

# PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y DE GRUPO

Andrés Alejandro Cuevas Sosa



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL



**PSICOTERAPIA INDIVIDUAL,  
FAMILIAR Y DE GRUPO**  
**UN ESTUDIO ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS  
GENERALES DE LAS PSICOTERAPIAS**

## DIRECTORIO

JOSÉ ENRIQUE VILLA RIVERA  
Director General

EFRÉN PARADA ARIAS  
Secretario General

YOLOXÓCHITL BUSTAMANTE DÍEZ  
Secretaria Académica

JOSÉ MADRID FLORES  
Secretario de Extensión e Integración Social

LUIS HUMBERTO FABILA CASTILLO  
Secretario de Investigación y Posgrado

HÉCTOR MARTÍNEZ CASTUERA  
Secretario de Servicios Educativos

MARIO ALBERTO RODRÍGUEZ CASAS  
Secretario de Administración

LUIS ANTONIO RÍOS CÁRDENAS  
Secretario Técnico

LUIS EDUARDO ZEDILLO PONCE DE LEÓN  
Secretario Ejecutivo de la Comisión de Operación  
y Fomento de Actividades Académicas

JESÚS ORTIZ GUTIÉRREZ  
Secretario Ejecutivo del Patronato  
de Obras e Instalaciones

FERNANDO SARIÑANA MÁRQUEZ  
Director de XE-IPN TV Canal 11

LUIS ALBERTO CORTÉS ORTIZ  
Abogado General

ARTURO SALCIDO BELTRÁN  
Director de Publicaciones

**PSICOTERAPIA INDIVIDUAL,  
FAMILIAR Y DE GRUPO**  
**UN ESTUDIO ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS  
GENERALES DE LAS PSICOTERAPIAS**

**Andrés Alejandro Cuevas Sosa**  
Director del Centro de Investigación en  
Psicoanálisis y Psicoterapia, A. C.

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
– MÉXICO –

*Psicoterapia individual, familiar y de grupo*

Primera edición: 1991

Primera reimpresión: 2008

D.R. 1991 © INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

Dirección de Publicaciones

Tresguerras 27, 06040 México, DF

ISBN 978-970-36-0476-0

Impreso en México / *Printed in Mexico*

*A mis tías:  
Guadalupe Sosa vda. de Rodríguez y  
Consuelo Sosa Marino.*



*Nunca hemos pretendido haber alcanzado la cima de nuestro saber ni de nuestra capacidad, y ahora, como antes, estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar progreso.*

*Sigmund Freud*



# ÍNDICE

Prólogo . . . . .	XI
<b>I. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL . . . . .</b>	<b>1</b>
Introducción . . . . .	1
El psicoanálisis como método terapéutico . . . . .	3
La relación psicoanalítica . . . . .	3
La norma esencial . . . . .	4
La libre asociación de ideas . . . . .	5
La atención flotante del analista . . . . .	6
La regla de la abstinencia . . . . .	6
El proceso psicoanalítico . . . . .	7
La transferencia . . . . .	8
La alianza psicoterapéutica . . . . .	10
La verdadera interrelación . . . . .	11
Neurosis de transferencia . . . . .	12
La resistencia . . . . .	13
El reanálisis . . . . .	14
La transferencia narcisista . . . . .	15
La contratransferencia . . . . .	17
Terminación del tratamiento . . . . .	19
La interpretación analítica . . . . .	19
La relación con la transferencia . . . . .	19
Interpretación de los sueños . . . . .	20
El presente y el pasado en la vida del paciente . . . . .	20
El momento adecuado . . . . .	21
Factores terapéuticos del psicoanálisis . . . . .	22
El punto de vista de Freud . . . . .	22
Indicaciones . . . . .	25
La motivación del paciente . . . . .	25
Contraindicaciones . . . . .	26
Psicoterapia psicoanalítica . . . . .	27

La sesión diagnóstica . . . . .	28
Procedimientos técnicos . . . . .	28
La sugestión . . . . .	28
La abreacción . . . . .	28
La clarificación . . . . .	29
La interpretación . . . . .	29
La teoría de los conflictos en psicoterapia . . . . .	30
Componentes intrapsíquicos . . . . .	30
Componentes interpersonales . . . . .	30
Aspecto físico . . . . .	31
Componentes estructurales . . . . .	32
Otros aspectos de la psicoterapia psicoanalítica . . . . .	33
Mayor flexibilidad . . . . .	33
Técnica terapéutica . . . . .	34
La transferencia . . . . .	35
Tipos de psicoterapia psicoanalítica . . . . .	35
Psicoterapia de introversión . . . . .	36
Naturaleza de la percepción de sí mismo o introversión . . . . .	37
Indicaciones y efectividad . . . . .	37
Efectos transferenciales . . . . .	38
Psicoterapia de apoyo . . . . .	38
Técnicas . . . . .	39
Psicoterapia breve . . . . .	40
Factores terapéuticos de la psicoterapia psicoanalítica . . . . .	41
Bibliografía . . . . .	44
<b>II. PSICOTERAPIA FAMILIAR . . . . .</b>	<b>47</b>
Definición . . . . .	47
El ciclo de vida de la familia . . . . .	47

Descripción del método . . . . .	48
Evolución del concepto . . . . .	48
<b>Aspectos teóricos . . . . .</b>	<b>50</b>
La totalidad . . . . .	50
La interdependencia . . . . .	51
La retroalimentación . . . . .	51
La homeostasis . . . . .	52
Reglas y estructuras . . . . .	52
La comunicación . . . . .	53
Cambios de primero y segundo orden . . . . .	54
La identificación proyectiva . . . . .	56
La flexibilidad . . . . .	58
<b>Aspectos técnicos . . . . .</b>	<b>59</b>
<b>Indicaciones y contraindicaciones . . . . .</b>	<b>61</b>
<b>Evaluación del problema de la familia . . . . .</b>	<b>64</b>
<b>Entrevistas con la familia nuclear . . . . .</b>	<b>67</b>
Las normas básicas . . . . .	67
Definición del problema . . . . .	69
Frecuencia de las entrevistas . . . . .	70
El proceso de cambio . . . . .	71
Terminación . . . . .	75
Seguimiento . . . . .	76
Relación con otras formas de psicoterapia . . . . .	77
Resultados del tratamiento . . . . .	77
<b>Bibliografía . . . . .</b>	<b>78</b>
<b>III. PSICOTERAPIA DE GRUPO . . . . .</b>	<b>81</b>
Introducción . . . . .	81
Definición . . . . .	81
Preparación del paciente . . . . .	82
Selección de pacientes . . . . .	82
Mecanismos de defensa . . . . .	84

Respuestas transferenciales . . . . .	85
Factores diagnósticos en la selección . . . . .	86
La formación del grupo . . . . .	87
Otros factores . . . . .	89
Dinámica del grupo . . . . .	91
Teoría psicoanalítica . . . . .	91
Teoría general de los sistemas . . . . .	92
El grupo como un todo . . . . .	93
Postulados básicos de Bion . . . . .	93
Conclusión . . . . .	94
Factores terapéuticos . . . . .	94
Contacto con la realidad . . . . .	96
Transferencia . . . . .	97
Identificación . . . . .	98
Universalización . . . . .	99
Cohesión . . . . .	99
Presión grupal . . . . .	100
Intelectualización . . . . .	101
Interpretación . . . . .	101
Catarsis . . . . .	102
Abreacción . . . . .	103
Papel del líder . . . . .	103
Tipos de psicoterapia de grupo . . . . .	104
Técnicas terapéuticas . . . . .	105
Análisis de sueños . . . . .	105
Asociación libre . . . . .	106
Participación uno por uno . . . . .	106
Coterapias . . . . .	106
Un nuevo miembro . . . . .	107
Actos contraproducentes . . . . .	107
Medios electrónicos . . . . .	108
Terminación . . . . .	109
Psicoterapia breve de grupo . . . . .	109
Psicoterapia individual y de grupo combinadas . . . . .	110

---

Psicodrama . . . . .	111
Bibliografía . . . . .	113
<b>IV. LAS PSICOTERAPIAS . . . . .</b>	<b>117</b>
Bibliografía . . . . .	120
Índice temático y de autores . . . . .	121



## PRÓLOGO

Son incipientes los esfuerzos de las instituciones médicas oficiales para ofrecer a su amplia población de pacientes el auxilio de la psicoterapia, de cualquier forma de psicoterapia. Digo incipientes porque llega a ser tan urgente la necesidad de ayuda que viven algunas personas y tan abrumador el número de pacientes que la requieren, que lo más probable es que no sea sólo por medio de los cauces oficiales por donde se consiga satisfacer esa demanda de atención médico-psicológica.

Esa situación siempre obligará, en consecuencia, a que los pacientes tengan que acudir en busca de atención privada, en donde son otros los problemas que enfrentan. El problema más grave es la superespecialización y la atomización de los recursos psicoterapéuticos. Psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos, psicoterapeutas de grupo, psicoterapeutas de la familia, conductistas, hipnólogos, consejeros familiares y de pareja, etcétera, cada quien defendiendo su disciplina y olvidándose de lo demás.

Tal situación, en apariencia legítima, en realidad no lo es tanto si tomamos en cuenta las necesidades de la población y el hecho de que, en ocasiones, los especialistas ofrecen a sus pacientes una opción psicoterapéutica porque es la única que conocen y no porque sea la más indicada en ese caso en particular; si se aplicara el recurso más indicado, significaría ahorro de tiempo y dinero, con alivio más rápido y efectivo de las molestias.

El otro bien conocido problema es el costo de las consultas privadas, lo cual excluye, de entrada, a un importante sector de quienes necesitan psicoterapia. Existen superespecialistas con preparación suficiente y vasta experiencia negándose a opciones psicoterapéuticas que les permitirían cumplir de mejor manera, y hasta con mayores satisfacciones, su función profesional, adecuando el costo de la sesión a las posibilidades económicas del paciente.

El último, y de sobra planteado problema de esa práctica privada, es el riesgo que tienen los pacientes de caer en manos de charlatanes, quienes sorprendiéndolos sólo contribuyen a que su confusión sea mayor, lo que hace más difícil que las personas confíen en la ayuda que se les puede ofrecer.

Frente a semejante situación los psicoterapeutas deben ampliar su visión teórica y práctica, y considerar la aplicación de terapias breves en cuanto a sesiones y duración del tratamiento. En el presente, la sesión de cincuenta minutos, varias veces a la semana, se antoja más como una arcaica limitación del analista que como una forma de ayuda real para el paciente. El enfoque actual también va en dirección de integrar y combinar técnicas diferentes y complementarias, mientras que se debilita el rígido apego al dogma teórico. Con la ventaja, además, de que el uso combinado de psicofármacos y psicoterapia va definiéndose como la regla que debe seguirse en muchos de los pacientes. En efecto, la tendencia actual de toda forma de psicoterapia es abreviar el curso del tratamiento, quitar esa sensación de que el tratamiento es indefinido (pareciera que el tiempo no importa si de psicoanálisis o psicoterapia analíticamente orientada se trata), salvo que surja algún motivo de terminación, como cuando un paciente se cambia a otra ciudad, ya no puede pagar el costo de las consultas o como forma de resistencia al tratamiento. Las formas clásicas de psicoterapia crean la sensación de que el compromiso es indefinido. Esto hace que el paciente, como los niños, suponga que el tiempo no tiene límites, con lo que se le aparta aún más de la realidad.

Se sabe que los pacientes se apresuran a lograr un objetivo cuando el tiempo es limitado y amplían el margen cuando disponen de más tiempo, sea que se trate de una meta terapéutica o del logro de un determinado *insight* -introspección. Tan así es que hay quienes suponen que durante los últimos diez minutos de una sesión es cuando surgen los temas más importantes y las respuestas transferenceales y contratransferenceales más relevantes. En la misma dirección, hay quienes opinan que, durante la aplicación de la prueba de Rorschach, la última respuesta es la más reveladora de la psicopatología del paciente. Así, parece que puede conseguirse un máximo beneficio en un mínimo de tiempo. El problema del tiempo en psicoterapia está llegando a su fin.

Las limitaciones en tiempo obligan a que todo lo que se diga y no se diga sea significativo, que toda forma de interacción entre terapeuta y paciente sea importante. Ambos están participando, consciente e inconscientemente, todo el tiempo, en forma verbal y no verbal, cognoscitiva y conductualmente. No habrá que dejar los cambios al futuro, no hay tiempo ilimitado por delante; habrá que crear un ambiente terapéutico con toda su riqueza y complejidad, como expresión de sus múltiples posibilidades, en el menor tiempo posible.

En el presente existe la convicción de que ningún método por sí solo ofrece la clave del beneficio terapéutico; más bien son los factores curativos que dichos métodos comparten entre sí los que en realidad interesan. En algunos casos, por ejemplo, el *insight* puede resultar benéfico; en otros la catarsis o aprender nuevos hábitos es lo aconsejable, así como en algunos más conviene la dependencia del paciente por una neurosis de transferencia o una relación "dentro de la realidad". La tendencia, entonces, es hacia el pluralismo o eclecticismo en la práctica, es decir, hacia la integración de la esencia de los ingredientes terapéuticos, transformados en un método condensado, en una amalgama depurada de lo que más beneficie a los pacientes; sin romanticismos ni desplantes obsoletos de supuestos iluminados. Se trata de atender los síntomas primarios, como la depresión o la angustia, con psicofármacos y así favorecer una intervención más efectiva con el método psicoterapéutico más indicado. Todo, durante un lapso bien definido.

Este libro persigue ofrecer al lector, especialista y no enterado, los principios generales de las tres formas básicas de psicoterapia que se ofrecen en el momento actual, con sus variantes más comunes, esperando puedan formarse una opinión más clara respecto de esos procedimientos y estén en condiciones de poder elegir con más confianza el que consideren más adecuado a sus intereses y necesidades.

Agradezco a Agustín Ramos y a Lucy Torres su desinteresada ayuda durante las diferentes fases de la preparación de esta obra.



# **CAPÍTULO I**



# PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

## Introducción

Los problemas que hacen a una persona buscar alguna forma de ayuda psicoterapéutica son de tres tipos generales: 1) los que parecen haberse originado en la vida pasada del sujeto, incluso en la infancia; 2) los que parecen estar siendo originados por agentes estresores del presente, tanto del exterior como de la vida interna de la persona, y 3) los más comunes, los que se originan en la combinación desfavorable de influencias de la vida pasada y de la presente.

Desde el punto de vista clínico, los conflictos psicológicos del presente nunca aparecen totalmente desligados del pasado. Los primeros aparecerán apoyados en antiguas y crónicas dificultades, lo cual sugiere que son ellas las que predisponen a que el paciente responda de manera inadecuada frente a una determinada situación. Todos hemos sabido de personas que conducen su vida de tal manera que da la impresión de estar siendo víctimas de un malévolos destino. La labor del psicoterapeuta\* es precisamente la de discernir y descubrir la forma estereotipada mediante la cual el paciente se ha complicado la existencia a lo largo de su vida.

Cuando los problemas del paciente parecen originarse en su vida pasada, con manifestaciones leves en la vida presente, el psicoanálisis es el método terapéutico de elección. Esto a condición de que el paciente trate de evocar las emociones y fantasías vividas durante experiencias del pasado, en una atmósfera en la que pueden ser cuidadosamente estudiadas, con objeto de diferenciar, de una vez por todas, el pasado del presente. En contraste, evocar fenómenos regresivos, además de los que el paciente plantea en un principio, no sólo no es necesario sino además indeseable si se considera que los

---

\*A lo largo del libro, los términos *psicoanalista*, *analista*, *psicoterapeuta* y *terapeuta* se utilizan como sinónimos.

problemas que hay que tratar son, predominantemente, resultado de su vida presente. En este caso, alguna forma de psicoterapia psicoanalítica en la que se hace mucho menos énfasis en las formas de comportamiento del pasado será el recurso terapéutico de elección. En las personas con una vida presente muy conflictiva, aunque sea obvio que sus problemas tengan su origen en la infancia, el tratamiento que hay que elegir será la psicoterapia psicoanalítica. A tal grado que no atender y analizar los problemas de la vida presente del sujeto puede traer muy lamentables consecuencias para su devenir existencial. En contraste, el psicoanálisis está indicado para quienes su vida presente resulta suficientemente estable.

Esta división metodológica, sin embargo, es sólo aparente, ya que el psicoanálisis y las múltiples variedades de psicoterapia psicoanalítica forman parte de un mismo proceso de continuidad. Es indudablemente cierto que tanto el psicoanálisis como la psicoterapia psicoanalítica se valen de la interpretación psicoanalítica para entender el comportamiento del ser humano; ambos intentan el beneficio terapéutico modificando el comportamiento a través de métodos psicológicos del tipo de la confrontación, la clarificación y la interpretación; ambos requieren introspección por parte del paciente y entendimiento empático por la del psicoterapeuta; ambos métodos, en fin, consideran al comportamiento humano como manifestación simbólica de motivaciones inconscientes; la diferencia radica en el énfasis que se haga en el pasado como factor causal o en el aquí y el ahora.

La principal modalidad técnica del psicoanálisis es la interpretación; se concentra en los eventos de la relación analítica, tendiendo a considerar esa relación, todo es que se haya establecido la neurosis de transferencia, como un sistema cerrado. Sin embargo, la psicoterapia psicoanalítica enfatiza los predicamentos cotidianos del paciente y da menos importancia a los eventos de la relación terapeuta-paciente, excepto cuando resulta obvio que obstaculizan el proceso terapéutico. La psicoterapia psicoanalítica puede valerse de medidas de apoyo, consejo, manejo del ambiente y otros recursos además de la interpretación. Lo cual no quiere decir que, en la práctica, estos contrastes sean siempre claros, ya que a menudo puede ser muy difícil, si no imposible, definir si un tratamiento en particular es psicoanálisis o psicoterapia. También es cierto que, en otros casos, los extremos del proceso de continuidad aparecen tan diferenciados que los dos métodos terapéuticos parecieran no tener relación alguna.

El hecho es que, tanto en psicoanálisis como en las psicoterapias que se derivan de él, el común denominador es la relación entre el terapeuta y el paciente en el aquí y el ahora. Del manejo adecuado de esta relación, así como de los aspectos prácticos que implica —como horario y pagos—, depende el éxito tanto del psicoanálisis como de la terapia psicoanalítica, por lo que en este capítulo sobre psicoterapia individual se desarrollarán las características principales de ambos métodos.

