

Al referir un paciente también podrá decirse que el elemento más importante en la terapia es su relación con el terapeuta y si por cualquier razón siente que no responde completamente con el otro terapeuta —por no sentir confianza o sentirse bloqueado— será importante que discuta sus actitudes abiertamente, ya que en caso de no poder remediar sus sentimientos será necesario buscar otro profesionalista (60).

"Unos pocos pacientes querrán ver otro terapeuta antes de comprometerse en un tratamiento. Es su derecho hacerlo; quizás encuentren alguien con quien se relacionen mejor. Siempre les pido que me llamen cuando tomen su decisión." (Kramer, 1970)

Recomendar una clínica o centro psicoterapéutico de bajo costo puede hacerse cuando la situación económica del paciente excluya la posibilidad de una terapia privada. En éstos casos puede ser necesario gastar un poco de tiempo preparando al paciente para las rutinas de la clínica, ya que de otra manera podría ser traumático para el mismo (60).

Thomas Szasz (1965) nos advierte que al final de la primera entrevista puede evidenciarse que el paciente está ávido por proseguir un ulterior esclarecimiento de su situación, o tal vez no se haga evidente más que después de varias entrevistas exploratorias. En ese momento el terapeuta debe decidir si desea seguir

trabajando con el paciente, pues mientras más sesiones haya celebrado, más obligado estará, en su opinión, a seguir atendiéndolo. En cualquier caso, si el terapeuta tiene razones para creer que no desea tratar a una determinada persona, debe evitar ahondar más en la historia de su vida.

"El contrato analítico es como un buen faro que permite el riesgo de alejarse (regresión transferencial) por existir siempre la seguridad de reencontrarse con la realidad (marco de referencia). "

Liberman, .D. ; Ferschtut, G, y Sor, D. (1961)

CAPITULO TERCERO EL CONTRATO TERAPEUTICO

III.1. QUE ES EL CONTRATO TERAPEUTICO?

Desde Freud, los terapeutas han tratado como contractual la relación paciente-terapeuta, aunque la literatura psicoanalítica ofrece pocas discusiones sobre las promesas específicas que se hacen mutuamente o sobre las sanciones en que incurrir por incumplirlas, apareciendo solo vagas nociones al respecto. (56)

El contrato terapéutico es un convenio entre dos personas, en el que existen elementos formales de intercambio recíproco: una serie de normas (regla fundamental, de confidencialidad, etc.) así como tiempo y dinero. (44) Un contrato terapéutico implica un dar y ganar algo por ambas partes, con la consiguiente satisfacción de necesidades en una forma mutua y recíproca. (45)

En un sentido más clínico, es el encuentro entre una persona que necesita ayuda con otra que posee métodos profesionales. A cambio de un pago y por la información recibida confidencialmente, el terapeuta promete actuar por el beneficio de paciente dentro de la ética de la profesión. (11) Este acuerdo establece un mutuo respeto por los derechos y obligaciones de las dos partes (44), rechazando la coacción y fomentando la igualdad. (56)

En cuanto a sus límites, el contrato es un acuerdo para hacer o abstenerse de hacer algo (56). Sin embargo, en términos del tratamiento es una transacción ilimitada, ya que no hay una especificación de lo que significa salud mental o madurez. Así, el paciente no paga por aliviarse -aunque eso sea lo que busque- sino por los servicios profesionales del terapeuta (45).

El terapeuta solo puede contratar la venta de tiempo y servicios y debe ser puntual en la prestación de los mismos en consonancia con el acuerdo previamente establecido. Szasz indica que en la psicoterapia autónoma la mayoría de las

restricciones recaen sobre el terapeuta, teniendo gran libertad de acción el paciente, quien no tiene que ser puntual más que en el pago de los honorarios. (56)

III.1.a. Contrato y alianza terapéutica.- Definiremos el concepto alianza terapéutica (operativa o de tratamiento) e intentaremos distinguirla de la noción de contrato terapéutico en el sentido que se le dará en éste trabajo.

"Es la relación no neurótica, racional y razonable que el paciente tiene con su terapeuta y que le permite trabajar intensamente en la situación terapéutica."

(Greenson, 1965)

El concepto de alianza se refiere más bien a sentimientos positivos (transferencia positiva) hacia el terapeuta y la situación terapéutica. Entre sus elementos esenciales figuran la aceptación de la necesidad de tratar los problemas internos y de trabajar frente a resistencias internas o externas, la capacidad de tolerar un cierto grado de frustración, la existencia de cierta confianza básica y la identificación parcial y temporal con las metas del terapeuta y del tratamiento. (51)

Aun cuando repetidas veces se han usado ambos conceptos como intercambiables, aquí entenderemos por contrato terapéutico, siguiendo a Menninger (1958), aquellos elementos formales, explícitos e implícitos de la relación terapéutica -tiempo, dinero, regla fundamental, confidencialidad- que prometen cumplir paciente y terapeuta en el tratamiento.

Así, mientras que la alianza disminuye o aumenta de acuerdo a las resistencias o al desarrollo de la transferencia positiva, trataremos siempre de mantener el contrato como un marco de referencia constante.

Sintetizando, ambos conceptos son mutuamente complementarios: el contrato terapéutico estructura un marco de referencia sobre el cual influyen los elementos dinámicos de la alianza terapéutica.

III.1.b. Con quién, cómo y cuándo contratar.— El contrato se hace con el paciente, salvo cuando se trata de personas que por uno u otro motivo (niños, adolescentes, psicóticos) no pueden relacionarse debidamente o aceptar ciertas responsabilidades, en cuyo caso se hará con los familiares o las personas más cercanas al mismo (44). No obstante, recomendamos explicitar el contrato a éstos pacientes en términos accesibles a su nivel o hacerlo tan pronto como están en condiciones de comprenderlos.

Antes de hacer un contrato debemos preguntarnos si podremos ayudar al paciente con nuestros métodos y posibilidades personales y si éstos serán los más adecuados a las necesidades del paciente.

Se sugiere que las condiciones de éste contrato sean explícitas y aunque las demandas específicas puedan diferir de un terapeuta a otro, siempre estarán determinadas por diversos factores que deberán ser, preferentemente, de orden racional. (53)

Es aconsejable informar al paciente la duración de cada sesión, la necesidad de que sea puntual a sus citas, de qué manera se harán los pagos y si tendrá que pagar o no a las sesiones faltadas. (61)

Un aspecto importante en relación al cierre del contrato es que el paciente no sabe exactamente cómo es el tratamiento y puede creer que inmediata y progresivamente se sentirá mejor y más cuerdo. Debe prevenirse, pues, que eso no es necesariamente cierto, que el tratamiento lleva primero a un desorden y luego a un proceso de restauración. (45)

Menninger y Kubie hablan de pedir al paciente que pospongan los cambios y decisiones importantes (matrimonio, divorcio, cambio de ocupación, etc.) hasta que haya finalizado el tratamiento. Sin embargo, otros arguyen que se debe

evitar dar órdenes al respecto y esperar hasta que la situación lo requiera así, mientras que otros autores opinan que no debe darse ningún tipo de órdenes en el tratamiento (35)

Los contratos o promesas tienen sentido en proporción a su precisión. El contrato terapéutico, lo mismo que un contrato legal, procura la claridad en vez de la vaguedad y especifica los recursos disponibles en caso de que una de las partes contratantes deje de cumplir sus promesas. No obstante, difieren en que los contratos ordinarios son escritos, mientras que los terapéuticos son verbales y también, en que los participantes en éstos últimos saben que no disponen de sanciones legales ni siquiera sociales para castigar a la parte que no cumpla. (56)

Los contratos que regulan relaciones que se extienden a periodos largos deben prever y proveer soluciones ante futuras contingencias, por lo que el terapeuta y el paciente deben anticiparse a posibles dificultades y preparar la solución de antemano, p.e., a qué atenerse si uno u otro anulan una sesión, se van de vacaciones, etc. (56)

El contrato afecta las condiciones de trabajo del terapeuta substrayéndole parte de sus energías ligadas a la contratransferencia, que resultan indispensables para el logro de una buena empatía con el paciente. (44)

Para realizar un contrato se espera que terapeuta y paciente tengan buena capacidad y disposición para aceptar responsabilidades frente a sí mismos y para con el otro.

Mientras que el paciente necesita y quiere auxilio terapéutico ofreciendo dinero y cooperación responsable en el tratamiento, el terapeuta necesita y quiere dinero y oportunidad de realizar el trabajo que ha elegido, ofreciendo al paciente sus conocimientos y experiencias.

Una de las reglas psicoterapéuticas más importantes consiste en que el terapeuta actúe cautelosamente sobre lo que promete dar. No puede prometer curar ni siquiera prometer alivio; solo puede prometer tratar de ayudar al paciente con un método que ha ayudado a otros y bajo la condición de que el paciente trate de ayudar por si mismo. (45)

Estas consideraciones destacan la importancia de que el terapeuta señale honrada y sinceramente lo que necesita y lo que ofrece para poder pactar un convenio mutuamente obligatorio, equitativo y beneficioso, por lo que cuando éstos requisitos no son satisfechos, la mejor decisión es no contratar.

El manejo de éstos detalles a menudo resulta desagradable para el terapeuta principiante. A veces se cree que solo la psicoterapia propiamente dicha posee real importancia y que los detalles restantes corresponden a un comercialismo antiprofesional y deben ser evitados. Sin embargo, es preciso tener claro que la organización de estos detalles es tan reveladora de la actitud del terapeuta como el manejo de las actividades "más terapéuticas". Como el manejo de éstos detalles necesarios es difícil para algunos terapeutas, no les es difícil racionalizar la inconveniencia de ocuparse de los mismos. La racionalización generalmente adopta la forma de la premisa tácita de que las reglas y las costumbres de la terapia son conocimientos corrientes y no necesitan ser analizados. (52)

A menudo el paciente plantea dificultades de organización de la terapia y no es fácil resolverlas. Es común que el terapeuta principiante procure facilitar excesivamente las cosas y que concierte acuerdos incómodos para él mismo. Es inevitable que esta actitud suscite posteriormente su propia hostilidad. En general, antes de aceptar las obligaciones es preciso revisarlas con cuidado.

La entrevista inicial es considerada por muchos autores como un período ideal para definir al paciente las condiciones de trabajo.

III.1.c. Importancia del contrato.— La importancia básica del contrato es servir como marco de referencia en la situación terapéutica. Trataremos de desglosar las variadas funciones que el mismo persigue:

a-) permite observar toda una gama de reacciones y fantasías que provoca. P.e., los impactos que producen en el paciente un cambio de hora, o de consultorio, un nuevo objeto introducido en el mismo, etc. Igual sucede cuando alguna de las partes no cumple lo establecido previamente.

En éste marco se ubica el terapeuta para estudiar y esclarecer la transferencia y las resistencias que se presentan a lo largo del tratamiento. (44) (57)

Hay un completo acuerdo en que la rutina, y en particular la rutina de tiempo, es un estímulo disponible en extremo para la fantasía transferencial. Las reacciones respecto al tiempo en un depresivo o paranoide son fáciles de detectar y son más difíciles de tratar que las explosiones histéricas; las de los obsesivos son superficialmente fáciles, pero profundamente ambivalentes. (35)

b-) proporciona sentido de realidad a los estratos conscientes y preconscientes de la mente del paciente. Las reacciones al tiempo y al dinero son, después de todo, las principales situaciones de realidad por las cuales el paciente puede probar la conducta del terapeuta y revisten capital importancia en periodos de crisis.

c-) evita que el tratamiento se convierta en un factor agravante de la neurosis que trae el paciente. (44)

d-) un punto esencial del contrato es la limitación de poderes, pues restringe la oportunidad de ser perjudicado por aquellos con quienes se ha decidido tratar. Hay que recordar que el terapeuta puede ayudar o perjudicar al paciente más que el paciente al terapeuta. Hay cambios que pueden servir directamente a las necesidades del terapeuta. P.e., si el terapeuta quiere elevar sus honora

rios, puede reducir la frecuencia de las entrevistas con el paciente y aumentar su precio; si siente la necesidad de un descanso, puede ordenar una "interreupción" al paciente; o si se cansa de un paciente puede terminar el tratamiento.

(56) Desde luego, no se deben cometer tales arbitrariedades.

e-) la naturaleza contractual de la relación hace de ella marco ideal para efectuar la traducción del lenguaje de las excusas al lenguaje de la responsabilidad. (56)

III.1.d. Consecuencias de alterar el contrato. - En gran parte, el análisis de la situación terapéutica es el análisis del contrato. Un acuerdo contractual, por su misma naturaleza, se puede violar de dos modos: por defecto o por exceso en el cumplimiento de las obligaciones.

Lo que empieza como psicoterapia no contractual, pronto se convierte en psicoterapia caótica. Ni el terapeuta ni el paciente saben lo que va a hacer el otro y, en vez de colaborar en un esfuerzo común, cada cual se ocupa de protegerse de las ingencias del otro.

El paciente debe aceptar la responsabilidad de cumplir su contrato. Si no lo hace, se da por terminado el mismo. Este es el único modo en que el terapeuta puede coaccionar al paciente.

El cumplimiento del contrato depende en gran medida de que el terapeuta dé los pasos necesarios para ponerlo en ejecución. Al terapeuta no le basta declarar un contrato: cuando llega el momento, tiene que actuar. (56)

Es frecuente observar psicosis transferenciales desencadenadas por el hecho de haber permitido que el paciente se atrasara en el pago de los honorarios durante largo tiempo. Lo mismo sucede cuando el terapeuta abusa de los cambios de horas, o suspende sesiones en forma frecuente o inesperada. Esta modalidad transferenceal es producto de la confusión entre objeto real y virtual y se de-

be al hecho de que el objeto malo virtual que el paciente trae al tratamiento se ha transformado en objeto malo real, papel encarnado por el terapeuta que no cumple o no hace cumplir los términos del contrato.

