

UDS

LIBRO

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN PSICOTERAPIA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
7° CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor de Primaria Manuel Albores Salazar con la idea de traer Educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer Educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tarde.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de

cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

MISIÓN

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad Académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

VISIÓN

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra Plataforma Virtual tener una cobertura Global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO

El escudo de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES

Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Nombre de la materia

Objetivo de la materia:

Dentro de la práctica clínica del psicólogo, es imprescindible que conozca, domine y ejecute las diferentes técnicas de intervención psicoterapéuticas con las correspondientes modalidades derivadas de los principios y conceptos fundamentales de las escuelas psicológicas, tomando como punto de referencia la conducta problema o situación aquejante, en el marco de la sanidad y equilibrio emocional, conductual y cognitivo.

Índice

UNIDAD I - INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES DE LA PSICOTERAPIA.	9
1.1 Definición De Psicoterapia.	9
1.2 Dificultades Al Resolver Conflictos	11
1.3 Antecedentes De La Psicoterapia	13
1.4 La Psicoterapia En Los Siglos XVIII Y XIX	16
1.5 El Psicoanálisis E Inicio De La Psicoterapia Actual	19
1.6 El Desarrollo De La Psicoterapia Hasta La Actualidad	21
1.7 Niveles De Intervención	23
1.8 Intervención En La Comunidad	26
1.9 La Relación Terapéutica: Consideraciones Éticas De La Intervención Clínica	28
1.10 La Relación Terapeuta-Paciente	30
1.11 La Ética En La Psicoterapia	33
1.12 La Ética En La Práctica Psicológica	35
UNIDAD II - EVALUACIÓN DEL PROBLEMA	37
2.1. Presentación Del Problema	37
2.2 Quién Presenta El Problema	40
2.3 Cómo Se Presenta El Problema	43
2.4 Evaluación Del Caso Para Elección Del Tratamiento	45
2.5 Relación Del Problema Con El Sistema Interpersonal Del Usuario	47
2.6 Intentos De Solución Previos	48
2.7 El Eclecticismo En La Intervención	51
2.8 El Modelo De Selección Sistemática De Tratamientos	54
2.9 Fin De La Relación Psicoterapéutica	55
2.10 Término Del Proceso Terapéutico	57
2.11 Plan De Seguimiento	59
UNIDAD III - MODELOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	60
3.1 Definición E Importancia De Los Modelos De Intervención	60
3.2 Modelo Psicoanalítico Clásico	61
3.3 El Psicoanálisis Y El Proceso De Psicoterapia	63

3.4 Metas y objetivos del tratamiento psicoanalítico	65
3.5 El Objetivo Del Psicoanálisis.....	67
3.6 Estructura Y Función De La Personalidad Según El Psicoanálisis.....	69
3.7 Constructos Del Psicoanálisis En La Psicoterapia	71
3.8 Importancia De Los Mecanismos De Defensa.....	73
3.9 Técnicas Del Tratamiento Psicoanalítico.....	75
3.10 Fundamentos Importantes Del Psicoanálisis La Psicoterapia	77
3.11 Fenómenos En La Terapia Psicoanalítica	79
3.12 Análisis Del Material Del Paciente	81
3.13 Análisis De Las Resistencias, Análisis De La Transferencia, Asociación Libre.	83
3.14 La Resistencia Y Los Actos Fallidos.....	87
3.15 Aplicación Práctica Del Modelo Psicoanalítico/Psicodinámico	90
UNIDAD IV - MODELOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	91
4.1 Modelos Fenomenológicos	91
4.2 Terapia Centrada En El Cliente De Carl Rogers	95
4.3 Terapia Gestalt.....	98
4.4 Terapia familiar	102
4.5 Los Holones En La Psicoterapia	106
4.6 El Desarrollo Y El Cambio	109
4.7 Técnicas De Intervención Familiar (Virginia Satir)	112
4.8 Motivos De Conflictos En La Familia	115
4.9 La Terapia Familiar Sistémica	118
4.10 Los Principios De La Comunicación	121
4.11 Aplicación Práctica Del Modelo De Terapia Familiar.....	123

UNIDAD I - INTRODUCCIÓN Y GENERALIDADES DE LA PSICOTERAPIA.

1.1 Definición De Psicoterapia.

La terapia psicológica (psicoterapia) es una parte de la psicología clínica y de la salud. Bernstein y Nietzel (1980/1988, pág. 320) han definido la terapia psicológica del siguiente modo:

1. La terapia psicológica consiste en una relación interpersonal entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un entrenamiento y experiencia especial en el manejo de los problemas psicológicos.
2. El otro participante es un cliente que experimenta algún problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal y ha pasado a formar parte de la relación (terapéutica) con el fin de resolver su problema.
3. La relación psicoterapéutica es una alianza de ayuda, pero con propósitos bien definidos, en la cual se utilizan varios métodos, en su mayor parte de naturaleza psicológica, con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.
4. Estos métodos se basan en alguna teoría formal acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del paciente en particular.
5. Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención: fomentar el insight, reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, diseñar tareas fuera de la terapia y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios.

Psicoterapia es el conjunto de procedimientos psicológicos sistematizados que tienen como fin la solución de problemas, para las personas que no los han podido resolver por sí mismas.

Conjunto de procedimientos sistematizados de orden psicológico, significa que no cualquier intervención destinada a influir sobre otras personas, con el ánimo de ayudarlas, se puede llamar psicoterapia, sino solo aquellos procedimientos que obedecen a una planeación acorde con el tipo de problema que se pretende solucionar.

Procedimientos derivados de la aplicación de conocimientos psicológicos desarrollados por diversas escuelas, que, además, hayan probado su efectividad en la aplicación de la práctica.

Hemos afirmado que el fin de la psicoterapia es la solución de problemas; esta afirmación contrasta con la idea más usual que concibe la psicoterapia como un tratamiento en el sentido médico de la palabra, destinado a curar enfermedades.

Consideramos que la mayoría de las condiciones incluidas en las clasificaciones y descripciones psicopatológicas no son enfermedades; sino el resultado de interacciones más o menos complejas con las personas relevantes de su ambiente.

Es necesario entonces, aclarar lo que se entiende por problema. Problema es una situación generalmente provocada por círculos viciosos (circuitos de retroalimentación), que hace sufrir o trae consecuencias negativas a las personas involucradas en tal situación; por lo tanto, requiere una solución efectiva, la cuál ha sido buscada pero no encontrada por los integrantes del sistema interpersonal afectada.

Haley considera que el problema es el resultado de secuencias de interacción dentro de un sistema interpersonal; estas secuencias interaccionales con frecuencia implican, según este autor, alteraciones en la jerarquía dentro del sistema. En cuanto a la manifestación directa (“síntoma”), del problema la ve como “cristalización” de la secuencia de interacción o como “metáfora” que expresa de manera analógica lo que ocurre entre las personas integrantes de una organización social (sistema interpersonal). Además, el “síntoma” cumple una función para el mantenimiento del equilibrio (homeostasis) del sistema.

Selvini- Palazzoli, Madanés, Minuchin y otros autores mantienen una posición similar a la de Haley. Por otra parte Watzlawick y colaboradores distinguen entre dificultades y problemas. Por dificultades entenderemos situaciones indeseables o desagradables que pueden ser resueltas con medidas simples de “sentido común”, o bien situaciones naturales o sociales que carecen de solución posible (por ejemplo, la muerte, el hecho de enfermar, el alcoholismo en cierto porcentaje de la población, etc.), las cuales hay que aprender a aceptar y sobrellevar. Los problemas según estos autores son situaciones para las cuales no parece haber salida posible y son “creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades”.

1.2 Dificultades Al Resolver Conflictos

Los problemas surgen a partir de intentos inadecuados para resolver las dificultades:

a) Intentando solucionar el problema a través de la negación: “es preciso actuar pero no se emprende tal acción”

b) Intentando eliminar una dificultad inmodificable (por ejemplo eliminando una brecha generacional), o sea se emprende una acción cuando no se debería de emprender

c) Intentando la solución a un nivel donde no es posible encontrarla, por ejemplo: un niño que de pronto se niega a ir a la escuela y se tome como problema individual, se le forcé y castigue sin averiguar previamente qué dificultades hay en la escuela o en la familia, o bien, en vez de solicitar una persona un cambio concreto de conducta, se le pide que cambie su actitud. “la acción es emprendida a un nivel equivocado”.

La expresión “paciente identificado” empleada por los terapeutas familiares se refiere al fenómeno observado de que la persona etiquetada como “enferma” expresa las dificultades familiares.

Es obvio que ante auténticas enfermedades como los trastornos de origen cromosómico (por ejemplo, síndrome de Down), se puede hacer psicoterapia solo para resolver problemas familiares derivados de tal enfermedad, más no para curar la enfermedad. Lo mismo puede decirse de la meningoencefalitis sifilítica y de otros muchos trastornos orgánicos.

Generalmente es aceptada la hipótesis de que en las llamadas psicosis existen alteraciones de los neuro-reguladores (transmisores sinápticos y moduladores), en tal caso no hay que pretender “curar” el trastorno bioquímico subyacente a una “depresión profunda” un “trastorno bipolar” o una “esquizofrenia” con psicoterapia, sino crear condiciones más adecuadas para aliviar las presiones ambientales, como también resolver las posiciones falsas e insostenibles – que probablemente sean factores para la inducción de los cambios bioquímicos – en que se encuentren estas personas.

En cuanto a las llamadas “neurosis”, tenemos dos casos típicos; el de la persona cuyos patrones repetitivos de conducta la llevan a crearse problemas (neurosis de carácter) en las clasificaciones tradicionales y el de las que responde con “síntomas neuróticos” a

problemas específicos. En uno y en otro caso, además de los combinados, no vamos a “curar” la neurosis, sino a resolver problemas que son el producto o causa de la neurosis misma.

En la última parte del enunciado con que hemos definido la psicoterapia, afirmamos que esta se aplica a las personas con “problemas que no han podido resolver por sí mismas”. Esto significa que el psicoterapeuta no ofrecerá aquí o allá sus servicios, sino solo se ocupará de los problemas para los cuales es consultado. Es decir, entendemos la psicoterapia como una relación voluntaria.

Supongamos personas que están persuadidas de estar manejando adecuadamente sus problemas y que, de acuerdo a nuestro criterio, no lo estén haciendo bien. Esto no justificaría qué tratáramos de someterlas a procedimientos psicoterapéuticos sin su consentimiento o que de alguna manera fuésemos cómplices de manipulaciones de otras personas para forzarlas a someterse.

Por otra parte tenemos que tomar en cuenta que la incompetencia para resolver problemas específicos no significa que una persona este incapacitada para desenvolverse adecuadamente ante otras situaciones, ni que sufra deficiencias. Los factores que han conducido a la creación y perpetuación del problema, son generalmente los mismos que impiden su solución “desde adentro”.

Es decir, la persona o personas involucradas no ven la salida, no porque no exista, sino porque al estar inmersos en un juego de interacciones y dentro de un marco de referencia pretenden encontrar la solución dentro del juego y dentro del marco referencial limitante. De modo tal que la labor psicoterapéutica consiste con frecuencia en buscar la manera de romper el juego y abrir el marco referencial.

La sistematización de los procedimientos psicoterapéuticos ha sido tradicionalmente hecha en función de la escuela o corriente psicológica de sus practicantes. De este modo el psicoanálisis sistematiza sus procedimientos de una manera, los conductistas de otra, los existencialistas hacen lo propio, etcétera.

El enfoque que será desarrollado en este trabajo es distinto: se pretende llevar a efecto la sistematización, desde una perspectiva estratégicotáctica y no desde una corriente psicológica. Lo cual no significa la adopción de un eclecticismo estéril, carente de definición, sino que la definición sobrepasa las limitaciones inherentes a las diversas escuelas psicológicas.

1.3 Antecedentes De La Psicoterapia

Las raíces de la psicoterapia se remontan hacia diferentes tipos de saberes desarrollados en la cultura occidental y procedente de la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Todas estas actividades se refirieren al hecho de que la vida humana es inherentemente problemática. El hombre se ve enfrentado a vivir consigo mismo y con los demás.

Esta convivencia subjetiva y relacional genera problemas que suele ser clasificados como conducta anormal o desviada socialmente. Este elemento convivencia junto con el de la anormalidad ha sido abordado de diferente manera a lo largo de la historia

Sociedades primitivas:

En las sociedades tribales primitivas las explicaciones sobre las causas de la anormalidad están conectadas a las metáforas sobrenaturales y místicas.

Las explicaciones son de tipo animista. La enfermedad se debe a un fenómeno de posesión, un alma extraña ocupa el lugar del alma del paciente. La ceremonia terapéutica consiste en un ritual, ejercido por el hechicero o chaman, por lo general en presencia de la tribu, que tiene por objetivo el retorno del alma del paciente y la expulsión del alma posesiva. La práctica exorcista (Ellenberger, 1970) como ejecución de este ritual puede adoptar tres formas:

- La primera consiste en expulsar al espíritu maligno mediante procedimientos "mecánicos" como los ruidos, los malos olores, o incluso golpeando al poseidilla
- La segunda consiste en transferir el espíritu maligno a otro ser, en general un animal,
- La tercera consiste en intentar extraer el espíritu maligno por medio de conjuros o procedimientos psíquicos (práctica que luego retomó y normalizó la Iglesia católica).

Las religiones organizadas también desarrollaron sus propias concepciones sobre la anormalidad y su tratamiento, y sirvieron de base a un pensamiento más racional que aparece después en Grecia y el mundo antiguo. Las obras de Lao Tse se en China, Buda en la India, Tales de Mileto y Protágoras en Grecia, aunque aparecen alejadas y divergentes tienen en común el distinguir entre un mundo "aparente" y otro mundo más "real o verdadero".

Grecia y el mundo antiguo:

Es en Grecia donde surge el origen de la psicoterapia actual, sus orígenes derivados de su tradición filosófica y médica. Se produce una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional (Lain, 1958).

Aristóteles se refiere a los distintos usos de la palabra, que se usaba en Grecia para fines curativos. Se refiere a la palabra persuasiva como ensalmo. Platón habla de cómo el discurso bello produce un estado de armonía en todas las partes del alma (sophrosyne), que facilita la acción de los productos químicos. Incluso algunos historiadores han visto en la obra de Platón observaciones sobre las pasiones, sueños e inconscientes que anteceden al pensamiento de Freud.

Otro aspecto destacable de la sociedad griega era la existencia de las escuelas filosóficas donde se cultivaban formas o estilos de vida con su propio entrenamiento psicológico, como las técnicas de autocontrol, recitación, memorización y control de la dieta. Estas escuelas no solo eran contextos bien estructurados alrededor de una doctrina filosófica sino también, como se ha apuntado, formas o estilos de vida. De estas concepciones destacamos las de Aristóteles que proponía la doctrina de la virtud como forma de llevar a cabo los fines racionales de la naturaleza humana.

La virtud era el medio de establecer el justo término medio entre dos extremos viciosos. La alternativa estoica consistía en el control de las pasiones que generaban excesos irracionales. Para ello se trataba de modificar las falsas opiniones que la generaban (representaciones engañosas de las cosas) mediante ejercicios escritos o verbales de meditación y concentración (un claro antecedente de las terapias cognitivas).

Grecia es también una de las principales cunas de la medicina occidental. El pensamiento racional produjo cambios relevantes en la concepción y clasificación de las enfermedades y la conducta anormal. Hipócrates (s. IV a. de C.) se contrapone a las concepciones animistas y atribuye causas naturales a las enfermedades. Son los estados internos del organismo los que producen las enfermedades.

En concreto postula la existencia de cuatro "humores" (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) que se localizan en determinados órganos (corazón, cerebro hígado y bazo) y que a su vez se asocian a temperamentos específicos (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico). La salud resultaría del equilibrio de tales humores y la enfermedad de su desequilibrio.

El tratamiento de tales desequilibrios era de tipo somático, y aunque se intentaba ganar la confianza del paciente se obviaba las motivaciones psicológicas. La importancia de este olvido de lo psicológico, según López Morales (1970), ha limitado la historia posterior de la medicina, que ha relegado en gran medida los aspectos psicológicos del ser humano.

Galeno (128-200) desarrolló la medicina hipocrática. Dividió las causas de las enfermedades en orgánicas y mentales. Entre las causas mentales se encontraban las lesiones de la cabeza, los excesos de alcohol, los temores, cambios en la adolescencia y en la menstruación y adversidades económicas o amorosas. Ante estos trastornos proponía la guía de un tutor o pedagogo que aconsejaba como llevar una vida serena, aunque en la mayoría de los casos era necesario un tratamiento somático.

1.4 La Psicoterapia En Los Siglos XVIII Y XIX

Edad media y renacimiento:

Aunque el modelo galénico de la medicina sobrevivió durante la edad media, fue la Iglesia la que jugó un papel central al considerar los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural, del diablo. El pecado se constituye en la raíz de todo mal y la confesión en el procedimiento terapéutico para evitarlo.

En este contexto general predominaron dos tendencias sobre el pecado y su resolución: por un lado estaba la postura inquisitorial, que alcanzó su auge durante el papado de Inocencio VIII con su "Sumís desodorantes afectivas"(1484) y la obra de J.Sprenger y K.Kraemer "Malleus Malleficarum"(1488) que animaban a descubrir y capturar los herejes y brujas y su "tratamiento", que podía llegar a la tortura y quema; por otro lado estaban los que animaban a alejarse del pecado de un modo más personal y humanitario como Melchor Cano e Ignacio de Loyola.

La obra de Melchor Cano "Tratado de la victoria de sí mismo" propone una guía para evitar la vida viciosa, centrada en los ejercicios espirituales periódicos que debían durar prácticamente toda la vida (concebía a la naturaleza humana como débil). Ignacio de Loyola en sus "Ejercicios Espirituales" mantenía una visión más optimista del cambio personal. Proponía una guía no solo para los ejercicios espirituales sino también para la vida diaria. Desde el punto de vista psicoterapéutico actual, Ignacio de Loyola anticipó métodos como el manejo de imágenes, jerarquías de acercamiento a problemas y especificidad de tareas (métodos parecidos a los conductuales actuales).

Otro autor destacable, y contra la corriente dominante de la quema de brujas inquisitorial, fue el padre Gilberto Gofré que en el siglo XV creó el primer hospital psiquiátrico de occidente, en concreto en Valencia (1410). En esta institución se potenciaba una terapia similar a la actual terapia ocupacional.

Siglos XVI al XVIII

Durante el siglo XVI y XVII aparecieron una serie de intelectuales brillantes que se opusieron a la visión demonología dominante, y ofreció un enfoque más humanista de los enfermos mentales. Jaláis Vives (1492?1540) defiende la causa de los pobres y

marginados, incluso cuando su marginación deriva de la demencia o rareza de su conducta, y resalta el papel de la expresión de las emociones y sentimientos de los marginados.

Páraselos (1493-1541) rechazó la idea deontológica y enfatizó que las enfermedades mentales era de naturaleza no divina. En concreto la influencia de los astros era la que producía el trastorno mental (de ahí el término lunático usado posteriormente). El médico Robert Burton (1576-1640) era partidario de las causas psicológicas y sociales de la enfermedad mental, y realzó las causas emocionales de estos trastornos. Thomas Sydenham (1624-1689) fue de los primeros en describir las neurosis y de afirmar que la histeria no estaba ligada a las mujeres exclusivamente.

Paralelamente a los desarrollos anteriores se va humanizando la asistencia de los enfermos mentales. En el periodo de la revolución francesa Pinel introduce el tratamiento moral que básicamente consistía en suponer que los problemas mentales derivaban de conflictos morales; y animaba al personal de los hospitales a contactar con los problemas de los enfermos a través de actividades ocupacionales, respetando los intereses particulares...

Siglo XVIII y comienzo del XIX

Desde la óptica de la psicoterapia y la psicopatología, dos son los nombres destacables de este siglo: F.J.Gall (1758-1826) y A. Mesmer (1758-1826).

Gal estaba convencido que determinadas funciones corporales y emocionales estaban controladas por determinadas áreas del cerebro. Incluso los rasgos del carácter derivaban de áreas específicas del cerebro. Además afirmaba que la forma del cráneo se relacionaba con el grado de extensión y preponderancia de las zonas cerebrales, y que en base a ello se podía estudiar el carácter. A este método de diagnóstico le llamó "frenología".

Mesmer, un médico vienés, proporciona un empuje clave a lo que después será la psicoterapia. Su aportación básica consistió en explicar la enfermedad mental como derivada de una causa natural y no del diablo. Defendió, apoyado por la ciencia de su tiempo en boga de la electricidad, el magnetismo y la astronomía, que las personas tenían un fluido en el cuerpo (reminiscencia de la tradición de los cuatro humores hipocráticos) de carácter magnético que cuando se desequilibraba hacía enfermar a la persona.

En un principio propuso restaurar tal desequilibrio con él, uso de imanes (magnetismo), para después evolucionar hasta la interacción del magnetismo del terapeuta (Mesmer) y el del paciente.

El método de Mesmer básicamente consistía en la colocación de imanes cerca del paciente, la ingesta de un fluido de hierro y pases de mano de imanes por determinadas zonas corporales. Con este método Mesmer obtuvo ciertos éxitos, especialmente ante síntomas y males de tipo histérico.

El médico británico James Braid (1795-1860) retomó las prácticas magnetistas, pero las reformuló como producto de un estado neurofisiológico, como un estado de "sueño nervioso". Para explicar estos fenómenos acuñó el término "hipnosis".

1.5 El Psicoanálisis E Inicio De La Psicoterapia Actual

De la hipnosis al psicoanálisis

A principios del siglo XIX, Francia era el centro de los avances médicos en Europa, en concreto de la neurología.

En el contexto de la neurología resurge el interés por la hipnosis en dos grandes centros o escuelas: La escuela de Nancy con las figuras de Liébault (1823-1904) y Berheim (1840-1919) y La escuela de la Salpêtrière en torno a Charcot (1825-1893). En ambos centros estudió Freud.

Liébeault practicaba la hipnosis sugiriendo a sus pacientes que le miraran fijamente a los ojos le decía que se iban adormeciendo gradualmente. Una vez conseguido el estado de somnolencia le indicaba la desaparición de los síntomas. Con este procedimiento llegó a tratar todo tipo de enfermedades. Berheim, aprendió este método de Liébeault y lo explicó como producto de la sugestión.

La sugestionabilidad era para él una característica común a las personas y era su "aptitud para transformar una idea en acto". Posteriormente Veréis prescindió de la hipnosis y se basó en la sugestión directa del enfermo, llamando a esta práctica psicoterapia.

La actitud de Charcot era marcadamente opuesta a la escuela de Nancy. Aunque practicaba la hipnosis, la explicaba como un proceso neurológico (Charcot era el neurólogo más famoso de su época). En concreto, investigó la relación entre la histeria y la hipnosis. La parálisis histérica podía reproducirse y eliminarse bajo hipnosis, según su concepción porque activaba una lesión neurológica específica; incluso la sugestionabilidad era un signo de debilidad neurológica.

En esta época, Pujante había estudiado con Charcot (como Freud), y se había interesado en la hipnosis como vía de estudio de la "mente subconsciente". En 1886, aplicó la hipnosis a un caso de histeria (Lucila), a la que pedía liberar determinadas emociones y recuerdos (en esto se anticipó unos años a Breuer y Freud en el método catártico).

El método catártico fue descrito por J. Breuer (aunque Janet ya lo practicaba). Este médico comenzó un trabajo conjunto con Freud de la que fue producto su obra conjunta "Estudios sobre la histeria (1895) donde aparece el famoso caso de la paciente Ana O. que desarrolló un cuadro histérico a partir del periodo en que cuidaba a su padre moribundo.

Breuer había comenzado a tratar a esta paciente con hipnosis repetidamente, hasta que la paciente comenzó a hablar de sus experiencias específicas del pasado en las que había aparecido el síntoma, desapareciendo este al hacer esto. El procedimiento terapéutico se fue centrando así en las sesiones hipnóticas donde se animaba a la paciente a hablar sobre los incidentes relacionados con sus síntomas (método catártico).

Sigmund Freud(1856-1939),que tenía una sólida formación neurológica, y que había aportado destacables contribuciones a este campo como varios trabajos sobre las parálisis cerebrales en niños y la neurobiología de la afasia y la agnosia, comenzó su práctica abordando numerosos casos de histeria. En un principio practicaba el método catártico que desarrolló con Breuer.

Su experiencia le confirmó que el método catártico hacía desaparecer los síntomas pero no que volvieran a aparecer, pues según su concepción, no modificaba la estructura inconsciente subyacente. Progresivamente fue descubriendo los procesos defensivos del Yo que rechazaban los recuerdos y emociones insoportables y la importancia de la relación terapéutica para vencer y trabajar contra tales resistencias inconscientes, lo que le llevó a abandonar el método catártico y a desarrollar la asociación libre.

Básicamente la asociación libre consistía en sugerir al paciente recostado en un diván (parte derivada del método hipnótico) que a partir de un tema de su biografía debía hablar sin ninguna inhibición.

Cuando el paciente se bloqueaba, Freud le ponía la mano en la frente y le indicaba, por sugestión, recordar un hecho. Posteriormente abandonó esta presión y la proposición de un tema específico y la asociación libre se realizaba sobre el material que el paciente traía a consulta, indicando el terapeuta solo la regla de la asociación libre. Este método constituyó la base del psicoanálisis.

1.6 El Desarrollo De La Psicoterapia Hasta La Actualidad

La psicología clínica se constituye en los Estados Unidos a principios del siglo XX. En Europa la concepción dominante del tratamiento era médica o bien derivada de la orientación psicoanalítica freudiana o de sus "desviaciones" (Adler, Jung, etc), que tuvo una buena acogida en Estados Unidos en los medios psiquiátricos (no tanto en los psicológicos).