## EL PSICOANÁLISIS COMO MÉTODO TERAPÉUTICO

### La relación psicoanalítica

La sesión psicoanalítica se da, en el presente, de manera muy semejante a como ocurría en los tiempos de Freud. El paciente se recuesta en un diván; el analista permanece en silencio detrás de él, interviniendo lo menos posible, excepto cuando hace alguna pregunta o interpretación. Las sesiones son de cincuenta minutos cada una, cuatro o más veces a la semana. El terapeuta, al mismo tiempo que escucha, trata de entender el mensaje simbólico, las motivaciones inconscientes o las ideas latentes contenidos en lo que el paciente dice. Mientras tanto, a éste se le invita a que asocie libremente. Aunque el psicoanalista trata de no imponer al paciente ni su personalidad ni su marco de valores, ambos tienen que negociar algunos aspectos prácticos: horario fijo de las sesiones, cuota por sesión y pago de las sesiones cuando no se vean por causa del paciente o del analista, incluyendo vacaciones de ambos. Pronto se hacen claros para el paciente algunos aspectos de la personalidad real del psicoterapeuta, mismos que subyacen en la relación analítica; del manejo adecuado de la relación real entre ambos puede depender, en muchas ocasiones, el éxito o fracaso del tratamiento.

La recomendación de que el paciente permanezca recostado durante la sesión es resultado de la práctica inicial de la hipnosis que hacía Freud, así como de la incomodidad que le causaba que el paciente descubriera sus reacciones emocionales ante lo que escuchaba. No obstante, los años han demostrado que el uso del diván puede tener importantes efectos psicodinámicos sobre el paciente.

Puede inducir estados regresivos, producir angustia o hacer que surja desconfianza inconsciente a la autoridad, al no poder observar las reacciones del terapeuta; también es posible que se despierten arcaicos sentimientos de soledad al no experimentar frontalmente la compañía del psicoanalista; todas éstas son respuestas que, por otra parte, hablan de qué tanto el paciente es sujeto de análisis. Hay que recordar que la disminución de estímulos visuales y auditivos favorece los estados regresivos, a los que, durante la sesión, habrá que controlar y mantener al servicio exclusivo del tratamiento; hay que recordar que la influencia sensorial de cualquier comentario del terapeuta detiene el proceso regresivo.

### La norma esencial

El trabajo del analista consiste en escuchar, entender y tratar de interpretar lo que el paciente dice. Al paciente se le pide que, con la mayor sinceridad posible, trate de verbalizar todo lo que venga a su mente. Se le invita a dejar a un lado los convencionalismos que regulan las conversaciones cotidianas y a decir al psicoanalista todo lo que está pensando, aunque tema que puede ser ofensivo o decir cosas sin sentido. Lo cual no significa que el paciente no deba estar alerta de lo que dice, pues resulta obvio que tendrá que colaborar con el analista para que entre ambos traten de explicarse el origen de los conflictos del paciente.

Con lo anterior se persigue puntualizar la importancia que para el análisis tienen la verbalización y el reconocimiento de los contenidos psíquicos habituales, como son las ideas, impulsos, deseos, fantasías, conflictos y emociones del paciente. Con ello se enseña al paciente a que debe evitarse toda acción que no haya sido previamente sujeta a consideración y análisis, lo cual es favorecido por la posición supina del paciente durante la sesión y la actitud receptora del analista a lo que escucha.

Tensiones contenidas, entonces, encuentran un medio verbal o afectivo de expresarse. Esto disminuye la frecuencia de acciones impulsivas repetidas, *acting-outs* o "actos contraproducentes", como el autor ha sugerido que se les llame en español.<sup>1</sup> Una complicación

del tratamiento puede surgir cuando las tensiones se expresan a través de padecimientos psicosomáticos o si se agravan los que ya existían

Por lo anterior, es común recomendar a los pacientes que durante el tratamiento no lleven a cabo cambios importantes en su vida, como es el caso de matrimonio, divorcio, salida del hogar paterno, cambio de carrera o de empleo, salvo que dichos cambios se hayan analizado antes con detenimiento. El problema radica en que el psicoanálisis puede remover conflictos infantiles que el paciente tratará de resolver en la acción, dando origen a un acto contraproducente, en lugar de solucionarlo en la sesión analítica. Aunque muchas veces es difícil delimitar entre una inquietud bien fundamentada del paciente y otra de origen conflictivo, la recomendación terapéutica general es que las acciones importantes de su vida — como el matrimonio o el divorcio —, se pospongan hasta que el psicoanálisis haya terminado o, al menos, cuando la neurosis de transferencia esté suficientemente resuelta. Sin embargo, en la época de Freud la duración del tratamiento psicoanalítico era de unos cuantos meses, por lo que esa recomendación cabía sin mayores complicaciones; en cambio en la actualidad el tratamiento tiene una duración promedio de cuatro o cinco años, por lo que el paciente se enfrenta a un verdadero dilema entre las normas psicoanalíticas y el curso natural de su devenir existencial; tal dilema habrá que discutirse y analizarse con toda claridad. La situación se complica de manera especial en aquellos pacientes con fuerte tendencia a agradar a la figura de autoridad (en este caso el psicoterapeuta) o en los pacientes obsesivo-compulsivos, que de suyo tienen muy restringido el ejercicio de su libertad de acción y son muy obedientes. A pesar de todo, cuando esta norma esencial del psicoanálisis — se haya hecho explícita o no — se maneja de manera adecuada, favorece el ejercicio frecuente de la asociación libre.

### **La libre asociación de ideas**

La libre asociación de ideas, en sentido estricto, no es tal, ya que sobre ella influyen factores como los siguientes: conflictos neuróticos inconscientes, el deseo de agradar al analista, el interés por mejorar o el deseo de conservar cierta imagen narcisista. La mayor o menor participación de estos factores resulta definitiva en el avance o estan-

camiento del tratamiento. El paciente se encontrará inmerso en el conflicto que resulta del choque de dos impulsos arcaicos: el de agrandar a la omnipotente figura de autoridad (impulso que el analista rechaza) y la mirfada de sentimientos negativos que el terapeuta despierta en el paciente. No será fácil demostrar al paciente lo infundamentado de ambos impulsos.

### **La atención flotante del analista**

En respuesta a la libre asociación de las ideas del paciente, el psicoanalista conserva la llamada "atención flotante" a ellas, al mismo tiempo que presta atención a las asociaciones que le despierta lo que el paciente dice. Debido a que se supone que el analista está preparado para captar los pensamientos o emociones que disfraza el paciente en lo que verbaliza, de igual manera podrá entender o expresar de forma más clara lo que el paciente está diciendo simbólicamente en una metáfora o en una acción. Así como el yo del paciente está dividido entre la experiencia que vive en la sesión y al sentirse observado por el analista, así también el terapeuta permite que surjan sus ideas y emociones ante su paciente al mismo tiempo que permanece alerta frente a ellas. Se supone que la respuesta afectiva del psicoanalista es mucho menor que la del paciente, lo que hace posible que el primero conserve un grado mayor de objetividad frente al material presentado por el segundo. La atención flotante, o capacidad de entender lo que le sucede al paciente, se logra con más facilidad según el tiempo que hayan trabajado juntos y el mayor conocimiento que el analista tenga de la vida del analizado. En todos los casos, el trabajo analítico obliga al psicoanalista a permanecer muy alerta con respecto a las experiencias subjetivas que le despierta el paciente.

### **La regla de la abstinencia**

Durante el tratamiento psicoanalítico es deseable que el analista se abstenga de caer en la tentación de desempeñar el papel de un padre comprensivo y brindar al paciente más gratificaciones afectivas

(e interacción con él) de lo que el tratamiento propiamente requiere. Lo cual no quiere decir que, durante el curso del análisis, el paciente tenga que abstenerse totalmente de alguna forma de gratificación instintiva; lo que se busca es sólo el grado necesario de frustración de los deseos del paciente con objeto de hacer progresar el análisis provocando que sus conflictos psíquicos se hagan conscientes; de lo contrario, la gratificación reduce la disposición del paciente para hacer consciente lo inconsciente, incrementa la represión y hace improductivo el proceso.

### **El proceso psicoanalítico**

No es fácil dar una idea suficientemente clara de en qué consiste un tratamiento de varios años, caracterizados por etapas de entusiasmo, de acercamiento afectivo, de alegría, de interés, de compromiso, de productividad, junto con otras en las que predominan la tensión, el enojo, el distanciamiento, el desinterés, el tedio, la aparente improductividad e incluso la amenaza de interrumpir el tratamiento. Lo habitual es que el proceso psicoanalítico sea lento, incierto, accidentado y tedioso, y en su curso el analista deberá mantener en el paciente un grado óptimo de ansiedad y conservar los niveles suficientes de interpretación, frustración y gratificación. Serán la preparación y la experiencia clínica del terapeuta las que hagan que se mantenga en equilibrio la relación terapéutica de estos diferentes factores.

Si bien ahora, como antaño, el análisis persigue la desrepresión y rememoración de experiencias pasadas, al igual que la integración consciente del material reprimido dentro de la estructura de la personalidad, debe procurarse que esto ocurra de manera gradual y progresiva, pues de lo contrario la experiencia psicoanalítica puede echarse a perder o hasta convertirse en una experiencia traumática para el paciente. De ahí que el psicoterapeuta debe ir preparando a este último para enfrentarse al conflictivo material psíquico reprimido, primero en forma de manifestaciones indirectas del trauma y después con la experiencia traumática en sí. En otras ocasiones, el terapeuta instruirá al paciente para desarrollar la capacidad de introspección, recurso fundamental del psicoanálisis. El analista también podrá encontrarse con las resistencias del paciente al mismo análisis o con

la prueba directa de las experiencias traumáticas en pleno. El hecho es que, más que una línea recta hacia el descubrimiento del inconsciente, el psicoanálisis es un accidentado proceso en el que analista y paciente tratarán de conjuntar, en forma convincente y clara, toda la información que explique de manera coherente la conflictiva del paciente.

### **La transferencia**

El término transferencia ha llegado a utilizarse de manera amplia en los diferentes campos de estudio de la enfermedad y la salud mental para designar formas racionales e irracionales de relación entre dos personas. Pero si algo distingue al psicoanálisis de otras formas de psicoterapia es entender la transferencia como un fenómeno básicamente intrapsíquico inconsciente que provoca la distorsión de la realidad. Por eso para Freud la distorsión de las ideas latentes en el contenido manifiesto de un sueño era un fenómeno transferencial. Además, el manejo que de la transferencia hace el psicoanálisis es otro aspecto que lo distingue de otras formas de psicoterapia. Tradicionalmente se ha sostenido que el tratamiento psicoanalítico consiste en la instauración, las modalidades, la evolución, la interpretación y la resolución de la transferencia.

Al final de *Estudios sobre la histeria*, publicado en 1895, Freud hace notar la existencia de diversos tipos de impedimentos para que se establezca una buena relación entre el paciente y el terapeuta. La mayoría de éstos pueden solucionarse con relativa facilidad, pero Freud encontró que uno de ellos nacía de raíces más profundas y se resistía a los intentos de apartarlo del trabajo analítico. El padre del psicoanálisis llamó a este fenómeno "transferencia", ya que consiste en ciertas actitudes y respuestas afectivas del paciente hacia el analista, mismas que Freud supuso eran "transferidas" a partir de experiencias tempranas vividas con figuras importantes en la vida del paciente.

Estos sentimientos hacia el psicoterapeuta los consideró como "conexiones falsas", como nuevas manifestaciones de viejos impulsos. En el origen de una respuesta transferencial pueden influir experiencias

recientes, del pasado o, mejor aún, una mezcla de ambas. Durante el trabajo psicoanalítico es esencial distinguir el presente del pasado al tratar los fenómenos transferenciales, por lo que el analista deberá colocarse en la posición de nunca interferir el desarrollo de la transferencia, la cual le refleja la naturaleza de la psicopatología del paciente. Esto el analista lo logra conservando una actitud de distanciamiento y absteniéndose de juzgar las acciones del paciente. La participación del psicoanalista en su relación cotidiana con el paciente se reducirá a la mínima indispensable, tratando de dominar la tentación de interferir en la vida de aquél, salvo, claro está, cuando se presente una crisis existencial. Tampoco es recomendable que el psicoterapeuta entre en contacto con algún miembro de la familia del paciente sin el completo consentimiento de éste. Es obvio que la convivencia social del analista con sus pacientes se desaconseja por completo.

El analista deberá conducir su vida privada de tal manera que no se haga una figura pública muy conocida, con todos los sacrificios que esto encierra. De esta forma la figura del psicoanalista también queda disponible para que el conjunto de ideas preconscientes del paciente lo tomen como objeto transferencial de deseos inconscientes, como ocurre, atravesando la barrera de la represión, en la formación del contenido manifiesto de los sueños y en la formación de los síntomas neuróticos. Es decir, en el fenómeno de la transferencia los deseos inconscientes permanecen alerta para, en cualquier momento, manifestarse de manera encubierta o simbólica, utilizando para ello las ideas conscientes o preconscientes habituales de la persona.

Sin embargo, el psicoanalista nunca deberá ser una figura tan remota para el paciente que le resulte sádicamente cruel, en cuyo caso de nuevo puede dejar de ser objeto adecuado para una respuesta transferencial y sí, en cambio, dar pie a un excesivo rechazo a su figura por parte del paciente, lo cual haría muy difícil, si no imposible, demostrar el componente irracional de esta respuesta, provocando con ello el estancamiento y deterioro del proceso terapéutico. Esto explica el caso de muy intensas relaciones sadomasoquistas entre analista y paciente, difíciles de romper y más frecuentes de lo que fuera deseable. Por lo anterior, demuestra inexperiencia o ingenuidad de parte del terapeuta pretender lograr la posición de absoluta neutralidad, o de pantalla en blanco, pues tal hecho nunca se logra y

menos en las psicoterapias donde psicoterapeuta y paciente permanecen sentados frente a frente.

Esto no quiere decir que la transferencia consista en la repetición o liberación de cierto tipo de eventos, más bien se refiere a que los deseos y temores reprimidos de la infancia buscan, en una mente adulta, alguna faceta del analista, del ambiente del consultorio o de la relación psicoanalítica que les permita manifestarse en una nueva versión, para lo cual influyen elementos del presente y del pasado.

### **La alianza psicoterapéutica**

Ya se ha mencionado que el paciente en análisis desarrollará una neurosis de transferencia mediante la cual repite y hace evidentes sus conflictos neuróticos. En términos generales, esta neurosis de transferencia actúa como una resistencia y, para su adecuado análisis, curiosamente se requiere otra forma de respuesta transferencial: la alianza terapéutica. Tanto la neurosis de transferencia como la alianza terapéutica son indispensables para el éxito del tratamiento. Sin embargo, algunos autores, como Zetzel,<sup>2</sup> opinan que para que el paciente demuestre la suficiente confianza que le permita aliarse con el analista, a fin de lograr las metas terapéuticas que se persiguen, es indispensable que tenga como antecedente una adecuada relación afectiva con alguno de sus padres. Esto es, la alianza terapéutica será una réplica transferencial de la confianza básica que el paciente puede tener en una figura de autoridad. Hay que recordar que, con anterioridad, Freud había recomendado que una de las primeras metas del tratamiento fuera favorecer el apego del paciente al terapeuta y una relación armoniosa entre ambos.

De hecho son tan importantes esos fenómenos que es difícil la separación clara entre ellos. Al grado de que se ha llegado a pensar que, en ausencia de la alianza terapéutica, no es posible la interpretación adecuada de las manifestaciones de la neurosis de transferencia. Por otra parte, también es cierto que el análisis correcto del material neurótico refuerza y favorece el trabajo en común entre paciente y psicoterapeuta. Uno de los aspectos más importantes de esta alianza radica en que la motivación entre paciente y analista

concuerdan en un mismo fin. El psicoanalista tiene la mejor de sus intenciones por ayudar (de acuerdo con el método psicoanalítico), y el paciente, el firme deseo de llevar la experiencia a un feliz término; todo ello no obstante lo incierto y accidentado del proceso, de lo débil que sea la búsqueda analítica en un principio y a pesar de la aparición de afectos negativos y positivos.

Es importante hacer notar que no sólo el paciente puede ofrecer obstáculos para un trabajo en común; la experiencia demuestra que en ocasiones cierto tipo de pacientes no son abordados adecuadamente por un determinado analista, lo que dificulta en mucho el establecimiento de una firme alianza terapéutica. En este caso, si el analista no puede superar los obstáculos o conflictos contratransferenciales, lo mejor será que el paciente sea atendido por otro terapeuta. La alianza terapéutica se refiere a la forma en que dos mentes aprenden a trabajar en común, tanto en el aspecto intelectual como en el afectivo. Es un proceso que engloba a dos personas y nunca a una sola de las partes.

### **La verdadera interrelación**

El surgimiento de la neurosis de transferencia, de la alianza terapéutica y de otras formas de conflictos inconscientes no excluye la verdadera interrelación entre dos personas adultas, quienes no obstante la meta en común que las une necesitan ser realistas acerca de aspectos como pagos, enfermedades e interrupciones, entre otros.

El paciente también puede percibir de manera realista a su terapeuta, tanto en lo que se refiere a rasgos racionales como irracionales de su carácter; asimismo puede descubrir respuestas contratransferenciales del psicoanalista, quien puede eludir las hablando de los componentes transferenciales del paciente, pero es evidente que a fin de cuentas el analista tendrá que admitir la certeza de las observaciones del sujeto. No hacerlo atentaría contra la objetividad de éste y amenazaría la solidez de la alianza terapéutica. El terapeuta deberá reconocer sus errores y analizar las reacciones del paciente, cuidándose de no aprovechar esos momentos para desahogar sus propias motivaciones y conflictos.

## Neurosis de transferencia

El fenómeno central del psicoanálisis clásico es el establecimiento de la neurosis de transferencia y su resolución final por medio de la interpretación. Si al principio podemos suponer que el interés del análisis radica en el establecimiento de la alianza terapéutica y en la presentación de respuestasseudotransferenciales —junto con la aparición de actitudes defensivas caracterológicas—, podemos suponer que la segunda fase empezaría con las manifestaciones iniciales de la neurosis de transferencia.