Estas alteraciones se ponen al servicio de la compulsión a la repetición e impiden la elaboración adecuada de las fantasías que han enfermado al paciente.

(44) Además, es fácil que la violación del contrato por parte del terapeuta se divulgue y afecte las relaciones del profesionalista con otros pacientes y colegas. (56)

III. 2. ELEMENTOS EXPLICITOS DEL CONTRATO.

III.2.a. Aspectos de confidencialidad.- Aquí estudiaremos dos aspectos de la confidencialidad que requiere la situación terapéutica: a-) lo que el paciente comunique será mantenido en secreto por su terapeuta y b-) en tanto que el terapeuta mantiene confidencialmente las comunicaciones de sus pacientes, nadie podrá tener secretos con él respecto al paciente. (40) Tratarémos de ampliar ambos enunciados.

Primero, el terapeuta no deberá ver a ningún amigo, familiar u otra persona interesada en el paciente sin el conocimiento o permiso de éste último. Cuando el paciente objete tal encuentro, no será permitido. Si el paciente está de acuerdo, la persona deberá entender que su conversación con el terapeuta será reportada al paciente. Estos requisitos, a menudo, son suficientes para desalentar mediadores potenciales. Las conversaciones telefónicas deben mencionarse al paciente. Si se va a desarrollar una relación de confianza entre paciente y terapeuta, éste último debe estar preparado para demostrar que es sincero y honesto en sus intentos por ayudarlo (8). Cuando recibamos una llamada y el paciente no está, debemos explicar nuestras reglas tan pronto como nos sea posible. (40)

Segundo, no se le puede permitir a ninguna otra persona que nos diga algo sobre nuestro paciente que no podamos compartir con éste. Esto violaría el tipo

de actitud abierta y de mutuo respeto que debe haber entre paciente y terapeuta. Solo se harán excepciones en algunos casos de niños y psicosis severas, arreglando entrevistas sin que el paciente lo sepa (35).

Siguiendo éstas medidas, evitaremos la presión de los familiares que quieran confiarnos cosas y también la propia tentación de revelar al paciente hechos que puede no estar listo para compartirlos si nos informamos por otras fuentes. A veces podría parecer bueno satisfacer la curiosidad preguntándole a la madre, al padre, esposa, etc., del paciente, algunos hechos que él mismo no es capaz de confiarnos. Si no esperamos hasta que él pueda confiarnos sus cosas importantes, o si nunca llega a hacerlo, significa ésto que nuestra intervención en ese sentido sería infructuosa.

Debemos aprovechar siempre la oportunidad de explicar los puntos confidenciales en presencia del paciente y algún miembro de su familia, especialmente cuando se trata de niños y adolescentes, comentándolos en alta voz para que cada uno de ellos tenga la seguridad de que el otro también ha captado el mensaje y, si es posible, lograr que se comuniquen. (40)

Menninger recomienda evitar tanto como sea posible los contactos no terapéuticos con el paciente para proteger la preciosa y especial relación terapéutica. Como la interrogante surgirá si el terapeuta debe ver a la esposa, esposo, madre, etc., quienes muy a menudo están preocupados por conocerlo, lo que el joven terapeuta debe recordar es que tales encuentros pueden perjudicar o complicar la relación terapéutica, pero omitirlos puede dañarla aun más. Este autor califica de absurdo pensar que un terapeuta no pueda ver a personas allegadas al paciente (por pereza o falta de confianza en si mismos) obstaculizando con ello sus esfuerzos por ayudar (45).

Algunas veces es el propio paciente quien sugiere la visita de un conocido suyo. Esto puede suceder en distintas formas y por muy diversas razones: puede pedir que veamos a uno de sus padres para que tratemos de ayudarlos o para que después le enseñemos como manejarlos mejor; otras veces, buscando un aliado, el paciente quiere que uno vea a su familiar para mostrarnos con quien no puede llevarse. A menudo, una esporádica sesión juntos resulta positiva. Esto se puede hacer en una de las horas destinadas a tal paciente. Resulta ser que, a veces, un paciente se siente más a gusto hablando de una persona a quien ya hayamos conocido que de alguien que solamente conocemos a través de sus pláticas. (45)

Otras veces, un pariente o amigo cercano del paciente pide una sesión junto con éste. Quizás realmente quieran ver al misterioso terapeuta; sin embargo, nunca debemos responder preguntas sobre nuestro paciente. Así, debemos estar dispuestos a ser vistos e inspeccionados, si nuestro paciente así lo consiente, por parientes, amigos, novios o cónyuges, pues no es un asunto secreto el que seamos psicoterapeutas. Nunca pediremos a un paciente que evite hablar de nosotros o de nuestra psicoterapia; son sus derechos a la privacidad los que tienen que respetarse (44).

Según Menninger, incluso en psicoanálisis algunos terapeutas siguen como práctica rutinaria ver al cónyuge una vez y explicar al paciente las razones para ello, ya que éste les da la oportunidad de ver cómo es realmente esta otra persona, quien resulta, a menudo, muy diferente de la impresión dada por el paciente, aprovechando para prevenir al pariente sobre las reacciones conductuales prematuras durante el tratamiento. También es de utilidad agregar que esto contamina el campo y que su técnica ha sido ver al familiar cuando el paciente lo solicite y luego reportarle lo que sucedió en la entrevista, usualmente informándole de antemano lo que pretende decir (45).

El mismo Menninger nos recuerda que un tratamiento puede involucrar considerable sacrificio y sufrimiento para los familiares más allá de sus posibilidades. Algunas veces éstos experimentan un efecto de visión unilateral, o sea que se sienten vistos por un terapeuta que ellos no pueden ver. También, nos previene sobre los episodios de actuación en los cuales el paciente dice a los familiares lo que debe decir el terapeuta desencadenando ansiedades en aquellos. Además, como siempre hay una cierta envidia de la oportunidad que está teniendo el paciente de ser escuchado, comprendido, ayudado, nuestra actitud hacia tales entrevistas debe ser más terapéutica, pudiendo contribuir las mismas a reasegurar a familiares inseguros, aprensivos y perturbados. (45)

III.2.b. La regla fundamental.— La regla fundamental, piedra clave del psicoanálisis clásico, es utilizada en psicoterapia psicoanalíticamente orientada aunque no constituya un fin en si y debe darse a conocer al paciente antes de iniciar el tratamiento como un punto básico del contrato.

Tal precepto requiere del sujeto que, sin hacer selección alguna, diga todo aquello que pasa por su mente sin que omita nada, aunque lo asociado pueda parecer embarazoso, trivial, agresivo, etc.

Freud (1916) destacó la importancia de tal medida al señalar: "podemos convencernos de la escasa eficacia de los contratos cuando el paciente comunica algo íntimo acerca de terceras personas." Igualmente, supeditó el éxito y la duración del tratamiento a la escrupulosidad con que se siguiera la regla fundamental.

Anna Freud (1937) aclara que no es la observancia de la regla fundamental en si lo que interesa al terapeuta, sino los conflictos que surgen en su observancia, ya que éstos revelan los procesos defensivos del yo, con lo cual se logra parcialmente el análisis del yo.

Abandonarse a la libre asociación resulta muy difícil por ser un proceso que requiere una enorme confianza y, al menos, una disposición parcial a dejar los esquemas vitales habituales, por lo que podemos tomar como un índice de cambios internos el que un paciente se entregue a la asociación libre. (53)

Bach (5) siguiendo los conceptos freudianos, presenta las violaciones conscientes e inconscientes a la regla, así como las faltas a la misma derivadas de la patología. Entre las violaciones conscientes se encuentran cuatro objeciones del paciente: a-) la ocurrencia es demasiado insignificante, b-) demasiado absurda, c-) no es adecuada al lugar, d-) la ocurrencia es demasiado penosa. Entre las formas inconscientes de defensa figuran: a-) el triunfo inconsciente sobre el terapeuta, especialmente sobre su impotencia ante la compulsión a la repetición, b-) la actuación en la sesión y fuera de ella como descarga disfrazada sobre el objeto de sustitución, que tiene efectos perturbadores en el tratamiento y otras más o menos conscientes como la resistencia del relato preparado y el encontrar que el análisis es agradable.

En cuanto a las defensas inconscientes contra la regla derivadas de la patología: a-) los neuróticos compulsivos son sumamente hábiles para hacerla casi inutilizable, adaptando a ella un exceso de escrupulosidad y duda; b-) los histéricos ansiosos en ocasiones logran reducirla ad absurdum teniendo sólo ocurrencias tan alejadas de lo que se busca que no aportan contribución alguna; c-) los depresivos por sus cualidades orales desean inconscientemente alimento, es decir, unilateralidad del pacto; en los pacientes neuróticos, esquizoides o narcisistas deben esperarse interpretaciones erróneas del pacto y violaciones inconscientes de la regla fundamental que Freud considera absolutamente necesario permitir las inicialmente. (Freud, 1916)

Nos hemos asomado fugazmente a las dificultades que acarrea la observancia de la regla fundamental en la práctica tratando de hacer énfasis en la importancia que reviste la misma y la necesidad de ser incluida como parte explícita del contrato.

III. 2.c. Sesiones semanales.-

Duración de las sesiones. - La hora es nuestra medida de tiempo de uso general, quizá por ser una unidad factible de ajustar dentro del día de trabajo, pero a pesar de que acostumbramos hablar de la "hora terapéutica", raras veces las sesiones tienen tal duración.

La práctica más popular hasta hace poco era dar 50 minutos, utilizando los diez minutos restantes para descansar antes de que llegase el siguiente paciente (40) (8). Szasz piensa que cualquier tentativa para reducir la sesión de 50 minutos es deplorable, pero no da explicaciones. (56)

Otros autores (Dewald, 1975; Glover, 1957) opinan que las sesiones de 45 minutos pueden ser suficientemente largas y exitosas.

Kramer estima que dar 45 minutos y programar pacientes continuadamente no presenta más ventajas que la financiera, pues no permite al terapeuta consolidar notas ni ser él mismo, ya que exige un corte instantáneo del paciente que intenta completar un pensamiento pasados sus 45 minutos, (4) Al respecto, puedo estar de acuerdo con las primeras razones que da éste autor, mas el problema de interrumpir el flujo de asociaciones del paciente debe verse a la luz de otras referencias más dinámicas como el tema tratado, el tono emocional, actitudes resistenciales, etc., ya que la misma dificultad subsiste si la sesión es de 50 o 60 minutos, o de una hora o dos.

Colby recomienda, para la propia seguridad del terapeuta, tener un descanso entre pacientes, así como contar con una hora o dos para leer un poco

escribir cartas o, quizás, para pensar en detalles contratransferenciales (8).

Glover sostiene que es vano fingir que la costumbre de dar 50 ó 60 minutos no está relacionada con el número diario de pacientes y "el pan de cada día", así como tampoco debe creerse que todo se arregla de la mejor manera posible para servir exclusivamente al paciente (35).

La duración de las sesiones también puede verse alterada en cierta medida por el material que se esté tratando, pudiendo prolongarse cinco o diez minutos, especialmente en los periodos de crisis, o cuando emerge material traumático, siguiendo principios de elemental consideración y respeto al paciente y a la misma relación terapéutica.

Al iniciarse un tratamiento o cuando el terapeuta es principiante puede ser que resulte difícil suspender la sesión en un momento adecuado. Es preciso aprender a distinguir entre pacientes cuyo propósito inconsciente es prolongar su tiempo o hacer incursiones en el de su sucesor y los casos en los que el stress emocional es tal que la abrupta terminación de la sesión no sea aconsejable. (35) (9).

El periodo asignado a un paciente no debe ser interrumpido. Este ideal se viola frecuentemente por el continuo sonar del teléfono. Cuando haya necesidad, el terapeuta debe excusarse, abreviar su respuesta, o hacer arreglos de tal manera que la interrupción sea lo más corta posible (35). El paciente puede reaccionar de diversas formas a una interrupción por llamada telefónica, en especial cuando se intensifica la relación transferencial (9).

También deberá contratarse el criterio a seguir cuando la sesión comienza después de la hora estipulada. Generalmente se acostumbra que la sesión concluya a la hora fijada previamente, aunque llegue tarde el paciente (52). Si es el terapeuta el que falla, debe reponer inmediata o posteriormente el tiempo que

ha hecho perder al paciente, pero ésto también dependerá del clima terapéutico del momento. Esta regla deberá fijarse desde un principio o la primera vez que uno de los dos llegue tarde.

Finalmente, recalcaremos que, independientemente de la duración de la sesión, el fijar un límite y mantenerlo constante cumple una función terapéutica muy importante que no debemos perder de vista.

Qué días deben ser las sesiones?.- Desde luego, la primera respuesta está condicionada a las posibilidades del paciente y del terapeuta, pero una medida provechosa puede ser asignar los días como una forma indirecta de manipular los aspectos encubridores o reveladores del tratamiento (57).

Pensando que la semana de trabajo va de lunes a viernes, si vamos a ver a un paciente dos veces a la semana y queremos utilizar una medida auxiliar de apoyo, le asignaremos lunes y jueves, o martes y viernes ya que éste lo considerará un signo de amor y lo vivirá como que estamos haciendo lo posible por alargar su sesión.

Cuando se trata de pacientes que siguen el tema donde se quedaron, o si el tratamiento va dirigido a romper defensas, fijaremos las sesiones en días sucesivos: lunes y martes, martes y miércoles, etc. Esta técnica puede hacer enojar al paciente, especialmente si se mantiene un énfasis interpretativo, ya que promueve el surgimiento de sentimientos de abandono y privación afectiva en el lapso que va de la última sesión a la primera de la siguiente semana.