En el campo de la psicología a partir de las dos guerras mundiales la intervención de los psicólogos en los asuntos sociales y públicos fue creciendo. En un primer momento en la selección de personal para el reclutamiento y selección de puestos, y progresivamente se fue reivindicando una labor más allá de la puramente psicodiagnóstica. La psicoterapia pasó a ser un campo de trabajo de los psicólogos, que adoptaron inicialmente en su mayoría la 23 orientación psicoanalítica.

A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia. Poco después la Asociación de Psiquiatría Americana defiende que la psicoterapia solo debe de ser practicada por médicos psiquiatras. En este contexto se genera el inicio de las polémicas entre ambas profesiones.

Los psicólogos comienzan a generar modelos terapéuticos ajenos al psicoanálisis (dominante entre los psiquiatras americanos) y los presentan como alternativas más científicas a este. Carl Roger sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc). Desde el ámbito académico se acentúa el conductismo y la terapia de conducta.

Desde este último punto de vista se propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de re-aprendizaje.

Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe van a desarrollar esta nueva concepción de la psicoterapia. Eysenck(1952) cuestiona la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica que refiere equiparable al no tratamiento, incluso inferior. Skinner desarrolla su paradigma de condicionamiento operante, y en su obra "Ciencia y conducta humana"(1953) llega a re explicar la psicoterapia como efecto del condicionamiento operante substituyendo los mecanismos intrapsíquicos por principios de aprendizaje.

Wolpe a partir de su obra "Psicoterapia por inhibición recíproca"(1958) demuestra como la terapia conductista es aplicable y efectiva en el tratamiento de las neurosis, sin necesidad de recurrir a los procedimientos largos y costosos de la terapia psicoanalítica. Todo ello sirve a los psicólogos para alimentar sus deseos de autonomía en esta época de reivindicaciones teóricas y laborales.

El enfoque conductista se hace dominante hasta los años sesenta en los ámbitos académicos de América y Europa, y en gran parte de los clínicos (mas entre los psicólogos). En esta época sin embargo, comienza a ser cuestionado por parte de los propios psicólogos que le atribuyen, reconociendo su efectividad potencial en muchos casos, una imagen del hombre demasiado mecanizada y olvidada de los aspectos más subjetivos.

Ante este clima de insatisfacción se produce un doble rechazo, por un lado del modelo psicoanalítico que se considera excesivamente especulativo (aunque rico en aportaciones) y del conductista (potencialmente efectivo) que se considera demasiado reduccionista y mecanicista. Las nuevas alternativas son la psicología humanista, entre las que destaca C.Rogers, que llega a expandirse en EEUU, aunque poco en Europa; el modelo sistémico de terapia familiar (Bate son, Jackson, Halley, Minucia, etc.) y el modelo cognitivo.

En los últimos años las tendencias más actuales en el campo de la psicoterapia son: (Seixas y Miró, 1993):

1. La tendencia a la investigación de resultados. La constatación de que la psicoterapia es más efectiva que el placebo y el no tratamiento, pero que prácticamente todos los enfoques o modelos son igualmente de efectivos.
2. La tendencia, impulsada sobre todo por el hecho anterior, hacia la búsqueda de modelos eclécticos e interactivos que den cuenta del hecho anterior o seleccione el tipo de terapia en función del cliente/problema/taerapeuta específico. En este contexto se proponen diferentes concepciones de cómo debe de ser estos nuevos modelos, supuestamente más abarcadores de la diversidad y especificidad.
3. La tendencia creciente hacia la terapia breve en base a criterios de economía terapéutica y social bajo criterios de efectividad y eficiencia.

1.7 Niveles De Intervención

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas.

Ejemplos: ayudar a una persona a reducir sus obsesiones, a una familia conflictiva a comunicarse mejor, a unos niños de un medio desfavorecido para prevenir el aumento de conductas agresivas incipientes, a adolescentes normales a mejorar sus habilidades de relación heterosexual. En general, los campos de aplicación de la intervención psicológica son muy variados: clínica y salud, educación, área laboral, programas comunitarios, deporte.

La intervención psicológica puede llevarse a cabo a distintos niveles: individual, parejas, familias, grupos y comunidades. Los distintos niveles no son excluyentes; así, puede combinarse el tratamiento en grupo con sesiones de asistencia individual.

El nivel individual es uno de los más frecuentes, el psicólogo trabaja con una persona de modo exclusivo o casi exclusivo para ayudarle a reducir o superar un trastorno, eliminar o reducir comportamientos de riesgo, adquirir o potenciar hábitos saludables, afrontar una enfermedad crónica, etc. El resto de niveles se explican a continuación.

Intervención En Pareja O Familia:

Está recomendado cuando el problema es de dos o más miembros, y no sólo del supuesto paciente, y los mencionados miembros están dispuestos a participar en la terapia. Esto último es siempre lo más recomendable. En la terapia de pareja y familiar se busca que los miembros implicados: a) se den cuenta de su propia contribución al problema y de los cambios positivos que pueden realizar, y b) mejoren sus pautas de comunicación e interacción de cara a la resolución del problema.

La terapia en pareja o familia puede ser precedida, seguida o acompañada de terapia individual para alguno de los miembros, cuando estos presentan algún problema que no está relacionado con el sistema. La terapia de pareja puede estar indicada cuando hay conflictos de valores, creencias, estilos de vida o metas, o cuando hay problemas en las áreas de comunicación, afecto, fidelidad, educación de los hijos, manejo del dinero, sexo, autonomía personal o dominio-sumisión.

La terapia de familia puede estar indicada cuando hay problemas de comunicación, crisis familiares o problemas de algún miembro de la familia mantenidos por los patrones de interacción en esta.

Intervención En Grupo:

Esta modalidad de tratamiento depende de que se pueda contar con varias personas que presenten problemas similares (p.ej., trastorno de pánico) o tengan un objetivo común (p.ej., aprender habilidades de cuidado y educación de los hijos) y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de este. Siempre que sea posible, parece recomendable conducir un tratamiento en grupo, ya que, en general, es al menos igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales.

También hay posibles inconvenientes que es necesario conocer para poder manejarlos caso de que surjan.

Posibles ventajas de los grupos:

- a) Descubrir que los propios problemas no son únicos.
- b) mayores expectativas de mejora,
- c) disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación.
- d) mayor credibilidad de los puntos de vista acordados entre todos o suscritos por una mayoría, e) aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros.
- f) Posibilidad de ayuda mutua dentro y fuera de las sesiones,
- g) facilitación de la independencia respecto al terapeuta y de la confianza en los propios recursos,
- h) desarrollo de habilidades sociales,
- i) sentirse parte de algo que se valora (cohesión; los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí, se apoyan y están más dispuestos a escuchar, participar y dejarse influir por los otros),
- j) potenciación de la liberación emocional.
- k) Aprendizaje de nuevas reglas básicas de la vida (esta es a veces injusta, no es posible escapar de las penas y de la muerte, hay que afrontar los problemas).
- l) aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia (dependencia, rebelión sistemática ante la autoridad, rivalidad), m) ahorro de tiempo y esfuerzo por parte del terapeuta, y n) se trata a más personas y a un menor costo.

Posibles inconvenientes de los grupos:

- a) La dinámica del grupo puede escapar al control del terapeuta,
- b) modelos de comportamientos negativos que pueden contagiarse,
- c) consejos e información inadecuados por parte de miembros del grupo,
- d) celos del progreso de otros o desmotivación al comparar los propios avances con los de los demás.
- e) ansiedad creada por la situación de grupo (especialmente en fóbicos sociales graves).
- f) Pérdida de la flexibilidad necesaria para solucionar problemas individuales (en estos casos habrá que combinar el tratamiento grupal con el individual o llevar a cabo sólo este último)
- g) puede llegar a crearse un grado de cohesión tal dentro del grupo que algunas personas pueden solucionar sus necesidades afiliativas básicas con un mínimo de esfuerzo y dentro del mismo grupo sin necesidad de establecer otras relaciones interpersonales.

El tratamiento grupal no es adecuado para pacientes prolijos, agresivos, paranoides, narcisistas, no motivados o que requieren una gran atención, ya que no se van a beneficiar del grupo o van a retrasar o impedir el progreso de este. Similarmente, otros pacientes inadecuados para el tratamiento en grupo pueden ser los fóbicos sociales graves (estarán tan ansiosos que no cumplirán el tratamiento o lo abandonarán), los depresivos graves (no se van a implicar y pueden desmoralizar a los demás) y los que siguen abusando de los fármacos psicotropos, drogas y/o alcohol cuando desean tratar otros problemas (el abuso puede interferir con la resolución de dichos problemas).

El tamaño del grupo puede ser de 5-7 personas, aunque ha llegado hasta 12. El grupo debe ser lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con varias personas, pero no tanto como para dispersar la atención del terapeuta, dificultar o trivializar las interacciones del grupo o favorecer la aparición de miembros aislados. Es buena idea contar con un coterapeuta, que puede ser un paraprofesional, ya que el trabajo para un solo terapeuta es difícil y cansado.

Para grupos más grandes de 6 personas es buena idea contar con un coterapeuta. Las sesiones de grupo suelen durar alrededor de 2-2,5 horas, en vez de los 50- 60 minutos de las individuales, pero pueden reducirse a 30-45 minutos con aquellas personas que presentan dificultades de concentración (p.ej., pacientes con esquizofrenia o deficiencia mental).

1.8 Intervención En La Comunidad

Se recomienda que los clientes sean similares en ciertas características importantes (nivel sociocultural, intervalo amplio de edad) y que el grupo esté relativamente equilibrado en cuanto a variables como sexo y gravedad del problema abordado. Si una persona difiriera marcadamente del resto, podría abandonar el tratamiento.

De todos modos, no hay datos claros al respecto. Para que un grupo funcione, tiene que conocer y cumplir ciertas normas: consentimiento voluntario, asistencia a las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, respeto a las intervenciones y opiniones de los otros, confidencialidad de lo tratado en el grupo y realización de las actividades entre sesiones.

El terapeuta no debe ejercer el papel de un líder autoritario, pero tampoco permitir que el grupo vaya a su libre albedrío perdiendo de vista los objetivos de la terapia y la forma más eficaz de conseguirlos.

Labores del terapeuta son establecer las normas de funcionamiento del grupo, velar por su cumplimiento, moderar las intervenciones y controlar los factores que pueden perturbar el funcionamiento del grupo y la consecución de las metas propuestas (clientes prolijos, retroalimentaciones inadecuadas, formación de subgrupos, chivos expiatorios, etc.)

Algo que conviene conocer al respecto son los roles que surgen dentro de los grupos, tal como puede verse en Kendall y Norton-Ford (1982/1988, págs. 636-638).

Mientras que en las intervenciones individuales o en grupo se ayuda a una o unas pocas personas, en las intervenciones en la comunidad se trata de modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades.

Hay dos formas básicas de modificar el medio físico y social: introducir cambios en instituciones y programas existentes (hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) o crear nuevos servicios y programas (pisos protegidos, grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apoyo social para personas mayores o solas).

Aunque las habilidades clínicas (p.ej., las de comunicación interpersonal y resolución de problemas) son igualmente útiles para las intervenciones comunitarias, estas requieren además una competencia para entenderse con las organizaciones sociales.

Las intervenciones comunitarias tienen varios peligros de los que conviene ser consciente:

a) La intervención puede satisfacer no tanto los objetivos de los miembros de la comunidad, sino los de la clase dirigente políticos y económicos (clase alta y media-alta);

b) la intervención puede ir dirigida simplemente a cubrir un expediente sin que haya una intención verdadera de cambiar las cosas (p.ej., ciertos programas de reinserción);

c) la intervención puede estar muy centrada en los efectos a corto plazo, olvidando los efectos a largo plazo y las posibles repercusiones de la intervención en distintos sectores sociales. Por último, el fracaso de una intervención comunitaria tiene mayores repercusiones que las de una intervención con individuos, familias o grupos.

Los posibles efectos perjudiciales pueden afectar a más personas y además influir negativamente en la puesta en marcha o continuación de otras intervenciones comunitarias que verán disminuir o desaparecer sus recursos.

1.9 La Relación Terapéutica: Consideraciones Éticas De La Intervención Clínica

La cultura ha generado dispositivos consensuales, normas y valores organizadores y reguladores de la vida social que han ido cambiando y se han ido transformando a lo largo de los tiempos.

Estos dispositivos ordenadores, particulares en cada cultura, posibilitan la enunciación de límites entre lo permitido y lo prohibido, lo posible y lo imposible, lo aceptable y lo inaceptable y el establecimiento de condiciones para pensar las cuestiones, conflictos y dilemas que derivan de la relación entre lo que se puede y lo que se debe.

Es aquí donde se sitúa el punto de vista ético y sus vicisitudes, “el conjunto de comprensivo y sistemático de pautas morales” (Wallwork, 1991). La ética refleja el ethos, el sistema de valores que subyace y tiñe el entramado ideológico de una cultura particular, que decide qué es adecuado, moralmente correcto o razonable.

Cuando hablamos de ética profesional nos referimos al conjunto de normas, valores y sistemas de creencias que la comunidad de profesionales comparte, en determinado momento, acerca de qué es lo que está bien o mal, de qué es correcto o incorrecto hacer en la actividad profesional.

Para evitar que el tema de la ética quede librado sólo a consideraciones y evaluaciones subjetivas, las organizaciones profesionales han establecido dispositivos consensuales de estándares o normas de desempeño, que conforman el instrumento ético orientador y ordenador que guía las actividades científico-profesionales de sus integrantes.

Estos principios éticos se encuadran, a su vez, dentro de un marco legal que establece los criterios de responsabilidad jurídica en el ejercicio de cada profesión. Surgen así los Códigos de Ética contienen los principios reguladores y ordenadores de la actividad profesional; principios que se van ajustando con el transcurso del tiempo para dar respuesta a los nuevos dilemas y problemas que surgen en la práctica profesional.

Las formulaciones éticas necesariamente remiten a un contexto socio-histórico, se ajustan o sufren modificaciones epocales o regionales.

Sin embargo, en tanto nos ocupamos de promover el bienestar de las personas, hay planteos éticos que perduran y son el basamento de nuestra actividad profesional. Tanto

en el juramento hipocrático, formulado hace más de 2000 años (400 A.C.), como en los Códigos de Ética médicos, psicológicos y psicoanalíticos contemporáneos, se enfatiza la importancia del cuidado de los enfermos, la preocupación por su padecimiento, el resguardo de la confidencialidad y el secreto profesional así como se indica que se respetarán los derechos y dignidad de las personas así como su privacidad.

A comienzos del siglo pasado, Freud estableció en sus escritos técnicos, importantes criterios y lineamientos éticos que bajo la forma de consejos y recomendaciones, estaban dirigidos a los que se internaban en esa nueva profesión llamada Psicoanálisis.

La peculiar relación analista–paciente, requería clarificaciones respecto a qué estaba y qué no estaba permitido en ese vínculo, en ese “pacto”.

La relación entre ética y el ejercicio clínico de la psicología es un tópico raramente abordado en los tratados de psicología y psiquiatría. Los planteos clásicos se refieren al secreto profesional, o el grado de responsabilidad (y por lo tanto de imputabilidad) de un afectado mental, y más actualmente a temas referidos al abuso sexual en el curso de una terapia. Pero referido al vínculo entre la ética y la psicoterapia, en cuanto a qué tiene para "decir" la ética a la psicoterapia, no hemos hallado nada significativo.

Dicho de otro modo: a) en lo prospectivo: ¿en qué medida la ética puede aportar orientación y sentido a una intervención terapéutica?, y b) en lo retrospectivo: ¿en qué medida puede la ética juzgar la eficacia de una intervención terapéutica ya realizada? Esta última pregunta puede resultar paradójica, puesto que los resultados estarían a la vista y por lo tanto la ética no tendría nada que decir.

1.10 La Relación Terapeuta-Paciente

La ética profesional en las ciencias de la salud se ha enriquecido enormemente con los aportes provenientes de la bioética, el impacto de ésta en el área de la salud mental ha sido limitado (Barbesi, 2003). Esto se debe a que desde sus orígenes la bioética se ha vinculado a la medicina y por lo tanto a una determinada visión de paciente y relación clínica.

De allí que se acuñe de manera análoga el término de “psicoética” expresando la necesidad de contar con un sistema propio para consensuar procedimientos para la identificación y resolución de los problemas éticos que surgen en la práctica psiquiátrica, psicológica, psicoterapéutica (Franca-Tarragó, 1996).

Como señala Conill y Arenas-Dolz (2010), la vida moral no puede centralizarse ni exportarse de otras áreas pues existen distintas formas de moral según las distintas vocaciones, profesiones y diversas formas de ética profesional. Son los mismos profesionales en su propio contexto quienes deben precisar sus reglas morales y autorregularse de acuerdo a las características de su profesión.

En psicoterapia, la relación terapeuta-paciente adquiere características particulares y constituye la base del ejercicio profesional. El consultante expone su intimidad y el terapeuta hace uso de su persona como principal instrumento de trabajo.

Aun cuando los distintos enfoques terapéuticos pueden conceptualizar y utilizar de diferentes formas el vínculo, lo que es común es justamente el papel que ocupa la relación terapéutica en la práctica profesional. De hecho, la investigación empírica nos ha mostrado que independientemente de la teoría o técnica terapéutica; la calidad de esta relación se asocia a los resultados de la terapia (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Telebi, Noble y Wong, 2004).

A diferencia de la medicina somática, en salud mental la relación clínica es de aún mayor asimetría y es necesariamente personal. En salud mental, el paciente solicita ayuda porque es su persona la que sufre y, por lo mismo, pierde la distancia respecto a su dolencia, generando una mayor dependencia e indefensión ante el profesional (Dörr, 2002).

Esta asimetría y dependencia también se asocia al carácter complejo e impreciso del padecimiento psicológico (versus el somático), pues los pacientes tienden a idealizar al profesional suponiendo que posee un saber ilimitado sobre la vida psíquica en general y sobre ellos mismos en particular (Dörr, 2002).

El reconocimiento del gran potencial de poder del terapeuta y vulnerabilidad del paciente en psicoterapia, nos muestra la necesidad de sostener una reflexión activa y permanente sobre los aspectos éticos de nuestra profesión. Holmes (2006) describe el múltiple impacto que posee la ética en psicoterapia a través de una analogía con el modelo tripartito de la mente propuesto por la teoría psicoanalítica: yo, ello y súper yo.

En primer lugar, señala que en la práctica cotidiana, los terapeutas y las organizaciones dedicadas a la atención psicoterapéutica, permanentemente deben negociar y establecer límites en terapia, y entre ésta y el mundo externo.

Ejemplos de este nivel de análisis (correspondiente al yo), son el contrato terapéutico, el consentimiento informado y el manejo de la confidencialidad. En segundo lugar, sugiere que existe un conjunto de valores que subyacen a la terapia y que operan como supuestos, influyendo la práctica terapéutica del mismo modo que afectan muchas otras de nuestras acciones y elecciones inconscientes (análogamente al funcionamiento del ello).

Así como cada ser humano mantiene un ideal de “vida buena” (deseable, saludable etc.), las teorías psicoterapéuticas también descansan en un conjunto de nociones valorativas. Es tarea de los psicoterapeutas identificar aquellas nociones y valores que usualmente permanecen implícitos (u operan inconscientemente) en el proceso terapéutico.

Por último, en la medida en que se desarrolla la formación de la profesión de “psicoterapeuta” y se crean agrupaciones profesionales, se han establecido ciertas normativas y guías de tipo “súper yo” para establecer el modo de favorecer el ejercicio ético y sancionar las trasgresiones a las normas consensuadas. En esta dimensión encontramos los códigos de ética profesionales y las normativas legales.

También intentando identificar distintas dimensiones éticas de la psicoterapia, Franca Terragó (1996), se centra el proceso terapéutico y diferencia aspectos éticos del inicio, del transcurso y del término de la psicoterapia. En relación al inicio de la psicoterapia enfatiza

las implicaciones éticas del proceso de consentimiento informado y de diagnóstico del paciente.

Respecto al transcurso de la relación terapéutica, el autor se refiere a la carga valorativa que subyace a los objetivos y metas terapéuticas e identifica riesgos asociados a la confidencialidad, intimidad y dependencia del paciente así como a la aproximación que tiene el terapeuta respecto a los valores y conductas del consultante.

Por último, alude a la complejidad y concepciones valorativas asociadas a los criterios de alta. La descripción de estas dimensiones nos permite identificar distintos aspectos que deben considerarse al hacer cualquier reflexión sobre nuestro objeto de estudio. Comenzamos esta reflexión, por aquello que es más básico, preguntándonos si la ética importa o interesa a los profesionales y si experimentan problemas éticos en su práctica profesional.

1.11 La Ética En La Práctica Psicológica

El Código Ético del Psicólogo tiene como finalidad proporcionar principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrentan los psicólogos.

Su objetivo es la protección y el bienestar del individuo y de los grupos con los cuales trabaja el psicólogo y guiar y proteger a éste en el ejercicio de su profesión.

Es responsabilidad personal de cada psicólogo el logro de los estándares de conducta profesional más altos, en el estado actual de nuestros conocimientos.

Para el logro de dichos objetivos es preciso que el profesional desarrolle un compromiso a lo largo de toda su vida a actuar éticamente, que aliente la conducta ética en estudiantes, colegas y en el público con el cual trabaja y que mantenga una actitud abierta al cambio y a los nuevos conocimientos.

Los psicólogos se comprometen a respetar y adherir a los principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Buscan que su actividad profesional se caracterice por la responsabilidad, la competencia, la integridad y la imparcialidad. Los psicólogos respetan las diferencias individuales, culturales, de género, orientación sexual, condición socioeconómica, etnia, ideología y no deben incurrir en prácticas discriminatorias de ningún tipo.

De acuerdo con Cullari (2001), **los principios éticos que deben de regir la forma en que se conducen los psicoterapeutas en su desempeño profesional son los siguientes:**

- Autonomía: Respeto al derecho de las personas para tomar sus propias decisiones.
- Buena voluntad: Hacer el bien, evitar el daño, eliminar el daño.
- Justicia: Tratar en las personas en forma justa.
- No malevolencia: no hacer daño.

De igual forma existen ciertas reglas establecidas que ayudan a los psicoterapeutas a no caer en conflictos que pudieran traer consecuencias que no solo afecten su reputación sino también que puedan ser causales de castigos de diversa índole.

Algunas de estas reglas son:

- Confidencialidad: Mantener en privado lo que los pacientes dicen
- Fidelidad: Mantener sus promesas.
- Veracidad: Decir la verdad.

Otros conceptos importantes que se consideran fundamentales dentro de la relación terapéutica son:

- Relación fiduciaria: Una relación basada en la confianza en un psicólogo.
- Consentimiento con información: Los pacientes tienen la opción para aceptar o rechazar los servicios, y tienen derecho a tomar esa decisión basados en información adecuada.
- Paternalismo: Reemplazar la autonomía de una persona por razones benéficas.

1.12 La Ética En La Psicoterapia

Como toda relación positiva, la terapia se debe de fundamentar en la confianza que debe de existir entre el paciente y su terapeuta, toda relación profesional se puede considerar como una relación fiduciaria debido a que implican elementos de confianza y de responsabilidad compartida en la toma de decisiones.

Si bien los conceptos anteriores forman parte de la mayoría de los códigos éticos que rigen la profesión, estos no están exentos de defectos, ya que es imposible que den respuesta a toda la variedad de situaciones posibles derivadas de un sinnúmero de circunstancias.

Sin embargo son una excelente guía de acción que se puede adecuar a cada situación específica, en el mismo sentido un psicoterapia que tenga dudas sobre aspectos éticos se puede acercar a las diversas organizaciones profesionales existentes.

Se llegan a presentar dilemas éticos como en el caso del respecto a la dignidad y el valor de los individuos y el requisito de contribuir al bienestar de los mismos cuando el psicoterapeuta tiene que tomar la decisión de internar un paciente en contra de su voluntad.

Un segundo caso se presenta en el supuesto de que un investigador realice estudios sin informar o justificar adecuadamente los alcances y características de la investigación a realizar en aras del progreso científico.

En esta situación se afecta el principio de buena voluntad. Un tercer caso se puede ejemplificar cuando las habilidades clínicas y el razonamiento ético del terapeuta puedan verse disminuidos o afectados temporalmente debido a características particulares de la relación terapéutica, como en el caso de aquellos psicólogos que no llevan sesiones regulares de consulta para evitar afectar indirectamente a sus clientes.

Existen ciertas excepciones al consentimiento de la información que se presentan debido a situaciones de incompetencia, emergencia y renuncia.

Otro aspecto ético relevante es el referente a la confidencialidad de toda aquella información relacionada con el cliente, los pacientes tienen una mejor disposición para

externar sus sentimientos y sus actos cuando se les garantiza que lo que diga no será compartido con nadie más.

También es importante considerar las situaciones relativas a recibir regalos valiosos de los clientes, que el terapeuta sea el que hable de sus problemas, la prohibición de relaciones íntimas con los pacientes y las relaciones duales (son aquellas en las que se sobrepasa el ámbito profesional para dar cabida a relaciones de negocios, amistad o afecto), ya que esto viola los principios de no malevolencia y autonomía.

Si bien los psicólogos son ante todo personas con virtudes y defectos, es importante que conozcan y sigan ciertos principios éticos en su desempeño profesional ya que de ello dependerá su efectividad y el desarrollo de su carrera. Incluso los psicólogos bien intencionados, pueden llegar a tener dificultades en admitir su falta de capacidad para tratar o valorar a determinado tipo de pacientes.

Por lo que es importante que se especialicen en un área específica de la psicoterapia y se atengan a dar servicio a aquellos clientes cuyos problemas se circunscriban a dicha especialidad.

De igual forma existen ciertas barreras derivadas de situaciones culturales como son

- El lenguaje y la comunicación.
- Variables de clase.
- Variables culturales.

También, los objetivos de la terapia pueden variar debido a factores culturales propios del psicólogo, el trasfondo cultural va a influir en las percepciones del consentimiento con información, de los límites y de otros temas éticos.

Finalmente es muy importante que el terapeuta se mantenga al día ya que la psicología clínica cambia rápidamente, nuevos temas, técnicas y descubrimientos hacen que poco a poco los conocimientos anteriores pasen a caer en desuso.