La neurosis de transferencia anuncia su aparición cuando el paciente demuestra mayor interés y preocupación por su análisis, convirtiéndolo temporalmente en el asunto más importante de su vida, incluso por encima de su trabajo y su familia, que pueden llegar a verse afectados por lo mismo. En ocasiones esto obliga a que algunas personas allegadas al paciente también reciban alguna forma de ayuda y orientación. En otros casos, el paciente queda, durante esta etapa del tratamiento, libre de conflictos fuera de la sesión de análisis, considerándose por ello como curado —cura transferencial—, pero con la necesidad de seguir acudiendo a sus sesiones, al grado de que siente que no podría suspenderlas y prescindir del tratamiento.

A diferencia de las débiles manifestaciones transferenciales de la primera etapa del análisis, las respuestas que caracterizan a la neurosis de transferencia tienden a ser peculiares a cada paciente y a sostenerse como tales; se concentran en la figura del psicoanalista y en ellas se hace evidente mucho del material conflictivo del pasado. Es la etapa en la cual se podrá ayudar al paciente a disminuir su ansiedad haciéndole conscientes y suavizando las exigencias de un *superyó* tiránico. Se le ayuda a remover los impedimentos para que broten las manifestaciones de la neurosis de transferencia. Teniendo al psicoterapeuta como aliado, el paciente puede recordar viejos impulsos olvidados, generalmente del tipo de la agresión, la depresión o el miedo. En esta etapa, todo comportamiento del paciente deberá encontrar fundamento en algún tipo de material reprimido, pero nunca hasta el extremo de humillar, descalificar, contraatacar, imponer o presionar al paciente.

Aunque es lógico suponer que la neurosis de transferencia puede presentarse por etapas, también se sabe que en algunos casos pudiera nunca manifestarse. Así sucede, por ejemplo, en pacientes muy narcisistas o con exigencias *superyoicas* severas, sin excluir otras circunstancias de la verdadera interrelación o del manejo de la terapia que obstaculicen su aparición. Un ejemplo del tipo de situaciones que pueden impedir la adecuada aparición de una neurosis de transferencia se encuentra en los alumnos de los cursos de especialidad en psicoanálisis. De cualquier forma, para el momento en que la neurosis de transferencia ha hecho su aparición, analista y paciente ya deben haber establecido una base firme de colaboración y confianza; sólo así la relación puede soportar las tensiones y vicisitudes que le imponen los impulsos irracionales, sean positivos o negativos. Lo importante en este momento es que el yo del paciente desarrolle la fuerza suficiente y la capacidad de observarse a sí mismo — introspección — como beneficios directos de su análisis.

A la neurosis de transferencia se la considera en la actualidad como un poderoso aliado del tratamiento, ya que con ella se reproducen nuevas manifestaciones de experiencias traumáticas de la infancia, con la diferencia de que en el presente el yo del adulto es más fuerte que el del niño, al igual que la capacidad de confrontar, observar y entender la realidad. A esto se suma la alianza con el psicoanalista y la posibilidad de que las exigencias del superyó vayan perdiendo fuerza a medida que el paciente se identifique con su analista. El terapeuta siempre deberá tener presente que está en tratamiento un adulto con conflictos que se originaron en la infancia, pero nunca suponer que está atendiendo a un niño.

### La resistencia

Como resultado de la neurosis de transferencia, pronto surge dentro del análisis la necesidad del paciente de exteriorizar, en la persona del analista, viejos impulsos infantiles, que pueden ser de venganza, agresivos, sexuales, de miedo, incestuosos o de otro tipo. Para que no surjan estos impulsos, y en virtud del interés que el analista tiene de que éstos se hagan conscientes, entran en acción viejas defensas del yo y del superyó, que en el presente también van

dirigidas hacia el analista. Este hecho puede causar sentimientos de culpa en el paciente, los que, junto con las defensas, operan en contra del avance del psicoanálisis.

El análisis de la resistencia, entonces, resulta de especial importancia durante el proceso terapéutico, y es reflejo de los recursos defensivos del yo. Los componentes defensivos del aparato psíquico protegen a la persona del peligro y del dolor; la resistencia, en cambio, impide la descarga inmediata de algún impulso inconsciente. El tipo de defensas, en combinación con los diversos impulsos reprimidos, dan origen a la neurosis en alguna de sus formas. Para fines prácticos, las defensas se van a presentar, durante el tratamiento, como resistencias. Casi cualquier actitud o aspecto de la relación terapéutica puede ser utilizado al servicio de la resistencia; así sucede con los retardos, las inasistencias a la sesión, el olvido del pago, el uso de tecnicismos, el desapego a la regla de la asociación libre, la verborrea racionalizada con el principio de la asociación libre, determinado tipo de posturas, los actos contraproducentes<sup>1</sup> —*acting-outs*—, los sueños muy extensos y otras muchas formas en que se expresa la resistencia. En el acto contraproducente, el paciente manifiesta sus impulsos mediante acciones concretas, en lugar de verbalizar y analizar esos impulsos en la sesión de análisis. Los actos contraproducentes, al igual que los síntomas, resultan del efecto combinado del impulso reprimido y la respuesta defensiva, mecanismo que, por supuesto, el paciente no reconoce.

### El reanálisis o asimilación

Todos los terapeutas han vivido la experiencia clínica de tener que analizar y reanalizar, interpretar y reinterpretar ciertas experiencias y conflictos de la vida del paciente, hasta que le son totalmente claros y el yo puede tener control sobre ellos. Primero se hacen evidentes las maniobras defensivas de que se está valiendo el yo. Para ello, se requiere el trabajo conjunto entre terapeuta y paciente, que se ha designado como alianza terapéutica. Después se habrá de ayudar al paciente a descubrir y aceptar el papel que desempeña en lo que le sucede y a reconocer que con sus defensas algo está evadiendo u ocultando ante la conciencia. Finalmente, se hace claro para el

paciente cuál es el impulso reprimido, qué recursos defensivos utiliza para ocultarlo y cuándo vivió esa experiencia. Así descubre, de manera paulatina, las manifestaciones presentes de su pasado y la diferencia entre ambos; confusión de hechos que resulta esencial cuando se genera una neurosis. Así queda disponible al yo –conciencia– del paciente un impulso que le era completamente ajeno. Es decir, finalmente *asimila* la nueva forma de entender su problemática. Sin embargo, el paciente pronto desarrolla otra resistencia, dando la impresión de que nada se había analizado y el ciclo de reanálisis y reinterpretación –asimilación– de nuevo se lleva a cabo, aunque quizá con más rapidez. Al final de un ciclo se hace ver al paciente cómo se tornó evidente lo mismo y se llegó a conclusiones semejantes que en el ciclo anterior, con sólo algunas diferencias y matices. De esta manera, se demuestra que el yo tiene que ser confrontado, una y otra vez, con las diferentes versiones del material reprimido hasta que esos impulsos inconscientes sean manejados –asimilados– por el yo de manera consciente, neutralizados y despojados de su carga afectiva. Es obvio que la necesidad terapéutica de los ciclos de reanálisis y reinterpretación es una de las causas de que se prolongue el psicoanálisis. Es lógico suponer que, en la mayoría de los casos, una abreacción es insuficiente para que el yo logre el control sobre impulsos que han permanecido reprimidos durante muchos años en la vida de un paciente.

### **La transferencia narcisista**

En general, el análisis de la neurosis de transferencia presupone algún conflicto edípico, con conflictos en la estructura de la personalidad que se originaron en un período de la infancia posterior a la adecuada diferenciación de la individualidad y de las relaciones con los objetos circundantes. El contenido de dichos conflictos estructurales habitualmente es del tipo libidinal incestuoso y agresivo, dirigido hacia figuras significativas de la infancia, junto con las diversas reacciones en contra de esos impulsos, principalmente sentimientos de culpa y temor a dejar de ser querido. Para que un paciente sea analizable es necesario que durante su infancia haya alcanzado el grado de madurez suficiente que le permita una estable y bien integrada conciencia de sí mismo.

Sin embargo, la experiencia clínica hizo evidente la existencia de un numeroso grupo de pacientes con alteraciones narcisistas de la personalidad, que son analizables, pero que no desarrollan la típica neurosis de transferencia. Sus conflictos no parecen ser del tipo edípico incestuoso sino más bien resultado de su relación con objetos narcisistas muy arcaicos. Tales objetos se refieren a una visión grandiosa de sí mismos y a la imagen idealizada de alguno de los padres. La reactivación, durante el proceso terapéutico, de estos conflictos es percibida por el paciente como una amenaza para su propia estabilidad psíquica. El análisis adecuado de este tipo de pacientes exige que el analista no se interponga o interfiera con el tipo de transferencia narcisista que presenta el paciente. De tal suerte que la idealización transferencial del terapeuta y la proyección de omnipotencia del paciente en el analista no debe ser contrarrestada y sí, en cambio, permitida su aparición. Lo importante será buscar cuáles estímulos son los que hacen surgir este tipo de respuesta transferencial.

Si el psicoterapeuta no reconoce estos hechos e inhibe la aparición de la transferencia narcisista, hará que la neurosis de transferencia se asemeje al tipo clásico con los conflictos edípicos característicos. Esto se ve favorecido por la necesidad del paciente de agradar al terapeuta, junto con los conflictos edípicos que realmente haya vivido, con la salvedad de que el material conflictivo importante permanecerá reprimido y el proceso terapéutico sólo será una imitación forzada del tipo clásico.

Aunque el psicosisíndrome de la personalidad narcisista está bien reconocido y tipificado (son pacientes vanidosos, exhibicionistas y con una actitud de arrogante ingratitud), en lo que los autores no están de acuerdo es en el mecanismo causal que lo determina. Para Heinz Kohut<sup>3</sup> es normal que el niño pase por una etapa de un yo grandioso. Si es objeto de rechazo o carece de respaldo afectivo suficiente, quedará fijado en ese periodo y no vivirá la etapa edípica de su desarrollo emocional. Kohut considera que las manifestaciones edípicas que estos pacientes presentan durante su tratamiento son una nueva experiencia para ellos y no una forma de transferencia.

Para Otto Kernberg,<sup>4</sup> en cambio, las resistencias narcisistas de la neurosis del adulto son consecuencia de alteraciones durante el desarrollo, resultan diferentes del narcisismo normal del adulto y no

están relacionadas con fijaciones o regresiones a las etapas normales del narcisismo infantil. Ambos autores concuerdan en que en estos pacientes hubo algún problema durante su desarrollo y que las resistencias narcisistas son de carácter defensivo; difieren al considerar al servicio de qué están esas defensas. Para Kernberg la neurosis narcisista es resultado de un conflicto intrapsíquico, mientras que para Kohut esta neurosis deriva de un conflicto interpersonal o con el ambiente por falta de empatía de los padres hacia su hijo, y no sólo de un conflicto intrapsíquico. Los dos investigadores piensan que la negación, por parte de estos pacientes, de la individualidad del terapeuta y el rechazo de su dependencia del analista, los protege de la riesgosa posibilidad de volver a vivir una arcaica y dolorosa relación interpersonal. Kernberg piensa que la idealización transferencial del analista esconde la envidia intensa que le tiene, y que sólo cuando son suficientemente analizados e interpretados los arcaicos impulsos agresivos y destructivos del paciente puede éste desarrollar una estable y cohesiva sensación de su personalidad. En cambio Kohut recomienda comprensión y empatía para estos pacientes, manteniendo las expresiones de hostilidad en un nivel mínimo.

Algunos autores evitan la confrontación con los pacientes narcisistas; otros la fomentan de manera activa. No existe una bien definida técnica para abordarlos; la experiencia del psicoterapeuta será fundamental para decidir en quiénes de ellos es aconsejable la confrontación y en quiénes resulta preferible una actitud de mayor cautela y tolerancia. De cualquier forma, cuidar la relación interpersonal entre terapeuta y paciente parece de crucial importancia en estos casos.

### **La contratransferencia**

Así como la transferencia se refiere tanto a los afectos positivos como negativos del paciente hacia el analista, de manera análoga la contratransferencia engloba las múltiples reacciones que el terapeuta puede tener ante su paciente. Este aspecto es importante si tomamos en cuenta que la alianza terapéutica involucra la participación de dos personas, y resulta tan importantes que el analista cumpla su papel como la capacidad del paciente para cumplir el suyo. De esto

puede depender que un determinado paciente se sienta a gusto y comprometido con un terapeuta y con otro no.

Si nos referimos a ciertas posibles áreas de conflicto que el paciente puede representar para el psicoanalista, en nuestro medio es común que estas áreas se refieran a la posición socioeconómica del paciente, a su aspecto físico y a la actividad que realice. La mayoría de los psicoanalistas provienen de alguno de los estratos de la clase media y, con frecuencia, su preparación ha significado un importante esfuerzo económico para sus familias, de tal suerte que personas de muy buena posición económica o famosas y, por el contrario, pacientes de escasos recursos económicos y poca preparación pueden ser fuente de conflictos contratransferenciales muy intensos para muchos psicoterapeutas. Vivimos en una sociedad con serios conflictos raciales, por lo que una persona a la que el psicoanalista suponga más agradable físicamente que él, o menos agradable, también puede provocarle respuestas contratransferenciales de subordinación, competitividad o superioridad, según el caso. El analista se sentirá más a gusto atendiendo a pacientes con una posición socioeconómica, con un nivel de preparación y de inteligencia, y con una presencia física semejantes a los de él. Es obvio que los terapeutas con poca experiencia estarán más expuestos a presentar este tipo de reacciones contratransferenciales, las que con la ayuda de algún colega o con autoanálisis podrán superar sin mayor dificultad.

Dentro del contexto de la contratransferencia se incluyen otro tipo de reacciones, como actitudes paternas del analista hacia alguno de sus pacientes, rechazo a otro por no observar mejoría, involucración sexual con alguien más, ocultamiento injustificado de alguna interpretación o presión moral y hasta chantaje con el fin de que una persona se comporte de determinada manera, entre otras muchas.

También es importante tomar en cuenta que, al igual que en la transferencia, en la contratransferencia no todo se referirá a conflictos no resueltos del analista; en muchos casos sus respuestas serán acordes con la realidad objetiva del paciente. Existen muchas situaciones agresivas o seductoras frente a las que el analista no sólo tendrá que valerse del recurso del análisis e interpretación de esa determinada situación, sino además habrá de responder con la firmeza que amerita el caso.

### **Terminación del tratamiento**

La etapa terminal del tratamiento empieza cuando el paciente ha exteriorizado y analizado la mayor parte de las experiencias infantiles traumáticas y ha empezado la resolución de esos conflictos mediante el ejercicio de nuevas opciones, con respuestas más saludables y adaptativas. El paciente siente que puede seguir por sí mismo y los resultados plenos del análisis se harán evidentes incluso tiempo después de haber interrumpido el tratamiento.

La terminación del tratamiento es precedida por una etapa en la cual se analizan, confrontan, modifican o desaparecen todas las falsas concepciones que sobre el tratamiento o la imagen del analista tenía el paciente. Esta fase lo acerca todavía más a la realidad y, de no llevarse a cabo, el tratamiento quedará inconcluso. Las respuestas transferenciales negativas y positivas exigen ser resueltas para el buen éxito del proceso terapéutico, de lo contrario, requerirán de una etapa de reanálisis con el mismo o con otro terapeuta. Tan pronto como se han removido los componentes infantiles de la relación terapeuta-paciente, el analista surge como una figura real para el paciente, percibiéndolo tal cual es.

## **LA INTERPRETACIÓN ANALÍTICA**

La interpretación psicoanalítica se refiere al hecho de hacer inteligibles y claros todos aquellos aspectos de la vida del paciente que les son inexplicables y que le crean conflictos. Mediante la interpretación se le hacen evidentes las causas y los efectos de su comportamiento consciente y sus motivaciones inconscientes. Para el análisis clásico la participación del analista se reduce a la interpretación de los conflictos neuróticos del paciente.

### **La relación con la transferencia**

Las características del encuentro terapéutico, junto con las interpretaciones del terapeuta, favorecen las vivencias regresivas del pa-

ciente. El psicoanalista dirige particularmente la atención del paciente hacia eventos de la sesión de análisis y hacia fenómenos intrapsíquicos que en ese momento esté viviendo. El análisis se concentra en la relación terapeuta-paciente y en las respuestas transferenciales que despierta. La búsqueda consistirá en ir profundizando en el conocimiento de material reprimido cada vez más arcaico, para lo cual la interpretación incluye los sueños y las fantasías del paciente, sobre todo cuando se refieren al tratamiento y al terapeuta.

### **Interpretación de los sueños**

Para entender el significado de un sueño se requiere el conocimiento de hechos presentes y pasados de la vida del paciente, los cuales se combinan en el contenido manifiesto de los sueños. Se sobreentiende que un sueño surge, a manera de comentario, como resultado de los eventos del día o días anteriores al sueño. Dichos eventos estimulan algún tipo de material reprimido e inconsciente, incluso de la temprana infancia. Por lo mismo, la relación del paciente con el terapeuta puede constituir un poderoso estímulo para que surjan diversos sueños transferenciales. Sin embargo, existe el riesgo de que la interpretación de los sueños durante las sesiones de análisis se transforme en una forma de resistencia que más bien obstaculice el desarrollo del tratamiento y no ayude al esclarecimiento de la neurosis de transferencia. No obstante, en muchas ocasiones los sueños son el único recurso con que cuenta el analista para descubrir las características transferenciales del momento.

### **El presente y el pasado en la vida del paciente**

Se supone que la forma adecuada de llevar a cabo la interpretación psicoanalítica incluirá tanto el esclarecimiento de los conflictos del presente como los hechos pasados que están influyendo en ellos. Esta interpretación no sólo hace observaciones acerca de los conflictos del presente y del pasado, sino también en relación con las maniobras defensivas utilizadas por el paciente y las razones por las

cuales esos conflictos aún están vigentes. Es necesario aclarar que una interpretación así culmina y resume una serie de interpretaciones parciales, que son las más comunes a lo largo del proceso analítico. Es claro que la mayor parte de las veces se van tocando diferentes aspectos de un mismo conflicto, o nuevos conflictos que han surgido como soluciones inadecuadas a conflictos más antiguos. En ocasiones una sola palabra puede ser suficiente como interpretación, en cuyo caso salen sobrando demasiadas explicaciones por parte del analista, ya que no aportarán algo nuevo.