Estos razonamientos de Tarachow tienen la misma validez si vamos a ver tres veces por semana a un paciente: asignar lunes, miércoles y viernes llevará implícito la prolongación del tratamiento a toda la semana, en tanto que las secuencias lunes, martes, miércoles u otros similares llevarán un mensaje en otro sentido.

Cuando se trata de cuatro sesiones semanales quizá pierda importancia éste argumento por la mayor continuidad del tratamiento.

Frecuencia semanal de las sesiones.— La práctica inglesa original fue asignar seis sesiones semanales. Como resultado de la guerra y del impacto del fin de semana inglés, éste número se redujo sin que se viera detrimento en el proceso psicoterapéutico (35) (45) (61).

El asunto de la frecuencia de las sesiones ha sido objeto de discusiones en los últimos años debido al incremento del número de pacientes que buscan tratamiento y, en gran parte, debido a ciertas proposiciones teóricas de un grupo que sostiene que la frecuencia de las visitas debe variar a discreción del terapeuta. (45)

La frecuencia de las sesiones debe considerarse como un asunto relativo determinado fundamentalmente por las necesidades del paciente y del terapeuta.

Desde el punto de vista del paciente, dependerá de contingencias prácticas de tiempo y dinero y de su respuesta especial a la terapia (40) (61). Se requerirá una adecuada valoración de la intensidad del esfuerzo emocional que el paciente puede resistir, de tal suerte que el número de sesiones asegure la participación emocional del paciente y pueda mantenerse en el nivel deseado. (2)

Si el terapeuta está convencido que hasta en las mejores circunstancias los seres humanos son extraordinariamente reacios al cambio y que ésta capacidad para entregarse a la asociación libre y para combatir la propia resistencia depende de la frecuencia de las sesiones, insistirá en las visitas frecuentes. Por otra parte, aquellos cuya experiencia y pensamiento teórico les lleve a creer que los seres humanos pueden dedicarse a una autoinvestigación muy productiva fuera del tratamiento, no insistirán en las visitas frecuentes. (52)

Las sesiones deben fijarse a un horario regular y no variar de acuerdo con el



alivio o la intensificación de los síntomas. (9)

Sesiones poco frecuentes. (1 a 2 veces por semana) Están indicadas en los siguientes casos: a-) en la mayoría de las formas de terapia de apoyo y en muchos casos de psicoterapia psicoanalíticamente orientada (61); b-) cuando propositivamente se evita la neurosis de transferencia (61); c-) en pacientes que tienden a substituir las reacciones transferenciales por las experiencias reales de la vida (61); d-) en pacientes dependientes e infantiles, para prevenir una relación hostil o dependiente, o cuando temamos que una mayor frecuencia intensifique peligrosamente sus deseos o ansiedades transferenciales o pueda inducir un brote psicótico (57); e-) en pacientes que no estén tan perturbados y que parezcan ser capaces de descargar sus responsabilidades y llevar relaciones interpersonales satisfactorias (61); f-) con algunos tipos de pacientes (p.e., personalidades maniaco depresivas) un número reducido de horas parece producir mejores resultados (33).

Si se ve a un paciente una vez por semana, éste tratará sus sesiones como continuas y así debemos hacerlo nosotros también. Muchas veces los pacientes hablan de venir a los tratamientos en sentido plural; esto debe corregirse siempre: es un tratamiento, un proceso continuo. (57)

Los terapeutas hábiles y expertos pueden trabajar con sesiones ligeramente discontinuas, lo cual da resultado si el paciente está bien dotado y motivado para la autoexploración (56).

La disponibilidad de espaciar las sesiones dependerá del equipo y demandas especiales del terapeuta combinadas con la capacidad del paciente para soportarlas. (45)

Emmanuel Schwartz -comunicación personal- habló de la posibilidad de hacer psicoanálisis con una sola sesión semanal cuando los recursos del paciente

así lo permitieran.

Sesiones frecuentes. (3 a 4 veces por semana) Están indicadas: a-) cuando se desea que el enfermo desarrolle una importante inversión emocional en la terapia y desarrolle una neurosis de transferencia (9); b-) cuando el paciente muestra signos de severo derrumbe adaptativo: ansiedad aguda, depresión, síntomas psicosomáticos, etc., que requieren constante apoyo emocional (60); c-) en pacientes con estructuras rígidas de carácter en que se hace necesario un ataque de las defensas (61); d-) en pacientes que necesitan una autoridad siempre presente para confrontar la actuación de sus impulsos (61); e-) en pacientes fuertemente hostiles (61).

En cuestionario enviado a psicoanalistas ingleses, Glover encontró que la mayoría no ve pacientes dos veces en un mismo día, a menos que por alguna razón, p.e., pacientes foráneos, se haya acordado llevar una rutina de sesiones dobles en un mismo día. Sin embargo, muchos analistas han visto pacientes dos veces en un mismo día en casos de emergencias, los cuales vienen a convertirse en un factor decisivo en la práctica de tal medida. (35)

La proximidad de las sesiones facilita el sentido de continuidad en la relación y en el contenido del material producido (45).

En ciertas circunstancias es recomendable ver al paciente tres o cuatro veces por semana (p.e., estados de pánico), ya que un periodo de tal intensidad puede capacitar al terapeuta para establecer una relación de trabajo y estabilizar suficientemente a la persona. Posteriormente se le puede reducir el número de visitas (61).

También se aconseja que los terapeutas jóvenes o inexpertos vean a sus pacientes relativamente a menudo, pues, de otro modo, se les dificultará entenderles (56). Se debe estar atento a manejar una fantasía que surge a menudo: cuan-

to más frecuentes son las sesiones, tanto más grave la enfermedad (9).

El principal peligro al que puede conducir la técnica de las sesiones frecuentes es la perpetuación de la dependencia. (61)

Sesiones muy frecuentes. (5 sesiones semanales) Están indicadas en situaciones iguales o parecidas a la clasificación anterior, pero ya que implican una ruta terapéutica más continua serán vistas aparte: a-) para los pacientes que acuden en estado de desesperación percibiendo su total incapacidad de soportar una situación vital determinada. La mejoría inicial de los neuróticos, en éste caso, se debe, en gran medida, a que se les permite evadir los problemas apremiantes de su vida y regresar a una posición infantil. Debemos mantenernos alerta, ya que éste efecto inicial adquiere poco a poco características corruptoras y después resulta difícil despojar al paciente de su ganancia secundaria. (2); b-) en pacientes con una neurosis severa y un yo débil cuyas descargas emocionales, juntas con la percepción que las acompañan requieren pequeñas abreacciones en sesiones casi diarias durante un largo periodo.

No se debe perder de vista el peligro de que la terapia se vuelva menos penetrante convirtiéndose en cosa de rutina e impida el desarrollo de emociones intensas, pues se permite a la persona verbalizar sus sentimientos transferenciales a medida que aparecen, especialmente los impulsos agresivos contra el terapeuta, y el paciente no puede llegar a tener conciencia de ellos de manera convincente.

Alterar la frecuencia de las sesiones.— Lo habitual es que a lo largo de un tratamiento se mantenga constante la frecuencia de las sesiones, pero podremos reducirla o aumentarla si conviene a la estrategia terapéutica, teniendo muy presente la interpretación de las reacciones que tales modificaciones provocan. Presentaremos aquí algunas de las situaciones en que tales cambios están indicados.

Reducirla.- a-) como una manera de perturbar el status quo cuando la neurosis de transferencia viene a servir a la finalidad de la neurosis original: un alejamiento de la verdadera participación en la vida. Al reducir las visitas se lleva vívidamente a la conciencia las necesidades de dependencia (1) (2); b-) como los síntomas persisten mucho tiempo después que su beneficio ha concluido, puede utilizarse éste recurso cuando creamos oportuna la terminación del tratamiento (46), sometiendo a prueba la capacidad del paciente para usar en la vida diaria las nuevas pautas de reacción adquiridas en la terapia (2).

Sin embargo, solo se podrá lograr una mayor participación emocional si el paciente ya ha desarrollado una relación transferencial suficientemente intensa (2) y el terapeuta ha sido capaz de determinar las reacciones e interrupciones aparentes, p.e., ante los fines de semana (45).

Si se reduce el número de sesiones, se corre el riesgo de que el paciente pueda dejar de progresar o mostrar un falso frente de independencia y pedir que el tratamiento termine pronto (46).

Aumentarla. a-) cuando hay necesidad de una descarga gradual de la tensión emocional acumulada de impulsos hostiles teñidos de dependencia o de sentimientos eróticos (2); b-) individuos cuyo carácter propende a la actuación (2); c-) en situaciones de crisis o emergencias; d-) cuando por motivos especiales deseen aclararse los resultados del tratamiento; e-) si desde un principio se contrató el aumento de las sesiones cuando se dieran ciertas condiciones y ha llegado ese momento.

Aspectos contratransferenciales en la frecuencia de las sesiones. La insistencia sobre una determinada frecuencia puede muy bien relacionarse con deseos irracionales de prestigio. El terapeuta bien puede trabajar dominado por la infortunada idea de que ser un "analista" es de mayor prestigio que ser un "psicoterapeuta" y

que la diferencia está determinada por la frecuencia de las entrevistas. Es muy probable que el paciente pueda lograr una autocomprensión más profunda mediante contactos relativamente frecuentes, pero, como ya vimos, hay también circunstancias en que, sin duda alguna, los contactos menos continuos son preferibles. La necesidad irracional de tenerse a si mismo por un "analista" puede hacer que el terapeuta no considere la conveniencia de las entrevistas espaciadas (53).

Es también cierto, aunque raras veces lo crean los pacientes o los psicoterapeutas no analíticos, que mientras mayor sea el número de sesiones y más corto el tratamiento, más lucrativo resultará para el terapeuta ya que un tratamiento prolongado casi invariablemente involucra una escala de bajos ingresos (35).

III.2.d. Los honorarios.-

Freud, en 1913, postuló que en la valoración del dinero participan poderosos factores sexuales, por lo cual el hombre civilizado actual se conduce con doblez, falso pudor e hipocresía en las cuestiones de dinero.

Trataremos de estudiar de cerca el tema del dinero en la relación psicoterapéutica porque llega a representar, según el caso y el momento, diferentes objetos parciales y totales en los distintos niveles de integración del yo: pecho, leche, heces, semen, orina, sangre, lágrimas, los padres, etc. (Lieberman, Ferschtut y Sor, 1961)

Conceptos de Ferenczi (1914).

A continuación presentaremos un resumen del trabajo "La ontogénesis del interés por el dinero" escrito por Sandor Ferenczi en 1914, ya que la claridad y profundidad con que se maneja el tema así lo amerita.

En éste artículo, Ferenczi examina el problema de si la experiencia individual favorece o no la transformación del interés anal-erótico en interés por el dinero y en qué grado lo hace.

La observación de la conducta de los niños y la investigación analítica de los neuróticos permite establecer ciertos puntos de vista sobre la idea de que la cosa más valiosa que posee el hombre (el dinero), es desarrollada en el individuo como un símbolo de la cosa menos valiosa, que el hombre arroja como desperdicio.

Los excrementos retenidos con placer constituyen los primeros "ahorros" del ser que crece y, como tales, permanecen en una constante relación inconsciente con toda actividad corporal o esfuerzo mental que tienen que ver con coleccionar, ahorrar o acumular.

Las heces son los primeros juguetes del niño y al agudizarse su sentido del olfato, el interés por los excrementos experimenta su primera distorsión, pues el olor los hace desagradables y repugnantes. No obstante, los otros atributos de éste material -humedad, coloración, pegajosidad, etc.- todavía no ofenden su sentido de la limpieza. Por lo tanto, sigue jugando y manipulando el barro de la calle y goza coleccionando grandes montones (excrementos inodoros).

A medida que aumenta el sentido de limpieza, el símbolo de suciedad debe sufrir una nueva distorsión -una deshidratación- ya que se le enseña que éstas sutancias dejan trazas en el cuerpo y la ropa y son evitadas en tanto que son "cosas sucias".

Ya en éste estadio del desarrollo se presenta un "retorno de lo reprimido". Los niños logran mucho placer en llenar con agua los hoyos que cavan en la arena, a veces haciéndolo con su propia orina, como si quisiesen recalcar la relación existente entre ambos materiales.

Los niños continúan demostrando gustar del olor de materiales pegajosos con olor característico, especialmente el fuerte olor de los productos degenerados de las células epidérmicas que se junta entre los dedos de los pies, la secreción nasal, la cera del oído y la suciedad de las uñas.

El olor de los establos y del gas agrada muchísimo a ésta edad y aun de mayores y no es por azar que la creencia popular considera como "saludables" los lugares que tienen esos olores.

El progreso en el sentido de la limpieza convierte la arena en inaceptable y comienza la edad de piedra infantil, en la cual se alcanza un estadio más elevado de la formación de reemplazo. Las piedras carecen de olor, son secas y duras y tienen una importancia capitalista considerable; los niños son "ricos en piedras".

La siguiente etapa es la del interés por los productos artificiales (bolitas, botones, canicas, etc.) en los cuales ya se ve el alejamiento del interés por la tierra, no solo por su valor intrínseco, sino como especie de monedas primitivas. El niño a través del coleccionarlos obtiene gran placer.

El ciclo de la identificación de las heces con el oro se completa cuando se le ofrecen las brillantes piezas de dinero, cuyo elevado precio es debido, en parte, al respeto que le tienen los adultos, así como por la seductora posibilidad de obtener mediante éste todo lo que el niño desea. El placer en el contenido intestinal se transforma en el goce del dinero, que no viene a ser más que suciedad desodorizada y deshidratada que brilla.