UNIDAD II - EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Presentación Del Problema

El proceso psicoterapéutico implica una serie de pasos, mismos que pueden variar en función del modelo o escuela que maneje el psicólogo. En primer lugar el profesional, debe vislumbrar quién presenta el problema, puesto que, en muchas ocasiones, nos encontramos con un “cliente” que lleva a quién será el “paciente”, sea qué se trata de un adolescente, niño, pareja o familiar.

Es necesario durante el primer encuentro realizar preguntas que orienten a la comprensión del problema que aqueja al cliente pero también al posible paciente. Debemos diferenciar, por tanto, quién será el paciente y además analizar la conducta y disposición del paciente ante el acompañamiento.

El proceso para llegar a iniciar un tratamiento psicoterapéutico con una persona que viene a solicitar ayuda implica una compleja serie de toma de decisiones donde confluyen variables de distinto orden. Para tomar esta decisión requerimos de un modelo que nos de herramientas de discriminación y seguridad respecto de las decisiones que tomamos.

Los sistemas clasificatorios como el CIE (OMS, 1992) y el DSM (APA, 2002) se utilizan ampliamente para orientar la indicación y el tratamiento psiquiátrico y han aportado en la confiabilidad de los diagnósticos clínicos. Sin embargo los diagnósticos nosológicos resultan poco útiles cuando se les utiliza para orientar la indicación de psicoterapia, así como para planificarla y decidir sobre las estrategias terapéuticas más convenientes para el paciente.

Esta dificultad ha sido recogida e investigada por Bruce Wampold (2001; 2013) proponiendo una distinción entre dos modelos de abordaje en la toma de decisiones para indicar psicoterapia: el modelo médico y el modelo contextual. En el primero, la relevancia está puesta en llegar a un diagnóstico sindromático certero e indicar un tratamiento probado en efectividad para la enfermedad.

En los componentes del modelo médico, para un trastorno, problema o motivo de consulta específico existe una explicación específica del mecanismo de cambio, a la cual le

corresponden acciones con resultados específicos. Este modelo que ha sido efectivo en el área de la medicina, no ha tenido suficiente apoyo empírico en el área de la psicoterapia, donde los estudios muestran que los factores específicos en psicoterapia (técnica) explican entre un 5 a 15% del cambio. El resto corresponde a factores comunes a las distintas terapias (35%), factores extraterapéuticos (40%) y efectos del terapeuta (20%) (Lambert, 2013).

Estos resultados apoyan una indicación de psicoterapia flexible y diádica, que considere de una manera integral a la persona que consulta, y releve el proceso terapéutico como un emergente de esta diada (Jiménez, 2005), permitiendo adecuar el proceso terapéutico en función de las variables contextuales, especialmente aquellas referidas a la relación terapéutica que ha mostrado ser, consistentemente, un factor relevante para el cambio en psicoterapia (CritsChristoph, Connolly, & Mukherjee, 2013).

Por estas razones, el modelo contextual considera aspectos más integrales de la persona que consulta. Sugerimos así que este proceso reflexivo que realiza el terapeuta, durante el encuentro con su paciente es un tipo de diagnóstico específico para psicoterapia: por una parte es un proceso de indicación que “toma al paciente allí donde se encuentra”, es decir se trata de una Indicación Adaptativa (Thomae & Kaechele, 1990).

Este modelo de Indicación Adaptativa, refiere a una indicación flexible, que considera diferentes factores que intervienen en la indicación como son: aspectos propios del paciente, de las circunstancias externas a éste (por ejemplo obstáculos externos para realizar la terapia, véase más adelante), circunstancias que rodean al terapeuta y la institución donde se realizará la terapia, entre otros.

En otras palabras, se toman en cuenta la mayor cantidad posible de aspectos intrapsíquicos y contextuales que favorezcan el proceso de cambio y la adherencia a psicoterapia, tales como estructura de personalidad, ciclo vital, educación, disponibilidad de recursos, accesibilidad al servicio, etc.

Así, el diagnóstico nosológico queda incluido en un diagnóstico más amplio de la experiencia vital del consultante. El terapeuta y la técnica intentan adaptarse al paciente y no el paciente a la técnica (De la Parra, 2007).

La terapia psicológica está dirigida principalmente a dos grupos de pacientes: Por un lado, está orientada a aquellos pacientes con un trastorno psicológico (por ejemplo, ansiedad,

depresión, fobias, anorexia, bulimia, adicciones, etc.) En estos casos, el objetivo principal de la terapia será, en primer lugar, el control de los síntomas que se presenten y el aprendizaje de estrategias y habilidades que prevengan la reaparición de los síntomas. Por otro lado, la psicoterapia también está orientada al crecimiento personal y a la solución de problemas.

No es necesario presentar un trastorno psicológico para poder beneficiarse de la ayuda psicoterapéutica.

Dentro de este grupo de clientes encontramos, por ejemplo:

- Dificultades de adaptación a nuevas situaciones vitales (duelo, separación, cambio de residencia, etc.)
- Mejora de habilidades personales (habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, etc.)
- Asesoramiento en procesos de toma de decisiones y solución de problemas: a nivel laboral, familiar, personal, etc.
- Orientación y asesoramiento a padres sobre temas relacionados con la educación de los hijos: desobediencia, disciplina, rabietas, estudio, etc.
- Mejora del rendimiento escolar, aprendizaje de técnicas de estudio, etc.

No es necesario presentar una enfermedad grave para acudir al médico de cabecera, tampoco es necesario presentar un trastorno mental para acudir a un psicólogo. La mayoría de pacientes que acuden a consulta de psicología para recibir ayuda, consejo u orientación respecto a alguna situación vital a la que no saben cómo enfrentarse.

2.2 Quién Presenta El Problema

Entendemos como “presentación del problema” el planteamiento de la situación por parte de los “usuarios”. Es común que en el registro de los clínicos se anote como “motivo de la consulta”. Espero que en el curso de la exposición quede claro porque se eligió la frase “presentación del problema” en lugar de “motivo de consulta”.

En primer lugar es necesario tomar en cuenta quién presenta el problema , puesto que hay varias posibilidades: es la persona que considera tener el problema, o la que experimenta molestias, quién acude en busca de “ayuda” ; es un familiar (padre, madre, pareja, hermano o hermana, etcétera) quien presenta como problema o define como “paciente” a la persona que pretende cambiar , o buscar un aliado que ayude a controlar su conducta; el problema también puede ser presentado por un amigo, un patrón , o un agente al servicio de alguna agrupación, real o supuestamente dedicada a ayudar a la gente.

Es obvio que la situación a la que se enfrenta el terapeuta es diferente si el usuario del servicio acude voluntariamente y está dispuesto a cooperar para la solución del problema, que si es conducido contra su voluntad o presionado de alguna manera para “aceptar” la ayuda terapéutica. En el primer caso el terapeuta, una vez presentado el problema, puede proceder de inmediato con el paso siguiente (evaluación).

En caso de que el problema sea presentado por otra persona, es necesario averiguar la edad de la persona, el grado de dependencia que existe entre el paciente “identificado” y el adulto que presenta el caso, la disposición o resistencia del “paciente identificado” para acudir y /o recibir terapia.

Dado que no consideramos aceptable entrar en colusión con personas que intentan manipular o controlar la conducta de otras, es necesario no establecer ningún compromiso con quien o quienes presenten a otra persona como el problema o el “paciente”.

Se pueden seguir varios pasos concretos para manejar la situación en este momento. Por ejemplo, si se trata de un menor de edad o de una persona en edad avanzada, requerir una entrevista antes de emitir opinión alguna; luego, una vez que se esté en contacto con la persona catalogada como “paciente” se le preguntará acerca de si está o no de acuerdo con recibir la “ayuda” que la otra o las otras personas le intentan procurar.

En caso afirmativo, se prosigue con el proceso evaluativo; en caso negativo, de franco rechazo, se hará ver a los solicitantes de la ayuda lo inadecuado de tratar de forzar una situación y el poco efecto favorable que tendría una terapia forzada.

Puede, en algunos casos, estar justificado trabajar con los solicitantes del servicio, sin forzar en ningún caso la presencia de la persona calificada por ellos como el “problema” “paciente”, “enfermo”, “loco”, etcétera, si se considera que esa persona está siendo colocada en un papel de “chivo expiatorio” o en una posición falsa o insostenible: es decir para su beneficio y no para su control.

Sin embargo, esto es sumamente difícil y con facilidad se llega al ejercicio de un control sutil, sobre todo por parte de terapeutas proclives a ello, y habituados a usar como coartada una pretendida “ayuda” a la persona que va a ser “controlada”.

En el caso concreto de adolescentes, se le puede dar información recibida por la o las personas que lo presentaron como “paciente” o “problema” y, plantear abiertamente la posibilidad de aprovechar la coyuntura para evitar o aminorar la presión o el autoritarismo irracional de los padres.

Pero si el adolescente se niega a aceptar la alianza con el terapeuta, de ningún modo, tal rechazo faculta a este a hacer coalición con los padres para controlarlo.

Con las personas de edad avanzada, es necesario modificar el orden habitual del procedimiento; es decir, es necesario evaluar antes de tomar la decisión de intervenir en contra de la aceptación voluntaria por parte del anciano.

Evidentemente nos referimos a la presunción de que en estas personas exista daño cerebral (en todo caso, cuando se sospecha de daño cerebral en cualquier persona, de cualquier edad, el proceso debe ser semejante).

En caso de tener evidencia suficiente, no se forzará de ningún modo la presencia del anciano; sin embargo puede actuarse sobre la familia para buscar un equilibrio entre las necesidades y derechos del anciano con los de los miembros de esta, de tal manera que nadie resulte perjudicado por la intervención.

De lo arriba expuesto se podría concluir erróneamente que solo los menores y ancianos son calificados por otras personas como “problemas” o “pacientes”, pero no es así. Con relativa frecuencia, nos encontramos frente a personas que acuden solicitando consulta con objeto de atribuir trastornos a otros adultos.

En ocasiones la persona calificada como el problema es conducida por quien domina la relación, hasta el psicoterapeuta y acusada en su presencia; “es un alcohólico” o “lo sorprendí con otra mujer”, o “aquí le traigo a mi mujer, que está muy mal de los nervios”, etc.

En estos casos, dada la situación de dominio de quien define el problema, puede resultar inoportuno empezar con una confrontación que con toda probabilidad reafirmaría tal dominio.

En este caso se iniciará la evaluación y, en el momento de redefinir la situación, se procederá de manera que no se reafirme la situación inicial, sino que la redefinición sea el inicio de la modificación de la relación en términos más equitativos.

En otros casos se procederá de modo semejante al discutido en el párrafo anterior, es decir, aclarando la voluntariedad de su presencia ante el terapeuta.

Al fijar esta postura (no trabajar con personas que no deseen intervención), se observa que en algunos casos la persona asume la conveniencia de tratar su problema con alguien que respete a los demás, mientras en otros por el contrario, aprovechan la situación para reafirmar su decisión de no participar en terapia.

El terapeuta, siendo congruente con su posición de no forzar las intervenciones, dará por terminada en ese momento la entrevista.

2.3 Cómo Se Presenta El Problema

Ahora pasaremos a discutir, cómo se presenta el problema. En ocasiones el usuario expone con claridad su problema de relación interpersonal (por ejemplo: en su relación de pareja o en una relación importante de trabajo).

En otras ocasiones, como uno o varios rasgos de personalidad indeseables para el usuario (timidez, impulsividad, etcétera); en otras más, como molestias o “síntomas” específicos: fobias, obsesiones, angustia, impotencia, frigidez, etcétera.

En tales casos se solicita una aclaración de los términos; no es conveniente aceptar los empleados por el usuario, dando por supuesto que les atribuye el mismo significado que el terapeuta:

si el usuario dice buscar ayuda por sentirse muy “deprimido”, el terapeuta deberá aclarar que significa para el usuario el término “depresión” y no dar por hecho que este lo está usando en su sentido clínico.

Es probable que al aclarar el término, el usuario diga que estar deprimido quiere decir “temeroso” y al seguir la entrevista nos encontremos con que el temor se presenta ante estímulos específicos de modo tal que , lo inicialmente rotulado como “depresión” , sea , en terminología usual en clínica , una “fobia”.

Otro procedimiento aconsejable es solicitar del usuario una descripción más que un rótulo; por ejemplo, un usuario declara en cuanto se inicia la primera entrevista que su problema consiste en “tener un complejo de Edipo”.

Al solicitarle una descripción, más que un rótulo, queda claro que consulta por la dificultad que tiene para aceptar sus tendencias homosexuales.

Por otra parte, hay usuarios que se quejan de molestias más o menos vagas; insatisfacción que no saben a qué atribuir; malestares físicos mal definidos que han sido calificados por uno o varios médicos como “psicológicos”; confusión acerca de sus metas o acerca de su situación actual, etcétera.

En estos casos, si los intentos de aclaración no dan como resultado un planteamiento claro de la índole del problema, es posible seguir cualquiera de los siguientes caminos:

se solicita del usuario que diga qué desea obtener de la psicoterapia, o bien, se hace un contrato de evaluación con él, es decir, se deja establecido que no se realizará ningún paso “en el sentido de la solución del problema” en tanto no se llegue a una definición del mismo, y se procede a llevar a efecto la evaluación con miras a encontrar una definición del problema que tenga visos de ser estratégicamente adecuada.

2.4 Evaluación Del Caso Para Elección Del Tratamiento

Cuando se parte de la postura que considera a la psicoterapia como un medio para la solución de problemas, la evaluación – deja de mantener la característica de la toma de historia clínica tradicional-. Esto significa que la averiguación se dirige hacia la obtención de datos que sean relevantes para la comprensión y solución del problema.

Se considera innecesario, y no solo innecesario sino imprudente y aun violatorio de la privacidad del usuario, la búsqueda de datos que no sean pertinentes para la solución del problema. Es decir, deja de considerarse obligatorio hacer un interrogatorio exhaustivo acerca del pasado del usuario o acerca de todos los aspectos de su vida actual. La investigación de los datos para llevar a efecto una psicoterapia no tiene por qué parecerse a un interrogatorio policiaco.

Tampoco significa que la evaluación sea incompleta o descuidada. En seguida se realiza un esbozo de cómo llevar a cabo el proceso evaluativo.

El punto de partida para la evaluación es el planteamiento del problema.

Desde que se inicia el planteamiento se comienza la evaluación. Los aspectos fundamentales de esta son:

- a) Principio de desarrollo del problema
- b) Relación del problema con el sistema interpersonal del usuario
- c) Intentos de solución previos
- d) Evaluación de los elementos con que se cuenta para la solución

PRINCIPIO Y DESARROLLO DEL PROBLEMA:

Cuando se expone el principio del desarrollo del problema, no se habla de detectar la causa o causas del mismo, sino las circunstancias en las cuales se inició y desarrolló, y las circunstancias en las que el problema persiste.

La aclaración de que no se buscan las causas no pretende negar el hecho de que tanto el usuario como el terapeuta puedan hacer inferencias causales.

En el caso del terapeuta es lógico y comprensible que intente comprender la naturaleza del problema en relación a un concepto de causalidad circular, esto es, más que buscar causas antecedentes, un intento por entender cómo se mantiene el problema.

La investigación del origen se comienza precisando cuándo inició. En ocasiones el usuario está en capacidad de precisar una fecha, en general de relacionar con el comienzo del problema otros acontecimientos coincidentes; en otras se reporta una temporada aproximada: hace días, semanas, meses, años... El problema o sus manifestaciones pudo haberse presentado bruscamente o bien, de forma gradual.

El terapeuta tiene por obligación indagar la situación del usuario en el momento en que se inició el problema y de acuerdo a la naturaleza de este; por ejemplo, si se trata de un problema de relación conyugal, se investiga cómo se inició la relación y su evolución hasta el momento en el que el problema se presenta.

Ejemplo: en una relación conyugal en la que había prevalecido armonía, el problema de interacción se presenta a los dos años.

El miembro masculino de la pareja había elegido a la mujer por “ingenua” y en el momento en el que la mujer decide aceptar un trabajo como gerente para el cual requiere mayor arreglo y cuidado personal así como interactuar con más personas, comenzó a generar problemas por el rechazo del hombre a la nueva rutina y apariencia de ella, puesto que era contradictorio a la idea inicial, así como a la idea de relación que mantenía hasta el momento acerca de una pareja.

La relación cambió por completo y el hombre años después aún anhelaba recuperar a la “ingenua” de quien se había “enamorado”.

2.5 Relación Del Problema Con El Sistema Interpersonal Del Usuario

Desde una perspectiva sistémica, toda persona forma parte de un conjunto de personas, que interactúan; sus actos repercuten sobre los de otros, y los actos de los otros sobre ella.

Los elementos del sistema, desempeñan determinados papeles o roles; se rigen por reglas; forman coaliciones; establecen una jerarquía bien definida o luchan abierta o encubiertamente por el poder.

Es posible detectar secuencias o ciclos interaccionales que ocurran entre dos o más miembros del sistema.

El problema es la manifestación del modo en cómo está funcionando el sistema, y de ahí que algunos autores utilicen el término “disfuncional” para referirse a una pérdida de equilibrio del sistema o al hecho de que para conservarlo imponga presiones, que asigne roles inadecuados, someta a alguno o algunos de sus miembros por medio de reglas irracionales.

De este esbozo se desprende que la relación del problema con el sistema interpersonal en donde surge, puede ser variada. En algunos casos, predomina un aspecto y en otros, uno distinto.

En muchos casos la determinación de cual factor es más importante, es difícil de establecer y de hecho carece de pertinencia el hacerlo, siempre y cuando el terapeuta sea capaz de detectar todos los factores involucrados.

Sin pretender que lo que sigue sea una clasificación de las variaciones arriba mencionadas, sino advirtiendo que tales variaciones son innumerables.

2.6 Intentos De Solución Previos

La evaluación prosigue con la investigación de los intentos que las personas involucradas en el problema han llevado a cabo para resolverlo. Este paso cumple con varios propósitos.

1. Intentos de solución previa y el funcionamiento del sistema:

Informa acerca del funcionamiento del sistema ya que tales intentos se encuadran dentro de: la definición inicial de la relación, las reglas, los roles.

El o los intentos de solución han fracasado (partimos del supuesto de que todos los intentos han fracasado) por haber sido intentados dentro de un marco estrecho de referencia que, dadas las características de sistema cerrado en el cual opera la retroalimentación, lo perpetúan.

2. Los intentos de solución previa constituyen el problema:

Watzlawick y colaboradores han mostrado brillantemente como existen problemas consistentes en la insistencia en el uso de “soluciones” inadecuadas para manejar dificultades.

Hay ocasiones en que por más obvia y razonable que parezca una “solución” esta solamente acentúa el problema y si se recurre más a “lo mismo” acaba creándose un verdadero problema.

3. Intentos de solución de problemas realizada por profesionales:

Cuando el usuario o los usuarios han acudido anteriormente a otros profesionales, es necesario averiguar si consultaron por el mismo problema por el cual consultan ahora.

Esto es importante, puesto que brinda información acerca de la persistencia o de la posibilidad de desarrollo de dificultades y problemas distintos que tenga el sistema.

Y en casos de problemas, cuya manifestación tienda a ser cíclica, como en la depresión, sabemos también la respuesta al tipo de intervención usado previamente.

Dada la naturaleza de la intervención psicológica y sus escuelas, así como el uso frecuente indiscriminado de fármacos, será importante conocer cuál ha sido la naturaleza de la intervención.

4. Evaluar los elementos con los que se cuenta para la solución:

Llegar a este punto, supone que de hecho tenemos averiguados los elementos básicos con los que contamos para la solución, y solo trataremos de averiguar algunos aspectos.

Se afirma que ya tenemos elementos básicos porque:

- a) El problema mismo es la principal palanca para el cambio
- b) A diferencia de otras aproximaciones a la psicoterapia no vamos a intentar descubrir lo que hay detrás del problema y ver a este como la consecuencia de fuerzas ocultas
- c) Vamos a utilizar “síntomas” y la resistencia al cambio para provocar este.

Queda entonces por preguntar ¿Qué queda por investigar? Uno de los detalles que no podemos pasar por alto es si las personas involucradas están dispuestas a colaborar en la solución que se propone:

Si la primer entrevista llegase a ser conjunta, desde ese mismo momento puede plantearse la necesidad del concurso de los otros involucrados, además de la persona que se señala a sí misma (o es señalada por los otros) como el “portador” del problema o como el “paciente identificado” y ver su disposición para ser partícipes del procedimiento psicoterapéutico.

5. Evaluación de la organicidad:

En algunos casos es necesario saber si la persona que está señalada como “paciente identificado” dentro de un sistema interpersonal, o si un usuario que acude por sí mismo en busca de una solución a su problema, sufre de una lesión orgánica cerebral, o de modo más general de una verdadera enfermedad que dé lugar a un síntoma y/ o deficiencias.

Antes de describir los procedimientos utilizados para la detección de organicidad, es pertinente señalar en qué tipo de casos se debe investigar se encuentran los siguientes datos:

En primer lugar, cuando una o varias de las molestias sean de tal naturaleza que constituyan con frecuencia manifestaciones o síntomas de enfermedad orgánica: dolores de cabeza, dolores de región precordial, sensación de asfixia, temblor persistente, convulsiones, parálisis, defectos sensoriales, etc.

En segundo lugar la presencia de franco retraso en el desarrollo, sobre todo si es simultáneo en varias áreas: lenguaje, desarrollo motor, socialización, inteligencia. Esto es aplicable a niños.

En tercer lugar, la pérdida o disminución de capacidades previamente adquiridas como serían: memoria, atención, capacidad abstracta, desempeño adecuado de una ocupación o trabajo, lenguaje hablado y escrito, alteraciones paroxísticas de la percepción, déficit perceptivo, estado confusional.

En cuarto lugar, cuando se ha hecho previamente un diagnóstico de enfermedad orgánica. En quinto lugar, cuando el propio usuario esté persuadido de la naturaleza orgánica de su problema, aunque los datos que se hayan obtenido en el curso de la evaluación no apoyen tal suposición.

2.7 El Eclecticismo En La Intervención

Hoy en día se da un consenso creciente acerca de que no existe un solo enfoque que podamos considerar clínicamente adecuado para todos los problemas, clientes y situaciones.

De hecho, el motor que ha generado el surgimiento de tantos nuevos enfoques es la insatisfacción con los modelos existentes, la conciencia sobre su inadecuación en determinados casos. Este es también el motor que mueve los esfuerzos eclécticos e integradores, aunque en una dirección diferente.

Si ninguna de las 400 propuestas terapéuticas existentes ha conseguido demostrar su utilidad en todos los casos, no se trata de crear la nº 401 (aunque posiblemente ya exista al publicarse este trabajo) sino de plantearse la cuestión desde otra perspectiva.

En los últimos años se va popularizando la posibilidad de explorar la integración de los conocimientos y técnicas disponibles que, aunque parciales y con valor limitado, puedan ayudarnos a comprender de forma más amplia y precisa el proceso psicoterapéutico.

Otra idea en el mismo sentido es la de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a cada caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo.

La flexibilización que conllevan los enfoques eclécticos e integradores reporta de por sí una mayor adaptación del proceder terapéutico a las particularidades del cliente. De no ser así, en palabras de Gordon Allport, " si tu única herramienta es un martillo, tratarás a todo el mundo como a un clavo".

En los últimos años se va popularizando la posibilidad de explorar la integración de los conocimientos y técnicas disponibles que, aunque parciales y con valor limitado, puedan ayudarnos a comprender de forma más amplia y precisa el proceso psicoterapéutico

Otra idea en el mismo sentido es la de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a cada caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo.

La flexibilización que conllevan los enfoques eclécticos e integradores reporta de por sí una mayor adaptación del proceder terapéutico a las particularidades del cliente. De no

ser así, en palabras de Gordon Allport, "si tu única herramienta es un martillo, tratarás a todo el mundo como a un clavo".

Esta tendencia del movimiento integrador (eclecticismo) se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado.

Se caracteriza, por tanto, por un fuerte énfasis en lo técnico en detrimento de la teoría, despojando a las técnicas de los supuestos teóricos que las han generado.

El primer autor en formular esta posición fue Lazarus (1967), sin embargo, a partir de los años setenta han sido varios los enfoques que han seguido esta filosofía.

Lazarus defiende este tipo de eclecticismo, entre otras cosas, porque ve en la integración teórica un esfuerzo inútil. Según él, entre dos enfoques cualesquiera se pueden encontrar similitudes, pero a costa de ignorar sus diferencias que a menudo son fundamentales.

Según Lazarus se ha hecho un énfasis desorbitado en las teorías, lo que ha conducido a una proliferación caótica de enfoques, cosa que la integración teórica aún empeora más, por lo que se necesitan "menos teorías y más hechos".

Su propuesta enfatiza las técnicas como expresión de lo que los terapeutas "realmente" hacen con sus clientes. Integrar técnicas permite enriquecer la práctica empleando, sin ningún recelo, los hallazgos de orientaciones teóricamente incompatibles.

Para este autor existe un nivel de observación básico en el que enfoques muy distintos, después de haberlos despojado de su carga teórica, nos revelan fenómenos a considerar.

Es a este nivel de observaciones de hechos clínicos donde se pueden integrar los recursos técnicos disponibles.

La estrategia de este tipo de integración consiste en seleccionar la técnica que se cree que funcionará mejor con un cliente o paciente concreto. La cuestión clave es saber cuáles son los criterios con los que decidir cuál es la técnica oportuna con un cliente determinado.

La postura del eclecticismo intuitivo, prevalente hasta los años setenta, consistía en seleccionar técnicas de forma idiosincrásica, a juicio del terapeuta, de su intuición o experiencia anterior, o quizás en función del último libro leído o taller de fin de semana al que ha asistido.

No existe en esta forma de eclecticismo ninguna base o lógica conceptual transmisible sino que la decisión de qué técnica emplear radica en la atracción subjetiva, la vivencia o la creatividad del terapeuta.