### **El momento adecuado**

Uno de los aspectos más difíciles de dominar es el momento adecuado para hacer una interpretación. En ocasiones se pasa el momento y se desaprovecha el material; en otras se adelanta el terapeuta e interpreta algo cuando el paciente no está en condiciones de entenderlo, asimilarlo y aprovechar esa información de manera suficiente. En otras circunstancias el terapeuta puede caer en la tentación de interpretar demasiado, presentando al paciente una recopilación inoportuna de lo que sucede. Diversos autores están de acuerdo en que el mejor momento de una interpretación es justo antes de que el paciente mismo lo entienda; asimismo recomiendan interpretar material con contenido afectivo o puntualizar el conflicto central de un determinado problema. Esta última forma permite al analista un mayor control consciente de lo que ocurre en la sesión de análisis, queda menos a merced de su intuición y se apoya en el hecho de que con frecuencia los pacientes manejan un solo conflicto en un momento dado.

Todo el material de una sesión de análisis (como sueños, asociaciones y mensajes no verbales) debe estar relacionado con el conflicto que se esté analizando en ese momento; de no ser así, indicaría que el conflicto principal es otro y no se ha detectado. Cuando una hipótesis interpretativa no explica y encadena de manera clara los hechos que están ocurriendo, el analista debe buscar la alternativa hasta que la problemática quede suficientemente entendida. Por lo mismo, es importante que en la medida de lo posible haya continuidad entre lo que se analiza de una sesión a otra. Si no ocurre de esa

manera y pareciera que una sesión es totalmente independiente de la anterior, significará que el terapeuta no está entendiendo correctamente lo que sucede. Si esta situación se presenta después de una etapa larga es probable que esto ocurra porque algo importante se pasó por alto y lo mejor sea indagar qué fue.

## **FACTORES TERAPÉUTICOS DEL PSICOANÁLISIS**

La mayor parte de las teorías acerca de los efectos terapéuticos del psicoanálisis, así como de otras formas de psicoterapia, asumen que en el ser humano hay una tendencia hacia la madurez. Esta suposición, sin aclarar la naturaleza de tal tendencia, sólo resulta apropiada para explicar por qué la mayoría de las personas casi siempre están bien y no enfermas; asimismo se ve apoyada por la observación común de que, desde el nacimiento hasta la muerte, las personas cambian de manera uniforme. De igual forma se considera bien establecido que la salud y la madurez, en buena medida, son resultado de un ambiente favorable para el individuo, empezando por una adecuada interacción entre los padres y el niño, con lo cual se favorecerán la supervivencia y el desarrollo físico y psicológico adecuados. Vistas así las cosas, si consideramos la neurosis como reflejo de alguna alteración durante el desarrollo, sea porque la estructura psicológica resultó inadecuada o porque existe un conflicto psíquico no resuelto, ¿cómo podrá la terapia corregir dicha alteración?

### **El punto de vista de Freud**

Desde sus primeros escritos, Freud consideró la neurosis como resultado de la lucha que el individuo mantiene contra sus propios impulsos y contra las experiencias traumáticas. Los primeros pueden predisponer a la persona y por ello ésta se verá afectada por la realidad externa. Estos impulsos arcaicos pueden propiciar vulnerabilidades en la vida presente del sujeto y así confundirlo e imposibilitarle diferenciar entre presente y pasado. En un principio, Freud supuso que para el paciente bastaba hacer consciente lo inconsciente,

y dejaba al mismo la labor de integración y síntesis, labor que, consideró, era automática. Suponía que el proceso curativo era algo que ocurría dentro del mismo paciente y a su propio estilo. Sin embargo, Freud fue apreciando poco a poco la importancia de la neurosis de transferencia tanto como medio para reproducir los conflictos del pasado, cuanto como una forma de obstaculizar el entendimiento de esos conflictos. Este doble componente se hace evidente en la clínica al observar en los pacientes mayor tendencia a la acción que al entendimiento de lo que les sucede.

Lo anterior pone de relieve la importancia de poder diferenciar las influencias que provienen del pasado de las experiencias del presente. El primer objetivo del analista sería, entonces, facilitar el apego del paciente a él, para que, paradójicamente, el tratamiento ayude al analizado a eliminar esa tendencia a depender, haciéndolo más autónomo y autosuficiente.

Freud buscaba básicamente la resolución, o cuando menos la reducción de los conflictos, con las modificaciones consiguientes en la estructura psíquica del sujeto. Consideró de extrema importancia que el paciente conociera y reconociera su problemática, siempre apoyado en el apego afectivo al terapeuta y en la capacidad de síntesis —intelecto— del yo.

Tiempo después, Freud descubriría las resistencias del paciente para hacer consciente lo inconsciente, con lo cual la técnica psicoanalítica giró hacia el análisis de los mecanismos de defensa del yo, por medio de los cuales se contrarrestan los impulsos inconscientes. Ya no fue suficiente descubrir algún impulso reprimido; desde entonces el analista tuvo que aclarar cómo y por qué un cierto impulso —sexual, agresivo o de miedo— estaba reprimido; asimismo, debió descubrir las experiencias que le dieron origen. Al final, Freud depositó en el intelecto maduro del paciente la posibilidad de obtener los mayores beneficios del proceso terapéutico. Con el inicio de la "psicología del yo" también cobró impulso el postulado que le da al intelecto un papel definitivo en el proceso terapéutico, de tal suerte que el paciente podrá proyectar en el terapeuta las imágenes introyectadas de figuras de autoridad significativas de su infancia, lo que tendrá que ser confrontado con la benignidad real y mayor objetividad del analista, hasta modificar, de manera gradual, las exigencias del superyó. Como resulta evidente, son definitivas las capacidades re-

flexivas del yo, fuera de las áreas de conflicto del paciente, para de esta manera conseguir su mejoría.

Más adelante, la teoría del psicoanálisis empezó a plantearse la idea de qué tan decisiva era la relación del paciente con el analista — transferencia — para facilitar el beneficio terapéutico, como la interpretación de lo que sucede. Por lo mismo, la relación analítica ha llegado a compararse con la relación madre-hijo o padre-hijo. De esta forma se conjugan los efectos de una nueva experiencia (relación terapeuta-paciente) y el ejercicio del intelecto (interpretación). Es obvio que la idea de la alianza terapéutica surgió de estos planteamientos.

A todo esto puede agregarse un comentario acerca del punto de vista *económico*, en relación con la existencia de una presunta energía psíquica. En virtud de los múltiples ataques que el concepto de energía psíquica ha recibido, en la actualidad se tiende más bien a hablar de motivaciones. De esta forma es lógico suponer que, en un determinado momento, el sujeto se habrá de mostrar más motivado para algo o hacia algo. Esto lleva al paciente a responsabilizarse de sus acciones y sobre todo a dotar de sentido y de una adecuada utilidad a su tratamiento.

En el presente, uno de los más importantes temas en discusión acerca de los beneficios terapéuticos del psicoanálisis tiene que ver con el papel de las modificaciones en la estructura psíquica, esto es, por un lado la escuela de Kernberg enfatiza el enfoque tradicional del análisis y resolución de los conflictos arcaicos del sujeto, mientras que por otro la escuela de Kohut subraya el papel psicopatológico de un ambiente inadecuado que impide el desarrollo correcto de la estructura psíquica del niño. Según este enfoque, la actitud empática y receptiva del analista será fundamental para corregir el daño hecho por los padres. Sin embargo, para Kernberg el individuo con demasiada agresividad desde la infancia proyecta ese impulso hacia sus padres o hacia los objetos transferenciales, y desarrolla defensas para manejar esas relaciones distorsionadas. Este autor sugiere confrontar al paciente para ayudarlo a resolver sus conflictos. Ambos parecen conceder importancia a la experiencia afectiva de la relación terapeuta-paciente, a las modificaciones de la estructura psíquica del paciente y a las interpretaciones del analista.

## Indicaciones

La indicación principal del psicoanálisis es para los pacientes con conflictos de larga duración, con manifestaciones en el presente cuyo origen es inconsciente y que se expresan en forma de síntomas o problemas caracterológicos suficientemente serios como para justificar un tratamiento prolongado. El paciente para análisis presenta conflictos no sólo con su ambiente sino, principalmente, dentro de la estructura misma de su personalidad. Este conflicto no es accesible a la conciencia, y los frustrados impulsos que lo acompañan presionan con insistencia para expresarse o ser descargados, lo cual da origen a fenómenos transferenciales de diverso tipo.

Lo anterior puntualiza la importancia de los conflictos del pasado, con pugnas no resueltas en el presente y que puedan ser transferidas al analista, como principales características del paciente para el análisis. Se supone que tales respuestas se pueden manifestar en algunos pacientes ya considerados por Freud, como los sujetos histéricos con reacciones conversivas, los que presentan fobias o ansiedad histéricas, y los neuróticos compulsivos. En la actualidad se considera al psicoanálisis como el tratamiento de elección de las neurosis narcisistas, junto con otras neurosis caracterológicas en pacientes con carácter oral, anal o fálico. La tendencia presente es la de que el analista atienda un mayor número de problemas caracterológicos y un menor número de síntomas neuróticos. En todo caso es fundamental el estudio individualizado del conflicto de cada paciente.

## La motivación del paciente

Para valorar qué tan analizable resulta un paciente es esencial tomar en cuenta el grado en que pueda establecer la alianza terapéutica y su deseo de conservar un proceso analítico, cada vez más profundo, que persigue un cambio psíquico interno mediante una cada vez mayor concientización de los conflictos inconscientes. El yo del paciente en análisis debe ser tal que tolere la frustración de sus impulsos sin que presente un acto contraproducente grave y sin que

vaya de una forma de psicopatología a otra. Por esta razón, la psicosis y la adicción a drogas sólo pueden ser atendidas por psicoanálisis a condición de que se modifique el enfoque técnico habitual. La mayoría de los pacientes psicóticos se excluyen del tratamiento psicoanalítico tradicional debido a la dificultad que tienen para crear lazos afectivos y establecer contacto con la realidad (indispensables para la neurosis de transferencia), junto con el carácter arcaico de las emociones que son transferidas al analista y las inevitables respuestas contratransferenciales que despiertan en el terapeuta. La mayor parte de los pacientes con alguna forma de adicción no son adecuados sujetos de análisis debido a que su yo es incapaz de tolerar la frustración de algunos impulsos primitivos, con el agravante de que con frecuencia regresan al consumo compulsivo de la droga a la que son adictos. Como siempre, sin duda existirán algunas excepciones.

### **Contraindicaciones**

Las contraindicaciones generales del psicoanálisis se refieren a los siguientes casos: 1) falta de una actitud suficientemente reflexiva y de cooperación, frecuente en pacientes con un yo débil o con una estructura caracterológica muy rígida (a menudo a los pacientes mayores de 40 años de edad se les considera faltos de la flexibilidad suficiente para presentar cambios importantes en su personalidad, sin embargo, no es raro que pacientes mayores de 40 o 50 años puedan beneficiarse con el método); 2) los conflictos neuróticos pueden ser tan discretos que no se justifica la inversión del tiempo, dinero y esfuerzo que requiere un psicoanálisis completo; 3) los conflictos neuróticos del paciente pueden exigir tan urgente atención que no permitan esperar lo suficiente para que se establezca la neurosis de transferencia; y, 4) tomando en cuenta la realidad de un paciente puede ser tan limitada su posibilidad de cambio que el tratamiento pudiera acarrearle más complicaciones que ventajas.

Es obvio que sólo un periodo breve de análisis de prueba es el que puede ayudar a decidir si un paciente es analizable y determinar lo adecuado que sería analizarse con un terapeuta en particular.

## PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Desde un punto de vista amplio, la psicoterapia se refiere a todos aquellos procedimientos que utilizan métodos psicológicos para influir en el comportamiento de una persona con fines terapéuticos. La psicoterapia psicoanalítica es una forma de psicoterapia que se basa en la interpretación analítica. Resulta incuestionable que el psicoanálisis constituye, en sí mismo, la forma más precisa de psicoterapia psicoanalítica y quedaría ubicado en el polo de un amplio espectro de posibilidades donde en el polo opuesto podría ubicarse la psicoterapia de apoyo. Aunque en apariencia no existe conexión entre las diferentes formas de psicoterapia, la realidad es que están interconectadas, pues todas tratan de entender el comportamiento con base en las teorías y hallazgos clínicos del psicoanálisis. A tal grado que algunas formas de terapia, como la psicoterapia breve, pueden resultar aún más complicadas en la práctica que el mismo psicoanálisis, el cual no impone restricciones en tiempo, curiosidad y ambición del terapeuta.

El término psicoterapia psicoanalítica se suele aplicar a un tipo muy específico de psicoterapia, sin límite de tiempo, que persigue metas como introspección, mayor grado de madurez y cambios del carácter. El método se practica en sesiones cara a cara entre el terapeuta y el paciente, con una frecuencia semanal menor a la del análisis propiamente dicho, pues se desarrolla generalmente en una o dos sesiones por semana. Para participar con éxito en esta clase de terapia los pacientes deben ser analizables; estos difieren poco de aquellos en quienes el método de elección es el psicoanálisis. Un ejemplo habitual es el de los pacientes en quienes, por razones prácticas o por el grado de resistencia, no se puede instaurar de momento el tratamiento psicoanalítico.

Es importante tomar en cuenta que la mayor parte de los pacientes atendidos en la consulta psiquiátrica no son analizables; en ellos se aplica alguna forma de psicoterapia que se ajuste a sus necesidades, sin que esto quiera decir que estos métodos psicoterapéuticos sean de segunda categoría, por el contrario, las diversas formas de psicoterapia psicoanalítica con frecuencia exigen del terapeuta suficiente habilidad técnica, experiencia y facilidad para la interpretación analítica profunda y rápida.

## LA SESIÓN DIAGNÓSTICA

Es importante que el terapeuta procure hacer un diagnóstico preciso acerca de las causas de una enfermedad. Éstas pueden ir desde una infección hasta un neoplasma, de conflictos intrapsíquicos a conflictos interpersonales o a la influencia desfavorable del ambiente cultural, social y económico en que el paciente viva. En la evaluación diagnóstica inicial, el caso habitual será el de los pacientes que requieren la solución de problemas inmediatos, superados los cuales pudieran interesarse en un proceso psicoanalítico o de psicoterapia psicoanalítica más completo.

Así sucedió con muchos pacientes en nuestro medio a partir del temblor de septiembre de 1985, quienes después de haber superado la crisis provocada por el terremoto se interesaron en una experiencia psicoterapéutica más exhaustiva.

## PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS

Los procedimientos técnicos que suelen utilizarse en las diversas formas de psicoterapia son: *sugestión*, *abreacción*, *manipulación*, *clarificación* e *interpretación*, cada uno utilizado con diferente énfasis, según el procedimiento que se aplique.

La **sugestión** se refiere a la inducción en el paciente de un cierto estado mental contrario al que vive en ese momento cuando se considere que esto puede tener fines terapéuticos. En ocasiones será suficiente con que el médico diga al paciente que después de lo que hablaron se sentirá mejor para que así ocurra; por otra parte, el efecto placebo es un bien conocido ejemplo de sugestión sobre el paciente.

La **abreacción** se refiere a la verbalización abierta y consciente de ideas y emociones importantes que han permanecido reprimidas. El concepto viene de los tiempos en que los síntomas se consideraban resultado de afectos no descargados. En la actualidad la abreacción abrupta de los afectos se considera de poca utilidad terapéutica; más bien se recomienda que esto vaya surgiendo de manera paulatina, como sucede en la neurosis de transferencia.

Como procedimiento técnico, la **manipulación** no se refiere al interés del terapeuta por dirigir la vida del paciente, más bien es un intento de neutralizar o movilizar algunas respuestas emocionales ya existentes. Así sucede cuando, en una psicoterapia previa al análisis, el paciente desea no ser influido por las opiniones del terapeuta ni depender del mismo, y el psicoterapeuta le aclara que no tiene que aceptar lo que él diga salvo que esté totalmente convencido de ello, y que si llega a depender será una dependencia "*racional y justificada*".

La **clarificación** se refiere al hecho de hacer más inteligible para el paciente aquello que sólo conoce de manera difusa, ya sea consciente o semiconscientemente. Con frecuencia, la clarificación designa la aplicación de las palabras más adecuadas para hacer totalmente comprensible al paciente lo que entiende de manera parcial. También resulta clarificador establecer interrelaciones no esperadas entre datos y hechos plenamente conscientes.

La **interpretación**, a diferencia de la clarificación, agrega nueva información a la ya disponible por el paciente. Por lo general la interpretación se hace a manera de hipótesis para explicar algún material que de otra forma resultaría incomprensible. Puede aplicarse en la reconstrucción de eventos reprimidos o como tentativa de aclarar alguna motivación inconsciente. Por supuesto, todas las hipótesis se someterán a prueba y serán modificadas o excluidas según sea el caso.

A menudo se supone que el psicoanálisis se sustenta en la práctica de la interpretación, aunque la sugestión desempeña también un papel muy importante. El que al principio de alguna terapia se le diga al paciente que hablar de sus problemas le puede ayudar a entenderlos y sentirse mejor, no representa más que una forma de sugestión hasta en tanto el sujeto no se convenza de que esto es verídico.

Todas las formas de psicoterapia utilizan los procedimientos técnicos antedichos. Así como no hay psicoanálisis sin sugestión ni manipulación, tampoco existe psicoterapia breve sin algún grado de interpretación o clarificación.

## LA TEORÍA DE LOS CONFLICTOS EN PSICOTERAPIA

Para fines prácticos podemos suponer que el comportamiento del ser humano surge de algún conflicto o bien puede aparecer libre de ellos. Lo habitual es que los pacientes acudan en busca de ayuda psicoterapéutica debido a las alteraciones de su comportamiento, a los síntomas que presentaban o a la intranquilidad que les causan sus propios conflictos. De esta manera puede ocurrir que algunos pacientes no tengan ninguna dificultad aparente para llevar a la práctica sus impulsos; empero vistos más de cerca, tales manifestaciones de conducta se descubren como irreflexivos actos contraproducentes con fuertes tendencias autopunitivas al servicio de un superyó tiránico

### Componentes intrapsíquicos

En un principio, los conflictos esenciales de una neurosis son intrapsíquicos y expresan la pugna existente entre diversos aspectos o funciones de la personalidad. El conflicto lo establece la lucha contra alguna fuerza o impulso, biológico o psicológico, que a menudo y en forma equivocada suele llamársele "impulso instintivo". Dicho impulso es inaceptable para otros segmentos de la personalidad, esto es, para otras fuerzas intrapsíquicas. Otro tipo de conflicto puede surgir cuando dos impulsos inconscientes y opuestos buscan exteriorizarse de manera simultánea.