Seguidamente, dicho interés se extiende a toda clase de cosas que de algún modo significa valor o posesión (papel moneda, acciones, cheques, etc.), pero cualquiera que sea la forma asumida por el dinero, el goce de poseerlo tiene su fuente amplia y profunda en la coprofilia.

Ferenczi da ejemplos en los cuales se puede ver cómo una parte del erotismo anal no es sublimada del todo, sino que permanece en su forma original: el interés por las funciones de evacuación propias, en contraste con la repugnancia y disgusto manifiesto cuando se ve o se escucha algo al respecto referente a otras personas; los desórdenes intestinales a continuación de la herida de un complejo de dinero, así como las gentes que son económicas respecto al cambio de su ropa interior y el placentero "revolcarse en dinero" que se encuentra a menudo en la vida diaria.

Por qué cobrar?— Antes de abordar las motivaciones del cobro haremos una advertencia: el terapeuta difícilmente puede permitir que el paciente eluda la significación inconsciente del dinero ni mostrarse evasivo al respecto (41). La mayoría de los autores aquí estudiados concluye que el acuerdo respecto a los honorarios debe realizarse en las primeras entrevistas y su discusión debe ser franca y abierta. La necesidad de tal acuerdo antes de que se inicie el tratamiento responde a cuestiones prácticas: a-) el paciente y/o sus familiares contraen la obligación de gastos continuados durante un periodo incierto y, a menudo, largo; b-) los servicios psicológicos y psiquiátricos son inapreciados si tienen éxito e inútiles si fracasan (33).

El acto de cobrar constituye un instrumento terapéutico tan importante como la interpretación y así como hay una técnica para interpretar, el asunto de los honorarios debe encararse como un problema técnico de la misma jerarquía (44).

Cobrar es hacer sentir al paciente la realidad de la función terapéutica en el tratamiento, por la cualidad real y concreta de los elementos de intercambio. El terapeuta da muchas horas de su vida en pro de la reparación de su paciente, cosa que éste sabe y para contrarrestar la culpa y la gratitud excesiva es necesario que el paciente pague adecuadamente, lo cual le dará un sentido de propiedad

sobre lo que ha ido logrando en el curso del proceso terapéutico. Este sentimiento de propiedad acerca de "lo bueno" que ha ido incorporando es la llave que permite al yo la asimilación de los objetos disociados a raíz del fracaso en la resolución de los duelos que han quedado sin elaborar desde la temprana infancia (44).

Puesto que las horas que el terapeuta dedica a un paciente son su único capital y las que gasta con un enfermo no puede utilizarlas con otro, y ya que la mayoría de los terapeutas dependen del todo, o en gran parte, de hacer psicoterapia, resulta razonable que el paciente haga una contribución similar al tiempo del terapeuta, siempre que no constituya una amenaza para la seguridad económica fundamental del paciente y su familia (41).

El asunto parece simple, pero a menudo despierta angustias tanto en el paciente como en el terapeuta, especialmente cuando este último es principiante. Por todo ello y por las dificultades que tiene el psicólogo para cobrar, lo consignamos como tópico de reflexión.

Al respecto, Kramer manifiesta que él realmente cobra por la cantidad de tiempo que da a un paciente, independientemente del valor o beneficio que dicho periodo tenga para aquel (40).

Cada cuándo debe pagar el paciente? Aun cuando la práctica seguida por algunos psicoterapeutas es cobrar mensualmente (p.e., Menninger y la escuela rioplatense) creemos que tales arreglos deben hacerse a la conveniencia del paciente, ya sea quincenal o mensualmente, lo cual nos brinda la oportunidad de obtener un rico material sobre su dinámica inconsciente, que solo ameritaría un pronto manejo terapéutico en los casos en que la persona quiera pagar por sesión por constituir un punto de urgencia.

Algo muy práctico es no permitir que se acumulen deudas (Freud, 1913) ya que coloca al paciente en una situación de obligación con el terapeuta, la cual

es siempre un obstáculo y puede acarrear consecuencias desastrosas.

Cuánto debe pagar el paciente? Como ésta pregunta conduce a otra, cuánto debe cobrar un terapeuta, trataremos de examinar ambas en éste apartado.

Singer piensa que la estipulación de los honorarios se ve influida por el criterio teórico: los que como Freud creen que el proceso educativo se estimula con una frustración moderada, insistirán en honorarios bastante elevados, mientras que otros, más optimistas en cuanto a la tendencia a progresar del hombre, considera el obstáculo económico como un motivo menor.

Seguidores de la tesis freudiana, como Glover y Wolberg, sostienen que el esfuerzo económico por parte del paciente no debe llegar a constituir presiones financieras severas que puedan invalidar los efectos del tratamiento. Li breman y col. hablan de una "cantidad justa".

Acompañando una serie de explicaciones al respecto, Kubie pide al paciente que hable de los siguientes puntos antes de fijar la tarifa adecuada: su estado financiero, sus ingresos, su capital, sus perspectivas, sus responsabilidades y, si es necesario, cualquier fuente accesoria de recursos que puedan hacer factible su tratamiento, por ejemplo, plantearle la posibilidad de tramitar un préstamo en caso de no poder cubrir la suma solamente con sus ingresos. También Wolberg considera éste último punto (41) (61). Sea como fuere y especialmente cuando se trata de pacientes que no pagan por sí mismos el tratamiento, el terapeuta deberá estar al tanto de la fuente de ingresos con que se cubre éste.

Por parte del terapeuta, los honorarios deben estar supeditados a la cotización de la asistencia psiquiátrica en un momento y lugar dados y el grado de variación de los mismos estará en relación con la estimación de la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el número de pacientes que

el terapeuta haya aceptado en ese momento, y debe ser proporcional a sus honorarios promedio y a los reducidos. Asimismo, el terapeuta valorará tanto su entrenamiento como su experiencia y quizás otros factores personales (33) (40) (41) (61).

Algunas de las reacciones del paciente ante unos honorarios muy bajos son:

a-) considerarlos como algo poco significativo y no tomar en serio la terapia, ya que está profundamente arraigado en la mente humana que lo barato es poco valioso y lo bueno es costoso; b-) sentirse agradecido hacia el terapeuta lo cual, a su vez, desencadena sentimientos de culpa y la sensación de que está haciendo algo injusto. Esto implica que en las situaciones en que el paciente sienta coraje con el terapeuta se le dificultará la expresión del mismo; c-) puede conducir a una mayor distorsión de las reacciones transferenciales como el interpretar que el terapeuta siente por ellos un interés excesivo, o imaginarse que le pedirá otras cosas en compensación; d-) puede ser vivido como un triunfo sobre el terapeuta en los casos en que la manipulación de objetos es un elemento importante en la patología. (9)

Por otra parte, las reacciones ante los honorarios muy altos pueden ser:

a-) impedir que el paciente ingrese al tratamiento o comprometer hasta tal punto los recursos financieros del mismo, o de su familia, que constituya una carga importante en la terapia; b-) estimular expectativas mágicas de curación y la sensación de que ya que paga tanto, corresponde al terapeuta realizar por completo el tratamiento; c-) reforzar la fantasía de que es el paciente favorito del terapeuta (lo cual suele ser, en ocasiones, una realidad y no una fantasía); d-) utilizar tal situación como un acto agresivo contra sus familiares al forzarlos a hacer sacrificios o, por el contrario, puede intensificar sentimientos de culpa hacia sus familiares; e-) proporcionar una satisfacción masoquista,

convirtiéndose el terapeuta en el objeto perseguidor o sádico en la relación (9).

La prudencia, señala el mismo Dewald, aconseja no prefijar honorarios sin haber visto primero al paciente, lo cual nos salvaguarda en los casos en que un paciente solo quiera saber el precio de una visita de diagnóstico, para lo cual es útil prefijarlos, aclarando que los del tratamiento se establecerán después de entrevistas personales.

Aquí surge la cuestión de si se deben cobrar o no las primeras entrevistas, lo cual está supeditado al juicio del psicoterapeuta. Generalmente ninguno deja de cobrar cuando descubre tendencias psicopáticas o intentos de manipulación por parte del paciente.

Psicodinamia del pago.— El acto de pagar en si comprende una gran variedad de posibilidades que deben ser cuidadosamente analizadas, pues pueden poner al descubierto troqueles personales que ocultan grandes montantes de ansiedad. P.e., se puede pagar el comienzo de la sesión para apaciguar al perseguidor terapeuta o, al final, como un signo de la capacidad de dar y hasta podemos encontrar las motivaciones para ingresar al tratamiento en éstos detalles (41)

Siguiendo la ecuación simbólica dinero=heces, consignaremos una serie de pautas dinámicas reveladas en el acto de pagar. Aun cuando nuestra insistencia sobre los detalles del contrato terapéutico va encaminada a enriquecer el horizonte de nuestras interpretaciones, advertimos a la manera de Glover (35) que la interpretación del simbolismo es un medio para un fin en el tratamiento, fin que debemos anticipar claramente antes de hacer una interpretación.

Si se acepta que el niño da sus excrementos por amor, culpa y reparación o por miedo, odio o agresión, se deduce que cuando el terapeuta cobra más de lo que el paciente debe pagar, actúa como la madre que quiere robarle sus contenidos y, por lo tanto, como un objeto persecutorio (44).

Así, para algunos pacientes narcisistas, que sobrevaloran sus contenidos internos, tener que pagar representa una herida al narcisismo porque sienten que es el terapeuta quien debería pagarles por escucharlos. Otros pacientes tratan de hacer actuar al terapeuta al no saber cuántas sesiones tuvieron en el mes, o al anunciar durante la sesión que van a pagar y luego olvidando hacerlo.

El pagar con cheque puede ocasionar culpa por crearle al terapeuta una incomodidad, ser un intento de negación para no sentir que se está pagando, ser una necesidad de mostrar omnipotencia, ser un mensaje de que sus emociones nos las dan de tal forma que nosotros tenemos que hacerlas efectivas en otra parte, o ser un intento de individualizar su dinero para que no se confunda con el de los otros pacientes.

Pagar en sobre revela la ecuación dinero=suciedad, evitando el paciente tocar el dinero para no ensuciarse y negando con ello el acto de pagar, conservando al terapeuta idealizado en su interior, lo cual nos puede hablar de su vivencia de ser limpios -como el sobre- por fuera y sentirse sucios por dentro. Similar dinámica revela el dejar el dinero sobre el escritorio (44).

Reacciones contratransferenciales.- Así como los dinamismos del pago son múltiples y variados en los pacientes, las transferencias del terapeuta no están exentas de tal interjuego.

Seguendo a Dewald, si el terapeuta cobra poco: a-) puede estar revelando el deseo de gustar, de ser agradable, de dar y de que parezca que no pide nada; b-) puede creer que el paciente debe estarle agradecido y apreciarlo, dificultándosele tolerar las reacciones de transferencia negativa; c-) puede estar revelando culpa por recibir honorarios (9).

Si un terapeuta recibe una baja remuneración, su resentimiento puede mani-

festarse a través de un desinterés, aburrimiento o alivio cuando el paciente no asiste a una sesión. (61)

Si el terapeuta cobra mucho: a-) puede sentir una preferencia por tal paciente; b-) puede invadirle la culpa o una sensación de verse forzado a hacer más por ese paciente para compensar el elevado precio; c-) si la terapia no resulta satisfactoria, pueden desencadenarse sentimientos de culpa. (9)

Glover recomienda al principiante cautela al interpretar al paciente la primera demora en pagar su cuota puesto que éste puede vivirlo como un índice de su ansiedad en el aspecto económico, -lo cual bien puede ser cierto- más que como una reflexión personal sobre su propia seguridad.

Freud, en 1913, escribió: "... a mi juicio, es indudablemente más digno y más moral declarar con toda franqueza nuestras necesidades y aspiraciones que fingir un filantrópico desinterés, incompatible con nuestra situación económica e indignarnos en secreto de la desconsideración y la tacañería de los enfermos, o, incluso, criticarla en público.

Sesiones no asistidas.- Revisaremos algunos razonamientos sobre el manejo de los honorarios cuando el paciente no asiste a una sesión.

Consideraremos dos líneas de pensamiento: la rigurosa, que sigue el pensamiento freudiano y una más conciliatoria representada por Fromm-Reichmann, cada una con las aportaciones posteriores.

La tendencia freudiana adscribe determinadas horas a cada paciente y los responsabiliza económicamente de las mismas, aunque no las utilice y a pesar de que notifique previamente la falta. Tal técnica persigue asegurarse de que el paciente asistirá a las sesiones (9), a la vez que resulta una medida práctica, pues generalmente el terapeuta no puede aprovechar mucho el tiempo cuando aquel no asiste. (Freud, 1913; Menninger, 1961)

El Dr. Haak, citado por Menninger, da algunas razones para seguir un sistema estricto en los pagos: a-) que el terapeuta se atreva a tomar el buen pago por todas sus citas es visto por el paciente como un signo favorable de autoestima y apreciación de su propio tiempo y cualidades, lo cual llega a convertirse en un yo ideal bueno y realista para el paciente, en contraste con su yo neurótico; b-) el paciente no se ve tentado a probar la paciencia del terapeuta o a ausentarse para evitar el material difícil u otro tipo de actuaciones y contratransferencialmente es importante no aceptar una pérdida de ingresos durante las horas de trabajo.