Uno de los ejemplos más destacados de este tipo de eclecticismo es el trabajo de Beutler y colaboradores (p.e., Beutler, 1983; Beutler y Clarkin, 1990). Su propuesta se basa en tres ingredientes extraídos de la revisión de las investigaciones disponibles sobre las variables influyentes en el éxito terapéutico.

El primer ingrediente supone una sistematización de los modelos existentes en términos de estilos terapéuticos o dimensiones bipolares de intervención: directiva/no-directiva, centrada en el síntoma/centrada en el conflicto, etc.

El segundo implica una selección de variables del cliente, severidad del síntoma, estilo de afrontamiento, potencial de resistencia o reactancia (ver Beutler, 1992).

El tercer componente de este modelo propone un emparejamiento de estilos terapéuticos con variables del cliente.

2.8 El Modelo De Selección Sistemática De Tratamientos

Tal como lo proponen Beutler y Clarkin se divide en siete fases secuenciales: Uno de los ejemplos más destacados de este tipo de eclecticismo es el trabajo de Beutler y colaboradores (p.e., Beutler, 1983; Beutler y Clarkin,).

Su propuesta se basa en tres ingredientes extraídos de la revisión de las investigaciones disponibles sobre las variables influyentes en el éxito terapéutico.

El primer ingrediente supone una sistematización de los modelos existentes en términos de estilos terapéuticos o dimensiones bipolares de intervención: directiva/no-directiva, centrada en el síntoma/centrada en el conflicto, etc.

El segundo implica una selección de variables del cliente, p.e., severidad del síntoma, estilo de afrontamiento, potencial de resistencia o reactividad (ver Beutler, 1992).

El tercer componente de este modelo propone un emparejamiento de estilos terapéuticos con variables del cliente.

El modelo de Selección Sistemática de Tratamientos tal como lo proponen Beutler y Clarkin (1990) **se divide en siete fases secuenciales:**

1. Evaluación del paciente, su contexto cultural, diagnóstico, metas del tratamiento, estrategias de afrontamiento, entorno (estresores y recursos ambientales).
2. Evaluación de los posibles contextos, modalidades y formatos de tratamiento, así como de la frecuencia y duración de este.
3. Evaluación de la compatibilidad y "encaje" entre terapeuta y paciente.
4. Métodos de inducción de rol para fomentar y mantener la alianza terapéutica
5. Selección de metas focales de cambio (tratamiento orientado al conflicto o al síntoma).
6. Selección del nivel de intervención y de las metas terapéuticas a medio plazo.
7. Conducción de la terapia.

2.9 Fin De La Relación Psicoterapéutica

La terminación o cierre es un momento crucial en un proceso psicoterapéutico, dado que se erige como un periodo cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no solo afectan al paciente sino también al terapeuta; igualmente, de la terminación dependerá en gran medida la forma como sea recordado dicho proceso (Craigie, 2006).

No obstante, aunque este sea un asunto que atañe a cualquier proceso psicoterapéutico y que tiene importantes implicaciones personales y técnicas para la formación y la práctica de los terapeutas noveles (Bostic, Shadid y Blotcky, 1996), el tema de la terminación en psicoterapia ha sido relativamente descuidado en la literatura empírica (Roe, 2006) y también en las disquisiciones teóricas y técnicas de los diferentes modelos psicoterapéuticos.

El problema del cierre o la terminación ha sido abordado por diferentes autores.

Ya desde S. Freud en 1937, se le consideraba como un tema controversial. En su texto “Análisis terminable e interminable” planteaba que mientras viviera el paciente y continuaran actuando procesos mentales cambiantes y experiencias emocionales fluctuantes desde el mismo y su medio, cabría pensar el análisis como un proceso “interminable”, ya que de acuerdo con esto, la persona debería someterse a nuevos análisis periódicamente.

Otros autores han propuesto diferentes criterios para definir cuándo es el momento adecuado para la terminación de un proceso.

Para Frieda Fromm Reichman se debe hacer un cierre “cuando el enfermo haya logrado suficiente grado de compenetración duradera en sus operaciones interpersonales y su dinámica como para que le permita, en principio, manejarlas adecuadamente”.

En otras palabras cuando la persona haya obtenido un grado de conocimiento apropiado respecto a sus procesos interpersonales. Para ella el trabajo entonces, debe centrarse en las experiencias transferenciales, ya que si la relación terapeuta paciente queda libre de distorsiones, ello significa que los pacientes serán capaces de “ver la gente y las situaciones en general tal como son, en vez de ver las sobras de sus experiencias pasadas” (1958, pp.212).

Finalmente, propone que la revisión de los logros terapéuticos y los intentos de evaluar el progreso, proveen otra ayuda para establecer las indicaciones para la terminación del tratamiento.

Es importante que el proceso de intervención tenga un final planeado y el paciente tome conciencia del punto de inicio, de culminación y de los cambios y logros obtenidos durante este intervalo de tiempo. Por lo anterior es importante que el terapeuta sea, al mismo tiempo, un administrador de los tiempos, los contenidos, y las metas del proceso.

El cierre es un momento crucial en la culminación de un proceso terapéutico, dado que se erige como un periodo cargado de connotaciones clínicas y emocionales, por lo que se debe preparar al paciente para que la conclusión de la intervención no le signifique una situación de riesgo

La idea central de este periodo es ayudar al paciente a reconocer los procesos de cambio que acontecieron en la intervención (estados emotivos, resignificaciones), así como fortalecer las acciones emprendidas respecto de las metas trazadas en conjunto con el paciente.

Así y desde un marco biopsicosocial, la intervención psicoterapéutica busca conseguir la abstinencia o en su caso, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social de la persona que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas.

2.10 Término Del Proceso Terapéutico

Al terminar un proceso terapéutico, Craige (2006) sugiere la importancia de dejar “la puerta abierta” para un contacto futuro si fuese necesario, del mismo modo que propone la posibilidad de mantener un contacto ocasional con los pacientes una vez terminada la psicoterapia, para hacer un seguimiento del proceso, aunque aclara que estas decisiones deben ser tomadas a partir del análisis de cada caso en particular y tomando en consideración las vicisitudes del proceso.

Frente a este particular Bostick, Shaid y Blotcky(1996), sostienen que el contacto post-terminación entre el paciente y el terapeuta debe ser analizado ya que si bien puede permitir al paciente un “objeto transicional” para la separación, se puede inhibir al paciente a pasar a nuevas relaciones con otras figuras disponibles.

Uno de los aspectos importantes a abordar, respecto a la terminación, es todo lo que corresponde a los sentimientos que esta genera, no únicamente para los pacientes, sino también para el psicoterapeuta.

La terminación puede generar en este, sentimientos tales como preocupación, rechazo, culpa, enfado, fracaso, desmoralización y/o sensación de que fue un esfuerzo perdido. Por ende, un espacio para tramitar estos sentimientos resulta fundamental, de manera que no interfiera con el proceso de cierre de cada paciente.

Otros sentimientos que pueden aparecer en los pacientes durante la fase final del tratamiento, son la sensación de que están siendo rechazados por el terapeuta o que este los está dejando por algo mejor.

En consecuencia, esto puede suscitar ansiedad, ira, depresión, sensación de desamparo o abandono. Esto puede conducir a la activación de defensas, a menudo primitivas, que fueron utilizadas para las separaciones anteriores.

En este sentido la terapia puede ofrecer la oportunidad de trabajar a partir de esta experiencia, en fortalecer el yo del paciente y promover la sustitución de las defensas primitivas por respuestas de mayor adaptación.

Es común que durante las fases finales del tratamiento, una vez que ha sido anunciada la terminación, los pacientes puedan introducir alteraciones en el pago.

Para Bostic, Shaid y Blotcky (1996), esto puede reflejar el deseo de los pacientes por continuar la relación al dejar “asuntos pendientes” entre ellos.

La asistencia y puntualidad de del paciente a las sesiones también puede verse alterada y es importante que el terapeuta pueda hacer un seguimiento de las mismas para aumentar el grado de comprensión frente a cómo puede estar siendo vivido el proceso de la terminación por el paciente.

Otro aspecto crítico tiene que ver con el momento adecuado para introducir el asunto del cierre.

Es fundamental hacer un análisis de las características del paciente y de su proceso para determinar el momento idóneo para hacerlo; se considera que cuanto más fuerte sea el vínculo establecido entre el paciente y el terapeuta, mayor será el tiempo necesario para introducir el tema y de esta manera poder brindar la contención necesaria a sus reacciones.

Siguiendo a Bostic, Shaid y Blotcky, en terapias de más de un año, se recomienda anunciar la terminación por lo menos con tres a seis meses de anticipación, ya que debe dar suficiente tiempo para temas que puedan surgir a raíz del anuncio y para revisar los progresos adecuadamente.

Las características del paciente también son fundamentales en esta decisión, ya que, por ejemplo en pacientes impulsivos pueden presentar la tendencia a detener el tratamiento de repente cuando se introduce la futura terminación, por lo que anunciándola con mucha antelación se impediría varios meses de trabajo.

2.11 Plan De Seguimiento

El plan de seguimiento es un procedimiento que ofrece información sobre los pacientes, la posibilidad de confrontar la perspectiva del terapeuta con la del diagnosticador y una ayuda para conceptualizar lo que el terapeuta experimenta en las sesiones con ellos.

Es un elemento de ayuda para éste en la medida que permite evaluar la progresión de sus tratamientos, como también para el paciente que puede confrontar la situación presente con otro profesional.

El seguimiento es también una herramienta para la investigación sobre los tratamientos y sobre las técnicas de exploración psicológica en sí mismas.

Representa una cierta objetivación necesaria para los investigadores y teóricos, siendo ésta una de las pocas ocasiones que el diagnosticador tiene para comprobar sus hipótesis y evaluar la validez de sus instrumentos.

Precisa de un encuadre adecuado para contener las expectativas y ansiedades que como experiencia relacional despierta en todos los participantes. La relación terapéutica bipersonal se abre en el seguimiento a un tercero, real, lo que puede generar movimientos triangulares, transferenciales y contratransferenciales que podrían convertir un proceso de ayuda en una interferencia de no ser contenidos [esto es, comprendidos y elaborados].

Requiere de una alianza de trabajo entre evaluador y terapeuta a la vez que con el paciente y, en el caso de niños, con los padres. Esta alianza de trabajo significa ponerse de acuerdo, establecer un procedimiento general y adaptarlo a cada situación particular.

(Por ejemplo, el psicodiagnosticador informa al paciente y envía -o no- su informe al terapeuta o el terapeuta transmite el informe a su paciente)...La ayuda al terapeuta proviene de la nueva perspectiva que el seguimiento le puede dar.

El terapeuta ve al paciente a lo largo del proceso, en el día a día del trabajo, lo que puede dificultar constatar la magnitud de los cambios, la comparación de aquel paciente que llegó con el que es ahora, o sea que, en ocasiones, los árboles le impiden ver el bosque.” (Campo & Royo, 1989).

UNIDAD III - MODELOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

3.1 Definición E Importancia De Los Modelos De Intervención

Existen diferentes modelos teóricos que varían en diversos aspectos importantes tales como: forma de concebir la conducta normal y anormal y los trastornos psicológicos, variables relevantes en el desarrollo y mantenimiento de dichas conductas y trastornos, relaciones existentes entre dichas variables, modos de recoger los datos pertinentes, objetivos a conseguir con la intervención y modo de llevar a cabo esta.

Un modelo permite organizar la información adquirida, facilita la comunicación con otros profesionales que siguen el mismo modelo y es una guía que orienta la toma de decisiones del clínico y la investigación.

Sin embargo, un modelo también puede constituir una fuente de problemas. Por ejemplo, cuando se generaliza en exceso intentando explicarlo todo con un modelo que ha sido validado sólo con ciertos comportamientos o cuando el modelo lleva a buscar sólo ciertos aspectos en detrimento de otros que pueden ser tanto o más importantes.

Además, el lenguaje propio de cada modelo dificulta la comunicación con los seguidores de otros modelos, con lo cual es difícil entenderse; de modo que se pueden estar diciendo las mismas cosas con distintas palabras o expresando diferentes significados con los mismos términos.

Tener un modelo como referencia puede ser útil, pero esto debe complementarse con la comprensión de los otros puntos de vista y el aprecio de sus aportaciones.

En general, parecen poco útiles los modelos inflexibles, incapaces de incorporar nuevos elementos en principio útiles, y los modelos formulados de tal manera que no permiten su investigación empírica controlada o que, caso de permitirla, no es llevada a cabo o que, si lo es, sus resultados no son tenidos en cuenta para modificar el modelo.

3.2 Modelo Psicoanalítico Clásico

La orientación psicoanalítica constituye un amplio espectro de conceptualizaciones y formas de abordaje sobre lo psíquico. No es una escuela sino más bien una orientación metodológica (Gil, 1995; Lopera, Ramírez, Zuluaga, & Ortiz, 2010; Ramírez, 2011; Ramírez, et al., 2015), en la que confluyen diferentes propuestas que tuvieron sus orígenes en el psicoanálisis freudiano

Freud diferenció claramente tres aspectos en su descripción del psicoanálisis: el método de investigación de procesos anímicos inconscientes, la terapia fundada en esa indagación y el conjunto de conocimientos que derivan de ese camino (Freud, 1923/1998).

Este último aspecto, denominado por Freud como psicología de lo inconsciente o psicología de lo profundo (Freud, 1915/1998, p. 169), ha dado lugar a la diversidad de enfoques psicoanalíticos en la explicación de los fenómenos psíquicos.

Unas corrientes conservan los fundamentos del psicoanálisis clásico; otras, a partir de una reformulación radical, proponen una superación definitiva de la teoría freudiana; otras más, ocupan un lugar intermedio y, aunque conservan algunas ideas fundamentales de Freud, elaboran otros conceptos, desarrollan nuevas perspectivas de abordaje psicoterapéutico (Mitchel & Black, 2004).

En tanto estos enfoques proponen una explicación de lo psíquico, son perspectivas psicológicas, lo que nos habla de una orientación psicoanalítica en la psicología, al lado de las orientaciones conductuales, experimentales, cognitivas, existenciales, humanistas, transpersonales (Ramírez, 2015).

Entre las propuestas enmarcadas en la orientación psicoanalítica encontramos convergencias y divergencias.

Si pretendiésemos hallar la razón por la que son llamadas psicoanalíticas, y lo hiciéramos a partir del establecimiento de un conjunto de conocimientos o de conceptos básicos que todas deberían tener, correríamos el riesgo de privilegiar unas y subvalorar otras, puesto que cada una hace énfasis distintos: en las relaciones objetales, o en la tensión entre pulsión y defensa, en lo intrapsíquico, entre otros aspectos (Kernberg, 2001; 1993).

Por esto, es más apropiado plantear que la razón para que sean psicoanalíticas, pese a sus grandes diferencias, estriba en un enfoque metodológico que, por un lado, considera esencial lo inconsciente en las investigaciones, análisis y reflexiones sobre el alma; y por el otro, privilegia la subjetividad en el trabajo clínico individual o grupal, sin desconocer el contexto social y cultural.

El psicoanálisis desde su origen se ubicó en una posición paradójica con relación a las tendencias que primaban en ese momento (finales del siglo xix y comienzos del xx):

Mientras la psicología estaba interesada en constituirse en una disciplina científica experimental y poca importancia (o nula) concedía a lo terapéutico (Dilthey, 1945; Watson, 1982/1916; Wundt, 1982/1896), Freud estaba interesado en la curación de las neurosis, en el cuidado y tratamiento del alma (Freud, 1890/1998), y se basaba en una modalidad no experimental del método científico: el paradigma indiciario (Ginzburg, 1989), fundamento del método psicoanalítico por él propuesto.

Inmerso en el espíritu científico de la época, Freud consideraba que todo abordaje del alma digno de consideración debía basarse en un proceder rigurosamente científico. Afirmó que “el psicoanálisis es un método de investigación, un instrumento neutral, como lo es, por ejemplo, el cálculo infinitesimal” (Freud, 1927/1998, p. 36).

Lo definió como un método de investigación de procesos anímicos inconscientes, una terapia fundada en esa investigación y un conjunto de conocimientos psicológicos ganados por ese camino (Freud, 1923/1998, p. 231).

Continuaba con la tradición ascética mediante la aplicación del método científico a un proceso de ascesis subjetiva (Lopera, Ramírez et al., 2010).

Esta situación quizá explique la razón por la cual los debates acerca de la cientificidad del psicoanálisis surgieron desde el momento mismo de su origen.

3.3 El Psicoanálisis Y El Proceso De Psicoterapia

En un comienzo Freud pretendía una curación de los síntomas de las neurosis, pero su trabajo de investigación le mostró la necesidad de ampliar el campo de análisis hacia la infancia del sujeto, privilegiando así esa indagación que conduciría, por añadidura, a la modificación de los síntomas (Freud, 1923/1998).

Y de manera más precisa, en lo que corresponde a entender su propuesta psicoterapéutica como un proceso de ascesis subjetiva, dice:

“Nosotros, los analistas, nos proponemos como meta un análisis del paciente lo más completo y profundo posible; [...]. Lo que de tal suerte cultivamos es cura de almas en el mejor sentido” (Freud, 1926/1998, p. 240).

Este énfasis en lo ascético no significó una subvaloración de los síntomas, pues en algunas circunstancias era necesario un trabajo sobre los síntomas concretos, ya presentes, mediante una terapia sintomal (Freud, 1895/1998, p. 269), con lo que se complementaría el trabajo de ascesis subjetiva.

Muy tempranamente Freud definió psicoterapia como tratamiento (terapia) del alma (psique); en sus palabras:

(...) tratamiento desde el alma, ya sea de perturbaciones anímicas o corporales con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico (Freud, 1890/1998, p. 115).

Esta definición es aplicable a la manera como Freud concibió el tratamiento analítico hasta el final de su vida, y que se confirma con la cita en la que se refiere a la cura de almas.

La psicoterapia ha sido central en la psicología psicoanalítica, lo que ha llevado a que muchos homologuen, de manera errónea, psicología psicoanalítica con psicoterapia psicoanalítica.

La psicoterapia se define como un tratamiento del alma con el propósito de moderar el sufrimiento o de transmitir una actitud ante la existencia.

La psicología, incluso en su vertiente ascética, abarca muchos más aspectos, tanto a nivel teórico como práctico, en particular, procura la construcción de un conocimiento sobre lo psíquico: psyché-logos, que literalmente significa tratado, discurso sobre el alma (Lopera, Manrique et al., 2010).

En cambio, psyché-therapeuein sería cuidado, cura del alma, en el sentido de therapeuein heauton (cuidado de sí) (Foucault, 2002, p. 110; 1987). Desde esta perspectiva, el tratamiento psicoanalítico sería una modalidad (entre otras) de psicoterapia.

El dispositivo terapéutico freudiano consistió en un artificio metodológico (Ramírez, 1991) fundamentado en cuatro elementos: asociación libre (verbalización), atención flotante (escucha analítica), análisis y manejo de la transferencia (vínculo o relación paciente-analista) e interpretación (conjunto de intervenciones) (Freud, 1912/1998).

A partir de esta propuesta diversos psicoanalistas han elaborado otras, modificando tanto el proceder técnico como la psicopatología o caracterología correspondientes con dichas innovaciones. En sentido general, podemos agruparlas en psicoterapias ascéticas y sintomales (Lopera, 2006).

3.4 Metas y objetivos del tratamiento psicoanalítico

El análisis es un proceso de crecimiento y también una experiencia creativa. La esencia del proceso consiste en levantar los obstáculos para que el analizado tome su propio camino.

El análisis busca darle al analizado los instrumentos necesarios para que él solo se oriente y vuelva a ser él mismo. El análisis es un proceso hacia delante en términos de crecimiento, integración o cura. (Etchegoyen, 1986).

Freud, estableció los cimientos del psicoanálisis y nos dice del mismo como instrumento terapéutico (1923): **“Donde está el ello, allí debería estar el yo”**. De lo anterior vemos que el psicoanálisis busca que la persona obtenga un dominio y control de los impulsos instintivos.

Así, nos dice Freud, que se busca transformar el ello en yo, hacer consciente lo inconsciente. Nos habla de la posibilidad del hombre de controlar sus impulsos a través del autoconocimiento. Freud, en 1933, nos habla acerca del objetivo del psicoanálisis: Fortalecer al yo...ampliar su campo de percepción y engrandecer su organización.

Freud también habló acerca de las limitaciones del psicoanálisis. Excluía del tratamiento analítico muchos tipos de desorden mental, en especial la psicosis, sobre la base de que el psicótico no puede establecer la transferencia necesaria con el analista, ya que para él, la base del proceso analítico consiste en superar las resistencias a través de la transferencia.

Nos dice también en Análisis terminable e interminable (1937): “La experiencia nos ha enseñado que la terapia psicoanalítica, o sea, el librar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y anormalidades de carácter, es un trabajo largo.” Para después decir:

“El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea”.

Con el tiempo, la experiencia clínica demostraba que no era suficiente que el analizado comprendiera algo intelectualmente, sino que era necesario comenzar a elaborar su conocimiento logrado.

En “Recordar, repetir y reelaborar” (1914) recomienda esperar y dejar que las cosas sigan su curso, cultivando la paciencia:

“Esta elaboración de la resistencia puede convertirse en la práctica en una tarea tediosa...pero es la parte del trabajo que tiene el mayor efecto transformador en el paciente”.

Así, al analista debe tratar de dar a “todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, para reemplazar su neurosis común por una neurosis de transferencia”, que por medio del trabajo terapéutico revive, reedita el conflicto pasado y busca resolverlo de mejor manera.

Freud explica también que si bien el análisis no puede cambiar al individuo en el sentido constitucional, lo que pone límites, por cierto, a su eficacia, puede hacer del paciente lo que éste habría llegado a ser si las circunstancias de su vida hubieran sido más favorables.

Además de lo mencionado anteriormente, de los trabajos de Freud se desprenden demás fines del tratamiento psicoanalítico, como el tener energía psíquica libre y disponible, energía psíquica que antes estaba destinada a sostener una sintomatología producto de una conflictiva interna, lo cual mejora nuestra capacidad para amar, trabajar y disfrutar.

Los objetivos teóricos del psicoanálisis pueden formularse de diversas maneras; Freud lo hizo reiterativamente, quizás con mayor claridad, empleando estas palabras:

“Podría establecerse que la mira del tratamiento consiste en eliminar las resistencias del paciente y hacer una reseña de sus represiones, para poner en descubierto la unificación más amplia y el fortalecimiento de su yo, permitiéndole así economizar la energía mental que está consumiendo en conflictos internos y aprovechar lo mejor que sus capacidades heredadas permiten en él, de modo que sea todo lo eficiente y capaz de goce que sea posible.

La eliminación de los síntomas de su enfermedad no se obtiene de manera específica, pero aparece, por así decirlo, como un subproducto, siempre que el psicoanálisis se conduzca de forma apropiada.

3.5 El Objetivo Del Psicoanálisis

Para poder comprender a profundidad el objetivo del psicoanálisis, es importante comprender algunos aspectos básicos que contempla el proceso psicoterapéutico:

Entonces, el trabajo analítico consiste en que el sujeto revise su realidad interior (verdad histórica) y se vaya dando cuenta de que lo que él considera los hechos es sólo su versión de los hechos.

Ya decía Freud en “Construcciones del análisis” (1937) que el propósito del análisis es lograr una imagen de los años olvidados verdadera y completa.

Parece una tarea imposible de cumplir, pero a pesar de ello, el análisis ofrece la posibilidad al paciente de reconocer su propia perspectiva y que sepa que no es la única ni la mejor, ofreciéndole nuevas perspectivas y posibilidades.

El tratamiento psicoanalítico se propone reconstruir el pasado borrando las lagunas del recuerdo de la primera infancia, que son producto de la represión. Lo hace levantando resistencias y resolviendo la transferencia a través del análisis de sueños, actos fallidos, recuerdos encubridores, síntomas y carácter.

Podemos ver que mediante la interpretación en el análisis se busca que el paciente logre comprender que ya no es más un niño indefenso, sino un adulto perfectamente apto para sobrevivir y que tal vez sus padres no son tan terroríficos como los vivió en su muy temprana edad.

El análisis es un proceso de crecimiento y también una experiencia creativa. La esencia del proceso consiste en levantar los obstáculos para que el analizado tome su propio camino.

El análisis busca darle al analizado los instrumentos necesarios para que él solo se oriente y vuelva a ser él mismo. El análisis es un proceso hacia delante en términos de crecimiento, integración o cura. (Etchegoyen, 1986)

De acuerdo con Arlow y Brenner: el objetivo de la terapia analítica es ayudar al paciente a lograr una solución de sus conflictos intrapsíquicos a través de la comprensión, lo que le permitirá manejarlos de una forma más madura.

Por su parte, Bion nos dice: “El tratamiento analítico ofrece al analizado las condiciones necesarias para que pueda obtener el conocimiento acerca de sí mismo. Pero el intento

de conocer implica un sentimiento doloroso que es inherente a la experiencia emocional misma del conocimiento...Si el análisis no trata ese dolor estaría perdiendo la posibilidad de encarar una de sus funciones principales como es la de intentar lograr una contención que lo capacite para una transformación en crecimiento psíquico y no para formaciones sustitutivas”.

La interpretación informa y da al analizado la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento, de cambiar de punto de vista (Bion, 1965). No busca modificar la conducta del paciente sino su información. Para Bion, en el análisis se busca aprender de la experiencia y “La finalidad de un tratamiento psicoanalítico es el crecimiento mental”.

Christopher Bollas (2009) nos dice acerca de la curación: Los analistas que pertenecen a la Escuela Británica han insistido que una de las funciones curativas es recibir una comunicación de un paciente y eliminar lo tóxico de ese introyecto por vía de interpretaciones, a fin de que el paciente reinternalice el introyecto modificado y entre en posesión de un objeto interno menos perturbador.