### Componentes interpersonales

No es raro que el paciente neurótico presente serios conflictos de relación interpersonal. Con frecuencia, estos conflictos interpersonales son resultado de los conflictos intrapsíquicos. En los desórdenes de la personalidad, el paciente no solamente desconoce sus conflictos intrapsíquicos sino que además trata de racionalizarlos culpando de alguna manera a quienes lo rodean, o al mundo en general, de lo que

le pasa. Un paciente supondrá que tiene una ilógica tendencia a complicarse la vida, otro creerá que ése es su destino o que todo se debe a su mala suerte, sin nunca tomar suficientemente en cuenta el grado en que él mismo provoca sus problemas.

En los pacientes con rasgos neuróticos del carácter el conflicto central suele mantenerse en el nivel intrapsíquico y, desde luego, es inconsciente. El sujeto con algún tipo de carácter neurótico difiere del paciente con síntomas neuróticos en la medida en que uno y otro adoptaron soluciones diversas para sus emociones o impulsos conflictivos. El paciente con síntomas neuróticos recurrió a soluciones autoplásticas para su conflicto, es decir, se modifica a sí mismo a través de la formación de síntomas. Por el contrario, el de carácter neurótico encontró soluciones aloplásticas, aunque éstas implican la constante percepción distorsionada del mundo y de los demás; en otras palabras, para poder manejar sus conflictos tuvo que desarrollar cambios defensivos en la estructura de su carácter.

### Aspecto físico

Una fuente muy común de conflicto psíquico se refiere al grado de insatisfacción que cause a una persona su aspecto físico, ya sea natural o por las secuelas que haya dejado algún padecimiento. Si tomamos en cuenta que el ser humano es muy vanidoso y que sentirse físicamente atractivo le resulta muy gratificante, es lógico esperar, entonces, que rechace su propia fealdad física y que ésta le cause serios trastornos emocionales. Las clínicas para adelgazar, las cremas para aclarar la piel, la cirugía plástica y reconstructiva y el llevar a los niños al ortodoncista son algunos ejemplos de los recursos de que se vale la gente para contrarrestar alguna supuesta o real limitación física.

Dentro de las causas que son motivo de conflicto, la cara ocupa el primer lugar. El acné crónico, y las cicatrices imborrables que deja, pueden provocar serias alteraciones en el desarrollo de la persona, con manifestaciones como timidez, rubor fácil, vergüenza,

aislamiento, agresividad, rechazo a los demás y serios conflictos de desenvolvimiento social y laboral. Estos síntomas en realidad conforman un *psicosíndrome*<sup>5</sup> que, junto con otras diversas manifestaciones, según el caso, acompañará a las más variadas peculiaridades y alteraciones físicas. Ya puede uno imaginar, entonces, las dramáticas consecuencias psicológicas de las secuelas de la parálisis facial. Igual es el caso de alguien con estrabismo o de algún sujeto "dientón", "chimuelo" o con los dientes chuecos. El hombre lampiño o calvo sueña, y a veces anhela con desesperación, portar un espeso bigote, tener barba cerrada o que le practiquen implantaciones de pelo en la piel cabelluda. El prógnata, el narigón o el orejón acuden a que les corrijan sus defectos por medio de la cirugía. El canoso y el pecoso se pintan para hacer desaparecer estas particularidades. A las personas les urge quitarse lunares mal colocados, demasiado grandes o con vellos. El vitiligo, tan común en nuestro medio, suele ser la evidencia pública de la inconformidad de la persona con su piel morena.

Ahora que si hablamos de luxación congénita de la cadera, secuelas de poliomielitis, pie plano y otras deformaciones de las extremidades y falta de algún segmento de ellas, esto es suficiente para sostener inconformidades y sufrimientos crónicos. Las cosas se complican todavía más si pensamos en el poco o abundante busto, en el pene pequeño o en los jorobados que provocan rechazo.

Y para cerrar el cuadro, tómese en cuenta la indeseable piel morena, lo "indio", lo "naco" y la vejez, real o aparente, y no queda más que concluir que las ideologías de la belleza, y los valores sociales que pregonan, hacen inconcebibles estragos en la estabilidad emocional de las personas. La experiencia clínica del autor le ha enseñado que muchas de las neurosis más graves y resistentes a los psicofármacos y a la psicoterapia partieron de alguna peculiaridad o limitación física.

### **Componentes estructurales**

Una evaluación diagnóstica confiable deberá tomar en cuenta tanto los aspectos no conflictivos de la personalidad del paciente

como las áreas conflictivas. Habrá que preguntarse qué tanta fortaleza psíquica tiene el paciente, el grado de motivación para el tratamiento, si puede o no formar una alianza terapéutica, qué tanto puede tolerar la frustración de sus impulsos o si tiene capacidad de introspección.

En la mayoría de las personas, los impulsos provenientes del ello buscarán rebasar el control a que los sujetan el yo y el superyó. Si esto sucede, aunque sea por lapsos cortos, el resultado será una persona con formas eruptivas de comportamiento, que se originan en sus impulsos más primitivos. En otros casos el yo y el superyó pueden mantener bajo control los impulsos del ello, pero a expensas de mucho desgaste emocional y recursos defensivos que podrían utilizarse con fines más productivos.

En algunas personas, como en los adolescentes, puede darse la combinación real de su incremento en la intensidad de los impulsos y un decremento en las fuerzas defensivas del yo. El proceso de maduración física y el aumento de actividad hormonal del adolescente enfrentan al yo con la necesidad de encontrar una nueva identidad de adulto que sustituya la antigua identidad de niño, al tiempo que se ve obligado a manejar los intensificados impulsos agresivos y sexuales del adolescente.

Todo esto lleva a preguntarse qué tanta fuerza del yo tiene el paciente para el manejo de presiones intrapsíquicas y ambientales que puedan surgir durante el proceso terapéutico. La mayoría de las personas, a pesar de algunas limitaciones caracterológicas o de síntomas neuróticos, suelen funcionar de manera adecuada salvo que estén sometidas a condiciones de intenso estrés. Es cuando acuden en busca de ayuda psicoterapéutica, de lo contrario, tal vez nunca acudirían a consulta.

## **OTROS ASPECTOS DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA**

### **Mayor flexibilidad**

La psicoterapia psicoanalítica no excluye el uso de otros recursos terapéuticos como los psicofármacos u otros métodos psiquiátricos,

según lo requiera el caso. La flexibilidad de la técnica y la adaptabilidad a las necesidades del momento del paciente son características de la psicoterapia psicoanalítica, mientras que el psicoanálisis haría énfasis en la génesis de los conflictos del paciente. De acuerdo con este enfoque, la psicoterapia psicoanalítica puede oscilar desde sesiones de apoyo centradas en un problema específico del presente, haciendo énfasis en aspectos ambientales, hasta varios años de tratamiento con una o dos sesiones a la semana. A diferencia del psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica puede estar indicada para tratar la mayoría de las alteraciones neuróticas que se conocen.

### **Técnica terapéutica**

En la práctica de la psicoterapia psicoanalítica no suele utilizarse el diván, es decir, no se favorece la presentación de estados regresivos emocionales y de pensamiento, como sería el caso del psicoanálisis; en cambio se hará más énfasis en los hechos presentes que son motivo de conflicto. Debido a que la sesión se lleva a cabo frente a frente, el terapeuta permanece para el paciente más como persona real que como resultado de sus fantasías proyectivas, lo cual hace que las respuestas transferenciales sean menos intensas.

El manejo de la regresión es una diferencia básica entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica. En el primero se hace todo lo posible para promover una regresión controlada de la neurosis de transferencia, con lo cual se persigue hacer que surjan aquellos aspectos psicodinámicos del pasado que son la causa de la neurosis. Para lograr lo anterior, el terapeuta se vale de las características de la sesión de análisis y de su especial atención en la neurosis de transferencia. En la psicoterapia psicoanalítica, por el contrario, el analista hace todo lo posible por evitar más regresión de la que de por sí ya presente el paciente. El terapeuta debe recordar que el paciente lo busca no por la respuesta transferencial que tenga con él, sino más bien por conflictos transferenciales que tiene con otras personas o por otro tipo de problemas con su medio ambiente. Basta con que durante las sesiones el paciente trabaje en forma eficiente en relación con sus problemas actuales, y con que haya mutua aceptación y grado suficiente de alianza terapéutica, para que el

tratamiento transcurra de manera adecuada, sin que el terapeuta tenga que favorecer innecesarios estados regresivos, prestando atención especial a la transferencia, en un equivocado afán de imitar el modelo psicoanalítico.

### **La transferencia**

La respuesta transferencial espontánea que presenta el paciente puede ayudar al terapeuta a entender cómo es su comportamiento en situaciones extraterapéuticas e incluso cómo pudo haber sido en su infancia. En la psicoterapia psicoanalítica el análisis se enfoca en tratar de entender los problemas del paciente en su relación con otras personas y en su vida intrapsíquica. A menudo las respuestas transferenciales con el analista se mantienen en un nivel periférico de la relación terapéutica. Si a pesar de ello surgen aspectos transferenciales con el terapeuta que se tienen que analizar, éste puede desviar la atención, que en ese momento se centra en su persona, comparando lo semejante a dicha respuesta del paciente con las que presenta ante su cónyuge, maestros, jefes u otras figuras significativas de autoridad. Al hacer énfasis en otras figuras de autoridad distintas de él, el psicoterapeuta logra evitar el desarrollo de una neurosis de transferencia que de otra forma le pudiera resultar inmanejable y hasta irreconocible.

Lo anterior no excluye que en la práctica psicoanalítica el analista pueda valerse de los recursos terapéuticos necesarios para acercar al paciente a la realidad, sobre todo cuando la neurosis de transferencia tiende a salirse de su control. En contraste, un psicoterapeuta con poca experiencia puede precipitarse en el planteamiento de los conflictos inconscientes; con ello, lo único que conseguirá es que el paciente deje el tratamiento. Sólo cuando se haya establecido una buena relación terapéutica es aconsejable abordar los aspectos transferenciales que surjan en la psicoterapia psicoanalítica.

## **TIPOS DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA**

Todas las formas de psicoterapia se encuentran interrelacionadas y ninguna es mutuamente excluyente. Como ya se mencionó, en un

extremo se encuentra el psicoanálisis, presuntamente puro, ortodoxo y clásico, con su énfasis en la regresión y en la recuperación de experiencias traumáticas de la infancia, con su cortejo de emociones y pensamientos. En el otro extremo estaría la, en apariencia, sencilla terapia de apoyo. Entre los dos extremos se encontrarían una o varias formas de psicoterapia, con hincapié en la introspección, en el análisis de los problemas del presente y con moderada atención en los procesos regresivos y en la transferencia. Puede estar suficientemente claro lo que se debe o no se debe hacer en los métodos extremos; no así en metodologías intermedias cuyo enfoque es aconsejable orientar con base en un buen diagnóstico psicodinámico, en la excelente preparación del terapeuta y en su indispensable experiencia antes de aventurarse al tratamiento de conflictos neuróticos graves.

## PSICOTERAPIA DE INTROVISIÓN \*

Esta forma de psicoterapia se basa en el entendimiento psicoanalítico de los conflictos del paciente, sin ser psicoanálisis propiamente dicho.

Adquirir la capacidad de introvisión y análisis de las facetas conscientes e inconscientes de sí mismo y de quienes lo rodean es uno de los logros más extraordinarios del ser humano. El examen crítico y afectuoso de sí mismo y del mundo circundante ha contribuido de manera excepcional en el desarrollo cultural y científico del ser humano, así como en el desarrollo del individuo y en la manifestación de sus capacidades. Todo grado de autoconocimiento es benéfico para la persona, tanto que, en muchos casos, requiere percibir ese conocimiento de sí mismo o de los demás para avanzar en su desarrollo. No obstante su importancia, no porque se dé la introvisión o conocimiento de sí mismo se puede hablar, ya, de psicoterapia.

---

\*En inglés suele utilizarse el término *insight* para referirse a este fenómeno. Introspección e introvisión se utilizan indistintamente para sustituir el término inglés.

### **Naturaleza de la percepción de sí mismo o introvisión**

A pesar de que no es muy clara la naturaleza precisa de la percepción repentina –*insight*– que de sí mismo puede tener el paciente, es común que se hable de que el fenómeno puede ser meramente "intelectual" cuando una interpretación parece lógica y coherente con los hechos pero no coincide, con precisión, con las ideas y emociones inconscientes que en ese momento tenga el paciente. Éste aceptará lo dicho, le parecerá interesante la interpretación, pero no será hasta otra ocasión, durante el análisis de otros hechos, y cuando la interpretación coincida con las ideas inconscientes del paciente y su montante afectivo, cuando podrá tener una respuesta de sorpresa y entusiasmo, la cual, a manera de revelación, le proporciona una percepción "emocional" de sí mismo. En esta vivencia se combinan elementos tanto afectivos como cognoscitivos. Para el desarrollo adecuado de la terapia es indispensable que el paciente muestre tener la capacidad de presentar este tipo de percepciones de sí mismo en relación con su infancia, respecto de su trato con los demás y en lo que se refiere a su visión del terapeuta. También se ha dicho que la percepción del tipo emocional es más productiva que la exclusivamente intelectual, que estas últimas suelen anticiparse a las de tipo emocional y que varias percepciones intelectuales pueden preparar el terreno para que se presente una percepción emocional, llamada también la "verdadera" percepción de sí mismo.

Es importante aclarar que en el curso de la psicoterapia que se vale de la introvisión puede bastarle al paciente una percepción intelectual de sus problemas. Tal percepción puede servirle como directriz para enfrentar problemas semejantes hasta que el ambiente le sea más favorable, y sin que haya tenido que vivenciar las raíces intrapsíquicas de sus conflictos.

### **Indicaciones y efectividad**

La psicoterapia con introvisión está indicada en los pacientes con un yo suficientemente fuerte como para hacer conscientes sus con-

flictos pero que por alguna razón, generalmente de tipo práctico, no pueden vivir la experiencia del psicoanálisis. Tan sólo las respuestas del terapeuta, más maduras, adecuadas, realistas, objetivas y productivas, resultan en sí mismas de beneficio terapéutico para el paciente, a quien se le podrá ayudar a entender que sus impulsos agresivos y fantasías no son tan peligrosos como supone, que sus padres no fueron tan inamistosos como él cree y que no tiene por qué seguir apegado afectivamente a la imagen de un padre que no fue lo suficientemente cordial para con él.

### **Efectos transferenciales**

Es característico que la terapia con introvisión se complique con fuertes respuestas transferenciales que incluso pueden amenazar el curso del tratamiento. Estas respuestas pueden presentarse aun cuando el psicoterapeuta no haya favorecido la regresión mediante la interpretación detallada de sueños o invitado al paciente a que plantee sus inquietudes en relación con el terapeuta. Sin embargo, el analista deberá preguntarse si él es el responsable de la intensa respuesta transferencial del paciente y, de no ser así, el tema de la transferencia deberá, como regla general, abordarse sólo cuando esté inhibiendo la libre expresión de las experiencias, ideas, emociones y problemas del paciente. En otros casos, un paciente en psicoterapia psicoanalítica puede beneficiarse con el análisis de la transferencia cuando éste le proporcione ayuda importante en el entendimiento de sus problemas y de su vida presente, aunque para ello se haga mínima referencia a su infancia.

## **PSICOTERAPIA DE APOYO**

Es claro que todas las psicoterapias tienen componentes de interpretación y apoyo que favorecen la percepción objetiva del paciente y prestan atención a la relación con el terapeuta. En lo que difieren es en el énfasis que hacen en cada uno de estos u otros recursos técnicos. Existen pacientes en quienes lo indicado será

brindarles psicoterapia de apoyo. Es el caso de personas que viven los efectos psíquicos de haber perdido algún ser querido o el de pacientes con alguna enfermedad en fase terminal. Los objetivos de la psicoterapia de apoyo son limitados y se concentran en el objetivo de ayudar al fortalecimiento de un yo debilitado por alguna experiencia, favoreciendo la instauración de los recursos defensivos necesarios. La actitud del terapeuta es de aceptación del paciente, favoreciendo su dependencia para que pueda manejar de mejor manera sus sentimientos de culpa, vergüenza, depresión, angustia, enojo, frustración o presiones externas que le resultan difíciles de controlar.

La psicoterapia de apoyo está indicada en personas bien adaptadas que pasan por momentos de excesiva presión ambiental, en sujetos extremadamente resistentes a la introversión y autocrítica, y en quienes buscan recuperar un equilibrio emocional más confortable, que sienten haber perdido en fecha reciente.

### Técnicas

La psicoterapia de apoyo se vale de un talante afectuoso, amigable y directivo; de actitudes gratificantes para el paciente, sin avergonzarlo o humillarlo; ayuda en el desarrollo de pasatiempos y actividades placenteras; recomendación de diversiones y de reposo adecuado; eliminación de presiones externas excesivas; hospitalización si está indicada; psicofármacos cuando así sea necesario, así como orientación y consejo relacionados con los acontecimientos del momento en la vida del paciente. El objetivo es hacerlo sentir más seguro, aceptado, más protegido, con más entusiasmo, menos ansioso y menos aislado. Un serio riesgo de la psicoterapia de apoyo es la posibilidad de acentuar el estado regresivo del paciente y favorecer una intensa dependencia de éste hacia el terapeuta, por lo que el analista deberá proporcionar, junto con su apoyo, la independencia psicológica del paciente, aunque puede ocurrir que en algunos casos éste requiera un apoyo permanente.

En la psicoterapia de apoyo puede resultar de mucha ayuda favorecer que el paciente verbalice intensas emociones contenidas, no con objeto de hacer conscientes sus conflictos inconscientes, sino

con la finalidad de reducir la tensión y la ansiedad para que entienda con mayor objetividad y evalúe de mejor manera su problema actual.

Es habitual que los analistas califiquen la psicoterapia de apoyo de poco estimulante, poco interesante y poco dramática, sobre todo cuando se la compara con la psicoterapia con Introversión; sin embargo, el apoyo moral al paciente va muy de acuerdo con una de las más importantes tradiciones de la práctica médica, por lo mismo suele ocurrir que esta forma de psicoterapia la practiquen de mejor manera los médicos menos relacionados con el campo de la salud mental que el propio psiquiatra.