La tendencia que representa en la literatura Fromm-Reichmann sostiene que si el paciente puede probar razones válidas para no ir a las consultas previamente acordadas no necesitará pagarlas. Según ella, debe llegarse a un acuerdo inicial en lo que concierne a las faltas de las sesiones contratadas; a-) las entrevistas a las que no concurra el paciente deben ser reprogramadas si son importantes o si así son requeridas en caso de haber una razón valedera de por medio, aplicándose lo mismo al terapeuta; b-) no debe cobrarse al enfermo cuando falta por razones verdaderas (emergencias como enfermedad aguda, muerte súbita de un familiar, etc.) aun cuando no pudiera dar aviso previo.

Desde luego, la autora tiene presentes los aspectos resistentes de las faltas y llega a considerar la suspensión del tratamiento cuando éstas dan indicios de desinterés en una colaboración terapéutica seria (33).

Si bien es cierto que existen éstas dos líneas fundamentales de pensamiento al respecto, también es cierto que hay una postura intermedia que suele ser muy usada. A través de su cuestionario, Glover encontró que una gran mayoría de los analistas mantienen una regla estándar de exigir pago cuando no asiste el paciente, pero solo alrededor de la mitad se adhiere a ella, existiendo una ten-

dencia general a no cobrar cuando la ausencia es justificable (35).

Esta postura intermedia tiende a hacer los arreglos que parezcan razonables para ambas partes, cobrar solo cuando las cancelaciones son hechas a última hora.

Kubie indica que no hay necesidad de adherirse al sistema rígido cuando el paciente se entrega de lleno a su terapia (41) y Tarachow opina que el seguir uno u otro sistema dependerá del tipo de tratamiento y enfermedad; por ejemplo, si el paciente está en psicoanálisis se espera que pague por todas las sesiones.

Sea cual fuere nuestra posición al respecto, el sistema seguido en las sesiones no asistidas debe incluirse en el contrato. Wolberg y Tarachow recomiendan dar las razones de la práctica que sigamos, especialmente cuando es la freudiana. (57) (61) Sin embargo, es bueno recordar lo fructífero de dar la menor cantidad de explicaciones sobre nuestro proceder.

Tratar pacientes gratuitamente? Quizás pueda parecer evidente concluir que no son aconsejables los tratamientos gratuitos; no obstante, examinaremos un poco más el problema.

La mayoría de los teóricos, entre ellos Freud, 1913; Glover, 1958 y Liberman y col., 1961, nos hablan de las interferencias que un tratamiento gratuito plantea al intensificar las resistencias y acarrear dificultades contratransferenciales, así como de la necesidad de no caer en ésta situación no haciendo excepciones ni de pacientes, colegas ni amigos.

Kubie subraya la necesidad de investigar más al respecto cuando habla de asociaciones psicoanalíticas y de psicoterapia que, como regla, exigen que sus miembros se comprometan a aceptar, por lo menos, un paciente en forma gratuita enviado por la institución y se muestra optimista al decir que un tratamien_

to de tal índole puede resultar fructífero al fin, cuando el paciente empieza a examinar su culpa y las motivaciones de la misma (41). Liberman y col. consideran que, en todo caso, la técnica estará contraindicada cuando el caso revele due los y pérdidas no elaboradas en la temprana infancia pues imposibilitaría tales elaboraciones (44).

La Dra. Laura Achard -comunicación personal- refiere experiencias felices con pacientes del medio artístico.

Menninger indica la conveniencia de considerar el punto ya que puede surgir cuando un paciente no pueda pagar nada y el terapeuta tenga que decidir si puede continuar el tratamiento sin recibir honorarios y se muestra categórico en cuanto a que el terapeuta nunca deberá apelar a su bondad o humanidad, sino a razonamientos basados en la dinámica del paciente (45).

Otros autores apuntan la necesidad de contar con buenas clínicas en la comu nidad donde se puedan dar tratamientos gratuitos a los pacientes que así lo requieran (33) (43) (45). Liberman y col. ven conveniente requerir el aporte de algún servicio a la institución que haga las veces de pago, ya que así la misma pasa a ser un objeto de transferencia que debe ser reparada. De lo anterior, se establecerá un vínculo parasitario sumamente perjudicial.

Quién debe pagar el tratamiento? El consenso general opina que lo más adecuado es que el propio paciente y nadie más pague su tratamiento, por lo que nos referiremos aquí a los casos en que por una u otra razón ésto no pueda ser así.

Las dificultades surgen cuando el paciente paga con el dinero de un familiar, amigo o institución a quienes no tiene la responsabilidad efectiva de retribuirlo (45), puesto que la otra persona va a incidir en el mismo a manera de control remoto que vigila y controla omnipotentemente como tercero excluido y, a la vez, siempre presente. Lo anterior se presenta en el caso de niños, adolescen-

tes y adultos en situación de dependencia y en algunos psicóticos (44).

Fromm-Reichmann y Kubie se refieren a los casos de jóvenes por debajo de la edad en que se juzga se tiene amplia capacidad de ganar dinero y en que los padres cubren el costo de la atención, considerando conveniente que estos pacientes paguen parte de los honorarios extrayéndolo de sus pequeñas entradas o del dinero que les proporcionan regularmente sus padres, con el fin de subrayar que la situación de tratamiento es asunto y responsabilidad de ellos y no de sus progenitores (33) (41).

Aumento de cuotas.— Glover, 1958, encontró que solo una tercera parte de aquellos analistas que contestaron a la pregunta ¿qué piensa sobre el aumento de las cuotas durante el transcurso del tratamiento?, manifestaron haber aumentado los honorarios en el curso del tratamiento, pareciendo haber un acuerdo general en que solo debe hacerse si un paciente que está siendo tratado a un costo reducido llega a ser capaz de pagar más.

Es muy frecuente que los pacientes no comprendan que el terapeuta necesite aumentarles los honorarios (44), pues de alguna manera se está violando el contrato original.

Szasz y la gran mayoría de los autores concuerdan en que una vez fijados los honorarios no se deben variar, lo cual contribuye a la estabilidad y consistencia del tratamiento y es terapéutico en sí.

Cuando por razones de inflación monetaria se altera el contrato, el aumento de las cuotas más bien corresponde a un reajuste de los honorarios. Siguiendo a Liberman (44), éste tiene su razón de ser ya que en el inconsciente del paciente aumenta proporcionalmente el tiempo que toma del terapeuta con el consiguiente aumento de la ansiedad paranoide. Nuevamente, debe fijarse una cuota justa.

III.2.e. Las vacaciones.- Un punto que debe contratarse son las vacaciones del terapeuta.

El terapeuta debe decir al paciente en qué periodos del año vacaciona así como los días festivos en que no trabaja. Tal medida preserva un descanso necesario para el terapeuta y la mejor planeación y aprovechamiento de su tiempo. Para el paciente ésto constituye un modelo adecuado de identificación: trabajar, descansar y organizar el tiempo.

Esta práctica, seguida en Europa y en la escuela rioplatense, -comunicación personal de la Dra. Laura Achard- no ha encontrado eco en México. Creo que el incluir las vacaciones en el contrato le da un cariz de mayor estabilidad y tiene sus ventajas: el paciente sabe a qué atenerse. Es muy probable que también él pueda planear sus vacaciones para la misma época en que las toma su terapeuta, lo cual le evita posteriormente perder sesiones de su tratamiento, así como los resentimientos que produce el pagar por sesiones a las que no asistió.

Pensamos que una medida "más flexible" sería contratar qué días no trabajaremos (festivos, cívicos, etc.) y aclarar cuántas veces al año tomamos vacaciones y decir el periodo aproximado en que lo haremos. Esto es más difícil cuando se es principiante, siendo más probable que cuando avancemos en nuestra práctica profesional consolidemos medidas cada vez más estables.

Por último, si se decide no seguir éstas técnicas al encontrar cualquier argumento de peso, lo indicado es tener presente que debemos avisar con anticipación el periodo de vacaciones o cualquier ausencia. Desde luego, antes de hacer tal anuncio se tendrán en cuenta las reacciones del sujeto ante la separación y el abandono.

Tarachow da los siguientes motivos por los cuales se debe avisar al pacien-

te por adelantado que vamos a ausentarnos: a-) porque así éste comienza a elaborar los sentimientos de rechazo u otras reacciones en las próximas sesiones, lo cual no sería posible si se le avisase en el último momento; b-) por simples razones de cortesía con una persona con la que se está relacionando regularmente; c-) porque nos damos la oportunidad de elaborar la reacción del paciente, o aun la falta de ésta, a lo cual habría que mostrarse más suspicaz (57).

Debemos asegurarnos de no tomar en tratamiento a un paciente cuando estemos próximos a ausentarnos por periodos tan largos como varias semanas o meses (8) (45). Lo más adecuado sería posponer el inicio del tratamiento o referir el paciente. Si tal ausencia se debe a una emergencia debemos reconocer la falta que estamos infringiendo al contrato y tratar de repararla de la mejor manera.

Las reacciones que provoca el anunciar unas vacaciones pueden ser, entre otras: un sentimiento de abandono o rechazo acompañado de depresión y odio; un impulso a la actuación especialmente sexual o un alivio al ahorrar dinero y dificultades. Asimismo, al regresar de vacaciones deben esperarse reproches o los signos de pánico homosexual y síntomas más o menos disfrazados de ansiedades homosexuales y, algunas veces, una que otra reacción defensiva (agresión indebida, sentimientos paranoides o síntomas masoquistas o una necesidad de suspender el tratamiento; o una intensificación de los deseos incestuosos). (57)

Una consideración muy importante sobre las vacaciones es la gran utilidad que nos puede brindar como periodo de prueba para darnos cuenta qué tanto puede funcionar un paciente por si solo, con lo que valoraríamos las posibilidades de terminación de un tratamiento o de reducir la frecuencia de sesiones. Esta idea es sustentada por Alexander y French (2) y apoyada por Tarachow (57) posteriormente.

III.2.f. Límites en el tratamiento.- En ésta sección, hablaremos de los "has-ta aquí" o las "prohibiciones" más allá de las cuales no deben ir paciente y terapeuta, como una extensión de los conceptos ya expuestos sobre el contrato.

Respecto a los pacientes.- Singer (1965) nos hace ver que así como el terapeuta no permitirá a los pequeños que arremetan contra él físicamente en la ludoterapia, tampoco le permitirá a los adultos que lo lesionen. Hay dos razones obvias para evitar el ataque físico: la primera es que el terapeuta establece tales límites porque valora seriamente su bienestar y, la segunda, porque siguiendo ésta pauta impide al paciente actos que, en última instancia, producen un profundo sentimiento de culpabilidad al paciente.

La única comprensión terapéutica ante un acto de violencia del paciente es el reconocimiento de las propias reacciones, del propio disgusto y de la necesidad de que paciente y terapeuta exploren lo que experimenta el primero, el significado real del incidente y aquello que lo desencadenó. Por supuesto, la oportunidad de actuar "admirablemente" es tentadora, sobre todo si el terapeuta cede a una pugna de competencia con alguna persona significativa en la vida del paciente y le trata de demostrar "lo bueno" que es. Tampoco una condena moralizante ni la adopción de una actitud de ofendido por parte del terapeuta estimulará desarrollo y bienestar.

Arremeter contra otra persona no ha de tener forzosamente un sentido material; abarca también cualquier infracción de los derechos y de la dignidad de otros. Estos ataques pueden adoptar la forma de interferencias con las necesidades racionales del terapeuta y hacer injustas demandas de su tiempo. Algunos pacientes tienden a llamar al terapeuta a cualquier hora del día o de la noche, interrumpiendo su trabajo, su descanso o su sueño con preguntas triviales y con el planteamiento de todo género de problemas insustanciales.

Hay otros pacientes que tratan de causar daño a costa del tiempo de otros pacientes, tratando de permanecer más tiempo del acordado (53). Estas acometidas, por supuesto, pueden tomar también la forma de infracciones económicas, con intentos de manejar e importunar al terapeuta retrasando los pagos o faltando a las citas.

Bixler (1949) —citado por Reisman— aconseja un proceso que sigue varios pasos para manejar tales dificultades: a-) cuando el paciente amenaza romper un límite, el terapeuta aclara el deseo o sentimiento y espera silenciosamente que no se traduzca en acción; b-) cuando el paciente está al borde de romper un límite o ya lo ha hecho, el terapeuta expresa la intensidad del sentimiento o impulso y aclara que tal conducta no está permitida; c-) en caso que el paciente persista en romper los límites o los detalles contratados, el terapeuta puede suspender la sesión o el tratamiento (49) (52).

Todos los terapeutas concuerdan con Moustakas (1963) que se deben hacer cumplir los límites manteniendo la comunicación de la aceptación del paciente, mas no de las acciones prohibidas (49).

Respecto al terapeuta.— El terapeuta no debe identificarse ni volverse en contra de las personas del ambiente del paciente. Tales actitudes pueden manifestarse en forma de discusiones con un colega que esté viendo a familiares o amigos sobre si estos o el paciente son culpables de algo o están diciendo la verdad.

Otra consideración es la adherencia del terapeuta a un código ético. La ética requiere que el terapeuta dé sus servicios al público en una forma digna y modesta, sin garantizar los resultados, que salvaguarde la información que proporciona el paciente y respete la naturaleza confidencial de sus comunicaciones. El terapeuta representa la realidad y no la moral: trata de hacer claro lo que es, no lo que debe ser o sería bueno; trata de ayudar a su paciente a tomar decisiones;

su tarea no es comunicar sus valores, sino ayudar al paciente a formular los su yos propios.

Ya que lo que el terapeuta haga o diga puede influir en sus pacientes, debe cuidar su conducta en cierta forma, aun fuera de las sesiones, p.e., las aseveraciones que haga en público. Hay límites en su libertad, tanto dentro como fuera de la terapia. Hasta qué punto debe guiarse por éstos es debatible, pero lo seguro es que su efectividad como terapeuta no se ve facilitada por la notoriedad (49).