Este proceso se repite una y otra vez, con lo cual el paciente logra internalizar no sólo los objetos internos reformados, sino también la función continente del analista, o sea, adquiere la aptitud de eliminar lo tóxico en objetos internos malos. Continúa diciendo que la regresión a la dependencia permite a una persona obtener importantes insights desde el interior del self.

El proceso del análisis se dirige hacia la construcción de la potencialidad auto-analítica y en el pensamiento de lo sabido no pensado.

Así, el psicoanálisis habrá sustentado y cultivado el autoanálisis progresivo del analizando. Según Menninger y Holzman, no siempre los objetivos del psicoanálisis se pueden enunciar con tanta simpleza, porque en realidad varían mucho. Para ellos, se refleja en la vida real del paciente con pasos orientados hacia el mejoramiento de las relaciones con los demás.

3.6 Estructura Y Función De La Personalidad Según El Psicoanálisis

La situación de la realidad contemporánea se irá ampliando y extendiendo, con mayor libertad para la afectividad y creatividad objetiva.

Coinciden en que el tratamiento psicoanalítico acarrea una mejoría, coinciden en que sucede algo, en que se producen cambios en la estructura y función de la personalidad.

1. Determinismo.

El comportamiento humano está determinado y depende fundamentalmente de factores intrapsíquicos tales como impulsos, deseos, motivos y conflictos internos. En el psicoanálisis clásico, pero no en otras escuelas psicoanalíticas, se enfatizan los determinantes biológicos (impulsos sexuales y agresivos).

2. Énfasis en el papel del conflicto.

Se considera que este es básico en el desarrollo de los síntomas neuróticos. Normalmente se considera que los impulsos internos buscan manifestarse y lograr gratificación en contra de las prohibiciones y límites socioculturales. Los síntomas neuróticos son vistos como compromisos para intentar resolver este conflicto.

Desde la perspectiva psicoanalítica clásica se considera que el conflicto no resuelto entre el ello (necesidades instintivas) y un superyó (valores y normas sociales transmitidas por los padres) sobrepunitivo e inhibitor es la causa fundamental de los trastornos psicológicos.

Este conflicto es exacerbado por los defectos del yo –la tercera estructura psicológica– que impiden la elaboración de defensas apropiadas que permitirían una reducción de la tensión.

El ello es la estructura más antigua, contiene todos los instintos básicos (sexuales y agresivos) sin socializar, es la fuente de la energía psíquica, es básicamente inconsciente y se rige por el principio del placer.

El superyó surge a través de la internalización de las normas y valores sociales tal como son presentados por los padres y otras figuras de referencia, es parcialmente inconsciente y se encarga de vigilar y castigar las actividades del ello.

El yo está situado entre las otras dos estructuras y se encarga de regular la interacción entre estas, de modo que puedan satisfacerse las necesidades básicas sin vulnerar las normas existentes.

El yo es básicamente consciente, se rige por el principio de realidad y entre sus funciones se cuentan también la percepción, el aprendizaje y la autorregulación.

Según Freud, el conflicto surge de la disputa entre la necesidad de satisfacer los impulsos básicos (sexuales, agresivos) y las defensas elaboradas para inhibir la expresión consciente de estos impulsos.

Los síntomas son un intento de solución, una forma fallida de resolver estos conflictos estableciendo un compromiso entre ambos tipos de fuerzas.

Los síntomas constituyen una expresión simbólica del conflicto y suponen una satisfacción parcial de los instintos; sin embargo, el superyó actúa contra esta gratificación, lo que aumenta el malestar y el sufrimiento.

Como ejemplo, la evitación agorafóbica de una mujer puede concebirse como el compromiso entre el deseo de seducir a los hombres y la defensa en contra de este deseo.

3.7 Constructos Del Psicoanálisis En La Psicoterapia

Importancia de la historia de desarrollo.

Se enfatiza que el comportamiento humano está determinado significativamente por la historia de desarrollo de la persona.

Muchos conflictos básicos surgen en la infancia y niñez. La satisfacción o frustración en estos periodos de impulsos y necesidades básicas del niño en las relaciones de este con sus padres u otras figuras importantes (p.ej., hermanos, maestros) y la eficacia en resolver los conflictos surgidos determinan el funcionamiento de la persona en etapas posteriores de la vida.

De aquí la importancia concedida a las experiencias históricas en comparación al aquí y ahora. Sin embargo, ciertas escuelas enfatizan también el papel de las experiencias presentes.

Determinismo múltiple.

La ocurrencia de una acción o pensamiento depende de la influencia de múltiples factores diferentes que operan simultáneamente, aunque pueden variar en el grado en que contribuyen a explicar el fenómeno analizado.

Por ejemplo, el orden obsesivo y la tacañería son el producto de varios factores: entrenamiento muy estricto en el control de esfínteres, preocupación parental por la suciedad y placer del niño al retener las heces.

Énfasis en los procesos inconscientes.

Muchos de los determinantes del comportamiento son inconscientes. El material inconsciente es diferente del consciente y además se organiza y procesa de modo diferente (no se sigue una lógica, se mezcla pasado y presente).

Freud distinguió tres niveles de conciencia: inconsciente, preconscious y consciente.

- **El inconsciente** incluye todo aquel material no accesible a la persona en estado normal de vigilia. Los procesos gobernados por los principios del inconsciente (falta de lógica, mezcla de pasado y presente) se denominan primarios para distinguirlos de los secundarios que son ordenados y conscientes.
- **El preconscious** incluye aquellos materiales in-conscientes que traspasan a veces la barrera del inconsciente de modo temporal. Por ejemplo, cuando se tiene la sensación de recordar algo molesto o preocupante.
- **El consciente** es la parte racional de la persona, se identifica con el propio yo y es el responsable de la relación con el mundo exterior.

La conducta tiene significado.

Ninguna acción o pensamiento es puramente casual, sino el resultado significativo de variables y procesos específicos (deseos, fantasías, impulsos, mecanismos de defensa).

Por lo tanto, se considera que la conducta comunica algo acerca de sus determinantes y se cree además frecuentemente que dicha comunicación es metafórica o simbólica.

De aquí la importancia dada a los sueños, lapsus linguae, chistes, conductas no verbales y el significado simbólico de los síntomas neuróticos.

3.8 Importancia De Los Mecanismos De Defensa.

Los conflictos psicológicos producen ansiedad que la persona intenta reducir empleando mecanismos de defensa.

Estos son procesos psicológicos automáticos, generalmente inconscientes, que protegen a la persona de la ansiedad y del conocimiento de agentes estresantes internos o externos.

Junto a los anteriores aspectos conceptuales básicos, existen también los elementos fundamentales de la teoría clínica psicoanalítica:

- 1.- Es necesario descubrir y comprender los eventos inconscientes y traumáticos del desarrollo—con la ayuda de los métodos de asociación libre, entrevista, clarificación y confrontación—, de modo que puedan ser elaborados por los procesos racionales y conscientes del yo, y este pueda llegar a disminuir y manejar adecuadamente las fuerzas instintivas.

Se facilita así la maduración psicológica. Hacer consciente lo inconsciente es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones, algunas más cargadas emocionalmente que otras.

- 2.- La interpretación del material que surge durante la consulta y el análisis e interpretación de la transferencia y su resolución son el camino principal para que el paciente llegue a la comprensión (insight) del origen y naturaleza de sus problemas.

Una interpretación es una comunicación al cliente que tiene por finalidad hacer consciente el significado inconsciente del comportamiento del paciente, manifestado normalmente a través de la asociación libre, los sueños, las resistencias y la transferencia.

La transferencia se refiere a que el paciente reproduce en su relación con el terapeuta aspectos cruciales de su experiencia con figuras importantes de su propia historia, de modo que reaparecen en la consulta los conflictos y experiencias significativas del desarrollo.

- 3.- La relación de transferencia permite pues el desarrollo de la comprensión, la cual no es meramente cognitiva, sino que implica además expresión y descarga emocional.

Sin este componente emocional, la comprensión verdadera no se da, se limita a un puro ejercicio intelectual.

Por otra parte, dada la reacción no punitiva del terapeuta ante las reacciones transferenciales del paciente, la transferencia también provee un ambiente educativo que favorece la maduración psicológica.

- 4.- Muchos suponen que la comprensión verdadera de los propios conflictos intrapsíquicos es suficiente para la desaparición de los síntomas y el cambio en la conducta manifiesta.

Sin embargo, otros piensan que aunque la comprensión es necesaria, puede no ser suficiente, sino que se requiere también actuar directamente para cambiar el comportamiento externo.

Esto es lo que afirmaba Freud cuando decía que para el tratamiento de una fobia era necesario el insight, pero también alentar al paciente a abandonar sus conductas de evitación.

- 5.- Los pacientes se resisten al método terapéutico, es decir, emplean una variedad de medios directos e indirectos para protegerse de la ansiedad y el conflicto asociados con la terapia analítica.

Por tanto, es importante identificar, analizar e interpretar estas resistencias para que la relación transferencial ocurra y pueda ser analizada y resuelta.

3.9 Técnicas Del Tratamiento Psicoanalítico

Componentes de la técnica psicoanalítica

En este apartado analizaremos las definiciones y descripciones operativas de los procedimientos y procesos terapéuticos empleados en el psicoanálisis.

Situación analítica:

La situación analítica abarca la totalidad de las transacciones que se llevan a cabo en el campo configurado por el analista y el analizando, desde el comienzo del tratamiento hasta su finalización, y comprende encuadre y proceso.

El encuadre

El encuadre o “setting” se refiere al conjunto de normas y habitualidades que configuran la relación analista-paciente, en el contexto de la terapia: además, y esencialmente, se relaciona con la actitud psicoanalítica, consistentemente receptiva, favorecedora de la comprensión, desprovisto en lo posible de juicios peyorativos de valor.

El encuadre permite obtener que la situación analítica tenga características cuasi experimentales para el estudio de cómo piensa y siente el ser humano. En las sesiones analíticas se busca:

1. Colocar al analizando en condiciones operativas constantes.
2. Favorecer el relajamiento de las actitudes de control.
3. Asegurar el mantenimiento de las capacidades de observación del Yo.
4. Evitar que el analizando encuentre en el tratamiento satisfacciones sustitutivas de las que consigue en el uso de los mecanismos de defensa.

La situación analítica con sus requisitos y reglas no es un procedimiento inventado al azar, sino que es un contexto concebido con el doble propósito de curar y de crear una situación casi experimental.

Se busca disminuir el número de variables en juego por la disminución de estímulos que origina una ligera deprivación sensorial y por el anonimato del analista (anotamos que el analizando se acuesta y no ve al analista; y hace “asociación libre”).

El encuadre se define también como el continente en el que se desarrolla el proceso psicoanalítico.

- Continente que contrapone el orden frente al caos interior del paciente.
- Continente que facilita la proyección de los contenidos internos del paciente.
- Continente que favorece el estudio sistemático de la relación transferencial contratransferencial.

La actitud psicoanalítica y la de las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas comprende, entre sus puntos básicos, la neutralidad, y la estimulación de la comprensión.

Su esencia, en lo que concierne al intercambio de mensajes puede sintetizarse de la manera siguiente: En una comunicación habitual si la persona A envía una señal agresiva a la persona B, B responderá también con agresividad.

El paciente neurótico (A), proyecta sus contenidos en B, éste actúa el rol inconscientemente transmitido por las identificaciones proyectivas de A. El paciente, mientras más neurótico sea, más espera respuestas simétricas. Simultáneamente es consciente de las contestaciones que recibe, no así del mensaje que envió para provocarlas.

En las terapias analíticas, el paciente proyecta sus contenidos, sus sentimientos, frustraciones, rabia, erotismo, vale decir, sus mensajes al analista; éste en lugar de devolver inmediata y violentamente la señal del paciente, la recibe, la demora dentro de sí, la metaboliza, por así decirlo, y la devuelve por otro vector destinado a aumentar la comprensión del analizando en relación al qué y al porqué de su forma peculiar de sentir y actuar en la sesión, que constituyen un reflejo fiel de su manera de estar en el mundo.

3.10 Fundamentos Importantes Del Psicoanálisis La Psicoterapia

El análisis comienza con el establecimiento de un acuerdo que se denomina alianza terapéutica o pacto” o contrato de trabajo, que supone un pacto entre el analista y los núcleos más sanos del paciente.

En el contexto de este pacto, se plantean al paciente las condiciones en las que se llevará a cabo el trabajo, que constituyen apenas las reglas para iniciar el análisis.

Estos factores comprenden, entre otros, el horario de trabajo, el pago de honorarios, por supuesto, la regla de la asociación libre, que constituye la piedra fundamental de la labor analítica.

El horario, que suele ser de cuatro sesiones a la semana en condiciones ideales, tiene importancia porque proporciona una estabilidad básica de trabajo y una frecuencia suficiente de encuentros por semana que facilita la transferencia.

El diván y la posición yacente constituyen fundamentos importantes del psicoanálisis en varios sentidos:

- Favorecen la pantalla de proyección que deviene el analista.
- Facilitan la regresión al servicio del Yo.
- Disminuyen los estímulos sensoriales, obligando al paciente a concentrarse en sí mismo.
- Se limita el acceso a la motricidad, lo que conduce a una mayor producción en términos de imágenes sensoriales, fantasías y palabras.
- Estimula la asociación libre.

La regla fundamental para el paciente en las terapias analíticas es la asociación libre. Al analizando se le solicita que durante el transcurso de las sesiones explicita lo que siente y piensa, sin censurarlo, y sin que importe que le parezca absurdo, agresivo, banal o le produzca vergüenza o dolor.

Los clientes en situación analítica deben a tenerse a las siguientes reglas:

- 1.- Regla fundamental (o básica), en virtud de la cual los sujetos deben expresar todos los pensamientos y sentimientos tal como les vengán a la cabeza, sin ninguna exclusión o selección.
- 2.- Regla de asociación libre, en la cual el sujeto tiene que ir asociando a partir de ciertos elementos que le propone el analista y que se han extraído de su propio discurso.

El psicoanalista, por su parte, debe atenerse a las siguientes reglas que delimitan su actitud o lo que en ocasiones se llama “reencuadre interno”:

- 1.- Regla de abstención (o abstinencia), en la cual el psicoanalista no debe satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste intenta imponerle.
- 2.- Regla de atención flotante (u homogénea), como manifestación de su actitud de neutralidad, el analista debe atender todo el material a interpretar de un modo homogéneo, sin privilegiar ningún sector.

La formación del terapeuta.

La formación del psicoanalista puede variar ligeramente según el contexto, pero el formato estándar reconocido por la API (Asociación Psicoanalítica Internacional) incluye el análisis personal y didáctico, los seminarios y las supervisiones.

El análisis personal no se diferencia, en principio, de un análisis terapéutico, y consta de cuatro o cinco sesiones semanales durante un período de unos cinco años.

Éste es un requisito imprescindible para convertirse en psicoanalista y su propósito es que el futuro psicoanalista conozca a los conflictos inconscientes de su propia vida infantil y sus derivados, todo aquello que pudiera perturbar el juicio clínico.

Los seminarios suelen ser de tres tipos: teóricos, centrado en la lectura de la obra de Freud y otros autores clásicos; técnicos, sobre los aspectos técnicos del psicoanálisis, y clínicos sobre casos clínicos.

La supervisión de casos clínicos por medio de un psicoanalista experto suele durar unos tres años. Y no suele comenzar antes del segundo año del psicoanálisis personal.

En cuanto a los rasgos y habilidades de un psicoanalista debe poseer se han descrito las siguientes:

1. Habilidad para traducir de lo consciente a lo inconsciente.
2. Habilidad para comunicarse con el paciente.
3. Habilidad para facilitar la formación de la neurosis de transferencia y la alianza de trabajo.

3.11 Fenómenos En La Terapia Psicoanalítica

Las Reacciones Transferenciales

La transferencia es sentir impulsos, actitudes, fantasías y defensas respecto de una persona en la actualidad que no son apropiados para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la primera infancia.

La susceptibilidad de un paciente a reacciones transferenciales se debe al estado de insatisfacción de sus instintos y la consiguiente necesidad de oportunidades de descarga.

El paciente propende a repetir en lugar de recordar. Pero repitiendo, reviviendo el pasado, el paciente facilita que el pasado entre en la situación del tratamiento. Las repeticiones transferenciales introducen en el análisis un material que sin eso sería inaccesible.

Debidamente manejado, el análisis de la transferencia llevará a recuerdos, reconstrucciones, al insight y al final al cese de la repetición.

La Neurosis De Transferencia

Con el avance paulatino del tratamiento se produce en el paciente un aumento de la regresión al servicio del Yo, ejemplificado por la mayor autoobservación, debido a la relativa de privación de estímulos sensoriales y la frustración que produce el hecho de que el analista es neutral, es decir, que no premia ni castiga, se mantiene como una figura estable y no toma partido ni en pro ni contra de las figuras conflictivas del paciente.

Al mismo tiempo que esta regresión y como cristalización de ella, comienza a producirse en la vida del paciente un importante desplazamiento: la libido, el interés, la rabia, el cariño y la frustración se proyectan en la figura del analista que básicamente se transforma en lo que constituye el “analista-pantalla” o “analista-espejo”.

En otras palabras, el paciente condensa la disposición transferencial en el analista; las vivencias se sienten en el aquí y ahora y la neurosis habitual del paciente se convierte en “neurosis de transferencia”.

El término transferencia se refiere tanto al fenómeno universal de la repetición de la vida psíquica, como a su aparición y manejo en la terapia analítica. La transferencia negativa comprende el odio y la agresiva (enojo, disgusto, rabia o desprecio por el analista).

La transferencia positiva comprende el respeto, el gusto, el cariño, la confianza, el amor al prójimo hacia el terapeuta o eventualmente el amor pasión.

La transferencia negativa tiene el significado de resistencia, debido a que tiende a presentarse cuando el paciente se acerca a un momento de introspección.

La transferencia en el tratamiento psicoanalítico implica:

- El relato del paciente deja de ser tal para convertirse en una realidad viviente.
- Una constante reviviscencia de fenómenos infantiles y de experiencias que el paciente vive y actúa en el afuera, pero que al condensarse ahora en el campo, pueden observarse con vigor y precisión.

La transferencia no permite viajar al pasado; da lugar, sin embargo, a que este pasado pueda traerse al presente, ser sentido, estudiado, reflexionado y, por lo tanto, metabolizado.

- Los cambios registrados mediante la auscultación cuidadosa de la transferencia-contratransferencia implican, necesariamente, modificaciones del paciente en su vida común y corriente.

La neurosis de transferencia es un instrumento de la situación analítica y sólo puede anularla la labor analítica.

Facilita la transición de la enfermedad a la salud. Las teorías genéticas que sustenta el analista influyen sobre el cuándo se maneja la transferencia. La escuela kleiniana interpreta las transferencias desde el inicio cuando emerge angustia, mientras que la escuela clásica espera la presentación de neurosis de transferencia condensada.

Heinz Kohut y su escuela de psicología del sí mismo (self) preconizan no interpretar al inicio, y a veces durante mucho tiempo en los pacientes con personalidad narcisista.

En las formas antianalíticas de psicoterapia, las reacciones de transferencia no se analizan sino que se satisfacen y manipulan. El terapeuta asume el papel de alguna figura del pasado, real o imaginada y satisface algún deseo infantil del paciente. Podría actuar como un padre amante o alentador, o como un moralista castigador, y el paciente podría sentir una mejoría temporal o incluso creerse “curado”. Pero esas “curas de transferencia” son pasajeras y duran sólo mientras la transferencia idealizada del terapeuta está intacta.

3.12 Análisis Del Material Del Paciente

El análisis caracteriza todas las técnicas consideradas analíticas, las que tienen por objetivo directo incrementar el insight que el paciente tiene de sí mismo. Algunos procedimientos no facilitan el insight pero refuerzan las funciones del Yo necesarias para llegar a la comprensión.

Analizar alude a los procedimientos que favorecen el insight.

Suele comprender cuatro procedimientos: **confrontación, aclaración, interpretación y elaboración o translaboración.**

El primer paso para analizar un fenómeno psíquico **es la confrontación o señalamiento.**

El fenómeno en cuestión tiene que hacerse evidente, tiene que resultar explícito para el Yo consciente del paciente.

Por ejemplo, antes de poder interpretar la razón que pueda tener un paciente para evitar cierto tema en la sesión se tiene que poner frente al hecho de que está evitando algo.

La confrontación lleva al **paso siguiente, la aclaración o clarificación.**

La aclaración se refiere a aquellas actividades que tienden a enfocar nítidamente los fenómenos psíquicos que se están analizando.

Hay que extraer los detalles significantes y separarlos cuidadosamente de la materia extraña. Es la traducción de los contenidos del paciente integrando elementos conscientes y preconscientes, sin apelar a lo inconsciente ni al manejo de la transferencia.

El tercer paso del análisis es la interpretación.

Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente. Más exactamente, significa hacer consciente el significado, el origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado. Esto por lo general requiere más de una intervención.

El analista emplea su propio inconsciente, su empatía e intuición, así como sus conocimientos teóricos, para llegar a una interpretación.

Al interpretar vamos más allá de lo directamente observable y atribuimos significado y causalidad a un fenómeno psicológico.

Necesitamos ver las reacciones del paciente para poder determinar la validez que merece nuestra interpretación.

El cuarto paso del análisis es la elaboración o la translaboración.

Se trata de una serie compleja de procedimientos y procesos que se produce después de presentarse un insight. La labor analítica que hace posible el que el insight lleve a un cambio es la translaboración.

Principalmente se trata de las exploraciones repetitivas, progresivas y elaboradas de las resistencias que se oponen a que el insight conduzca a un cambio.

La translaboración pone en movimiento muchos procesos circulares en los que el insight, el recuerdo y el cambio de comportamiento se influyen mutuamente.

Debe observarse que parte de la labor de translaboración la realiza el paciente fuera de la consulta. La translaboración es el elemento que más tiempo consume en la terapia analítica.

Otro variable es el hecho de que los imponderables de la vida cotidiana pueden invadir la vida del paciente y tomar la precedencia por razones psicoeconómicas sobre todo lo demás que entra en el análisis.

3.13 Análisis De Las Resistencias, Análisis De La Transferencia, Asociación Libre.

Análisis de las resistencias:

Sólo en las terapias analíticas tratamos de superar las resistencias analizándolas, descubriendo e interpretando sus causas, fines, modos e historia.

Resistencia significa oposición. Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que estorban a la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar, lograr y asimilar el insight, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar.

La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente, y puede expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones. En función de la neurosis del paciente, las resistencias tienen una función defensiva. Las resistencias se oponen a la eficacia de los procedimientos analíticos y defienden el status quo del paciente.

Modos de aparición clínica de la resistencia:

Las resistencias se presentan de diversas maneras, sutiles y complejas, en combinaciones o en formas mixtas. También, todo tipo de comportamiento puede desempeñar una función de resistencia, porque todo comportamiento tiene aspectos impulsivos como defensivos.

1. El paciente calla. Esta es la forma más transparente y frecuente de resistencia que se encuentre en la práctica analítica. Por lo general, significa que el paciente no está dispuesto, consciente o inconscientemente, a comunicar sus pensamientos o sentimientos al analista. Nuestra misión es analizar las causas del silencio.

A veces, a pesar del silencio, un paciente puede revelar el motivo o incluso el contenido de su silencio inadvertidamente por su postura, sus movimientos, la expresión de su rostro. Desviar la cabeza de la mirada, cubrirse los ojos con las manos, retorcerse en el diván y enrojecer puede significar turbación.

2. El paciente “no siente deseos de hablar”. En este caso el paciente no está literalmente silencioso, pero siente que no tiene ganas de hablar, o no tiene nada que decir. Con mucha frecuencia queda en silencio después de declararlo así. Nuestra tarea es explorar por qué o cómo se siente para no querer hablar.

3. Afectos que indican resistencia. La indicación más típica de resistencia desde el punto de vista de las emociones del paciente se puede observar cuando éste se comunica verbalmente pero con ausencia de afecto. Lo que dice es seco, monótono, insulso y

apático. Se tiene la impresión de que el paciente no participa, que aquello de que habla no le afecta (impropiedad de afecto, disociación de la ideación y de la emoción).

4. La postura del paciente. Con mucha frecuencia, los pacientes revelan la presencia de una resistencia por la postura que adoptan en el diván. La rigidez, el envaramiento o el enovillamiento protector pueden indicar que están a la defensiva. Sobre todo, cualquier postura sin cambio, que dure toda una hora, y sesión tras sesión, siempre es señal de resistencia.

El movimiento excesivo también indica que algo se descarga con movimientos y no con palabras. La discrepancia entre la postura y el contenido verbal es también señal de resistencia. Las manos apretadas, los brazos fuertemente cruzados sobre el pecho, los tobillos firmemente unidos son indicios de estarse controlando. El bostezo denota resistencia. La entrada y la salida del consultorio evitando la mirada del terapeuta son también indicaciones de resistencia.

5. La fijación en el tiempo. Cuando un paciente habla constante e invariablemente del pasado sin mezclar nada del presente o a la inversa, si un paciente habla continuamente del presente sin zambullirse una que otra vez en el pasado, es que hay alguna resistencia operando. El apego a determinado período de tiempo es una evitación.

6. Los acontecimientos externos o de escasa importancia. Cuando el paciente habla de sucesos superficiales, insignificantes o relativamente desprovistos de importancia durante un período de tiempo bastante largo, es que está evitando algo subjetivamente importante. La falta de introspección y reflexión sobre contenidos repetidos es señal de resistencia.

Otro tanto puede decirse de la charla acerca de asuntos externos, aunque sean de gran importancia política. Si la situación externa no conduce a una situación personal, interna, se está expresando una resistencia.

7. Evitación de temas. Es muy propio de los pacientes el rehuir las cuestiones penosas. Esto puede hacerse consciente o inconscientemente. Sucede sobre todo con ciertos aspectos de la sexualidad, la agresión y la transferencia.

En lo tocante a la sexualidad, los aspectos más delicados parecen ser los relacionados con las sensaciones y las regiones del cuerpo. En cuanto a la agresividad, los pacientes hablarán en general de sentirse enojados o irritados cuando en realidad quieren decir que estaban furiosos y tenían ganas de matar a alguien.