## PSICOTERAPIA BREVE

Con objeto de contrarrestar lo prolongado y presuntamente costoso del psicoanálisis y otras formas de psicoterapia, en los últimos años se ha puesto mucho empeño en desarrollar una forma de terapia llamada psicoterapia breve. Se caracteriza sobre todo por un número limitado de sesiones o por un tiempo limitado en la duración del tratamiento sin especificar el número de sesiones. El tiempo límite se decide de común acuerdo con el paciente y no es raro que él sea quien determine la duración. Sucede también que la brevedad de la terapia puede estar más en función de la limitación de los alcances psicoterapéuticos que de la duración del tratamiento.

La psicoterapia breve se orienta a la atención de problemas del aquí y el ahora; no suelen atenderse con ella problemas caracterológicos y sólo se analizan, cuando se presentan, los aspectos negativos de la transferencia. Es lógico suponer que la regresión y la dependencia del paciente no serán favorecidas por el terapeuta. Durante las sesiones el papel del analista es más activo, lo que no resulta habitual en otras formas de psicoterapia.

Si partimos de la base de que el objetivo principal es la brevedad, éste se podrá alcanzar aplicando el método que el analista juzgue más adecuado para cada paciente en particular. En algunos casos se favorecerán los estados transferenciales de angustia, pero en otros se evitarán; en ocasiones el tratamiento se planea de antemano y en

otras se da espontáneamente; algunos tratamientos atienden problemas agudos sin promover cambios caracterológicos, mientras que en otras ocasiones pueden favorecer dichos cambios. Es factible que en el curso de la psicoterapia breve se integre una visión analítica global de la neurosis del paciente, lo que tomaría años en el curso de un psicoanálisis. Existe consenso entre los autores de que los pacientes más adecuados para psicoterapia breve son los de vida psicológica estable y que están pasando por una etapa de desequilibrio, sin que esto descarte la profundidad del análisis llevado a cabo. Como puede notarse, el temprano desarrollo de la psicoterapia breve hace poco precisos los lineamientos de su metodología.

Otras recomendaciones técnicas se refieren a la conveniencia de atender en particular el problema relevante, no obstante que otros conflictos también llamen la atención. Es aconsejable focalizar y analizar las fuentes principales de estrés para el paciente. Ya que éste no acudió a tratamiento por problemas con el terapeuta, habrá que evitar el análisis de las respuestas transferenciales en la medida de lo posible; lo mismo ocurrirá con los fenómenos contratransferenciales. Es deseable que a los aspectos ambientales se les preste toda la atención que requieran. El número total de sesiones (de 10 a 20 en promedio) debe quedar definido desde un principio. En resumen, el tratamiento se orientará para que sea definitivo y se adapte a las necesidades del paciente. En trabajos recientes se ha hecho el comentario de que los tratamientos prolongados tienden a reducirse y los breves a prolongarse; esto continuará tal vez hasta que cada procedimiento encuentre un punto de equilibrio más acorde con la época presente.

## **FACTORES TERAPÉUTICOS DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA**

Los aspectos planteados en el caso del psicoanálisis son igualmente aplicables a la psicoterapia psicoanalítica. Freud postuló para el intelecto un papel relevante, por las explicaciones interpretativas, para alcanzar los fines terapéuticos del psicoanálisis. Él siempre creyó que era posible explicar, hasta el detalle y de manera lógica, lo que estaba motivando los conflictos de los pacientes. Aunque no descartó la participación de otros posibles factores terapéuticos, es

en otras formas de psicoterapia en las que éstos pueden hacerse más evidentes. Así sucede con el manejo adecuado de la forma de relación terapéutica entre paciente y analista, o con la notoria influencia terapéutica que puede tener la identificación del paciente con el psicoterapeuta.

Recordemos que en el psicoanálisis la técnica recomienda favorecer los estados regresivos propios de la neurosis de transferencia. Esto se logra como resultado de las condiciones mismas en que se da la sesión analítica, incluyendo el uso del diván; ayuda lo frecuente de las sesiones, la falta de un límite para terminar el tratamiento, el énfasis en el descubrimiento e interpretación de los patrones psicodinámicos inconscientes del pasado y la interpretación de los sueños hasta descubrir las muchas veces arcaicas ideas latentes.

Por el contrario, en la psicoterapia psicoanalítica se hace más énfasis en los problemas del presente que en la génesis de los mismos, y se intentan entender y explicar los conflictos de relación del paciente con otras personas, más que las respuestas transferenciales, sin que éstas se dejen de lado. A diferencia del psicoanálisis, en el que se propician la regresión y la dependencia para favorecer la madurez y la independencia del paciente, en la psicoterapia psicoanalítica se limitan la regresión y la dependencia para analizar el aquí y el ahora, salvo en aquellos casos en que sea aconsejable una mayor regresión y dependencia del paciente.

Las técnicas que favorecen la independencia y madurez del paciente durante la psicoterapia psicoanalítica son precisamente el análisis del aquí y del ahora, prestando menos atención a la transferencia y a la génesis de los conflictos, al tiempo que se crea una atmósfera terapéutica de apoyo y colaboración que posibilitan las expectativas de crecimiento y madurez. El terapeuta interactúa más con el paciente y favorece ser visto como la persona real que es. Durante la psicoterapia se propicia un cierto grado de alianza terapéutica, no obstante que algunos pacientes podrían presentarla en toda su intensidad. En otros casos, como en el paciente límite y en el psicótico, esta alianza es endeble.

Es necesario señalar que la psicoterapia psicoanalítica no debe convertirse en una forma híbrida de psicoanálisis con la justificación de un supuesto efecto terapéutico consistente en hacer, en todas las

circunstancias, consciente lo inconsciente; junto con un error que resulta de lo precedente, al pretender hacer demasiado énfasis en la utilidad de la introversión —*insight*—. De lo anterior se deduce la recomendación de que no todo lo que el terapeuta descubra en su paciente tiene que comunicárselo, sino sólo aquello que sea relevante con los conflictos del aquí y del ahora que se estén analizando.

Una complicación del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica, incluso de la psicoterapia de apoyo, es que pueden transformarse en indispensables para que el paciente pueda conducir su vida. Esto sucede cuando no se tiene control sobre la regresión. Se sabe que el yo de algunos pacientes es tan débil que les impide valerse por ellos mismos y que tal vez nunca lo logren; en estos casos es recomendable una terapia de apoyo permanente. En otras ocasiones, se entremezclan factores transferenciales y contratransferenciales en los que el analista desempeña el gratificante papel de padre-guía para el paciente y, de manera complementaria, éste satisface arcaicos deseos infantiles frustrados.

No es raro que la falta de preparación y experiencia por parte del psicoterapeuta propicie la aparición de intensas respuestas transferenciales que, al no poderlas manejar, darán origen a algún tipo de terapia silvestre. El paciente terminará por dejar el tratamiento, llevándose la sensación de que el psicoanalista tiene más problemas que él y de que la eficacia de la psicoterapia es dudosa. Un error en estas mismas circunstancias ocurre cuando el terapeuta ofrece una interpretación equivocada, involuntaria o intencional, con el fin de disminuir la angustia del paciente, pues esto da por resultado que éste racionalice sus problemas y se aleje de la posibilidad de entenderlos a plenitud.<sup>6</sup>

## Bibliografía

- <sup>1</sup> ANDRÉS A. CUEVAS SOSA: *Psicoanálisis y conductismo cognoscitivo*. Prensa Médica Mexicana, 1982.
- <sup>2</sup> E. ZETZEL: "The Analytic Situation". En: *Psychoanalysis in the Americas*. Ed R E Littman, pp. 86-106, International University Press, 1966
- <sup>3</sup> HEINZ KOHUT: *The Analysis of the Self*. International University Press, 1976.
- <sup>4</sup> OTTO KERNBERG: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. J Aronson, Inc., 1975.
- <sup>5</sup> ANDRÉS A. CUEVAS SOSA: *Psicoanálisis de la vida cotidiana*. Editorial Posada, 1987.
- <sup>6</sup> A. E. BERNSTEIN y G.M. WARNER: *An Introduction to Contemporary Psychoanalysis*. J. Aronson, Inc., 1981.

## **CAPÍTULO II**



# PSICOTERAPIA FAMILIAR

## Definición

La psicoterapia familiar se refiere al tratamiento de una familia en grupo en vez de la atención de algunos de sus miembros por separado. Es diferente de otras formas de tratamiento psiquiátrico en las que se toma al individuo como sujeto de estudio. En estos casos la atención se orienta hacia el esclarecimiento de los procesos intrapsíquicos del individuo y no hacia aquellos que se presentan en la interacción entre las personas, como ocurre en la psicoterapia familiar, aunque algunos terapeutas también consideran los procesos intrapsíquicos de importancia para la psicoterapia familiar. Los dos enfoques básicos pueden resultar complementarios.

De igual forma, la psicoterapia familiar se refiere al tratamiento del sistema familiar, es decir, modifica el funcionamiento de la familia en lo que se refiere a la manera en que sus miembros se relacionan y se comunican, los papeles que cada uno de los miembros desempeña y de qué manera se ejercen el control y el establecimiento de las normas intrafamiliares.

## El ciclo de vida de la familia

Se acepta como válido para la mayor parte de las familias que su ciclo de vida comprende las siguientes etapas: 1) Matrimonio sin hijos; 2) familias criando niños menores de 30 meses; 3) familias con niños en edad preescolar (el mayor de los niños de dos y medio a seis años de edad); 4) familias con niños en edad escolar (el mayor de seis a 13 años de edad); 5) familias con hijos adolescentes (el mayor de 13 a 20 años de edad); 6) familias con todos los hijos en proceso de alejamiento; 7) padres en edad madura, desde el síndrome del "nido vacío" (familia en la que ya se alejaron los hijos), hasta padres

jubilados; 8) familias con padres viejos (desde la jubilación hasta la muerte de los cónyuges).

Se supone que las familias se encuentran en proceso de "expansión" hasta el momento en que el primer hijo se aleja del hogar paterno. Este hecho representa el inicio de la etapa de "contracción" de la familia, no obstante que a veces todavía nace algún otro hijo después de que el primero ya se alejó.

### **Descripción del método**

No es raro que la psicoterapia familiar sea vista como algo más que un método terapéutico; a menudo se la considera como una forma de entender la estructura de la personalidad y la psicopatología; tal enfoque tiene múltiples derivaciones terapéuticas. Sus métodos se basan en el principio de que la aparición de síntomas en algún miembro de la familia es reflejo de los conflictos de relación existentes dentro del complejo equilibrio de la organización familiar. Para esta forma de terapia el objeto de estudio o "*paciente*" es toda la familia, vista como unidad emocional y psicológica.

Cuando el psicoterapeuta familiar recibe un paciente, de inmediato tratará de localizar los puntos débiles y fuertes del sistema familiar en su conjunto. A las interacciones que se dan entre los miembros integrantes de una familia no se las considera como los factores que influyeron o causaron históricamente los problemas de uno de los miembros, más bien son precisamente esas interacciones las que reflejan la psicopatología actual de la familia. El comportamiento manifiesto y la organización intrapsíquica de cada uno de los integrantes de una familia son objeto de influencia por parte del grupo familiar y, a su vez, influyen sobre éste. En consecuencia, la familia no es vista como una unidad independiente, sino como un subsistema que forma parte de estructuras sociales y culturales más amplias.

### **Evolución del concepto**

Dentro de la teoría psiquiátrica, la enfermedad mental era entendida como exclusiva del individuo y sus causas como resultado de

una secuencia lineal de influencias internas y ambientales. Este punto de vista ha sido sustituido por el que entiende la psicopatología y la teoría de la personalidad como resultado de las interacciones y transacciones entre los individuos. Según este enfoque, la conducta resulta de un proceso de causas recíprocas que surgen con los intercambios entre las personas, más que de una serie de líneas rectas de causas y efectos. En lo que a las familias se refiere, pareció particularmente lógico entender el comportamiento como resultado de sistemas interpersonales. En un principio, el cuadro del funcionamiento familiar fue conjuntado con datos individuales; con el tiempo, sin embargo, evolucionó hacia una imagen de familia vista como un todo. Esto hizo que se observara la interacción existente dentro de familias completas y se vio que las observaciones encajaban bien dentro de la teoría de los sistemas. A medida que se describe con más claridad la forma en que actúan las influencias sociales y las dinámicas intergeneracionales, más clara surge la imagen de lo que es una familia.

También se ha observado que basta con que mejore el paciente que llevó al estudio de una familia para que a menudo otros de los miembros presenten síntomas. Este hallazgo apoyó la necesidad de que toda la familia reciba ayuda terapéutica. De tal suerte que cualquier tabú —principalmente de origen psicoanalítico— para atender a los miembros de una familia resultaba inapropiado y terapéuticamente limitante. En lugar de considerar a la familia como factor que desvía la atención terapéutica intrapsíquica, surge un movimiento para enfrentar directamente las relaciones interpersonales primarias, para de esta manera resolver los problemas y buscar una forma de curación más efectiva. También se ha observado que el sufrimiento de uno de los integrantes de la familia no sólo puede ser tolerado sino, además, fomentado por el resto del grupo familiar, con la consiguiente resistencia por parte de todos para que ese miembro mejore. Con ello se llegó a la conclusión de que los síntomas de un individuo pueden tener una función homeostática dentro de una familia. De igual forma se ha visto que cuando se altera la organización familiar, pueden provocarse niveles más intensos de angustia y una mayor sensación de crisis intrafamiliar que los producidos por un miembro familiar psíquicamente enfermo dentro de un equilibrio familiar estable.

Estos planteamientos apoyan la idea de que cualquier intervención que ayude a que la familia, en su conjunto, avance hacia un grado

mayor de funcionamiento adaptativo puede propiciar que surja, entre sus miembros, un mayor impulso hacia la salud. En efecto, la ideología con la que se fundamenta la práctica de la psicoterapia familiar es la de que la familia es más importante que el individuo.

## ASPECTOS TEÓRICOS

No obstante que la teoría de la psicoterapia familiar no se encuentra en sus inicios, también es cierto que refleja constantes cambios. No existen todavía planteamientos suficientemente concisos, bien integrados y con los que todos los autores estén de acuerdo. Por el contrario, hay una serie de ideas provenientes de la teoría de los sistemas, de la teoría de la comunicación, de la psicología de las relaciones de objeto, de la cibernética, de la teoría psicoanalítica, del estructuralismo, de la psicología social y de la antropología cultural, entre otras disciplinas. De cualquier forma, el postulado básico del que hay que partir para entender esta forma de terapia es que el grupo familiar actúa como un sistema abierto y dinámico. En relación con lo anterior existen algunos conceptos que es importante describir.

### La totalidad

Una premisa básica es que un sistema resulta de la interacción dinámica entre una serie de objetos mutuamente interdependientes. De la misma manera, un sistema familiar puede ser visto como una serie de patrones de comportamiento desarrollados a través del tiempo a partir de la interacción de sus miembros. La organización que surge tiene características novedosas que no pueden explicarse por la naturaleza de las personalidades de los miembros individuales. Una familia es única, con su estructura e historia propias. Por ejemplo, cada familia tiene su estilo particular de interactuar, sus requerimientos sociales y culturales propios, su forma peculiar de responder frente al estrés y de expresar emociones. De ahí que los terapeutas hablen gráficamente de las familias "escurridizas, simpáticas, difíciles, arrogantes, intelectualoides, enredosas, unidas, desunidas, trágicas,

miedosas" o aquellas en las que todos sus miembros se esconden dentro de un caparazón.

### **La interdependencia**

El sistema familiar se organiza como tal como resultado de la interdependencia que existe entre sus miembros para funcionar. Así lo demuestra la división de responsabilidades entre cada uno de sus miembros. El sistema familiar se genera en la muy compleja interrelación de sus integrantes y las poderosas fuerzas emocionales que surgen entre ellos. También se construyen necesidades mutuamente complementarias, de tal suerte que un cambio en el estado emocional de alguno de los miembros repercutirá en el estado emocional del resto.

### **La retroalimentación**

El estudio psicológico de las familias ha demostrado que el sistema familiar opera no como resultado del esquema de causa y efecto, sino más bien obedece a una conceptualización circular de influencias múltiples y efectos reverberantes. Esto puede ilustrarse con el caso de una familia en la que, durante la sesión de terapia familiar, la esposa se empieza a mostrar tensa y de inmediato sus pequeñas hijas, de siete y nueve años de edad, se acercan a su regazo mostrándose afectuosas. El hijo mayor, de 15 años de edad, permanece distante de los otros familiares y en silencio. Cuando el padre empieza a tocar el tema de su antigua situación de desempleo, alcoholismo y expresiones de agresividad, el hijo mayor lo mira con rencor y las hijas prefieren abandonar la estancia para ir al baño.

Los nexos de retroalimentación que resultan de la interacción se refieren a que el comportamiento de cada persona afecta, y se ve afectado, por el comportamiento de los otros miembros del sistema familiar. Además, el sistema se autorregula en la medida en que el comportamiento subsecuente de una persona está determinado por

lo que previamente haya hecho. Así sucede cuando uno de los padres advierte al resto de la familia que un determinado tema no debe ser comentado. El padre que hizo esa recomendación llega a la sesión de terapia vigilante de que se cumpla lo que dijo, mientras que el resto de la familia permanece a la expectativa de lo que sucede.

### **La homeostasis**

La autorregulación característica del sistema familiar define los límites de variación permitidos en el comportamiento de cada uno de los miembros; tal fenómeno es indispensable para conservar la estabilidad del sistema. Se dice que cuando el sistema se mantiene dentro de esos límites se encuentra en estado de equilibrio. Cuando el equilibrio es alterado, se regresa a su estado original mediante la retroalimentación y así se recupera la homeostasis. Las reglas familiares, aunque implícitas y propias de cada familia, por lo general son perfectamente bien entendidas por todos los integrantes. Estas reglas se refieren a estados de equilibrio deseables para la familia o a situaciones temidas por los miembros; con ellas se controla un amplio margen de la interacción intrafamiliar. Esto puede verse en el caso de familias muy rígidas, dentro de las cuales es muy mal visto, incluso como signo de trastorno mental, que haya conflictos entre los miembros. Para evitarlos entran a operar mecanismos de supresión y condena contra esos posibles conflictos, para de esta manera conservar la armonía. Una regla más saludable sería la que permitiera un margen mayor de expresión y tolerancia de conflictos, sólo marcando los límites de intensidad y medida del enojo.