Freud (1913) propuso que entre pacientes y terapeuta no hubiera otro contacto, salvo el de las entrevistas fijadas regularmente. Se ha instado a los terapeutas a que eviten cualquier situación que pueda originar encuentros extraterapéuticos. La razón principal para apoyar ésta limitación es la creencia de que cuanto menos sepa el paciente acerca del terapeuta, más posibilidades habrá de que sus reacciones hacia él sean transferencias, fantasías y actitudes que en realidad son sentimientos básicos hacia alguna persona significativa en el pasado del paciente y ahora desplazados hacia el terapeuta. En consecuencia, se aconseja a los terapeutas que revelen lo menos posible acerca de ellos a sus pacientes (52).

Cuando un terapeuta quebranta los límites del contrato, pronto llega a darse cuenta de la gravedad de su conducta.

Importancia de los límites.— El concepto de la fijación de límites y su importancia ha sido objeto de abundante discusión, especialmente desde que comenzó a usarse en la literatura sobre terapia infantil.

Sin límites no habría libertad en la psicoterapia. Puede sonar paradójico, pero hay una contradicción inherente en la percepción de la libertad. Cuando una persona hace lo que le viene en gana no es libre, sino impulsiva. Para pensar que es libre, el individuo debe tomar sus decisiones considerando las cir-

cunstances y reacciones de los demás. Los límites recuerdan al paciente la existencia del terapeuta como una persona con sus propios derechos y define las áreas de su libertad y le proporcionan un sentimiento de seguridad, porque aclaran qué es lo permitido y qué no. Algunos pacientes necesitan sentir que pueden ser controlados externamente antes de que puedan sentirse capaces de autocontrolarse (49).

Los límites impuestos en el curso del trabajo psicoterapéutico representan "experiencias emocionalmente correctivas" para individuos que se viven a sí mismos y a otros como confusos e irreales, reflejan la integridad del terapeuta y ayudan al paciente a lograr lo que Erikson denomina identidad.

La evitación de los límites da como resultado una falta de definición, un amenguamiento del sentido de realidad y el caos subsiguiente (52).

III.3. ELEMENTOS NO EXPLICITOS DEL CONTRATO.

III.3.a. Elección de las técnicas de tratamiento.

La técnica particular que mejor se adapta a cada caso individual queda determinada por tantos factores que son inútiles las generalizaciones en cuanto a la elección de técnicas específicas (2) (61).

Debido a la multiplicidad de variables implicadas en todo tratamiento, la mejor manera de probar las técnicas es sobre el mismo material. Por lo tanto, aquí no se considerarán las indicaciones para una técnica específica, sino las variables pacientes, terapeuta y métodos terapéuticos, por ser los elementos esenciales que determinan la marcha de un tratamiento.

El paciente.— La psicodinamia del caso tanto como su pronóstico y la estimación de las posibilidades de tratamiento se sustentan en criterios aproximados. Han de considerarse los siguientes factores: la capacidad natural y adquirida de la persona y las circunstancias exteriores que le confrontan, así como la posi-

ble modificación del individuo para adaptarse a la situación y de ésta para adaptarse a aquel (2) (46).

También, se deben establecer las posibilidades de cambio intrapsíquico, la valoración de la realidad, la estabilidad o precariedad del balance defensivo, el grado de cambio necesario o deseable, el mínimo y máximo de áreas de intervención, susceptibilidad a la interpretación, la magnitud y cualidad regresiva de las defensas, el peligro de irrupción de poderosos sentimientos arcaicos, una estimación de la tolerancia para el insight, el riesgo de ansiedades psicóticas, la fuerza yoica y su capacidad para formar ya sean nuevas defensas o nuevas estructuras yoicas si se logra insight. Para llegar a ésta estimación, el terapeuta toma en consideración la edad, el sexo, estado civil, condiciones socioeconómicas, ocupación, sucesos cotidianos, talentos, posibilidades de gratificación sexual y constelaciones familiares favorables o adversas del paciente (57).

Cuando hayamos realizado un balance de los logros e intenciones terapéuticas podremos decidir lo que se permitirá o evitará en la relación de tratamiento (57).

El terapeuta.— La experiencia, estructura de carácter, madurez y objetividad de un terapeuta necesariamente juegan un papel importante en la evaluación de una terapia, lo cual significa que a veces será difícil distinguir entre la evaluación de una técnica y la evaluación del terapeuta (46). Más aun, a menudo son éstas cualidades personales las que capacitan al terapeuta para escoger su enfoque con seguridad mucho antes de poder reconstruir con claridad el pasado del paciente (2).

Algunos terapeutas tienen predilección por ciertas técnicas que quizás otros no usarían con tanta libertad ante un mismo tipo de problema. Así, unos utilizan en gran medida los sueños, en tanto que otros lo hacen en menor escala (2).

Szasz sostiene que "la práctica de la técnica brota de la personalidad del terapeuta o llega a ser parte de él y no puede ser nunca distinta de él. El estilo o técnica del terapeuta es una característica personal que expresa la clase de persona que es; no es algo que pueda escoger o abandonar a voluntad. En consecuencia, un psicoterapeuta no puede ser respecto a la técnica más "flexible" que respecto a sus demás hábitos personales, por lo tanto no podrá defender su frecuente pretensión de que elige entre varias técnicas psicoterapéuticas según el diagnóstico particular que hace del paciente (56).

El método terapéutico.- En el presente periodo de transición, de abundancia de pacientes y escasez de terapeutas, la psicoterapia a veces no se usa como el procedimiento de elección, sino como el de necesidad práctica (43).

Cuando un paciente nos consulta, no lo aceptamos para un método específico de psicoterapia; el procedimiento se basa en la opinión diagnóstica. Sin embargo, una vez hecha la valoración diagnóstica inicial podemos predecir qué técnica será necesaria para una fase ulterior del tratamiento (2).

Una vez decidida la posibilidad de tratar al paciente y el tipo general de terapia requerida para ese tratamiento nos queda aun la tarea más delicada de elegir las técnicas más adecuadas. Sugeriremos que el paciente se sienta frente a nosotros o que se recueste en el diván?; hasta dónde trataremos de modificar las condiciones de su vida diaria?; alentaremos o limitaremos el desarrollo de la relación transferencial?; qué límites nos fijaremos?; cuáles serán nuestras metas?

La experiencia nos ha enseñado a elegir, modificar y combinar técnicas según lo exija el curso de la terapia. Tal como se ajerce la terapia psicoanalítica en la actualidad, rara vez se usa un solo y único método de trabajo desde el primero hasta el último día de tratamiento. P.e., un paciente puede estar ex-

tremadamente decaído al comenzar su terapia y requerir un manejo de apoyo; después que se ha estabilizado quizás pueda beneficiarse con un enfoque menos directivo (2) (61). Asimismo, durante una terapia expresiva, el terapeuta deberá ser lo bastante flexible como para proporcionar un periodo de apoyo (43).

III.3.b. Estimación de la duración del tratamiento.—

Habitualmente no hay necesidad de estimar la duración del tratamiento en las primeras sesiones o etapas del mismo y, aun cuando el paciente desee saberlo, podemos manejar su inquietud en forma tal que no nos comprometamos con una respuesta. Tal evitación de compromiso obedece a dos motivos básicos: no sabemos cómo va a reaccionar la persona a la psicoterapia y, además, la gran mayoría de las veces, tampoco podemos hacer una predicción real puesto que el proceso terapéutico es un continuo descubrir y un constante relacionar experiencias que, así como inducen progresos, pueden provocar regresiones más o menos duraderas.

A pesar de que no contratamos la duración del tratamiento de manera explícita, nuestro punto de vista es que el terapeuta siempre debe intentar, al menos, calcular tal lapso apoyándose en las metas más generales que se proponga lograr y en la impresión diagnóstica. Tal reflexión persigue objetivos prácticos, como el saber cuándo se podrá disponer del tiempo que ocupa un paciente.

Cuando nos veamos en la necesidad de dar a la persona interesada un tiempo aproximado, siempre deberemos hacerlo en términos de años, calculando no menos de uno o dos para neuróticos y dos o más años para pacientes más perturbados o psicóticos, sin pretender dar una imagen optimista (33).

Freud propuso fijar un periodo de prueba, después del cual, si el paciente insiste, nos es más fácil indicar la duración aproximada del tratamiento (32). Fromm-Reichmann habla posteriormente de tal periodo experimental fijándolo

entre seis semanas y tres o cuatro meses (33).

Murphy establece una ecuación según la cual mientras mayor sea la preponderancia de defensas narcisistas y la tendencia al aislamiento, más prolongado será el tratamiento (46).

III.3.c. Presentación de emergencias.— Si nos anticipamos a la irrupción de emergencias podremos evitar conductas auto y heterodestructivas del paciente o atenuar la intensidad de las mismas, así como preservar su confianza en el terapeuta y su permanencia en el tratamiento.

Ya que las emergencias son casi inevitables en un tratamiento prolongado, si bien no necesariamente tienen que ser contratadas, sí es indispensable que se tengan en mente.

Wolberg nos habla de las emergencias que pueden presentar los pacientes alcohólicos, drogadictos, psicóticos, depresivos con intentos suicidas, perversos sexuales, que en ocasiones requirirán hospitalización o pueden verse en dificultades legales. Asimismo, como los pacientes ansiosos con reacciones fóbicas, obsesivas o psicósomáticas pueden vivir un recrudecimiento de su patología bajo ciertas condiciones, deberemos prepararlos para una posible recaída desde los primeros estadios de la terapia (61).

Al respecto, recordamos que Menninger acostumbra decir al paciente o a los padres del paciente niño, adolescente o psicótico que desde el momento en que se inicia la terapia cualquier reacción o recrudecimiento de los síntomas debe ser vista como influida por el tratamiento y, por lo tanto, debe dejarse a cargo del terapeuta (45).

Nos parece más adecuada y definida la medida recomendada por Menninger que la de Wolberg, ya que éste último habla de "preparar al paciente" sin expli-

car en qué consiste tal preparación, mientras que el primero no enfatiza la posibilidad de emergencias y, sin embargo, sí las anticipa. Pensamos que las emergencias y las actuaciones nos brindan abundante y provechoso material sobre cómo enfrenta el paciente los momentos en que su yo se ve inundado por la angustia y que éste elemento sorpresa proporciona la oportunidad de ver tales reacciones "al natural".

Fromm-Reichmann habla de acontecimientos intercurrentes como tentativas de suicidio, muerte y desamparo, embarazo, parto, compromiso matrimonial, divorcio, enfermedad grave, accidentes, etc. y emergencias acaecidas a amistades o familiares. Ella considera que cualquier decisión debe estar precedida por un amplio esfuerzo común entre paciente y terapeuta para investigar, evaluar e interpretar los datos asequibles y que siempre que sea posible se debe alentar al paciente a tomar una resolución por sí solo. También señala las dificultades que pueden presentarse al terapeuta, p.e., enfermedad o fallecimiento de familiares o íntimos (33). Creemos conveniente anticipar las posibles pautas de acción que seguiremos bajo tales presiones ya que las decisiones que se toman en un momento de crisis pueden no ser las más adecuadas.

Lo habitual en casos de emergencia es dar al paciente los números telefónicos en los que nos puede localizar y pedirle que nos deje un recado sobre dónde localizarlo si no nos encuentra. El paciente deberá sentirse libre para llamarnos cuando tenga alguna dificultad o para fijar una cita extra (40) (61). Es bien cierto que actuando así podemos ser objeto de manipulaciones por parte del paciente, pero puesto que posteriormente habrá oportunidad de ventilarlas, preferiremos equivocarnos solo hacia el lado generoso de tal actitud (40).

Como ya hemos señalado, una emergencia puede requerir hospitalización (Ver II.1.b.). En tales casos, después de considerar los elementos dinámicos

del sujeto decidiremos si lo podremos visitar, si lo seguiremos tratando en situación hospitalaria, etc.

Dado que una emergencia puede menoscabar en la persona el deseo de continuar su tratamiento, la deserción puede convertirse en punto de urgencia. Siempre que ésta sea la situación, intentaremos que el paciente permanezca en el tratamiento, al menos hasta que tenga una idea más clara de sus motivaciones.

Szasz recalca que el contrato no debe ser violado aun ante las emergencias, a las cuales considera "amenazas mayores" para la terapia (56). Respetamos el punto de vista del Dr. Szasz cuando estemos trabajando con pacientes básicamente sanos y podamos confiar en que sabrá salir adelante por si solo, más cuando no tengamos tal certeza, lo más adecuado es adoptar una posición más flexible.

Recomendamos la lectura del Cap. XI del libro "Principios de Psicoterapia Intensiva" de Frieda Fromm-Reichmann, así como la obra "Psicoterapia Breve y de Emergencia" de L. Bellak y L. Small para obtener una visión más amplia de lo expuesto en este apartado. Otro libro que aporta valiosos conocimientos al respecto es el de L.E.Abt, "Teoría y clínica de la actuación".

III.3.d. Limitaciones inherentes a la psicoterapia como tratamiento.

Es importante que consignemos algunas limitaciones que se nos presentan de entrada al seguir un sistema teórico y terapéutico como el de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada. Cuando tomamos partido por una corriente de pensamiento es muy frecuente incurrir en actitudes emocionales que obstaculizan una valoración adecuada y objetiva de la misma, pues resulta doloroso reconocer nuestras restricciones y posibles equívocos.

Freud, en 1937, escribió: "el psicoanálisis al pretender curar las neurosis por la obtención del control sobre el instinto tiene razón siempre en la teoría, pero no siempre en la práctica. Y esto, porque no en todos los casos logra ase-

gunar en un grado suficiente las bases sobre las que se asienta el control de un instinto".