Las fantasías sexuales u hostiles en relación con la persona del analista son también de los temas más cuidadosamente evitados al principio del análisis. “Me pregunto si usted es casado” u “Hoy parece usted cansado y pálido” son manifestaciones veladas de tales fantasías.

8. Rigideces. El hecho de empezar siempre del mismo modo estereotipado las sesiones indica resistencia. Podemos citar como ejemplos: empezar cada sesión recitando un

sueño o anunciando que no hubo sueño; empezar cada hora comunicando sus síntomas o sus quejas, o hablando de los sucedidos el día anterior.

Hay pacientes que “preparan” sus sesiones, para que sea interesante, para no quedar callado, para ser un “buen” paciente, indicios todos de resistencia. Presentarse constantemente tardío o constantemente puntual indica que algo se oculta.

9. El lenguaje de la evitación. El ejemplo de frases hechas o de términos técnicos es una de las más frecuentes indicaciones de resistencia. Suele señalar la evitación de las imágenes vivas y evocadoras del lenguaje personal. El paciente que dice “órganos genitales” refiriéndose al pene está evitando la imagen que viene a las mentes con la palabra pene.

Debe notarse aquí que para el terapeuta es importante el emplear un lenguaje personal y animado cuando habla con sus pacientes. El empleo del cliché o lugar común aísla los afectos y evita la participación emocional. Por ejemplo, el empleo frecuente de frases como “real y verdaderamente”, “de veras”, “supongo que”, “usted ya sabe”, etc., etc., siempre son indicios de evitación. Las frases hechas que más se repiten son indicaciones de resistencias de carácter y no pueden tratarse sino cuando el análisis va avanzado. Las aisladas pueden enfocarse al principio del análisis.

10. El retraso, la inasistencia y el olvido del pago. Es evidente que el llegar tarde a la cita repetidamente, o no acudir a ella, y el olvidarse de pagar son indicaciones de la renuencia a acudir al tratamiento o a pagar por él. Esto también puede ser consciente, y entonces relativamente accesible, o inconsciente en el sentido de que el paciente puede racionalizar el caso.

11. La ausencia de sueños. Los pacientes que saben que sueñan y olvidan el sueño se resisten obviamente a recordar sus sueños. Los pacientes que no recuerdan haber soñado nada en absoluto son los que tienen las más fuertes resistencias.

Son los sueños el medio más importante de acceso al inconsciente, a lo reprimido y a la vida instintual del paciente. El olvidarse de los sueños es indicio de que el paciente está luchando contra la revelación de su inconsciente y en particular de su vida instintual al analista.

12. El paciente se aburre. El aburrimiento en el paciente indica que está evitando el conocimiento de sus apremios instintuales y sus fantasías. Debe decirse que el aburrimiento en el terapeuta podría indicar que éste está bloqueando sus fantasías en relación con su paciente, reacción de contratransferencia.

También puede significar que el paciente se está resistiendo y que el analista todavía no lo ha descubierto conscientemente, pero su percepción inconsciente lo tiene descontento y aburrido.

13. El paciente tiene un secreto. Un secreto consciente es una resistencia. Pero, es algo que debe ser respetado, no aplastado, ni forzado.

14. La actuación (acting out). La actuación es un fenómeno muy frecuente e importante que presenta durante la terapia analítica. Es una resistencia porque consiste en repetir en acción en lugar de pensar y recordar. El hecho que el paciente hable del material de la sesión analítica con otra persona que no sea el analista es también una actuación.

15. La alegría frecuente en la consulta. En su conjunto, la labor analítica es grave. No siempre será sombría o lamentable, y no todas las horas analíticas son deprimentes o dolorosas, pero en general se trata por lo menos de una labor muy dura.

La alegría frecuente en las sesiones, el gran entusiasmo y el júbilo prolongado indican que algo se está ocultando, por regla general, algo muy distinto, alguna forma de depresión. El súbito paso a la salud, la desaparición prematura de síntomas sin insight, son señales de tipos semejantes de resistencia y como tales habrán de ser tratados.

16. El paciente no cambia. Si el análisis está obrando y por lo tanto influyendo en el paciente, es de esperar que se produzcan cambios en el comportamiento o la sintomatología del mismo. A veces parece que uno está trabajando bien con un paciente pero no se aprecia ningún cambio. Si esto dura bastante y no hay resistencia manifiesta se debe sospechar alguna resistencia oculta y difícil de descubrir.

3.14 La Resistencia Y Los Actos Fallidos

La resistencia se opone al procedimiento analítico, al analista y al Yo razonable del paciente. Defiende la neurosis, lo antiguo, lo familiar e infantil, del descubrimiento y del cambio. Puede ser adaptativa. La palabra resistencia se refiere a todas las operaciones defensivas del aparato mental provocadas en la situación analítica.

La defensa se refiere a procesos en la vida cotidiana que ponen a salvo del peligro y el dolor, en contraste con las actividades instintivas que buscan el placer y la descarga. En la situación analítica, las defensas se manifiestan en forma de resistencias. Durante el curso del análisis las fuerzas de resistencia echarán mano de todos los mecanismos, modos, medidas, métodos y constelaciones de defensa que el Yo ha empleado en la vida exterior del paciente.

Las resistencias operan en el interior del paciente, esencialmente en su Yo inconsciente, si bien ciertos aspectos de su resistencia pueden ser accesibles a su Yo conservador y opinante. Tenemos que distinguir entre el hecho de que el paciente esté resistiendo, cómo se resiste, a qué se resiste y por qué lo hace. Al comenzar el análisis, el paciente suele sentir la resistencia como cierta contrariedad en relación con las peticiones o intervenciones del analista más que como un fenómeno intrapsíquico. Al desarrollarse la alianza de trabajo, la resistencia se percibirá como una operación defensiva ajena al Yo dentro del Yo afectivo del paciente.

El motivo de defensa es lo que hizo entrar en acción a una defensa. La causa inmediata es siempre la evitación de algún afecto doloroso como la angustia, la culpabilidad o la vergüenza. La causa más distal es el impulso instintual subyacente que provocó la angustia, la culpabilidad o la vergüenza. La causa última es la situación traumática, un estado en que el Yo se vio arrollado y desvalido porque estaba lleno de una angustia que no podía controlar, dominar ni frenar... un estado de pánico. Más tarde, en situaciones similares o desplazadas, el paciente trata de evitar estos afectos dolorosos (traumáticos) instituyendo defensas a la menor señal de peligro.

Interpretación de los actos fallidos

El acto fallido o lapsus es considerado como una producción del inconsciente, un medio, un canal o vía por la cual logra expresarse. Es el medio a través del cual el inconsciente logra manifestar los deseos que se encuentran depositados en él.

Los actos fallidos además son conocidos también como lapsus, operaciones fallidas, deslices en el habla y/o la memoria; errores que no pueden explicarse por la persona que los ha cometido, puesto que muchas veces ésta no es consciente de lo que ha sucedido.

Freud conceptualizó el acto fallido como una manifestación, un decir del inconsciente que entra en conflicto con la intención consciente del sujeto, generándose de este modo el síntoma. Es a través de este acto fallido que un deseo inconsciente emerge en la consciencia.

Freud considera que los actos fallidos son actos psíquicos, los cuales son portadores de sentido y están íntimamente conectados con dos intenciones contrapuestas, la consciente y la inconsciente.

Los actos fallidos son el resultado de un propósito inconsciente. Ellos son provocados por una falla parcial del Yo, en la integración en un todo armonioso de las diversas fuerzas mentales activas en un momento dado.

El placer del chistoso deriva de dos fuentes inconscientes separadas. La primera, es la sustitución regresiva del pensamiento de proceso secundario por el de proceso primario. La segunda, es la consecuencia de la liberación transitoria de impulsos que, de otro modo, hubieran sido dominados o prohibidos.

Las fuentes del placer de la comicidad se ubican en la comparación de dos gastos de energía, localizables en lo preconscious. Así como el chiste provoca un placer derivado de ahorro de energía de coerción; el placer que provoca lo cómico depende de ahorro de energía de representación.

En el humor la persona rehúsa dejarse ofender y sufrir a pesar de la realidad dolorosa. El placer en el humor surge del ahorro de energía de sentimiento doloroso.

1. Los olvidos

El más simple de comprender de estos actos fallidos es el olvido. Tales lapsus son, muy a menudo, la consecuencia directa de la represión. Aunque los detalles específicos de la motivación de la represión pueden variar de un caso a otro, es básicamente la misma en todos ellos, es decir, el evitar la posibilidad de la generación de una angustia (temor) o de una culpa (vergüenza), o de ambas. Por lo común, la razón de olvidar algo es inconsciente y sólo puede ser descubierta por medio de la técnica psicoanalítica, es decir, con la cooperación total de la persona (su asociación libre) que cometió el olvido. De otro modo, debemos depender del azar, para entrar en posesión de datos suficientes que nos permitan adivinar, con mayor o menor precisión, el significado o motivos inconscientes que lo produjeron.

2. Los recuerdos encubridores

Al analizar los recuerdos fragmentarios de los primeros años de infancia, Freud comprobó, que muchas veces, y contra lo que se podía suponer, de algunas escenas del pasado los sujetos se acordaban de hechos insignificantes que, al proseguir el análisis y

reconstruir toda la escena, se veía que, si bien de alguna manera estaban relacionados con esta, carecían de importancia y, en cambio, se había olvidado (omitido) lo que realmente había impresionado al individuo. A estos recuerdos, Freud los llamó recuerdos encubridores, pues encubren lo realmente importante, y agregó, que el proceso descubierto en los mismos -conflicto, represión y sustitución transaccional- figura en todos los síntomas psiconeuróticos.

Finalmente, en el estudio de los recuerdos debe tenerse en cuenta la elaboración secundaria de las impresiones primarias, y en el caso de los recuerdos de la niñez, el hecho de que un niño no diferencia necesariamente la realidad de sus fantasías. En los recuerdos infantiles se encuentra, que algunos son falsos recuerdos. No es que las escenas recordadas hayan sido totalmente inventadas -a veces ocurre también-, sino que han sufrido tal elaboración secundaria que tienen más de falsedad que de verdad. Por ejemplo, una persona puede recordar de su niñez, como muy crueles a sus padres, y en realidad no lo fueron. Porque, esta persona, siendo niño, había proyectado masivamente su agresividad sobre ellos.

Freud afirma, que las falsedades del recuerdo son de carácter tendencioso, teniendo por objeto reprimir y sustituir escenas desagradables.

3. Los lapsus verbales y escritos

Los lapsus verbales o escritos son a menudo la consecuencia de una falla en la represión completa de algún pensamiento o deseo inconsciente. En tales casos, el que habla o escribe expresa lo que en forma inconsciente deseaba decir o escribir, pese a su intención de mantenerlo oculto.

A veces el significado oculto se expresa en forma abierta en el acto fallido, es decir, que resulta claramente inteligible a quien lo escucha o lee. En otras ocasiones, el resultado del lapsus no es inteligible y sólo se puede descubrir el significado oculto por las asociaciones de la persona que cometió el error.

Un paciente puede, sin querer, durante la primera entrevista con el analista, llamar madre a su esposa, pero al hacérselo notar no logra sacar conclusión alguna al respecto. Hasta señala extensamente y con lujo de detalles cuán distintas son en realidad su madre y su esposa. Es sólo después de meses de Psicoanálisis que es capaz de reconocer conscientemente, que en su fantasía la madre estaba representada por la esposa y que era aquélla a la que él había querido para casarse, cuando años atrás, estaba desarrollado al máximo su complejo de Edipo. En un caso así, un acto fallido revela con claridad un contenido del Ello contra el cual el Yo, durante años, mantuvo una contracatexia en extremo intensa

La producción de lapsus orales o escritos suele atribuirse a la fatiga, falta de atención, apresuramiento, excitación o algo por el estilo. Estos factores son coadyuvantes en el proceso, es decir que facilitan la interferencia de los procesos inconscientes en el intento consciente de decir o escribir una determinada palabra o frase.

En la formación de lapsus interviene el pensamiento del proceso primario, con sus características de condensación, desplazamiento, presentación del conjunto por la parte o viceversa, representación por el antagonista, y simbolismo en el sentido psicoanalítico.

Toda equivocación surge por la interferencia de dos propósitos distintos. Hasta en el chiste, se fingen equivocaciones para mostrar una verdadera intención.

En los actos fallidos de la lectura o auditivo, uno interpone sus ideas y las proyecta sobre lo escrito o lo dicho. Los lapsus auditivos se constatan con mucho más frecuencia en las personas con una ligera sordera. Un proverbio dice: “El sordo no oye, sino lo que quiere oír”.

La abreacción o catarsis

La catarsis está relacionada con la descarga de emociones e impulsos reprimidos. Freud la consideraba en un tiempo método de tratamiento curativo. Hoy se considera la abreacción válida para dar al paciente el sentido de convicción acerca de la realidad de sus procesos inconscientes. La intensidad emocional puede vivificar los detalles de una experiencia que de otro modo podría permanecer vaga e irreal. La expresión de afectos e impulsos puede procurar una sensación temporal de alivio subjetivo, pero eso no es un fin en sí y de hecho se puede convertir en fuente de resistencia.

De todos modos, es importante ayudar a un paciente a volver a vivir las emociones de una experiencia traumática para recapturar detalles importantes que de otro modo podrían pasar inadvertidos. Además, permite al paciente descargar una cantidad suficiente de tensión para que pueda arreglárselas mejor con el resto de sus vivencias. En el análisis de un paciente con depresión crónica fue necesario que durante varios meses pasara una parte de la sesión sollozando incontrolablemente antes de que estuviera en condiciones de laborar analíticamente en su depresión.

La catarsis implica descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de sus componentes afectivos. La catarsis o la abreacción son básicas en la terapia analítica. Es obvio que proporciona al paciente posibilidades de desahogo. En el análisis, dista de ser suficiente, dado que, si bien descarga en algo el conflicto dinámico, éste se vuelve a cargar. La descarga del conflicto por sí sola, no implica automáticamente la resolución de éste.

3.15 Aplicación Práctica Del Modelo Psicoanalítico/Psicodinámico

Clases prácticas en cámara Gesell.

UNIDAD IV - MODELOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

4.1 Modelos Fenomenológicos

Pueden encuadrarse aquí la terapia centrada en el cliente, la terapia gestáltica, el análisis transaccional, el psicodrama, la bioenergética y la terapia existencial. Autores representativos son Rogers, Perls, Berne, Moreno, Lowen, May y Frankl. Las características básicas de los modelos fenomenológicos –también llamados humanistas o, lo que es cada vez más frecuente, experienciales son las siguientes:

1. Autonomía personal y responsabilidad social. Por un lado, el ser humano es capaz de dirigir su propio desarrollo y de tomar decisiones, y es responsable de sus actos. Por otro, esta autonomía personal es la que permite ser responsable ante la sociedad.

No se enfatizan las habilidades del cliente o las estrategias para afrontar el ambiente, ya que se considera que cuanto más se acerque el cliente a su potencial de desarrollo, más capaz será de encontrar soluciones a los problemas externos de su vida sin ayuda de nadie.

De hecho, se tiende a considerar contraproducente ofrecer ayuda directa a un cliente para resolver sus problemas, puesto que de este modo el cliente puede hacerse más dependiente del terapeuta y perder la oportunidad de que sus ideas y sentimientos sean su guía.

2. Autorrealización. Cada persona posee de forma innata un potencial de crecimiento o autorrealización, una tendencia a desarrollarse y a progresar hacia la madurez. Las personas son vistas como básicamente buenas y orientadas hacia metas positivas (amor, felicidad, armonía, creatividad).

El desarrollo de la tendencia hacia la autorrealización depende en gran parte de la satisfacción de las necesidades básicas del organismo.

Por ejemplo, Maslow ha señalado que para buscar la autorrealización es necesario satisfacer primero cuatro tipos de necesidades básicas: fisiológicas (hambre, sed, sexo), psicológicas (seguridad), de relación social (pertenencia, aceptación) y autoestima (respeto a uno mismo).

3. Orientación hacia metas y búsqueda de sentido. Las acciones humanas son intencionales, van dirigidas a metas. Ahora bien, la persona se mueve no sólo por

motivaciones materiales, sino también por valores –tales como la libertad, justicia y dignidad– que suponen un intento de trascender la propia existencia.

4. Concepción global de la persona. Esta se considera como un conjunto integrado en el que sentimiento, pensamiento y acción forman un todo. Se considera, por tanto, que en el tratamiento las personas han de ser atendidas en su conjunto. Centrarse en problemas específicos se considera de poca utilidad, ya que esto puede generar nuevos problemas (dependencia) e interferir en el propio crecimiento personal de los clientes.

5. Punto de vista fenomenológico. Se considera que el comportamiento de una persona está determinado principalmente por la percepción que tiene de sí misma y del mundo. Las personas crean la “realidad” a partir de sus percepciones idiosincrásicas.

Se piensa que sólo se puede comprender a una persona si se es capaz de percibir las cosas como ella las percibe. Se espera que al ir revelando sus percepciones al terapeuta, el cliente se hará más consciente de esas percepciones y de cómo guían su comportamiento.

6. Énfasis en el aquí y ahora. Se concede poca o menos importancia a la historia del cliente. Se acentúan la experiencia inmediata (momento a momento de la sesión terapéutica) y las emociones. El foco de la terapia rara vez se aleja de lo que está sucediendo durante la sesión.

7. El terapeuta no adopta el papel de experto que sabe y decide qué es lo mejor para el cliente.

8. Finalmente, se da más importancia a las **actitudes del terapeuta** que a las **técnicas concretas**. La relación entre cliente y terapeuta se considera el medio único o fundamental a través del cual se consigue la autorrealización.

Por tanto, la discusión del pasado o la planificación del manejo de situaciones problemáticas futuras son menos útiles que la vivencia en el presente de una relación con otra persona que acepta incondicionalmente al cliente.

Enfoques Fenomenológicos

Conviene destacar que existe una gran heterogeneidad entre los distintos enfoques fenomenológicos.

Positivo

- Concepción filosófica positiva del hombre, aunque puede ser poco realista.
- No se centran en la patología, sino en la autorrealización y en lo que el cliente puede llegar a ser.
- El énfasis en la relación terapéutica los hace especialmente atractivos para los clínicos. Además, hay que reconocerles el mérito de haber puesto de manifiesto el valor de dicha relación en cualquier tipo de terapia.
- Parecen especialmente adecuados para personas con problemas de identidad o de valores.

Negativo

- Las formulaciones teóricas son imprecisas y vagas, por lo que resulta muy difícil o imposible someterlas a prueba. Además, con la excepción principal de Rogers, el método científico es, por lo general, dejado de lado o rechazado; esto puede ser debido al énfasis en la subjetividad y a que la investigación controlada se considera artificial.
- Se describe el comportamiento humano, especialmente los aspectos subjetivos, pero, en general, no se identifican y/o precisan las variables que lo controlan. Así, se dice que la tendencia a la autorrealización está en la base del desarrollo del comportamiento, pero no se especifica en qué consiste exactamente ni cómo opera para influir sobre la conducta. Tampoco se explica cuáles son las variables responsables de las percepciones subjetivas, percepciones que se consideran determinantes del comportamiento.
- Se centran en la experiencia consciente como determinante de la conducta humana y relegan otros muchos factores (biológicos, situacionales, condiciones de aprendizaje, motivos inconscientes). De este modo, el enfoque fenomenológico es insuficiente para explicar la complejidad de la conducta normal y anormal. Además, la desenfaticación de esos otros factores puede conducir a la aplicación de un tratamiento menos eficaz.
- La razón se subordina al sentimiento, se busca el conocimiento a través de la experiencia subjetiva y se relega el análisis racional. Esto puede hacer más difícil encontrar una solución para muchos problemas y hacer más probable que los efectos terapéuticos con-seguidos sean temporales.
- Los tratamientos fenomenológicos, especialmente los basados en la relación, son vagos y poco realistas. Además, algunos han puesto en duda que un terapeuta pueda ser realmente empático y que no juzgue y sea no directivo. Es muy posible que el reforzamiento sutil por parte del terapeuta (expresiones faciales, miradas, atención selectiva) e incluso el modelado contribuyan esencialmente a la consecución del cambio por parte de los clientes. Parafraseando a un paciente de Perls: "¿Usted nos ha hecho descubrirnos o nos hemos adaptado a usted?".

- Existen pocos estudios controlados sobre la eficacia de las terapias fenomenológicas. Respecto a la más investigada, la de Rogers, es más eficaz que el no tratamiento y parece que las condiciones de autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional son factores importantes correlacionados con el éxito de la terapia, pero no parece que por sí so-los sean suficientes. El resto de las terapias fenomenológicas no ha sido casi investigado o cuando lo ha sido, el número de estudios es pequeño y la eficacia es relativamente baja (terapia gestalt) o moderada (análisis transaccional).
- Los criterios de éxito terapéutico se definen en términos de autorrealización, crecimiento, autenticidad, etc. que son muy difíciles de operativizar. Además, muchos de los datos de tratamiento tienden a basarse principalmente en autoinformes de fiabilidad y validez desconocidas.
- Dada la naturaleza introspectiva de estos modelos, su aplicabilidad clínica se limita a aquellas personas con nivel intelectual y sociocultural suficientes como para poder llevar a cabo análisis introspectivos. Se sospecha que su valor es mínimo o nulo con psicóticos, niños, retrasados mentales y personas bajo estrés intenso.
- Los grupos de crecimiento a corto plazo, basados en los métodos fenomenológicos y centrados en los sentimientos y la experiencia y no en la razón, pueden tener efectos negativos hasta en el 8% de los participantes. Esto es más probable en personas que ya eran inestables al inicio, lo que indica la importancia de una buena selección de los clientes.

Existe una diversidad de submodelos fenomenológicos. Por limitaciones de espacio y tiempo, trataremos sólo dos enfoques clásicos, la terapia centrada en el cliente de Rogers y la terapia Gestalt de Perls.

4.2 Terapia Centrada En El Cliente De Carl Rogers

Las características de la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers son las siguientes:

a) Confianza en la capacidad de la persona para dirigir su propia vida (saber lo que le perturba, tomar decisiones, etc.). Existe una tendencia innata a la autorrealización, una tendencia a madurar, a expresar y activar todas las capacidades del organismo.

b) El crecimiento de una persona depende de esta tendencia innata a la autorrealización y de un sistema de evaluación de las experiencias como positivas o negativas según sean congruentes o no con la tendencia anterior.

(Autorrealización no significa egoísmo, ya que aquella da valor a los otros.) En este proceso de crecimiento, que tiene lugar en interacción con el medio, se desarrolla el concepto de sí mismo como diferenciado del mundo exterior.

c) El sistema de evaluación de las experiencias depende por una parte de sentimientos directos u orgánicos (algo es valorado directamente como positivo o negativo según el grado en que es congruente con la tendencia a la autorrealización). Pero por otra parte, depende también de los juicios de los otros.

Cuanto mayor sea la autoconfianza de la persona y más se acepte a sí misma, menos se dejará influir por las valoraciones de los otros.

Sin embargo, las prácticas educativas llevan a la persona a depender excesivamente de los juicios de los demás con el fin de agrada-rlas o no contrariarlas.

d) La dependencia de las normas y valores sociales (condiciones de valor), que finalmente son internalizados, dificulta la consideración positiva de sí mismo y entorpece el crecimiento personal al obligar a pensar y actuar de modo incongruente con uno mismo.

Se crean así actitudes de miedo, ansiedad y duda sobre sí mismo y se niegan, distorsionan o bloquean sentimientos y deseos propios.

Por ejemplo, un hombre emotivo, pero educado según un patrón clásico de los hombres como fuertes e impasibles, puede negar que llorar le hace sentirse bien; además, su afirmación de que llorar es de débiles representa una distorsión de sus propios sentimientos.

e) Los problemas psicológicos surgen de la discrepancia acentuada entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la consideración positiva hacia sí mismo o, en otros términos, de la incongruencia entre el sí mismo como es moldeado por los otros y el sí mismo real.

f) La psicoterapia centrada en el cliente se caracteriza por:

1. Facilitar la autorrealización del cliente.

2. Enfatizar lo afectivo más que lo intelectual.

3. Acentuar la importancia del presente.

4. Considerar la relación terapéutica como una experiencia de crecimiento. Esto último implica que el terapeuta debe mostrar aceptación positiva incondicional (aceptar al cliente como es, sin juicios; esto implica no ser directivo, no dar consejos ni pautas), empatía (comprender al cliente desde el punto de vista de este) y congruencia o autenticidad (comunicar los propios sentimientos y experiencias internas) en su relación con el cliente.

Rogers considera que estas tres actitudes del terapeuta son condiciones necesarias y suficientes para facilitar la autorrealización del paciente.

Sin embargo, conviene tener en cuenta que las investigaciones han demostrado que las actitudes mencionadas no son suficientes para conseguir cambios terapéuticos y que el propio Rogers reforzaba no verbalmente o hacía comentarios de apreciación positiva después de que los clientes expresasen esperanzas positivas o autoimagen positiva o concordasen con el terapeuta; es decir mostraba menos aceptación positiva incondicional y más directividad de la que creía.

Otras características de la psicoterapia centrada en el cliente son:

a) se aceptan los informes del cliente como válidos y confiables, independientemente de lo que le parezca al terapeuta.

b) no se interrumpe al cliente, salvo para verificar o ampliar alguna idea

c) no se emplean las interpretaciones, ya que se consideran demasiado directivas e implican que el terapeuta sabe más sobre el propio cliente que este mismo.

Se considera que en la situación terapéutica en la que el cliente es comprendido y aceptado en vez de criticado, este es libre para verse a sí mismo sin defensas y para reconocer y admitir gradualmente su sí mismo real, con sus aspectos tanto negativos como positivos.

Esta experiencia en la conciencia de sentimientos reprimidos hasta el momento da lugar a una sensación de cambio psicológico, a un nuevo estado de comprensión (insight) y a cambios fisiológicos concomitantes.