### **Reglas y estructuras**

Las formas persistentes de relación intrafamiliar, que surgieron a través del tiempo, se conocen como reglas del sistema familiar. La serie de reglas y la correspondiente organización de los papeles que desempeñan cada uno de los miembros y que resulta de tales reglas constituyen la llamada estructura de la familia. Las reglas se refieren

a los acuerdos en relación con hechos cotidianos como territorialidad, estilo de vida, división de labores, todas ellas necesarias para el adecuado funcionamiento de un grupo de personas que viven juntas. Pueden referirse a aspectos tan simples como no dejar las luces encendidas, cerrar las puertas y ventanas, no gritarse unos a otros, no abrir la boca ni hablar al masticar, que los hijos avisen dónde andan, que el marido llame por teléfono a la esposa cuando va a llegar tarde, dormir a cierta hora, no andar descalzos, no descolgar la extensión cuando alguien habla por teléfono y así hasta el infinito.

Sin embargo, las reglas también se refieren a otros patrones del comportamiento con más ramificaciones psicológicas, como pueden ser las alianzas, chantajes, subgrupos o rechazos entre los integrantes de una familia. Por ejemplo, cuando los cónyuges de una pareja de recién casados ya vivieron un divorcio, pueden iniciar su nueva experiencia matrimonial con la intención de "no repetir los errores del pasado"; por consiguiente, siempre deberán estar felices y cualquier indicio de fricción será reprimido, coartando la espontaneidad de la familia y creando una forzada sensación de felicidad.

La estructura de la familia permanece estable en un momento dado, aunque puede cambiar en forma gradual a medida que surgen nuevas situaciones y los miembros van desarrollando nuevas habilidades y requerimientos. También puede cambiar bruscamente cuando un miembro se aparta de la familia o uno nuevo se integra a ella.

### **La comunicación**

El proceso de comunicación se refiere al aspecto dinámico de la interacción familiar. La comunicación es vista como una forma de comportamiento familiar; es la manera como responde el sistema. La forma que toma el proceso de comunicación está determinada por la estructura de la familia. Asimismo, a medida que se desarrollan patrones regulares de comunicación, se establece la estructura. Algunos autores hablan de que el mensaje de la comunicación comprende un contenido y una forma de relación. El contenido proporciona los datos que van a transmitirse, mientras que la forma habla de la naturaleza de la relación establecida entre los que se comunican

o cómo esa información debe ser entendida. Con el paso del tiempo el intercambio de comunicación representa una forma de negociación acerca de la relación entre dos personas. La organización resultante forma la estructura de la relación. Por ejemplo, los padres piden a su hijo que estudie "porque es por tu bien y ésta es tu única obligación". Éste es el contenido del mensaje. Si el hijo estudia, la relación con sus padres será amistosa y la interacción familiar armónica. Ésta es la forma de la relación que resulta de la comunicación establecida.

No hay que olvidar que la estructura o forma del sistema familiar, con su equilibrio dinámico, se mantiene estable a pesar de las presiones externas; recuérdese que no es un sistema cerrado. Como en todas las organizaciones interpersonales, la familia está abierta a las influencias del ambiente, las cuales pueden cambiar la estructura del sistema. El equilibrio del sistema familiar se mantiene fluctuando dentro de ciertos límites y mostrando cambios de manera continua. El sistema familiar enfrenta presiones del exterior o desde el interior como resultado del desarrollo natural de sus miembros. Estas presiones obligan a la modificación de las reglas y estructura del sistema.

### **Cambios de primero y segundo orden**

Para que un sistema familiar cambie se requiere la participación de dos mecanismos: el que obliga a adoptar cambios en el comportamiento para conservar el equilibrio y el que favorece cambios en la estructura. Watzlawick<sup>1</sup> califica a estos mecanismos como cambios de primero y segundo orden, respectivamente. El de primer orden es un cambio o variedad en el comportamiento dentro de las reglas del sistema. Tal es el caso de una joven pareja en la que el esposo deseaba tener un primer hijo varón; sin embargo, tuvieron una hija y el papá asumió una actitud de frecuente censura a su hija, exigiéndole una forma de comportamiento que la hiciera lo menos notoria posible. Él ya no quería tener más hijos. El trato a la niña fue motivo frecuente de fricciones entre los esposos, la esposa se enfrentó al conflicto entre apoyar a su hija o reprimirla para que no se expusiera a más sanciones por parte de su padre. El equilibrio familiar se mantenía de manera endeble y hubo frecuentes amenazas de divorcio.

El de segundo orden es un cambio en la forma del comportamiento. Con él se altera la organización misma del sistema hasta que se alcanzan nuevos y diferentes estados de equilibrio. Así sucedió con la familia antes descrita cuando, sin el consentimiento del marido, la esposa decide tener un segundo hijo; para su fortuna tiene un varón, que es físicamente idéntico a su padre, quien ha demostrado tal cambio en la forma de comportarse que propicia un acercamiento afectivo entre todos los miembros de la familia. El padre ya acepta a su hija y ha dejado de molestarla, la niña "coopera" en la atención de su hermanito para no sentirse lateralizada, ya no se habla de divorcio, la familia se cambia a un domicilio más amplio, el padre se muestra más entusiasta socialmente y en sus planes laborales, y el equilibrio del sistema familiar parece cada vez más firme y estable.

Con frecuencia, los conflictos familiares se presentan no tanto en relación con el comportamiento que tiene que llevarse a cabo, sino respecto a quién va a decidir las reglas de dicho comportamiento. Los patrones de la negociación de las reglas, así como las reglas mismas, forman un aspecto crítico para el funcionamiento del sistema familiar. Además, esta situación se complica cuando se establece una regla y después otra hasta el extremo de que en realidad no hay regla alguna.

Para planear la intervención terapéutica es importante distinguir entre situaciones que requieren cambios de segundo orden y aquellas en que es evidente que el funcionamiento del sistema familiar tiene la capacidad suficiente para sólo requerir cambios de primer orden.

En general los conceptos de retroalimentación, homeostasis y cambios de primero y segundo orden aclaran tanto la sintomatología del individuo como la forma en que ésta permanece en equilibrio con el sistema familiar como un todo. La organización de un sistema familiar patológico puede funcionar de manera estable a pesar del dolor emocional y las limitaciones psíquicas que surjan en sus miembros. Tipos de relación familiar descritos en la literatura clínica, tales como seudorreciprocidad, mistificación, transmisión de irracionalidad, el *doblo ciego*, el *chivo expiatorio* o el *chivo emisario* son mecanismos para mantener la estabilidad mientras se observa y se niega la necesidad de cambio de las reglas y de las funciones de los miembros. Estos mecanismos logran sus efectos destructivos cuando consiguen complicar las dificultades.

También imponen sobre los participantes exigencias en tal medida estresantes que sólo pueden resolverse mediante la formación de síntomas y el empobrecimiento de la funcionalidad del sistema, esto es, el equilibrio se mantiene a costa del deficiente desarrollo emocional del individuo. Estos mismos mecanismos también producen culpa en los integrantes, la que debe compensarse mediante más interacciones y transacciones entre los miembros. Esta forma de equilibrar un sistema gravemente patológico perpetúa los impedimentos psíquicos y las carencias emocionales, tanto de los niños como de sus padres, de una generación a otra.

### **La identificación proyectiva**

Debido a la interdependencia que se da entre la organización del sistema y las personalidades individuales, la historia del sistema (esto es, la historia de las familias originales de los padres así como la de la familia actual), junto con las experiencias propias en el desarrollo de cada miembro, determinan las oportunidades o restricciones que en lo particular puede tener cada uno de los miembros de una familia. Algunos autores suponen que el conocimiento de la organización y funcionamiento actual de la unidad familiar es suficiente para planear la intervención terapéutica. Sin embargo, los terapeutas de orientación psicoanalítica o los encaminados hacia el estudio del desarrollo hacen énfasis en el estudio de la forma en que se organizó el sistema familiar actual. Ellos aseguran que la historia de la familia de alguna forma se mantiene viva junto con sus conflictos emocionales no resueltos, forma que es parcialmente limitante y que distorsiona la personalidad de los participantes.

Es claro que la formación de la organización familiar está influida por las reacciones de uno hacia otro de los miembros como individuos y por las proyecciones inconscientes de las imágenes objetales internalizadas que cada uno manifiesta. Por lo mismo, en un momento dado es difícil diferenciar los hechos del presente de los influidos por el pasado. Cuanto más conflictiva haya sido la relación de alguno de los padres con su familia de origen, más fácil será que contamine sus relaciones actuales con aquel tipo de conflictos. Asimismo, mientras más intenso sea el conflicto del pasado más probable será que

al escoger su pareja se mezcle el deseo de exteriorizar algunos aspectos indeseables de su personalidad. De igual manera, los hijos de esta pareja serán colocados en el papel de tener que satisfacer anhelos insatisfechos de sus padres; así, los niños se adaptan a tales presiones y se convierten en la personificación viviente de las imágenes proyectadas.

Además, como la forma en que la familia interpreta los eventos cotidianos es una parte importante de la realidad perceptual de los niños, la organización de sus identificaciones objetales refleja la introyección de los patrones familiares totales. El tema de las identificaciones proyectivas nos enfrenta de nueva cuenta al dilema entre la posibilidad de ayudar a que se resuelvan anhelos y ofensas insatisfechos del pasado o atender sólo la necesidad de cambios en las alteraciones familiares actuales.

Esta situación muchas veces obliga a tener que tomar en cuenta la herencia de relaciones muy enfermas con la familia original, así como la necesidad de enfrentar, en los niños, los residuos internalizados de años de mensajes familiares inadecuados. Es obvio que la intervención en el sistema familiar actual puede aportar cambios sustanciales para aliviar el sufrimiento de la familia. También puede ayudar a que aumente la autoestima y abrir la opción para experiencias nuevas tanto a los padres como a los hijos. Un mayor respeto a la individualidad y a la libertad para expresar emociones permitirá que se establezca un mecanismo de retroalimentación que propicie la solución de conflictos propios del sistema familiar, favoreciendo la maduración de cada uno de los miembros. Tales cambios pueden surgir de la terapia individual con los padres, con los hijos o de las entrevistas con la familia. De cualquier forma, algunos enfoques teóricos enfatizan la distinción entre un acercamiento terapéutico más radical, al que denominan "terapia familiar intensiva" (que trabaja con las distorsiones transferenciales que surgen entre los mismos miembros de la familia), y la "terapia familiar de apoyo" (que clasifica la comunicación y cambia los patrones de interacción, ayudando a la familia a enfrentarse con situaciones estresantes concretas).

La posibilidad de cambio que se menciona está en relación no sólo con los aspectos conscientes o inconscientes de una relación intrafamiliar, sino también con el grado de enfermedad. Hasta el extremo de que algunos autores dudan de la posibilidad de cambio

en familias muy conflictivas, o en las que la individualidad de los miembros es baja, si las únicas intervenciones terapéuticas son las entrevistas con la familia. Las familias de estos tipos suelen presentar deficiencias en muchos aspectos. Los hijos pueden estar severamente afectados, del tipo "límitrofe" o francamente esquizofrénicos, pero sobre todo es posible que los padres presenten muy graves limitaciones en sus relaciones interpersonales. Además de la estructura familiar poco funcional, tórnese en cuenta la continua interferencia por parte de las familias originales de ambos padres. Es probable que el esclarecimiento de estos temas se produzca mediante intervenciones que combinan terapias de corto y de largo plazo con valoraciones diagnósticas de las familias en términos de la teoría de los sistemas.

### **La flexibilidad**

La paternidad normal facilita las introyecciones e identificaciones necesarias para favorecer la independencia del niño. En el transcurso normal del desarrollo, la independencia de las ligas simbióticas originales lleva al sistema a su propia disolución, es decir, los hijos dejan sus familias originales para formar sus propias familias de procreación. Los sistemas más rígidos dan origen a separaciones inadecuadas entre los padres y los hijos, a relaciones objetales inmaduras y a que se presenten serios problemas de identidad. La familia patológica funciona en mucho como un sistema cerrado; ofrece enorme resistencia y experimenta ansiedad intensa ante los mínimos destellos que amenacen con cambiar el sistema. En cualquier familia, los periodos de transición (por ejemplo, periodos de ajuste posteriores a la pérdida o ganancia de miembros de la familia, o periodos de transición entre los estadios normales del desarrollo) provocan síntomas transitorios como forma de enfrentar los sentimientos producidos por la ruptura. Sin embargo, lo importante es la variación en la tolerancia de las familias hacia la ruptura, en la capacidad para usar patrones alternativos de interacción para soportar el estrés y en su vulnerabilidad para integrar los síntomas dentro de la estructura. Se ha dicho que la habilidad para generar cambios de segundo orden es una de las características del sistema familiar sano. La meta de la mayoría de las intervenciones terapéuticas con una familia es ayudar a que ésta desarrolle formas de interacción que permitan el cambio estructural

necesario para el crecimiento individual y den pie al desarrollo de la flexibilidad necesaria para enfrentar el inevitable estrés que acompaña a dicha intervención.

## ASPECTOS TÉCNICOS

La característica principal de la terapia familiar es el examen y el entendimiento de los aspectos funcionales y disfuncionales del sistema familiar. Es, por lo tanto, engañoso el intento de pensar en un conjunto específico de técnicas propias de la "terapia familiar". Como los miembros de la familia son interdependientes en su funcionamiento emocional, todas las intervenciones terapéuticas, aun las dirigidas a un individuo, tienen ciertas derivaciones dentro de la red familiar. Así ocurre con la terapia individual para los niños, ya que ésta puede resultar una intervención terapéutica poderosa para todo el sistema familiar. Existe un buen número de terapeutas que han usado diferentes combinaciones psicoterapéuticas con base en sus experiencias y su estilo personal, e invocado conceptualizaciones muy diversas respecto de las formas de interacción dentro de los sistemas familiares. Sus técnicas son a veces contradictorias, pues señalan discrepancias con las teorías acerca de la posibilidad de cambio dentro de una familia. Ellos intervienen en diferentes niveles del sistema familiar. Más que desalentar, esta diversidad de intentos terapéuticos puede, en parte, confirmar la utilidad de una conceptualización sistemática de las intervenciones terapéuticas. La naturaleza del sistema familiar hace posible que ocurran reestructuraciones significativas como resultado de enfoques diferentes. Cualquier cambio desequilibrará el resto del sistema y abrirá nuevas posibilidades para que surjan formas diferentes de interacción entre los miembros. El resultado de los distintos enfoques diferirá dependiendo de la organización de la familia. La valoración del sistema conduce al planteamiento de una variedad de estrategias de intervención. El uso de una determinada estrategia cerrará algunas opciones para la familia y abrirá otras.

Un terapeuta puede escoger a algún miembro de la familia para trabajar con él, quizás porque esta persona trata con más intensidad de cambiar junto con el sistema o porque él soporta la carga de los

problemas familiares. La labor con uno de los miembros puede llevarse a cabo a sabiendas del efecto que tendrá en todo el sistema. Ésta será, sin embargo, una percepción de la familia difícil de fundamentar, ya que no se habrán observado los patrones de comunicación que surgen cuando el grupo familiar está reunido. Con el trabajo individual se puede anticipar la necesidad de apoyo que tienen los otros miembros, particularmente los padres, sobre todo cuando se cambia el equilibrio familiar cuidadosamente elaborado. Por lo general, la reacción de la familia al cambio de uno de sus integrantes es fuente de problemas; lo común es que la familia intente sabotear el tratamiento individual. Por ejemplo, los padres suelen interrumpir el tratamiento del adolescente cuando éste empieza a mejorar. Algunas veces el sistema es demasiado rígido como para adaptarse al cambio; en tales casos, también puede ocurrir que otro miembro de la familia presente síntomas.

Existe otro importante factor que puede influir en el curso de la terapia individual. Es cuando el paciente supone que el compromiso de cambio en la terapia individual pudiera tomarse como un acto de deslealtad implícita hacia la familia. De ahí que, paradójicamente, el mejorar puede entonces convertirse en causa adicional de culpa. Otra estrategia del tratamiento se basa en asumir que el camino más efectivo para el cambio es a través de los miembros más poderosos de la familia. Por lo tanto, algunos terapeutas atienden directamente a los padres, algunas veces por medio de entrevistas familiares, quizás sin ver nunca al niño sintomático. Se parte de la base de que el adelanto que presenta el miembro fuerte de la familia influirá en los otros miembros del sistema para que presenten cambios similares, siempre y cuando se tome en cuenta que se propiciarán los cambios considerando a la familia como un todo.

Otras técnicas recomiendan trabajar con parte de la familia, por ejemplo los esposos o los hijos adolescentes, para acentuar las importantes funciones que este grupo lleva a cabo en beneficio de sus miembros. Algunos terapeutas excluyen a los niños menores de ocho años de edad de las sesiones de terapia familiar; suponen que los niños pequeños no están lo suficientemente maduros, verbal o intelectualmente, para participar en un nivel adecuado. Sin embargo, otros terapeutas opinan que la presencia de los hijos chicos es valiosa; éstos inducen un tono positivo y relajante en las sesiones que de otra forma serían muy controvertidas. De hecho la función del bebé en

la familia es ésa: exaltar la educación dentro de la familia. Además, la fantasía de los niños puede aportar material importante durante la sesión. Un niño puede no estar comprometido tan fuertemente con los padres como lo está el paciente conflictivo, de tal manera que aquél puede recibir más apoyo de ellos y se mostrará más libre para hablar, con lo cual incitará el proceso terapéutico.

La ventaja más importante de considerar a la familia como un todo es que así se propicia que surjan interacciones que de otra manera difícilmente se presentarían. El cuadro familiar se elabora al mismo tiempo que se exploran diferentes aspectos del sistema.

Si se estudia a la familia como un sistema, pueden señalarse los siguientes principios:<sup>2</sup> 1) las partes integrantes de una familia están interrelacionadas; 2) una parte del sistema familiar no puede ser entendida si se la aísla del resto del sistema; 3) el funcionamiento familiar, como un todo, no puede ser completamente entendido al estudiar de manera aislada cada una de sus partes; 4) tanto la estructura como la organización de la familia son factores importantes que determinan el comportamiento de sus miembros; y, 5) los patrones de interacción del sistema familiar modulan el comportamiento de los miembros de la familia.