Alexander se lamenta de que uno de los hechos más confusos y hasta desalentadores sea la imprecisibilidad de los resultados, ya que algunos pacientes que, de acuerdo con los libros de texto, deberían curarse, se niegan tercamente a mejorar, mientras que otros con un pronóstico inicial malo se recobran inesperadamente (1).

También existen limitaciones en cuanto a los conocimientos, destrezas y capacidad de ayudar por parte del terapeuta y, aunque sea bueno y hasta necesario confiar en la capacidad del paciente para crecer y en nuestras propias habilidades terapéuticas, también es justo que se conozcan las limitaciones personales, así como las de nuestros métodos (48).

También debe tenerse presente que no existe ningún tipo de investigación tan lleno de trampas como el de la investigación terapéutica, puesto que en ningún otro campo somos tan vulnerables a las falacias de nuestros propios deseos (41).

Estas cuatro consideraciones no pretenden agotar el tema, sino más bien enfatizar que cuando contratamos con un paciente la prestación de servicios en un tiempo determinado también pactamos todas las ventajas y desventajas que posee nuestro enfoque, nuestros conocimientos y nuestra personalidad. Invitamos al lector a meditar y ampliar éstas líneas en las distintas obras consultadas en el presente trabajo.

SUMARIO Y CONCLUSIONES.

La teoría de personalidad en que se basa la psicoterapia psicoanalíticamente orientada en la misma que sigue la teoría psicoanalítica clásica. La diferencia entre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica radica en la forma como el terapeuta aborda el material que trae el paciente, es decir, en cuanto a la técnica y las metas. Con esto quiero decir que fundamentalmente la actividad recae, en el psicoanálisis, en el paciente y, en la psicoterapia, en el terapeuta. Es to se debe a que hay pacientes que se encuentran lo suficientemente libres de conflictos como para hurgar en las motivaciones de su conducta, mientras que otros no pueden enfrentar una situación en un momento dado, requiriendo ayuda en términos de dirección y apoyo.

Para mí también es claro que un tratamiento psicoanalítico tendrá que recurrir en ciertos momentos a medidas de apoyo, al igual que en una psicoterapia psicoanalíticamente orientada no se puede pretender limitar las capacidades analíticas del paciente. Aun más, nuestra meta debe ser reforzar tal capacidad y llevarla al máximo desarrollo posible.

Aunque reconocemos que en la práctica es adecuado tener claras las diferencias e indicaciones propias del psicoanálisis y/o de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada, no dejamos de ver que gran parte de la tendencia a comparar ambas técnicas provienen de actitudes clanistas con fuerte carga emocional. Tal proceder frecuentemente conduce a teorizaciones inútiles que pierden de vista que el tratamiento es un proceso dinámico y continuo al fragmentarlo y enfocarlo estáticamente.

Los postulados de esta tesis se basan en la teoría psicoanalítica y aquí se considera al tratamiento personal como el combustible y la herramienta fundamental que el terapeuta requiere para intentar ayudar a otras personas.

Creo que un profesionalista que tenga buenos conocimientos sobre cultura general, un sistema de deseos-defensa bastante equilibrado, sentido común y le guste ganarse la vida atendiendo las dificultades de sus semejantes pudiendo tolerar la regresión y la angustia consiguientes puede aspirar legítimamente a entenderse como psicoterapeuta. También me parecen infortunadas las discusiones teóricas respecto a qué grupo posee la técnica más eficaz puesto que la idea básica de todo terapeuta debe ser ayudar a su paciente con los recursos que estén a su alcance. Es por eso que no puedo aceptar la ortodoxia ni la rigidez de los que tratan de seguir al pie de la letra las indicaciones técnicas que reporta la literatura encasillando y desvirtuando a sus pacientes. Por otro lado, tal enfoque no va de acuerdo con la realidad de la época cambiante en que vivimos.

La mitología de la psicoterapia, dañina y difícil de erradicar es un interesante tema de discusión. Cuán necesitados estamos de los mitos! Los creamos y fomentamos: deificamos el psicoanálisis, nombramos apóstoles a los psicoanalistas, creemos que como pacientes gozamos de la cercanía con la divinidad y que como terapeutas tenemos el privilegio de prodigarla. Posterior o simultáneamente a la asimilación de toda una ideología narcisista que llega a configurar un modus vivendi, a través del entrenamiento y análisis personal, puede resultar difícil para un terapeuta aceptar sus errores y como la técnica y la transferencia del paciente lo protegen -con muy fundadas razones- las probabilidades de llegar a una autoimagen de ser realmente privilegiado se multiplican. Como es relativamente fácil captar los contenidos latentes de las comunicaciones de una persona que habla y a la que escuchamos la mayor parte del tiempo, la sorpresa y adoración vivida por el paciente facilita que nos idealice y, al mismo tiempo, que nosotros nos sintamos muy capaces. En el mismo sentido, algunas veces llegamos a justificar las reacciones contratransferenciales, tan transfe-

renciales como las del paciente, como adecuadas y hasta necesarias.

Aquí sostenemos que si bien resulta difícil dejar de participar de esa mitología que tantas gratificaciones nos produce, al menos debemos aceptar que a pesar de que seamos los profesionistas que más nos asomamos a las complejidades de la mente humana por contar con poderosos métodos para penetrar en sus secretos tratando de cambiar el destino neurótico de una persona, ésto no nos hace ni menos conflictivos ni más sabios que el común de las gentes, pues desgraciadamente nos movemos en un campo en que "las verdades" no resisten mucho el paso del tiempo, cambiando continua y velozmente.

Respecto al candidato a psicoterapeuta existen otros tantos mitos. Después de estudiar los pros y los contras concluimos que el médico no es el mejor candidato ya que su inicial ignorancia sobre la teoría y la técnica de la psicoterapia lo sitúa en el mismo nivel que cualquier otro postulante. Seguidamente se anotó que los argumentos esgrimidos en contra de los "profanos", obedecen motivaciones neuróticas e irracionales que si bien continúan pesando en nuestro medio, cada vez pierden más fuerza al abrirse diversos grupos de psicoanálisis y de psicoterapia a psicólogos y otros profesionistas.

En el presente trabajo se indica una y otra vez que las cualidades personales se ven involucradas continuamente en el trabajo terapéutico, llamando la atención sobre el hecho de que éste punto a veces solo recibe un acatamiento formal o se desconoce, culpando especialmente al área o personal encargado de la selección de los candidatos quienes actúan muchas veces presionados por favoritismos.

Se enfatiza la idea de que en el entrenamiento profesional deben conjugarse y equilibrarse los elementos teóricos y prácticos y que la enseñanza no debe limitarse a los conocimientos psicoanalíticos, sino que debe inculcar en el estudiante el interés por ampliar su rango de intereses hacia la literatura, el arte,

la ciencia, etc., buscando lograr una visión lo más completa posible del fenómeno humano. Respecto a la práctica clínica, cuyo control se logra fundamentalmente a través de la supervisión de casos, se dijo que constituye uno de los instrumentos más eficaces para conseguir el progreso profesional y que debemos tratar de encarar las dificultades que la misma acarrea, dado que los logros las compensan con creces. Se recomienda una hora de supervisión semanal y se habló de las ventajas de la supervisión individual sobre la de grupo; ambas pueden realizarse siguiendo un caso o presentando alternativamente varios casos.

Con objeto de definir un marco témporoespacial para el contrato terapéutico se hizo un estudio de la primera entrevista, sus vicisitudes y la importancia especial que posee como primera etapa del tratamiento pues ligeros errores por parte del terapeuta pueden destruir la relación en desarrollo o evitar que llegue a ser verdaderamente autónoma ya que una vez que se establece cierto clima terapéutico puede resultar difícil o imposible alterarlo.

La primera entrevista se definió como una serie de sesiones en las que se trata de determinar los elementos más relevantes del padecimiento de un paciente y como un periodo experimental en que se valora si existe una verdadera necesidad de terapia y si paciente y terapeuta pueden trabajar conjuntamente obteniendo ciertos beneficios.

Para el psicoterapeuta, los objetivos de la primera entrevista son: presentarse como una persona dispuesta a ayudar, juzgar la patología, posibilidades de tratamiento, peligros o riesgos de la enfermedad y del mismo tratamiento, establecer los arreglos prácticos y decidir si el paciente permanecerá ambulatorio u hospitalizado.

Se estudiaron las esperanzas y motivaciones del paciente con respecto al terapeuta, al tratamiento, a sus condiciones socioculturales así como a su psico

pato logía y sus temores. Se señaló la importancia de tener presente esta información porque dichas motivaciones y esperanzas afectarán la conducta del paciente durante la terapia y porque de éstos conceptos dependerá el papel que espere jugar él y el que espere de su terapeuta, aunque nunca se debe menospreciar ni ridiculizar la información o los prejuicios que el paciente traiga.

Se hizo énfasis en la necesidad de ser muy cautos en las primeras entrevistas, especialmente en cuanto a no parecer rechazantes, ya que con toda seguridad el buscar tratamiento es una decisión muy difícil e importante para el paciente y porque siempre que una persona acude a tratamiento hay una crisis dentro o alrededor de la misma.

Junto con las esperanzas del paciente se revisaron las esperanzas del terapeuta las cuales, en un orden racional, involucran la atención de los pacientes como profesionista para lograr satisfacciones personales y de orden material que contribuyan a su autorrealización. Se aceptó que el paciente generalmente espera un modelo de orientación-cooperación, en tanto que el terapeuta desea uno de mutua participación. Se hizo un estudio de los motivos que pueden llevarnos a referir un paciente (cuando el terapeuta no se sienta capaz de manejar un determinado caso, cuando un paciente no reúna las características deseadas por el terapeuta, cuando éste no tenga tiempo, etc.) por dos razones: para que se vea cómo no siempre un terapeuta tiene que aceptar cualquier paciente y para recalcar la idea de la importancia de manejar de la mejor manera posible ésta situación, no perjudicando al paciente con una impresión negativa que pueda mermar su deseo de ingresar a tratamiento.

Así como hablamos de una selección ideal de pacientes, también hablamos del terapeuta en términos de su edad, sexo, entrenamiento y personalidad. Básicamente se hizo con el propósito de cavilar un poco más sobre cuán importante

puede llegar a ser la variable persona en un tratamiento, ya que la relación constituye el instrumento esencial para la cura, y al mismo tiempo, para contar con una guía cuando referimos un paciente. Se dijo que, en cuanto al terapeuta, sus cualidades personales revisten especial importancia en los albores de un tratamiento y que, posteriormente, la transferencia va a hacer que el paciente lo viva de acuerdo a sus distorsiones personales.

El contrato terapéutico es un convenio entre dos personas en el que existen elementos formales de intercambio recíproco, una serie de normas (regla fundamental, de confidencialidad, etc.), así como tiempo y dinero, con la consiguiente satisfacción de necesidades en una forma mutua y recíproca. El terapeuta debe ser puntual en la prestación de los servicios previamente contratados; el paciente solo tiene que ser puntual en el pago de los honorarios.

Consideramos la alianza terapéutica como la relación no neurótica que el paciente tiene con su terapeuta, que le permite trabajar en la situación terapéutica. El contrato terapéutico configura un marco de referencia sobre el cual inciden los elementos dinámicos de la alianza terapéutica.

El contrato se realiza con el paciente, salvo en casos de niños, adolescentes y psicóticos que no pueden contratar, debiendo explicitárseles tan pronto como estén en condiciones de comprenderlo. Ya que el contrato tiene razón en términos de su precisión, sus elementos integrantes deben quedar tan claros como sea posible. Asimismo, un terapeuta debe tener presente que no puede prometer ni siquiera un alivio al paciente. Solo podemos prometer el tratar de ayudarlo con un método que ha sido útil a otros.

El contrato es importante porque estructura un marco de referencia sobre cuyas bases el terapeuta puede estudiar y esclarecer transferencias y resistencias que surgen en las sesiones de terapia; porque proporciona sentido de reali-

dad al paciente evitando que el tratamiento agrave su neurosis y facilita la traducción del lenguaje de las excusas al de la responsabilidad; porque limita los poderes tanto del terapeuta como del paciente restringiendo las oportunidades de que se perjudiquen mutuamente. Por consiguiente, las dificultades que surgen cuando se altera el convenio original son múltiples, ya que tales desajustes se ponen al servicio de la compulsión a la repetición impidiendo el progreso del tratamiento, pudiendo conducirlo a una abrupta terminación.

Los elementos del contrato se dividieron en explícitos (aquellos que se pactan y comparten abiertamente con el paciente) y no explícitos (que se refieren a los factores esenciales que debe considerar el terapeuta para conducir un tratamiento). Entre las primeras situaciones las reglas de confidencialidad, la regla fundamental, las sesiones semanales, los honorarios, las vacaciones y los límites en el tratamiento. Entre los temas no explícitos consideramos la elección de las técnicas de tratamiento, la presentación de emergencias y las limitaciones inherentes a la psicoterapia.

Los aspectos de confidencialidad se estudiaron enfocando dos reglas básicas: a-) lo que el paciente comunica será mantenido en secreto por el terapeuta y b-) en tanto que el terapeuta mantiene confidencialidad las comunicaciones de su nadie podrá tener secretos con él respecto al mismo. Simultáneamente se revisaron algunas de las indicaciones para que el terapeuta atienda a los familiares, amigos o personas importantes en la vida del presente.

Revisaremos algunos conceptos sobre la regla fundamental poniendo énfasis en el rico material dinámico que evoca dada la forma como el paciente la observa dependiendo de sus reacciones conscientes e inconscientes y de su patología. Se apuntó la trascendencia de la misma como elemento contractual y como criterio para seguir los cambios en una terapia.