Además, se desarrolla un sistema de evaluación que no tiene por qué mantener las normas imbuidas por las figuras de autoridad, que es capaz de adaptarse a diferentes circunstancias, que diferencia entre el juicio personal y el juicio de otros y que es capaz de tomar decisiones diferentes a las de los expertos.

4.3 Terapia Gestalt

Representada por autores como Fritz Perls, Laura Perls, Goodman, Simkin, Weisz y Hefferline, sus características son las siguientes:

- Cada persona tiene una tendencia natural a completar su existencia (a autorrealizarse), a satisfacer sus necesidades y deseos legítimos.
- Cada persona es responsable de su conducta.
- Se enfatiza el aquí y ahora. Se busca que el cliente no se refugie en el pasado.
- Se persigue que el cliente tome conciencia de sus necesidades, emociones y demandas del medio (tanto positivas como negativas), más allá de las intelectualizaciones e interpretaciones.

En la toma de conciencia el sí mismo se experimenta como una totalidad (no está dividido entre una parte que observa y otra que es observada) y el cliente se concentra espontáneamente en lo que le interesa y descubre cosas nuevas. Esto lleva a una liberación de la tensión y a un aumento de energía que se puede aplicar a experimentar nuevas conductas, primero en un medio seguro y luego en situaciones de la vida cotidiana.

- La conciencia de la persona puede resultar distorsionada o incompleta al tratar de evitar el conflicto entre las propias necesidades y las exigencias del medio.

Se ve al paciente como una serie de polaridades (mandón-sumisas, sociable-retraído), de modo que tiende a centrarse sobre un polo y a evitar el otro. Para el polo que produce temor por sí mismo o por sus posibles repercusiones se construyen defensas y bloqueos.

Este enfoque terapéutico concibe al individuo en su totalidad. Se da por supuesto que el sujeto tiene una tendencia natural a completar su existencia. Sin embargo, este impulso puede malograrse, llegándose a una Gestalt incompleta:

Primer paso hacia el desajuste, esto es, un proceso de alineación que supone la negación de necesidades o deseos legítimos. Una persona insatisfecha continúa elaborando

asuntos inconclusos del pasado en su actividad presente, impidiendo que nuevas figuras emerjan aquí y ahora.

Los tres principios de la terapia Gestalt son:

1. Valoración de la actualidad: lo temporal, lo espacial, y lo material. El aquí y ahora es la condición situacional de la terapia.
2. Valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia, trascendiendo los discursos intelectuales y las interpretaciones.
3. Valoración de la responsabilidad o integridad. Cada uno es responsable de su conducta.

Perls se centra también en los mecanismos de defensa que se manifiestan en las relaciones interpersonales. Así, las personas a las que resulta incómodo experimentar y expresar directamente ciertas necesidades (p.ej., amor) pueden desarrollar estrategias o juegos manipuladores para satisfacer dichas necesidades de forma indirecta.

De este modo, las personas cuyas interacciones con los demás se basan en enfermedades interminables, miedos, agresiones o inadecuaciones fuerzan a los otros a ser solícitos o cariñosos.

Pero como estos se dan cuenta de que están siendo manipulados, pueden terminar mostrando rechazo hacia esas personas, con lo que estas se verán obligadas, por ejemplo, a buscar otra persona con quien jugar. Para empeorar las cosas, la conciencia incompleta o suprimida suele ir acompañada de la impresión de que no se es responsable de los propios problemas.

Así, se tiende a culpar a otros ("si no fuera por mis hijos, no tendría problemas"), a circunstancias ambientales ("no hay hombres interesantes en este país") o a fuerzas internas sobre las que no se puede influir ("no puedo controlar mi enfado").

La meta fundamental de la terapia gestalt es restablecer el proceso de crecimiento del cliente. Para ello, se ayuda a este a tomar conciencia de los sentimientos, deseos e impulsos propios que han sido negados, y a reconocer los sentimientos, ideas y valores que considera propios, pero que ha adoptado de otras personas.

La consecución progresiva de esta conciencia facilita que el cliente asimile o haga suyos los aspectos o polaridades de sí mismo que había rechazado y que deje a un lado las características que realmente no le pertenecen.

La asimilación de las polaridades propias rechazadas y la integración con sus opuestas, –lo cual implica un reconocimiento de todas las partes del yo y la unidad de los comportamientos verbales y no verbales– permitirán al cliente responsabilizarse de sí mismo como realmente es en vez de defender una autoimagen parcialmente falsa e internamente en conflicto.

Por ejemplo, una persona que se siente superior a los demás, pero que ha reprimido este sentimiento y ha adoptado un aire de humildad va a poder reconocer y expresar las dos partes en conflicto ("soy el más grande" contra "no debo presumir").

Conseguido esto, será más fácil que encuentre una forma de resolución: "está bien que yo exprese mis sentimientos de competencia, pero necesito también tomar en cuenta los sentimientos de los demás". Así pues, las resoluciones de un conflicto requieren una conciencia total de los dos polos.

Técnicas empleadas por la terapia gestáltica son: uso del presente en la comunicación verbal, señalamiento del comportamiento no verbal para que el cliente analice el significado del mismo, trabajo con sueños, técnica de la silla vacía. Se emplean también técnicas de otros abordajes como el psicodrama de Moreno o el trabajo corporal de la bioenergética.

Dos psicoterapias actuales en las que ha influido notablemente la terapia gestáltica son la programación neurolingüística de Bandler y Grinder (1975) y la psicoterapia expresiva focalizada que Daldrup, Beutler, Greenberg y Engle (1988).

Una de las finalidades de este enfoque es promocionar el darse cuenta (awareness) de las emociones y del sentir del momento, el continuo experiencia el "aquí y ahora".

La toma de conciencia también difiere de la introspección en el sentido de que en la primera self se experimenta como una totalidad, y se da como una concentración espontánea en lo que le interesa.

Cuando no se produce una toma de conciencia ni la integración, se llega al desequilibrio psicológico: el self realiza actividades que bloquean esta toma de conciencia. Estos bloqueos pueden adquirir las siguientes formas:

Proyección: el sujeto atribuye a otros los atributos que rechaza de sí mismo. **Retroflexión:** proceso general de negar, contener o equilibrar la tensión impulsiva. Marca excesivamente el límite entre el Yo y el entorno.

Desensibilización: análogo sensorial de la retroflexión motriz (visión borrosa, el “no escuchar, la indiferencia sensorial...). Se puede hacer que se contacte consigo mismo y con los demás en secuencia alternativas.

Introyección: Forma de ser que el organismo en evolución adopta de otros significativos sin asimilarlos o integrarlos con el self. Es el camino opuesto a la identidad. Esto provoca un dialogo interno entre el self ideal y el real.

Cuando ocurren algunos de estos mecanismos neuróticos se estropean las relaciones interpersonales; la conducta es torpe y carente de gracia; la respiración y expresión vocales están deterioradas y se acumulan los asuntos pendientes.

4.4 Terapia familiar

El movimiento familiar empezó cuando por primera vez fueron observadas personas con comportamientos sintomáticos en su habitat familiar: en la familia, no en el consultorio médico. Puede decirse que existe algo como una epistemología de las ideas. Paralela a su empleo en el creciente campo de la etología animal, la observación en vivo empezó a utilizarse con familias humanas en investigaciones formales o informales durante el decenio de 1950. Al mismo tiempo, clínicos solitarios tropezaban con la terapia familiar, y luego seguían tropezando unos con otros mientras trataban de validar la información que estaban recibiendo.

A pesar de todo, las reglas del establecimiento psicoanalítico prohibían la contaminación de la terapia mediante la inclusión de los parientes. Como resultado, el "tratamiento" se hacía casi siempre a guisa de investigación. Se desarrolló una antropología en el hogar en que los clínicos se pusieron a la cabeza; por primera vez, se hizo visible el marco familiar de los desórdenes psiquiátricos. Como dicen los chinos, "Sólo los peces no saben que en lo que nadan es agua." Los seres humanos también tienen cierta incapacidad para ver los sistemas de relaciones que los mantienen.

No había terapia del padre ni de la madre ni de la familia, ni primera entrevista de terapia familiar. Como Topsy, el movimiento "simplemente crecía". El principal ímpetu para su desarrollo procedió de la labor de investigadores como Nathan Ackerman en Nueva York; Murray Bowen en Topeka y Washington, D. C; Lyman Wynne y Margaret Singer en los Institutos Nacionales de Salud Mental en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y E. H. Auerwald en la Escuela Wiltwyck, en el estado de Nueva York; Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia; Theodore Lidz y Stephen Fleck en Yale, y Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto, para mencionar unos cuantos. Estas personas, sus ayudantes y muchos otros, en ciudades por todos los Estados Unidos, llegaron a ser la espina dorsal de un nuevo y creciente movimiento de práctica e ideas. La mayoría de estos investigadores se concentraron en el estudio de las propiedades de la familia como "sistema".

Y por "sistema" habitualmente querían decir toda entidad cuyas partes covariaban entre sí y que mantenían equilibrio en una forma activada por errores. Hacían hincapié en la función desempeñada por los comportamientos sintomáticos, al ayudar a equilibrar o desequilibrar al sistema. A pesar de todo, el movimiento familiar representa más que un enfoque distinto a la terapia. Es una forma diferente de considerar el comportamiento, y se le puede describir como una clase de investigación de comunicaciones que enfoca las relaciones de la gente cara a cara en grupos vivos. Esta posición ha sido definida en la obra ya clásica *Pragmatics of Human Communication*, de Watzlawick, Jackson y Beavin, libro que también constituyó el primer intento de popularizar las ideas seminales de Bateson y su grupo.

Una familia que está desequilibrada con respecto a su propio sistema porque está manteniendo el equilibrio de otros sistemas estará perpetuamente expuesta a los efectos destructivos de cadenas de retroalimentación positiva. En un esfuerzo por compensar, algunas de éstas se emplearán para contrarrestar otras. Toda forma que prevenga una escisión desastrosa en la familia, como cuando el comportamiento de un niño sirve como distracción, puede considerarse como circuito correctivo de una cadena de intensificación de la retroalimentación.

Otros mecanismos pueden servir para que uno de los cónyuges desarrolle un síntoma y cure la herida volviéndose más dependiente de su compañero, o para que la familia forme un frente unido buscando un chivo expiatorio entre los de fuera, o llorando a un miembro difunto. Algunas familias emplean una difícil combinación de todas estas estrategias.

Todas las familias periódicamente se desequilibran; tienen que hacerlo, al ir alterándose las posiciones de poder entre las generaciones. Y todas las familias experimentan las presiones que producen círculos viciosos en las relaciones interpersonales. Lo que es distinto en las familias con miembros en grandes dificultades es la forma en que continuamente se repiten estos círculos viciosos, sin obligar siquiera a la familia a cambiar en una dirección morfogenética, porque un problema sintomático o una pauta representada por una personaproblema está allí para impedir semejante cambio.

Y esto nos lleva a una cuestión ulterior: si la patología familiar puede ser tan estable, ¿qué puede causar finalmente que —como a veces ocurre— se descomponga? Al buscar la respuesta, llegamos al lugar en que la sociología de la desviación —con su proceso de asignación de papeles— y la teoría familiar —con su proceso de chivos expiatorios— empieza a sugerir conclusiones comunes.

La terapia de familia demanda el empleo de sí mismo. El terapeuta de familia no puede observar y sondear desde afuera. Tiene que integrarse en un sistema de personas interdependientes. Para ser eficaz como miembro de este sistema, debe responder a las circunstancias en armonía con las reglas del sistema, al tiempo que se utiliza a sí mismo de la manera más amplia posible. Es lo que se entiende por espontaneidad terapéutica.

El terapeuta espontáneo debe poseer conocimientos sobre las características de las familias como sistemas, el proceso de su transformación y la participación del terapeuta en ese proceso. Se trata de constructos teóricos que se aprenden por vía deductiva. Las habilidades específicas de la terapia, por el contrario, se transmiten por vía inductiva en un proceso de aprendizaje.

El terapeuta aprende los pequeños movimientos de la terapia y los aplica a un proceso de construcción pieza por pieza en sesiones repetidas, con supervisión. Con el tiempo, aprende a generalizar.

Entre los seres humanos, unirse para «coexistir» suele significar alguna suerte de grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, y de él dependerá el terapeuta de familia en la obtención de las metas terapéuticas. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción.

Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Los miembros de la familia no se suelen vivenciar a sí mismos como parte de esta estructura familiar. Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye sobre la conducta de otros individuos, y que éstos influyen sobre la suya.

Y cuando interactúa en el seno de su familia, experimenta el mapa que ésta traza del mundo. Sabe que en ciertos territorios se lee: «Haz lo que quieras»; otros tienen las señales «Avance con cautela» o «Pare». Si atraviesa este último límite, el miembro de la familia tropezará con algún mecanismo de regulación.

A veces aceptará y a veces cuestionará. Hay también sectores marcados con la señal «Prohibida la entrada». La transgresión de éstos trae consecuencias del máximo valor afectivo: culpa, angustia, aun destierro y anatema. Así, los miembros de cada familia conocen, con diferentes niveles de conciencia y de detalle, la geografía de su territorio. Cada uno tiene noticia de lo que está permitido, de las fuerzas que se oponen a las conductas atípicas, así como de la índole y eficacia del sistema de control. Sin embargo, viajero solitario por el territorio de la familia y del vasto mundo, el individuo rara vez vivencia la red familiar como una Gestalt. No ocurre así con el terapeuta de familia: la red de las interacciones familiares se le manifiesta en su complejidad.

El contempla el todo, que es más que la suma de sus partes. La familia como totalidad se asemeja a una colonia animal, entidad está compuesta por formas de vida diferentes, donde cada parte cumple su papel, pero el todo constituye un organismo de múltiples individuos, que en sí mismo es una forma de vida. Para el aspirante es difícil abarcar este animal multicelular que es la familia. Y, en realidad, para el individuo educado en la cultura occidental es difícil ver más allá del individuo. Estamos formados en una preferencia tanto ética como estética por la autodeterminación individual. En el mejor de

los casos, es desagradable concebir el individuo como un segmento de una unidad social y biológica más vasta. Quizá por esta razón los que intentan abordar la interdependencia de los seres humanos suelen recalar en filosofías místicas u holistas que ligan al hombre con el universo. Concebir al hombre como parte de una inteligencia universal es menos penoso que considerarlo parte de la red familiar, un organismo vivo más próximo a nuestra experiencia. Podemos mirar de frente al hombre héroe cósmico, pero preferiríamos no verlo discutir con su mujer sobre quién debió cerrar la puerta de calle.

Sabemos, no obstante, que de algún modo el jugador de fútbol en su equipo o el ejecutante de oboe en el quinteto participan de las excelencias de estas unidades suprahumanas. Tenemos la viva experiencia del impulso que hace ponerse de pie a las treinta mil personas de un estadio y aclamar al unísono. Y en el marco de la terapia, cualquier clínico puede proporcionar escorzos sobre las operaciones de ese animal multicelular que es la familia. Y hasta existen razones para creer que las «conexiones» de la familia rebasan el nivel de la conducta, hacia lo fisiológico. En investigaciones sobre familias psicósomáticas, Minuchin y colaboradores descubrieron indicios de que en ciertas familias, por lo menos, la tensión entre los padres se puede medir en el torrente sanguíneo del hijo que los observa.

El terapeuta aspirante no necesita aceptar esta idea de una fisiología conjunta. Pero tiene que ver en la familia algo más que un mero agregado de subsistemas diferenciados: un organismo. En efecto, vivenciará el pulso de la familia. Experimentará sus demandas de reacomodamiento y sólo se sentirá cómodo si avanza respetando el tempo de ella. Vivenciará también su umbral para lo correcto y lo vergonzoso, su tolerancia al conflicto, su sentimiento de lo ridículo o lo sagrado, y su concepción del mundo. Los problemas con que se tropieza en la investigación de la familia son exagerados por las lenguas occidentales, que poseen escasas palabras y aún muy pocas frases para designar unidades de más de un miembro.

Tenemos la expresión simbiosis para designar una unidad de dos personas en circunstancias en extremo patológicas, uno de cuyos miembros, con palabras de Albert Scheflen, «se siente íntegramente una parte y posee una vivencia inadecuada de sí mismo en su condición de todo»; por ello es posible un episodio psicótico en caso de sobrevenir un quebrantamiento de la alianza dentro del organismo. Pero esa expresión no contempla las interacciones normales.

Aunque en el campo de la salud mental existe una diversidad de investigaciones sobre la interacción normal entre madre e hijo, no disponemos de una palabra que designe esta unidad compleja de dos personas. Podríamos inventar una expresión como madrijo o hijodre, pero sería imposible obrar del mismo modo para todas las unidades existentes.

4.5 Los Holones En La Psicoterapia

Arthur Koestler, refiriéndose a esta dificultad conceptual, señaló que «para no incurrir en el tradicional abuso de las palabras todo y parte, uno se ve obligado a emplear expresiones torpes como "subtodo" o "todo-parte"». Creó un término nuevo «para designar* aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía»: la palabra holón, del griego hotos (todo) con el sufijo on (como en protón o neutrón), que evoca una partícula o parte.

El término de Koestler es útil en particular para la terapia de familia porque la unidad de intervención es siempre un holón. Cada holón —el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad— es un todo y una parte al mismo tiempo, no más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella.

Cada holón, en competencia con los demás, despliega su energía en favor de su autonomía y de su autoconservación como un todo. Pero también es vehículo de energía integradora, en su condición de parte. La familia nuclear es un holón de la familia extensa, ésta lo es de la comunidad, y así. Cada todo contiene a la parte, y cada parte contiene también el «programa» que el todo impone. La parte y el todo se contienen recíprocamente en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación.

El holón individual

Considerar al individuo como un holón es sobre todo difícil para las personas formadas en la cultura occidental. La Oficina de Censos de los Estados Unidos define la categoría de «no familia» como «adulto soltero sin vínculos». He ahí un notable ejemplo de la ideología individualista.

En ninguna parte entre los seres vivos se hallará esa falta de vínculos; no obstante, existe en nuestras tipologías humanas. En el país mencionado, la constitución, las leyes sobre impuestos y seguridad social, los sistemas de asistencia para la salud, los servicios de salud mental y educacional, y aun los costosos hogares residenciales destinados exclusivamente a ciudadanos de avanzada edad, no sólo expresan el concepto del individuo autónomo, sino su deseabilidad.

Esta distorsión ha impregnado todo el campo de la salud mental, incluida la terapia de familia. Según la concepción de Ronald Laing para la política familiar, el individuo tiene que estar libre de sus nocivos grilletes familiares (lo que probablemente facilitaría su inclusión en la categoría censal de adulto soltero sin vínculos). La «escala de diferenciación del sí-mismo», de Murray Bowen, utilizada para estimar el grado en que el

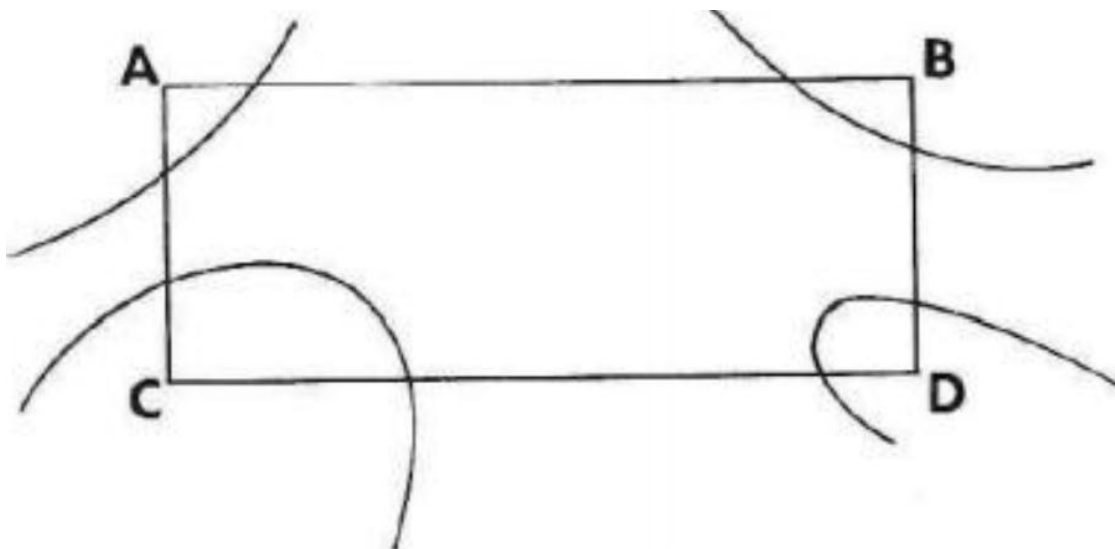
«sí-mismo» se mantiene incólume frente a la influencia de los vínculos, realza de igual modo la «lucha» entre el individuo y la familia.

Cuando se considera al individuo en su condición de parte de un todo mayor, de algún modo se lo juzga perjudicado. El terapeuta aspirante puede ser particularmente proclive a poner el acento en las restricciones que la familia impone. Es muy probable que venga de una lucha por la individuación dentro de su propio grupo familiar. También lo es que en su ciclo de vida se encuentre en el estadio de separarse de su familia de origen y de formar una nueva familia nuclear, y que en ese estadio perciba las exigencias que le plantea la creación del nuevo holón como un desafío a la experiencia de su individualidad.

Por eso puede ocurrir que necesite un esfuerzo consciente para enfocar las realidades de la interdependencia y las operaciones de la complementariedad. El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo.

Pero va más allá, hasta abarcar los aportes actuales del contexto social. Las interacciones específicas con los demás traen a la luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto. Y recíprocamente, el individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados porque sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de ellos.

Hay un proceso circular y continuo de influjo y refuerzo recíprocos, que tiende a mantener una pauta fijada. Al mismo tiempo, tanto el individuo como el contexto son capaces de flexibilidad y de cambio. Es fácil considerar la familia como una unidad, y al individuo, como un holón de esa unidad. Pero el individuo incluye además aspectos que no están contenidos en su condición de holón de la familia, como se ilustra en el siguiente esquema:



El rectángulo representa a la familia. Cada curva es un miembro individual de ella. Sólo ciertos segmentos del sí-mismo están incluidos en el organismo de la familia. Para C y D, la familia es más necesaria que para A y B, acaso más vinculados con sus colegas, su

familia de origen y grupos de coetáneos". No obstante, la gama de la conducta permitida está gobernada por una organización familiar. La variedad de las conductas que se pueden incluir en el programa de la familia depende de la capacidad de ésta para absorber e incorporar energía e información de ámbitos extrafamiliares.

La interacción constante dentro de diferentes holones en tiempos distintos requiere de la actualización de los respectivos segmentos del sí-mismo. Un niño en interacción con su madre demasiado unida aparecerá desvalido a fin de provocar los cuidados de ella. Pero con su hermano mayor se mostrará decidido y entrará en competencia para obtener lo que desea. Un marido y padre autoritario dentro de la familia, tendrá que aceptar una posición jerárquica inferior en el mundo del trabajo.

Un adolescente, dominante en su grupo de edad si se coliga con un hermano mayor, aprende a ser cortés cuando éste no está presente. Contextos diferentes reclaman facetas distintas. En consecuencia, las personas, en cada una de sus interacciones, sólo manifiestan parte de sus posibilidades. Estas son múltiples, pero sólo algunas son traídas a la luz o canalizadas por la estructura del contexto. Por lo tanto, la quiebra o la ampliación de contextos pueden permitir el surgimiento de nuevas posibilidades.

El terapeuta, especialista en ampliar contextos, crea un contexto en que es posible explorar lo desusado. Confirma a los miembros de la familia y los alienta a ensayar conductas antes coartadas por el sistema familiar. A medida que surgen posibilidades nuevas, el organismo familiar se vuelve más complejo y elabora alternativas más viables para la solución de problemas.

Las familias son sistemas multi-individuales de extrema complejidad, pero son a su vez subsistemas de unidades más vastas: la familia extensa, el vecindario, la sociedad como un todo. La interacción con estos holones más vastos engendra buena parte de los problemas y tareas de la familia, así como de sus sistemas de apoyo.

Además, las familias tienen subsistemas diferenciados. Cada individuo es un subsistema, como lo son las diadas, por ejemplo marido y mujer. Subgrupos más amplios son los formados por los miembros de la misma generación (el subsistema de los hermanos), el sexo (abuelo, padre, hijo varón) o la tarea (el subsistema parental). Las personas se adecúan caleidoscópicamente a estos diferentes subsistemas.

Un hijo tiene que actuar como niño dentro del subsistema parental para que su padre pueda obrar como adulto. Pero si lo dejan a cargo de su hermano más pequeño, deberá tomar sobre sí responsabilidades ejecutivas. Dentro del holón de la familia, tres unidades poseen significación particular, además del individuo: los subsistemas conyugal, parental y de los hermanos.

4.6 El Desarrollo Y El Cambio

La familia no es una entidad estática. Está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. Considerar a los seres humanos fuera del cambio y del tiempo responde sólo a una artificial construcción lingüística. Los terapeutas, en efecto, detienen el tiempo cuando investigan familias, como si detuvieran un film para analizar uno de sus cuadros. Lo cierto es que la terapia de familia tendió a no investigar el hecho de que las familias cambian en el tiempo.

Se debió en parte a que los terapeutas de familia se orientan sobre todo al aquí y ahora, por oposición al buceo del pasado, que es característico de la terapia psicodinámica. Pero se debió también al hecho de que el terapeuta de familia experimenta en sí mismo el enorme poder rector de la estructura familiar. Se introduce en un sistema vivo que tiene sus propios modos de ser y potentes mecanismos para preservarlos.

En la inmediatez del encuentro terapéutico, lo que se vivencia son estos mecanismos de estabilización; rara vez impresionan tanto los elementos flexibles de la estructura. El cambio se produce en el presente, pero sólo cobra relieve en el largo plazo. La familia está de continuo sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera. Muere un abuelo; es posible que entonces todo el subsistema parental deba sufrir un realineamiento.