Respecto a la duración de la sesión, señalamos que independientemente de que sea de 45, 50 ó 60 minutos, lo esencial es fijar un límite que sirva para organizar al paciente en cuanto a su tiempo de trabajo y que tal periodo debe ser ininterrumpido.

Se estudió la perspectiva de utilizar provechosamente los días de tratamiento como una medida terapéutica.

Tratamos de dar una guía en relación a la problemática de los pacientes y la frecuencia de las sesiones que debe asignárseles; la misma debe considerarse un asunto relativo determinado fundamentalmente por las necesidades de paciente y terapeuta. También se examinaron las ventajas y desventajas de alterar tal frecuencia—aumentándola o disminuyéndola— con fines terapéuticos.

Se hizo una revisión de la ontogénesis del interés por el dinero en los términos de Ferenczi y de los diversos significados que toma el dinero en el transcurso de la terapia.

Dijimos que el acto de cobrar constituye un factor terapéutico tan importante como la interpretación ya que confronta al paciente con la cualidad real y concreta de los elementos de intercambio y porque brinda a su yo un sentido de propiedad sobre lo que ha ido logrando en el proceso, lo cual estimula la elaboración de pérdidas infantiles. Se dijo, además, que se cobra por la cantidad de tiempo que se da a un paciente independientemente del valor o beneficio que la misma le proporcione.

Sobre cuándo y cuánto pactar dijimos que se deben hacer los arreglos satisfactorios para ambas partes, considerando las tarifas estipuladas en la comunidad, las posibilidades personales (ingresos, responsabilidades, perspectivas, etc.). Hablamos de una "cantidad justa" que no lleve a los extremos de cuotas muy elevadas o demasiado bajas. Se recomendó prestar especial atención a las

actitudes que acompañan el acto de pagar ya que ofrecen valiosa información para analizar ansiedades muy tempranas. De igual manera se llama la atención sobre posibles reacciones contratransferenciales ante los honorarios.

En cuanto al pago por consultas no asistidas se optó por una posición que exige la remuneración de todas las sesiones aunque queda claro que habrán casos y momentos en que no se podrá seguir tal sistema.

El terapeuta debe estar informado de la fuente de procedencia del dinero con que se paga el tratamiento y lo ideal es que el propio paciente sea quien lo pague.

Sobre tratar pacientes gratuitamente se dijo que en algunos casos es posible. Una solución adecuada sería contar con una buena clínica en la comunidad que pudiera absorber tales pacientes requiriendo de ellos el aporte de algún servicio a la institución.

Nos mostramos en desacuerdo con aumentar los honorarios durante el tratamiento, a menos que previamente se haya convenido así, como cuando un paciente comienza pagando poco, o por reajustes debidos a un proceso inflacionario.

Se habló de la necesidad de concertar un periodo de vacaciones así como de observar las reacciones provocadas antes y después de un tal periodo, puesto que esas conductas nos brindan información para valorar qué tanto puede funcionar la persona sin tratamiento.

Llamamos a las prohibiciones más allá de las cuales no deben ir ni el paciente ni el terapeuta límites en la terapia e ilustramos con algunos ejemplos la manera en que se puede lesionar la dignidad y los derechos de una u otra parte interesada. Los límites son importantes porque preservan la libertad al recordar a sus participantes la existencia del otro y porque proporcionan un sentido de seguridad al aclarar qué es o no permitido convirtiéndose por sí mismos

en experiencias emocionales correctivas. De la misma manera, debe recordarse las catástrofes que acarrearán los límites indefinidos.

Ya que es casi imposible hablar de la técnica que mejor se adapta a las necesidades de cada caso en razón de los factores individuales que cada persona aporta, especulamos sobre la estrategia a seguir considerando al paciente, al terapeuta y a las posibilidades técnicas. Aceptamos que cuando un paciente nos consulta no lo aceptamos para un método específico de psicoterapia y que tanto el diagnóstico como el tratamiento son dinámicos, por lo que es natural la elección, combinación y modificación de técnicas conforme avanza la terapia.

Consideramos prudente y práctico que el terapeuta estime aproximadamente la duración de un tratamiento y que cuando tenga que comunicarlo a la persona interesada lo haga en términos de años, sin intentar dar una imagen optimista.

La presentación de emergencias, casi inevitables en todo tratamiento, es tópicos que debemos tener en mente tratando de evitar conductas auto y hetero-destructivas que puedan dar al traste con un tratamiento; se enfatizó que el paciente debe sentirse con libertad para llamarnos cuando lo necesite y aceptarlo como un deber de nuestra profesión.

Finalmente, reconocemos que aunque estamos convencidos de la utilidad y seriedad de los postulados teóricos y técnicos de la psicoterapia de orientación psicoanalítica, los mismos poseen desventajas inherentes que pueden recrudecerse por las limitaciones personales y académicas de un terapeuta. Nuestro profesionalismo debe manifestarse en la asimilación de ésta conciencia, dirigiéndonos hacia el estudio de otras formas de terapia que enriquezcan el acervo personal dejando a un lado la actitud dogmática que ha imperado por mucho tiempo en nuestro medio, teniendo solo como meta el ser más útiles a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alexander, F. Psicoanálisis y Psicoterapia. Trad. F. López C. Ed. Psique. Buenos Aires, 1960.
2. Alexander, F. y French, T.M. Terapéutica Psicoanalítica. Trad. L. Fabricant. Biblioteca del Hombre Contemporáneo No. 177. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1965.
3. Amici di San Leo, G. "Reacciones transferenciales ante los honorarios. Aspecto parcial de una neurosis obsesiva". Rev. de Psicoanálisis. Asoc. Psicoanalítica Argentina. Vol. XII. Buenos Aires, 1955. ✓
4. Bach, S. "La revisión del pacto analítico como auxiliar técnico durante el análisis." Rev. de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. Fondo de Cultura Económica. No. 15. México, Mayo-Agosto de 1970. ✓
5. Beese, F. "Indicación del tratamiento psicoanalítico en la clínica" Rev. de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología. Fondo de Cultura Económica. No. 15. México, Mayo-Agosto de 1970. ✓
6. Bellak, L. y Small, L. Psicoterapia breve y de emergencia. Trad. M. González de la Garza. Librería Carlos Cesarman, S.A. Ed. Pax-México. México, D.F., 1969.
7. Bleger, J. "Psicología y Medicina" en Psicología y Cáncer. Schavelzon, J.; Bleger, L.; Bleger, J. y Langer, M. Ed. Hormé. Psicología de Hoy. No. 28. Buenos Aires, 1965. ✓
8. Colby, K.M. A primer for Psychotherapists. The Ronald Press Co. New York, 1951.
9. Dewald, P.A. Psicoterapia: un enfoque dinámico. Tr. A. Solá C. Ed. Torray, S.A. Barcelona, 1973.
10. Ekstein, R.; Wallerstein, R.S. The teaching and learning of psychotherapy International Universities Press, Inc. 2nd. ed. New York, 1972.
11. Erikson, E. Insight and Responsibility. W.W. Morton and Company Inc. New York, 1964.
12. Fenichel, O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Tr. Mario Carlisky 3a. ed. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1966.
13. Ferenczi, S. Sexo y Psicoanálisis. Tr. S. Dubcovsky. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1959.
14. Ferenczi, S. "El problema de la terminación del análisis." en Problemas y Métodos del Psicoanálisis. Tr. Mario Carlisky. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1966.

15. Flowerman, S.H. "Myths in psychotherapy" Artículos sueltos. Asociación Psicoanalítica Mexicana. 17 p. 1954.
16. Ford, D.H.; Urban, H.B. Systems of psychotherapy -a comparative study- John Wiley & Sons. U.S.A., 1965.
17. Foucault, M. El nacimiento de la clínica.- Una arqueología de la mirada médica. Tr. F. Penejo. Siglo XXI. México, 1966.
18. Freud, S. El método psicoanalítico de Freud. Técnica Psicoanalítica. Obras Completas. Vol. II. Tr. L.L. Ballesteros y De Torres. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
19. Freud, S. Sobre Psicoterapia, en Técnica Psicoanalítica. Obras Completas Vol. II. Trad. L. López Ballesteros y De Torres. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
20. Freud, S. El porvenir de la terapia psicoanalítica. Ibid.
21. Freud, S. El psicoanálisis silvestre. Ibid.
22. Freud, S. El empleo de la interpretación de los sueños en psicoanálisis. Ibid.
23. Freud, S. La dinámica de la transferencia. Ibid.
24. Freud, S. Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. Ibid.
25. Freud, S. La iniciación del tratamiento. Ibid.
26. Freud, S. La "fause reconnaissance" (deja reconte) durante el análisis. Ibid.
27. Freud, S. Recuerdo, repetición y elaboración. Ibid.
28. Freud, S. Observaciones sobre el amor de transferencia. Ibid.
29. Freud, S. Los caminos de la terapia psicoanalítica. Ibid.
30. Freud, S. Para la prehistoria de la técnica psicoanalítica. Ibid.
31. Freud, S. Psicoanálisis y Medicina (Análisis profano). Ibid.
32. Freud, S. Análisis terminable e interminable Obras inéditas de los años 1905 a 1937. Vol. III. Trad. de R. Rey Ardíd. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1968.
33. Fromm-Reichmann, F. Principles of Intensive Psychotherapy. The University of Chicago Press. 10 ed. Phoenix Books. Chicago, 1967.

34. Gill, M. "El psicoanálisis y la psicoterapia exploratoria", en Gill, M., Rapaport, D. Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica. Tr. A. Gaitán. 2a. ed. Ed. Pax Mexicana. México, D.F., 1967.
35. Glover, E. The technique of psychoanalysis. International Universities Press, Inc. 2nd. ed. London, 1958.
36. Goldstein, A.P. "Participant expentacies in psychotherapy." Psychiatry. ✓
v. 25 No. 1 pp.72 - 79. feb. 1962.
37. Greenson, R.R. The technique and practice of psychoanalysis. The International Psycho-Analytical Library. No. 74. Vol. I. International University Press. New York, 1967.
38. Haak, N. "Comments on the analytical situation". International J. Psycho-Anal. No. 38. U.S.A., 1957.
39. Hill, L.B. Psicoterapia en la esquizofrenia. Tr. L. Fabricant. Biblioteca de Psiq., Psicopat, y Psicosom. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1956.
40. Kramer, E. A beginning manual for psychotherapists. Grune and Stratton. New York, 1970.
41. Kubie, L.S. Psicoanálisis. Aspectos prácticos y teóricos. Tr. S. Ramírez y R.C. de Ramírez. Biblioteca del Hombre Contemporáneo. No. 145. 2a. ed. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1966.
42. Langer, M. Cuestionamos. Granica Editor. Colección Izquierda Freudiana. Buenos Aires, 1971.
43. Levin, M. "Principios del tratamiento psiquiátrico." en Alexander, F. Tr. B.A. Sosa y L. Fabricant. Biblioteca de Psiq., Psicopat. y Psicosom. 2a. ed. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1962.
44. Liberman, D., Ferschtut, G. y Sor, D. "El contrato analítico". Rev. de Psicoanálisis. o. extraordinario. Argentina, 1961.
45. Menninger, K. Theory of Psychoanalytic Technique. Menninger Clinic Monograph Series. Science Edition. Monograph Series No. 12. New York, 1961.
46. Racker, H. "Estudios sobre técnica psicoanalítica". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1960.
47. Ramírez, S. "La formación médico-psicoanalítica". Trabajos varios. ✓
v. XV. Asociación Psicoanalítica Mexicana. México, D.F., 1967.
48. Reisman, J.M. Principles of psychotherapy with children. John Wiley & Sons Inc. U.S.A., 1973.

49. Sager, C.J. "Aspectos of clinical training in psychotherapy". Artículos sueltos. Asociación Psicoanalítica Mexicana. U.S.A., 1963. ✓
50. Sandler, J., Dare, Ch., Holder, A. El paciente y el analista. El marco clínico del psicoanálisis. Tr. de M. Hernández y K. Fink. Bibl. de Psicología Profunda. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1973.
51. Singer, E. Conceptos fundamentales de la psicoterapia. Tr. de M. de la Escalera. Bibl. de Psicología y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 1969.
52. Schulman, J.L., Kaspar, J.C. y Barger, P.M. El aprendizaje de la psicoterapia. Tr. A. Leal. Ed. Hormé. Psicología de Hoy. Vol. 37. Buenos Aires, 1966.
53. Standal W., S.; Corsini, R.J. Incidentes críticos en la psicoterapia. Tr. A. Muriá. Herrero Hnos., Suc. S.A. México, D.F., 1961.
54. Sullivan, H.S. La entrevista psiquiátrica. Trad. F. López C. Ed. Psique. Buenos Aires, 1964.
55. Szasz, T.S. La ética del psicoanálisis. Teoría y método de la terapia autónoma. Tr. S. Sánchez S. Ed. Gredos, S.A. Madrid, 1971.
56. Tarachow, S. An introduction to psychotherapy. International Universities Press, Inc. 2nd. ed. New York, 1963.
57. Wallerstein, R.S. Las nuevas direcciones de la psicoterapia. Teoría, práctica, investigación. Tr. de Noemí Roseblatt. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.
58. Wolberg, L.R. Psychotherapy and the behavioral sciences. Grune & Stratton. New York, 1966.
59. Wolberg, L.R. The technique of psychotherapy. 2nd. ed. Vol. 1 Grune & Stratton. New York, 1967.
60. Wolman, B.B. Técnicas Psicoanalíticas. Tr. de J. García V. Ed. Troquel S.A. Buenos Aires, 1972.