La madre es despedida de su trabajo; puede ocurrir que se deban modificar los subsistemas conyugal, ejecutivo y parental. De hecho, el cambio es la norma y una observación prolongada de cualquier familia revelaría notable flexibilidad, fluctuación constante y, muy probablemente, más desequilibrio que equilibrio. Contemplar una familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona en el tiempo. Dos «células» individuales se unen y forman una entidad plural semejante a una colonia animal.

Esta entidad va aumentando su edad en estadios que influyen individualmente sobre cada uno de sus miembros, hasta que las dos células progenitoras decaen y mueren, al tiempo que otras reinician el ciclo de vida. Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución.

Las exigencias de cambio pueden activar los mecanismos que contrarrestan la atipicidad, pero el sistema evoluciona hacia una complejidad creciente. Aunque la familia sólo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo sin embargo su continuidad.

Sistemas vivos que presentan estas características son por definición sistemas abiertos, a diferencia de las «estructuras en equilibrio», cerradas, que describe la termodinámica

clásica. Ilya Prigogine explica esa diferencia: «Un cristal es un ejemplo típico de una estructura en equilibrio.

Las estructuras [vivas] disipadoras poseen una condición por entero diversa: se forman y se conservan por el intercambio de energía y de materia en condiciones de no equilibrio». En un sistema vivo, las fluctuaciones, sean de origen interno o externo, guían el sistema hasta una nueva estructura; «una estructura nueva es siempre el resultado de una inestabilidad. Nace de una fluctuación. Mientras que por lo común las fluctuaciones son seguidas por una respuesta que retrotrae el sistema a su estado imperturbado, en el punto de formación de una estructura nueva, por el contrario, las fluctuaciones se amplifican». Prigogine concluye que la termodinámica clásica «es en lo esencial una teoría de la destrucción de estructuras (...) Pero en cierto sentido se la debe completar con una teoría de la creación de estructuras».

Durante mucho tiempo la terapia de familia puso el acento en la capacidad de los sistemas para conservarse. Pero los recientes trabajos de Prigogine, entre otros autores, han demostrado que si un sistema está parcialmente abierto al aflujo de energía o de información, «las inestabilidades consiguientes no producirán una conducta azarosa (...) sino que tenderán a conducir el sistema hacia un nuevo régimen dinámico que constituirá un nuevo estado de complejidad». La familia, sistema vivo, intercambia información y energía con el mundo exterior.

Las fluctuaciones, de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia. Pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones. Esta concepción de la familia como sistema vivo parece indicar que la investigación de una familia cualquiera en el largo plazo comprobará el siguiente desarrollo, en que períodos de desequilibrio alternan con períodos de homeostasis, manteniéndose la fluctuación dentro de una amplitud manejable:

Este modelo proporciona al terapeuta una base para establecer con prontitud el vínculo entre el estadio de desarrollo de la familia y las metas terapéuticas; en efecto, la crisis terapéutica responderá a un patrón de desarrollo. A diferencia de otros modelos, éste no se limita al individuo y su contexto. Tiene por referente holones, y parte del supuesto de que los cambios evolutivos del individuo influyen sobre la familia, y que los cambios sobrevenidos en la familia y en los holones extrafamiliares influyen sobre los holones individuales. El desarrollo de la familia, según este modelo, transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente.

Hay períodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también períodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto. La consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas.

Consideremos el caso de un niño de dos años a quien envían al jardín de infancia. Lejos de su madre, ensayará nuevas habilidades para enfrentar situaciones y empezará a demandar relaciones nuevas dentro de su familia. La madre, no obstante su premura en el supermercado atestado de gente, tendrá que dejarlo elegir la marca de galletitas que consume en la escuela. Esa noche, el padre deberá consolar a la madre con un chiste sobre «los dos años, la edad del niño terrible».

La verdad es que los tres miembros de esa familia tienen que superar el estadio de bebé/padre de bebé. El niño, la diada madre-hijo y la tríada familiar participan de una estructura disipadora. La fluctuación se ha ampliado porque en el sistema se han introducido elementos nuevos, de origen interno y externo, y las inestabilidades consiguientes harán progresar aquél hacia una complejidad nueva.

Este modelo del desarrollo concibe cuatro etapas principales organizadas en torno del crecimiento de los hijos. Comprenden la formación de pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos.

Desde el comienzo, el terapeuta de familia debe tomar cierta posición de liderazgo. En teoría, la familia y el terapeuta comienzan la terapia con las mismas metas. La presencia de la familia es un reconocimiento de que sus miembros desean asistencia y de que invitan al terapeuta, un especialista, a introducirse en su sistema y ayudarlos a modificar una situación que sustenta o produce tensión, malestar o sufrimiento. Pero en la práctica es posible, y frecuente, que los miembros de la familia y el terapeuta no entiendan de la misma manera la localización del sufrimiento, su causa y el proceso de la curación. Lo común es que los miembros de la familia individualicen en uno de ellos la localización del problema. Creen que la causa es la patología internalizada de ese individuo.

Esperan que el terapeuta se concentre en él y procure cambiarlos. Para el terapeuta de familia, en cambio, el paciente individualizado es sólo el portador de síntoma; la causa del problema son ciertas interacciones disfuncionales de la familia. Será preciso ampliar las fluctuaciones para que el sistema familiar avance hacia una forma más compleja de organización, que permita enfrentar mejor las circunstancias actuales de la familia.

4.7 Técnicas De Intervención Familiar (Virginia Satir)

El trabajo de Satir se derivó de sus valores y creencias personales, que tenían un carácter espiritual y autotrascendente con similitudes notables a los planteamientos de la corriente psicológica humanista.

Esta autora definió cinco objetivos generales en su Modelo de Crecimiento, nombre que otorgó a su teoría sobre la psicoterapia.

1. Aumentar la autoestima

Para Satir el concepto “autoestima” hace referencia a nuestra percepción profunda de nosotros mismos e incluye la conciencia. Según sus planteamientos una autoestima alta se relaciona con la identificación del self con la energía espiritual.

2. Potenciar la toma de decisiones

En este sentido, uno de los objetivos de la terapia familiar de Satir es el empoderamiento de los pacientes para que puedan tomar sus propias decisiones en pos de conseguir un estado de salud psicológica y física. La trascendencia personal se relacionaría con la experiencia de libertad de acción.

3. Adoptar responsabilidad personalidad

Satir defendía que el hecho de experimentar nuestro self de forma completa nos permite responsabilizarnos de éste y conocernos verdaderamente a nosotros mismos. Tales hechos contribuirían de forma central al desarrollo humano de los individuos.

4. Lograr la autocongruencia

La congruencia personal se define como la armonía entre la experiencia de un individuo y su “energía vital”, relacionada con la trascendencia del self. En este sentido son importantes aspectos como la autenticidad y la sinceridad, tanto por parte del cliente como del terapeuta, que debe servirle de modelo.

Principios de la terapia familiar

Se han identificado cinco principios terapéuticos fundamentales en los métodos de intervención de Satir; en ellos nos centraremos en este último apartado. Estas claves

deben estar presentes durante todo el tratamiento, puesto que son elementos necesarios para el cambio terapéutico.

La familia se concibe como un microcosmo que se puede estudiar críticas como: el poder; la intimidad; la autonomía, la confianza y la habilidad para comunicación son partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo. La vida de la familia depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos.

La autora manifiesta que a lo largo de su experiencia como terapéutica familiar, ha observado cuatro aspectos de la vida familiar que saltan a la luz:

1. Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo, a los que llamó autoestima
2. Los métodos que utilizan las personas ideas a los demás; a esto le llamó comunicación.
3. Las reglas que usan los individuos para normar cómo deben sentirse y actuar; y que después se convierten en lo que denomino reglas que rigen en la vida familiar.
4. La manera de cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia denominado enlace con la sociedad.

Esta autora manifiesta que en las consultas familiares se notan problemas como: La autoestima disminuida, que se caracteriza por:

- Comunicación indirecta, vaga o poco sincera.
- Reglas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables.
- El enlace de la familia con la sociedad es temeroso, aplicador e inculpador.

La autoestima elevada, se caracteriza porque en el núcleo familiar se enfrenta las mismas situaciones y cada persona tiene:

- Un de valía, positivo o negativo.
- Capacidad para comunicarse.
- Obedece ciertas reglas.
- Tiene un enlace con la sociedad.

Una de las funciones importantes de Satir es que al conocer a muchas familias es posible colocarlas en una escala que va desde muy nutrida hasta muy perturbada y confundida.

La familia puede ser el sitio donde encontramos amor, comprensión y apoyo, aun cuando falle todo lo demás; el lugar donde podemos refrescarnos y recupera energías para enfrentar con mayor eficiencia el mundo exterior. Pero para millones de familias conflictivas, esto es nada más un sueño.

Las familias donde hay armoniosidad tiende a ser lunisosas y coloridas. Para que sea lugares habitables por persona, estos hogares han sido diseñados para brindar comodidad y placer, no como un edificio que se exhibe a los vecinos por su belleza.

En una familia nutricia, es sencillo asimilar el mensaje de que la vida y los sentimientos humanos son más importantes que cualquier cosa. Los padres de las familias nutricias saben que sus hijos no son malos deliberadamente.

Si alguien se conduce de manera destructiva, los progenitores se dan cuenta de que ocurrió algún malentendido, o que la autoestima de un miembro esta baja.

El corazón humano siempre busca el amor. Una familia conflictiva puede convertirse en una nutricia remplazando algunas cosas pero, ¿Cómo hacerlo?

1. Primero, es necesario reconocer que la familia en ocasiones es conflictiva.
2. Segundo, se necesita perdonarse por los errores del pasado y darse la oportunidad para cambiar, con la conciencia de que las cosas pueden ser distintas.
3. Tercero, Tomar la determinación e cambiar las situaciones.
4. Cuarto, adoptar alguna medida para inicia el proceso de cambio.

4.8 Motivos De Conflictos En La Familia

Empezaremos a continuación directamente, todas las situaciones motivo de placer o dolor en la familia. La primera de ellas es el autoestima.

Autoestima:

La olla que nadie vigila. La autoestima es un concepto, una actividad, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta. Al hablar de la “olla” se refiere a la valía personal o autoestima; puede utilizar los términos de manera de manera alterna. La autoestima es la capacidad de valor entre el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad.

Cualquier persona que reciba amor, estará abierto al cambio, el factor fundamental implícito en lo que suceda dentro y entre los individuos es la autoestima, la olla personal.

La integración sincera, responsabilidad, comprensión, el amor y la competencia, todo surge con facilidad en aquellos que tienen una elevada autoestima. La gente vital trata estas sensaciones temporales de olla vacía como lo son: una crisis momentánea.

Cuando la gente se siente que vale poco, espera el engaño, el maltrato y el desprecio de los demás; esto abre la posibilidad de convertirse en víctima; esta gente que se siente así, exige una monstruosa muralla psicológica detrás de la cual se ocultan, y luego se defienden negando que lo han hecho. La depresión no es equivalente a una olla vacía.

La sensación de vacío significa, en esencia de que cuando uno tiene sentimientos indeseables, trata de conducirse como si dichas emociones no existieran. Se requiere de autoestima para reconocer los sentimientos de depresión.

También es importante reconocer que las personas que tiene una alta autoestima pueden sentirse deprimidas. La diferencia radica en que quienes se sienten deprimidas no se clasifican de inútiles ni fingen que esos sentimientos de depresión no existen. Tampoco proyectan sus sensaciones en los demás.

La depresión es algo normal que sucede a veces; existe una gran diferencia entre la persona que condena a su yo y quien considera que el momento es una condición humana que debe resolver. Un sentimiento de depresión y su negación, es una forma de engaño ante uno mismo y los demás.

Al devaluar así los sentimientos: estamos devaluándonos también en consecuencia, acentuando el estado de la olla vacía. Mucho de lo que nos sucede es resultado de nuestra actitud. Y como se trata de un problema de actitud podemos cambiarlo.

Debido a que el sentimiento de baja validación fue aprendido, es factible desaparecerlo e integrar un nuevo conocimiento en su hogar.

Estas posibilidades de aprendizaje duran toda la vida, así que nunca es tarde para empezar. En cualquier momento de la vida del individuo, éste tiene la capacidad de iniciar el aprendizaje de la autoestima elevada. “siempre existe la esperanza que cambie tu vida, porque tienes la capacidad de aprender cosas nuevas”

Comunicación: Hablar y escuchar

La comunicación es como una enorme sombrilla que afecta todo lo que suceda a los seres humanos. Una vez que el individuo llega al planeta, la comunicación es el factor determinante de las relaciones que establecerá con los demás, y lo que sucede con cada una de ellas en el mundo.

Cuando conocemos que toda comunicación es aprendida, podemos cambiarla si así lo deseamos. Primero, debemos revisar los elementos de la comunicación. En cualquier momento todos los individuos aportan los mismos elementos al proceso de comunicación:

- Aportamos nuestros cuerpos, que se mueven, tiene forma y figura.
- Nuestros valores, los conceptos que representan el estilo personal para sobrevivir y tener una “buena” vida.
- Nuestras expectativas del momento, mismas que brotan de las experiencias pasadas.
- Nuestros órganos de sentido, ojos, nariz, boca y piel los cuales nos permiten ver, escuchar, leer, gustar, oler, tocar y ser tocados.
- Capacidad para hablar palabras y voz.
- Nuestro cerebro, los almacene del conocimiento, que incluyen lo que hemos aprendido de experiencias pasadas.

Muchas personas presumen que los demás lo saben todo sobre ellas. Esta es una trampa muy usual en la comunicación que se denomina Método de la insinuación. Otra trampa de la comunicación es la suposición de que no importa lo que uno diga, los demás deben entendernos; este se denomina método de adivinar el pensamiento.

Podemos decir que la comunicación es el factor individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás.

Patrones de la comunicación

Después de muchos años de estudiar las interacciones de los individuos, poco la autora menciona que se percató que no hay ciertos patrones, al parecer universales, que rige la forma en como la gente se comunica.

Hemos observado, una y otra vez, que las personas resuelven de cuatro maneras los efectos negativos del estrés o tensión. Estos cuatro patrones que llamaré aplacar, culpar, calcular, distraer.

Es importante que entiendas que cada vez que hablas lo haces con todo tú ser; cuando pronuncias una palabra, tu rostro, tu voz, tu cuerpo y músculos hablan al mismo tiempo:

Comunicación verbal	_ palabras
Comunicación Corporal / Sonora	_ expresión facial, postura corporal, tono muscular, ritmos respiratorios, tono de voz y gesticulación

Las discrepancias entre comunicación verbal y la no verbal producen dobles mensajes. Tus palabras dicen una cosa y el resto del cuerpo comunica algo distinto. ¿Alguna vez ha oído a alguien que dice: “ ! Ah, esto de verdad me agrada! ” Y luego te preguntas por qué mientras hablaba movía la cabeza negativamente?

Al sentir y responder a la amenaza, un individuo que no desea revelar su debilidad tratará de disfrazarla de una de estas formas:

1. Aplacar, para que la otra persona no se enfade.
2. Culpar, para que la otra persona lo considere fuerte
3. Calcular, para enfrentar la amenaza y la autoestima personal se oculta detrás de impresionantes palabras y conceptos intelectuales.
4. Distraer, para ignorar la amenaza, actuando como si no existiera (tal vez si actúo así suficiente tiempo de verdad desaparezca)

4.9 La Terapia Familiar Sistémica

Representados por autores como Watzlawick, Minuchin, Haley y Selvini-Palazzoli, las características de estos modelos son las siguientes:

- Enfatizan el papel de los sistemas interpersonales. Para entender la conducta y la experiencia de un miembro de un sistema (p.ej., la familia), hay que considerar las del resto de sus miembros.

Según Feixas y Miró (1993), un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado. Por tanto, para comprender un sistema, hay que considerar sus elementos, las propiedades y comportamiento de estos, la interacción entre los mismos y las propiedades de la totalidad.

- Los sistemas, tales como las familias y los grupos, tienen varias propiedades: Sistema abierto. El sistema es abierto en tanto intercambia información con el medio. Además, las normas de funcionamiento del sistema son en parte independientes de las que rigen el comportamiento de cada miembro.

Estructura. Incluye: a) El grado de claridad, difusión o rigidez de los límites entre los miembros del sistema; este se compone de varios subsistemas (marido-esposa, padre-hijo, hermanos) entre los que existen límites más o menos definidos que pueden ser difusos, claros o rígidos.

Los subsistemas fundamentales son el conyugal, el parental (que puede llegar a incluir a algún abuelo o hijo con funciones parentales) y el de hermanos. b) El grado en que existe una jerarquía (quién está a cargo de quién y de qué). c) El grado de diferenciación o medida en que los miembros del sistema tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido del sistema como un todo.

Los límites son las reglas que definen quien participa con quién y en qué tipo de situaciones y quién es excluido de este tipo de situaciones. Por ejemplo, los niños no deben participar en las discusiones de los padres, los hijos mayores tienen ciertos derechos negados a los más pequeños, etc.

La triangulación es un tipo de disfunción asociada con la estructura familiar. Consiste en intentar enmascarar los conflictos entre dos personas involucrando a una tercera, de modo que las características de esta, especialmente sus problemas, se convierten en el

foco de la interacción. Así, una pareja con dificultades matrimoniales puede centrarse en algún trastorno de su hijo (problemas en la escuela, drogadicción) en vez de en sus problemas maritales.

La coalición es otro tipo de disfunción y consiste en una unión entre dos miembros de una familia en contra de un tercero; por ejemplo, progenitor e hijo contra el otro progenitor.

- **Interdependencia.**

Los miembros de un sistema se influyen mutuamente a través de las pautas de interacción existentes y, en concreto, mediante mecanismos de retroalimentación positiva (facilitadora) y negativa (correctora).

Se considera que existen relaciones no de causalidad lineal, sino de influencia recíproca o causalidad circular (la conducta de A depende de la de B y viceversa).

Por ejemplo, la capacidad de iniciativa de B favorece la pasividad de A y esta pasividad refuerza la toma de iniciativas por parte de B.

- **Regulación.**

Los patrones de interacción que existen en los sistemas tienden a ser muy estables y predecibles. Además, se da una tendencia al equilibrio. Los sistemas tienen unos mecanismos que regulan y mantienen los patrones de interacción, de modo que se maximizan las posibilidades de que el sistema se mantenga.

Cualquier cambio percibido que amenace al sistema intentará ser neutralizado, ya sea actuando sobre la persona desviada para que se adapte de nuevo ya sea relegándola o expulsándola ya sea mediante cambios compensatorios por parte de otro u otros miembros del sistema.

Supongamos que una mujer critica al marido por su poca comunicación ante lo cual la respuesta normal de este es retraerse aún más.

Si en alguna ocasión él explota diciendo que no quiere hablar porque le preocupan cosas de su trabajo, la mujer que supuestamente quería estimular la comunicación puede contestarle que sólo piensa en su trabajo.

Este comentario podría tener la función de restablecer el equilibrio: mantenimiento de la distancia y nivel bajo de intimidad en la relación. (Claro, que la mujer también podría querer hablar de otras cosas que no fueran el trabajo.)

- **Adaptación o cambio.**

Se refiere al grado en que el sistema puede cambiar y desarrollar un nuevo equilibrio en respuesta a crisis o retos a su estabilidad: nacimiento de un niño, abandono del hogar por parte de un hijo, muerte del cónyuge, entrada en la adolescencia, pérdida del trabajo, divorcio, embarazo de la hija adolescente, etc.

- **Comunicación.**

4.10 Los Principios De La Comunicación

Los miembros de un sistema se comunican entre sí y se han distinguido varios principios básicos de tipo comunicacional:

Es imposible no comunicar. En un contexto de interacción social cualquier conducta (incluido el silencio) comunica algo. En las situaciones en las que uno no quiere comunicarse pueden aparecer técnicas de descalificación o recursos para comunicar sin comunicar (contradecirse, cambiar continuamente de tema, perderse en cuestiones tangenciales, hablar de un modo oscuro, generar malentendidos, no acabar las frases) y síntomas como compromiso (fingir o autoconvencerse de deficiencias que imposibilitan la comunicación: sueño, sordera o desconocimiento del idioma en una conversación normal).

En toda comunicación pueden distinguirse aspectos de contenido, generalmente expresados por medios verbales, y aspectos relacionales, los cuales vienen definidos normalmente por el comportamiento no verbal (tono de voz, gestos, etc.); sin embargo, la relación puede venir también definida por las características de la situación y por ciertos contenidos verbales (p.ej., decir que se va a contar un chiste para indicar que el mensaje no va en serio). Los aspectos relacionales califican la información expresada en el contenido del mensaje.

La incongruencia entre los dos niveles de comunicación (de contenido y relacional) da lugar a mensajes paradójicos. Por ejemplo, decirle a alguien de un modo frío que se le quiere. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de una serie de eventos repetitivos (quién hace qué, a quién, en respuesta a qué). Se denomina puntuación a la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada.

La falta de acuerdo respecto a la forma de puntuar los hechos es una causa frecuente de conflictos. Por ejemplo, un marido puede afirmar que su retraimiento es debido a los continuos ataques de su mujer, mientras que esta explica sus críticas en función de la pasividad de marido (es posible aquí que haya una causalidad circular). O bien, un adolescente dice no estudiar bachillerato porque sus padres le obligan, mientras que estos piensan que es un vago.

Las relaciones pueden ser simétricas o complementarias. Las primeras se basan en la igualdad en la conducta de interacción; cualquiera de los participantes puede, por ejemplo, dar un consejo o formular una crítica. Las segundas son aquellas en las que hay una gran diferencia en la conducta recíproca debido a que un miembro está en una

posición superior respecto al otro; por ejemplo, las relaciones entre profesor-alumno y padres-hijos pequeños. Muchos conflictos relacionales están basados en que un participante no acepta el tipo de relación que quiere el otro.

Patrones negativos de comunicación son:

- a) culpar y criticar sin ver la propia responsabilidad y/o sin motivación para cambiar las cosas;
- b) “adivinar” los pensamientos de los otros y actuar en consecuencia sin preguntarles lo que piensan y sienten;
- c) hacer afirmaciones incompletas (p.ej., "estoy enfadado") sin especificar por qué; d) tomar los eventos modificables como si no lo fueran ("no puedo lograr que mis hijos me respeten"); e) sobregeneralizar ("nunca puedo conseguir algo que valga la pena").

- Los trastornos psicológicos surgen:

- a) cuando adaptarse al sistema requiere pensar, sentir y/o actuar de una manera que resulta perjudicial para una persona.
- b) cuando una persona intenta cambiar sus funciones o pautas de interacción dentro del sistema sin tener poder o capacidad suficiente para vencer o sortear las resistencias del sistema.

- El miembro de la familia que según esta es el que presenta el problema (paciente identificado) es considerado como una expresión de la disfunción del sistema familiar (aunque el problema cumple una función dentro de la lógica interna del sistema). En consecuencia, la resolución del problema implica cambios en el sistema y no simplemente una modificación directa de las conductas problemáticas.

- La terapia enfatiza el presente y suele ser breve. Por lo general, no pasa de 20 sesiones repartidas a lo largo de un máximo de 2 años.

- Se reconoce la importancia de la cordialidad y empatía por parte del terapeuta, unidas, por lo general, a un estilo directivo por parte de este.

Rodríguez y Beyebach (1994) han señalado que en las concepciones sistémicas tradicionales se considera a la familia como el sistema y a las personas como elementos

del mismo. Sin embargo, también puede considerarse que cliente y terapeuta forman un sistema o que las conductas de una sola persona o incluso los significados que atribuye a acontecimientos concretos pueden considerarse sistemas en sí mismos.

Así, la depresión puede verse como el resultado de una interacción en un sistema interpersonal (la depresión de una persona se mantiene porque sus familiares le resuelven todos sus problemas y le hacen sentirse un inútil) o como un sistema de conductas que se autoperpetúan (la persona que se siente deprimida no se relaciona con otros y la disminución de este contacto social le hace sentirse más triste). En ambos casos se da la característica fundamental de los sistemas: entender los sucesos como organizados en procesos de retroalimentación recursiva.

Es importante tener en cuenta que aunque estos enfoques se han especializado en el tratamiento de familias y parejas, existen también otros modos de abordar estos problemas (dinámicos, conductuales y cognitivo-conductuales) que pueden ser integrados o no con la perspectiva sistémica.

Pueden distinguirse varias escuelas sistémicas: la escuela interaccional del MRI (Mental Research Institute, representada por autores como Watzlawick, Weakland, Fisch), la escuela es-tructural/estratégica (representada por autores como Minuchin, Haley, Aponte, Fishman, Mon-talvo), la escuela de Milán (representada por autores como Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata) y el enfoque ecosistémico (De Shazer). Las influencias recíprocas entre estas escuelas han sido muy frecuentes.

4.11 Aplicación Práctica Del Modelo De Terapia Familiar

Clases prácticas en cámara Gesell

Referencias

Beutler, L.E. (1992). La situación actual y las contribuciones de la investigación en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 1, 203-228.

- Botella, L. (En prensa). Constructivismo y construccionismo en terapia familiar: Pragmática, semántica y retórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Botella, L., y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una aproximación a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia* (2nd ed.). Barcelona: PPU
- Karl A. Menninger y Philip S. Holzman: *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Ed. Psique, 1974, Buenos Aires.
- Villegas, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10-11, 23-65

SUGERENCIAS DE VIDEOS ACADÉMICOS				
No	TIPO	TÍTULO	LINK	AUTOR
1	VIDEO	TÉCNICA PSICOANALÍTICA	https://www.youtube.com/watch?v=DzEeWiLiT5s	Daniela Contreras
2	VIDEO	Qué es un PSICOTERAPEUTA, y en que consiste la PSICOTERAPIA	https://www.youtube.com/watch?v=2x1zMMT071Y	Psicoactiva
3	VIDEO	¿Qué es la psicoterapia? Conoce todo al respecto Mente aprende	https://www.youtube.com/watch?v=q0UyRc7Uolw	Mente Aprende