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Cuando se piensa en indicar terapia familiar es importante preguntarse qué tan necesaria es, realmente, esa intervención en el sistema familiar. De igual forma, habrá que preguntarse qué aspecto o subgrupo del sistema, y de qué manera, requiere esa intervención. Para tomar esa decisión sirve de especial ayuda el diagnóstico del problema familiar y el diagnóstico de las conflictivas individuales. Para la evaluación general de la familia es aconsejable tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Qué significado tiene el síntoma dentro de la homeostasis familiar actual. Una hija mayor solterona, un hijo menor homosexual, fobia a la escuela o casos de enuresis serían, todos, ejemplos de

síntomas que hay que estudiar para entender su función dentro de la familia.

- 2) Valorar la estructura de la familia. Qué tanto se trata de un sistema dogmático y rígido, bien definido o contradictorio, qué tanto se pueden expresar los afectos con libertad, si existe o no una bien delimitada distinción entre adultos y niños y sus funciones respectivas dentro de la familia, entre otros muchos aspectos.
- 3) Qué tanta flexibilidad tiene la estructura de la familia y qué tan accesible se muestra para aceptar nuevas posibilidades de comportamiento. La presencia misma del terapeuta pone a prueba qué tan flexible, si se le acepta, es esa estructura o qué tan rígida, si se la rechaza.
- 4) En qué etapa de desarrollo se encuentra la familia. Es obvio que no será lo mismo atender a una familia de jóvenes con hijos pequeños que a una de esposos maduros próximos a quedarse solos porque los hijos se están casando.
- 5) Qué fuentes externas de estrés existen y qué tan bien se encuentra la situación económica y laboral de los miembros de la familia. En ocasiones una familia ha venido a menos económicamente de manera repentina o existe la posibilidad de una próxima jubilación, lo cual puede originar conflictos internos.

El diagnóstico de la familia va variando a medida que avanza la terapia. En forma progresiva, apenas se inician los cambios estructurales, los conflictos superficiales desaparecen y se hacen evidentes tanto las divisiones familiares más profundas como la red de interacciones que sostienen esas divisiones. Hacia estas áreas de conflicto, y hacia los bloques de relación a los que dan origen, es aconsejable orientar el tratamiento.

La valoración completa de una familia enfrenta al terapeuta ante múltiples facetas por valorar, y son tantos los patrones del comportamiento que llaman su atención que con frecuencia puede desviarse hacia lo irrelevante e ignorar lo importante. Uno de los problemas de las entrevistas familiares es, en efecto, enfrentarse a esa avalancha de información. El terapeuta se ve en la necesidad de interpretar interacciones, rápidas y confusas, entre los miembros de una familia,

todo presentado con un lenguaje conocido para los integrantes de la familia pero extraño para el terapeuta. No obstante, es bien sabido que un terapeuta familiar experimentado requiere menos tiempo para el diagnóstico que el principiante y se dirige con más rapidez a las intervenciones terapéuticas. La experiencia permite el reconocimiento rápido de los conflictos más comunes, pues permite ver con claridad lo que para un inexperto sería confusión abrumadora. También ocurre que el psicoterapeuta sin experiencia tiende a hacer diagnósticos de los problemas individuales en términos tradicionales, más que orientarse hacia el diagnóstico en términos del sistema familiar.

Como guía general se recomienda la entrevista con la familia en todos los casos en los que se haya indicado alguna forma de psicoterapia. Las contraindicaciones que se mencionan para la psicoterapia familiar se refieren a familias con problemas extremadamente severos o sin la disposición y el compromiso necesarios para trabajar juntos. Sin embargo, hay que recordar que, para el terapeuta con poca experiencia, los conflictos de la familia pudieran parecer más graves de lo que en realidad son, lo cual se confirma en la tendencia de las familias a mostrarse más unidas después de una sesión tormentosa. Lo importante siempre será tratar de cambiar la estructura de una familia conflictiva sin pensar qué tanto se altera un equilibrio interno de suyo inestable.

Finalmente, el terapeuta trabajará con lo que se conoce como "familia *nuclear*", esto es, todos aquellos miembros que viven bajo un mismo techo y entre quienes existen fuertes lazos afectivos. El sistema de la familia nuclear abarca los siguientes subsistemas: marital o de la pareja, el de la interacción entre padres e hijos y el que se da entre los hermanos.

En concreto, los principios generales en que se basan las indicaciones para la psicoterapia familiar son: 1) muestras de que el sistema familiar no funciona adecuadamente, y 2) datos de que la disfunción familiar está relacionada con problemas que reclaman ayuda. Más detalladamente, las indicaciones pueden resultar de las siguientes situaciones: 1) cuando el terapeuta considere que los síntomas de algún paciente sean resultado directo de la disfunción en las relaciones familiares; 2) cuando alguien que busca terapia presenta más bien problemas de relación que individuales; 3) por dificultades que resulten

de una separación; 4) en el caso de familias demasiado estructuradas o rígidas, en las que sus miembros se muestran poco diferenciados; y, 5) en el caso de familias muy desorganizadas, que no funcionan bien y con pobres logros económicos.

Las contraindicaciones se resumirían de la siguiente manera: 1) por limitaciones prácticas. Cuando los miembros de la familia no se muestran interesados, cuando no existe un terapeuta experimentado al alcance de la familia, o cuando por razones de distancia los miembros de una familia no pueden acudir a consulta con regularidad; 2) la psicoterapia familiar está contraindicada cuando la familia acude demasiado tarde en busca de ayuda y el problema ya es muy grave; y, 3) cuando el equilibrio emocional de los miembros de una familia es tan precario que la intervención de la terapia familiar puede resultar más disruptiva que benéfica; y, 4) algunos autores evitan la psicoterapia familiar en caso de depresión o de privación afectiva severas en algunos de los integrantes de la familia.

## EVALUACIÓN DEL PROBLEMA DE LA FAMILIA

Para llevar a cabo una mejor evaluación del problema por el cual una familia acude a consulta es necesario contar con un modelo teórico acerca de cómo funcionan las familias y de qué manera ese funcionamiento se altera. Existen muchos modelos de este tipo, aunque el psicoterapeuta puede valerse de la combinación de varios de ellos. En este caso se describirá, en resumen, uno de los modelos más en boga en la actualidad. En efecto, Tseng y McDermott,<sup>3</sup> en 1979, propusieron un modelo *triaxial* de los problemas de las familias. Ellos clasifican los problemas en tres clases o ejes:

- Eje 1. Disfunciones en el desarrollo de la familia.
- Eje 2. Disfunciones en los subsistemas de la familia.
- Eje 3. Disfunciones en el grupo o sistema familiar.

Cada eje se caracteriza por cierto tipo de problemas, según queda resumido de la siguiente manera:

**Eje 1. Disfunciones en el desarrollo de la familia.****A. Disfunciones del desarrollo.**

- a) Disfunción primaria de la familia. Se refiere a la dificultad para establecer una relación marital satisfactoria.
- b) Disfunción de la familia en la etapa de crianza de los niños. Ésta se presenta al nacer los hijos.
- c) Disfunción de la familia en la etapa de educación de los niños.
- d) Disfunción de la familia madura, relacionada con aspectos de diferenciación y separación de alguno de sus miembros.
- e) Disfunción de la familia en la etapa de contracción.

**B. Variaciones y complicaciones del desarrollo.**

- a) Interrupciones de la familia relacionadas con la crisis que resulta de una separación o divorcio.
- b) Problemas de la familia con un solo padre.
- c) Disfunción de la familia reconstituida. Se refiere al caso de un nuevo matrimonio, con hijos de anteriores parejas.
- d) Familia crónicamente inestable, como resultado de mudanzas, separaciones o divorcios frecuentes.

**Eje 2. Disfunciones en los subsistemas de la familia.****A. Disfunción en el subsistema de los esposos.**

- a) Disfunción marital complementaria, como es el caso de una relación sadomasoquista o la de un matrimonio entre un obsesivo-compulsivo y una histérica.
- b) Disfunción marital conflictiva, como es el caso del matrimonio entre dos narcisistas que se la pasan compitiendo y peleando por el poder y control dentro de la familia.
- c) Disfunción marital dependiente. Se refiere al caso de aquellas parejas que cuando se alejan no pueden funcionar en forma independiente.
- d) Disfunción marital por falta de compromiso. La comunicación es muy pobre, se muestran mutuamente indiferentes y sólo se conserva el matrimonio por razones sociales, económicas o religiosas.

- e) Disfunción marital por incompatibilidad. Con frecuencia existen marcadas diferencias en edad, valores, preparación, *status* económico y, por supuesto, personalidad.
- B. Disfunción en el subsistema de los padres e hijos.
  - a) Disfunción relacionada con uno de los padres.
  - b) Disfunción relacionada con uno de los hijos.
  - c) Disfunción entre padre e hijo.
  - d) Disfunción entre el hijo y ambos padres o triangular.
- C. Disfunción en el subsistema de los hermanos.
  - a) Por rivalidad destructiva.
  - b) Por sobreidentificación o falta de diferenciación entre los hermanos.
  - c) Por colusiones con los padres.

### Eje 3. Disfunciones en el grupo o sistema familiar.

- A. Disfunciones funcionales y estructurales.
  - a) Familias con bajo rendimiento.
  - b) Familias demasiado estructuradas o rígidas, como resultado de la influencia de un padre perfeccionista.
  - c) Familias integradas patológicamente, como sucede con los papeles invertidos entre los cónyuges o cuando los hijos tienen responsabilidades que deberían asumir sus padres.
  - d) Familias sin apego afectivo.
  - e) Familias desorganizadas o caóticas.
- B. Disfunciones en los desempeños sociales.
  - a) Familias socialmente aisladas.
  - b) Familias con comportamientos antisociales.
  - c) Familias con temáticas especiales, como apegos religiosos, mágicos, secretos u otro tipo de creencias.

La clasificación multiaxial descrita parte del principio de que toda alteración tiene diferentes aspectos que deben ser considerados y valorados por separado. Es obvio que una familia puede presentar más de una disfunción.

## ENTREVISTAS CON LA FAMILIA NUCLEAR

Durante las primeras entrevistas con la familia, los objetivos principales serán:

- 1) Establecer un papel de relación positiva con la familia por parte del terapeuta y los coterapeutas; se trata de que no se involucren con la organización conflictiva del grupo familiar.
- 2) Definir el problema con suficiente claridad y planear las medidas terapéuticas necesarias según sea la situación de la familia, de esta manera se espera que todos los participantes reciban algún beneficio y, a su vez, que la familia se haga responsable de encontrar posibles soluciones.
- 3) Aclarar las metas específicas y realistas que se persigan con el tratamiento.

### Las normas básicas

Es común que la terapia se inicie con el planteamiento de algunas normas básicas. Se puede introducir la idea de que su presencia en la sesión denota la existencia de problemas en la forma de interacción de los diferentes miembros, hecho que se demostrará en el transcurso de la sesión. En otros casos, se puede pedir a cada uno de los integrantes de la familia que exponga cual es, desde su punto de vista, el problema que los lleva a la terapia. Lo habitual es que la familia llegue acusando al llamado paciente "identificado" de todos los problemas que presentan. Sin embargo, al dudar de semejante aseveración, el terapeuta trata de que todos los que forman la familia asuman la responsabilidad que tengan en la generación de los conflictos. Después, la investigación se puede continuar invitando a que los padres expresen sus inconformidades en relación con su propia familia. Asimismo, puede complementarse la información haciendo que otros miembros conflictivos expongan sus puntos de vista para evitar una confrontación seria entre padres e hijos.

Si al principio la familia se muestra muy renuente a dejar de utilizar al chivo expiatorio que ve en el paciente identificado, el terapeuta puede, entonces, desviar la discusión hacia las características de los síntomas. También invitará a que otros integrantes de la familia den su opinión sobre el paciente identificado, persiguiendo realzar y entremezclar la opinión y la participación de todos los integrantes de la familia. Esto les hará sentir que todos serán respetados, escuchados y tratados de manera imparcial. De esta forma se logra que las quejas iniciales, el chivo expiatorio y los sentimientos de culpa en relación con las críticas que se les hayan hecho a los padres, todo, se integra como parte de un proceso familiar del que todos forman parte importante. Así se contrarresta la idea inicial de que los sucesos familiares están fuera del control de los miembros. Se trata de que el terapeuta estimule la esperanza latente en una familia con problemas y de que mejore la calidad de la interacción entre los integrantes de la familia para hacerla más viva e importante para todos.

Si bien durante las primeras sesiones se espera la presencia de todos los miembros de la familia, no es rara la inasistencia de algún miembro importante o que algún otro asista en forma irregular pero que, a su vez, ambos tengan un efecto significativo en los temas de las sesiones. Con estas ausencias la familia manifiesta resistencia al desarrollo del proceso terapéutico con el grupo nuclear de la familia. Cuando estos hechos se confrontan y se logra contrarrestarlos, se consigue detener la angustia que va en aumento al discutir la problemática familiar. Si estas aclaraciones no se consiguen, se entorpece la terapia e incluso puede interrumpirse. Hay quienes no atienden a la familia si no acuden todos los miembros. Es obvio que las resistencias pueden analizarse y así tratar de contrarrestar las ausencias. Lo mismo puede hacerse cuando algún miembro de la familia pide una entrevista personal. Desde el punto de vista de la terapia individual se entendería que un paciente desee plantear problemas confidenciales, pero según la terapia familiar esto hablaría de resistencia al enfrentamiento de los conflictos de relación intrafamiliar. También daría origen a que los otros participantes supusieran que el terapeuta se ha coludido con alguno de los miembros, al tiempo que los haría sentirse incapaces para enfrentar y tratar los temas importantes. Refuerza los mitos familiares de que ciertos temas, como lo habían imaginado, son demasiado peligrosos y que la estructura familiar es débil y vulnerable.

Esto no quiere decir que, a discreción del terapeuta, no se deban realizar entrevistas separadas con algún subsistema de la familia, ya que de esta manera se refuerzan los límites entre ese subsistema y el resto de la familia.

### **Definición del problema**

La precisión en cuanto a las metas del tratamiento es el incentivo más importante para que una familia se comprometa con la terapia. La fantasía inicial de la familia es hacer que el psicoterapeuta cambie al paciente identificado sin modificar el equilibrio de la familia, por lo cual es aconsejable que el terapeuta amplíe la conceptualización del problema, cambiando el tradicional enfoque hacia el individuo por otro sobre las interacciones familiares actuales. Los estilos terapéuticos para realizarlo suelen ser muy variados; puede hacerse mediante una postura activa y directa con un compromiso hacia una terapia breve. En este tipo de labor existe un énfasis temprano en áreas problemáticas específicas y concretamente definidas (que el terapeuta haya diagnosticado perceptivamente como puntos nodales de la disfunción del sistema). Esto se acompaña, en ocasiones, del manejo de las interacciones habituales, orientándolas hacia la aparición de nuevas alianzas y posibilidades de interacción. Estas intervenciones pueden realizarse con una comprensión muy poco consciente de parte de los miembros de la familia en relación con la dinámica subyacente en la interacción. Sin embargo, las entrevistas se verán acompañadas de una sensación de alivio. La familia siente que la situación problemática ha sido redefinida en forma significativa. Los cambios en la retroalimentación de las interacciones relacionadas con las nuevas alianzas se refuerzan a sí mismas. Si la intervención ha tenido éxito al tocar un punto central de la organización familiar, se esperaría que perduraran los efectos sin necesidad de nuevas intervenciones terapéuticas. Así sucede en el caso de una madre divorciada a quien se le hizo ver que su resentimiento hacia los hombres favorecía diversas actitudes conflictivas. Suponía que su hija tenía que ser su aliada en contra de los hombres; se sentía traicionada por ella si ésta tenía algún novio, y presionaba a su hija no sólo para que no viera a su padre sino para que se alejara de los "malvados" hombres. Aclarado lo anterior, la relación entre madre e hija, y de hecho todo el ambiente familiar, mejoró en forma considerable.

Una postura terapéutica opuesta es aquella que no resulta menos activa pero que requiere más tiempo con la familia: el tiempo necesario para la discusión detallada de los patrones de interacción recurrentes. Ésta resalta menos la resolución de problemas concretos inmediatos y se dirige más hacia los patrones más disfuncionales de la interacción familiar. En las sesiones iniciales se hace énfasis en el papel que tienen otros miembros de la familia para generar conflictos, además del paciente identificado.

La atención se enfoca hacia las áreas de conflicto dentro de la estructura familiar y se hace hincapié en el poder y la responsabilidad que tienen los otros miembros para facilitar la recuperación del paciente identificado.

Se sabe que después de las primeras 10 a 20 sesiones de terapia familiar habrá un alivio significativo de los síntomas, lo cual es reflejo de un cambio en el equilibrio de la estructura familiar, de tal manera que al aclarar los problemas subyacentes se ejerce menos presión sobre el paciente identificado, disminuye su ansiedad y mejora su sintomatología. Además, debido al nuevo conocimiento sobre el tipo de interacciones conflictivas propias de la familia, el síntoma pierde poder sobre el equilibrio familiar. La familia y el terapeuta, entonces, se mostrarán satisfechos con esos cambios. No es raro que, alcanzado este momento, el terapeuta piense que es suficiente con lo que se ha logrado y que si se continúa el tratamiento sólo se daría pie a que se prolongaran y favorecieran los problemas. Ambos enfoques pudieran no ser tan radicalmente distintos como a primera vista parecen. Sin embargo, su diferencia estriba en que el primer método se orienta hacia la resolución de problemas específicos, mientras que el segundo intenta lograr cambios en las funciones básicas de la estructura familiar. En ambos casos, el psicoterapeuta permanecerá alerta para decidir qué tanto influirá, en algunos miembros en particular, para ayudarlos a resolver conflictos que se originaron en su historia personal.

### **Frecuencia de las entrevistas**

A diferencia de la psicoterapia individual y al igual que la de grupo, la frecuencia de las sesiones de la terapia familiar es de una vez por

semana, con una duración promedio de 90 minutos, aunque hay quienes trabajan una o dos horas por sesión. En ocasiones puede llevarse a cabo más de una sesión a la semana, pero es excepcional, ya que resulta muy difícil arreglar los encuentros cuando están involucradas familias muy numerosas.

### **El proceso de cambio**

Cuando una familia inicia el tratamiento es común sorprenderla en maniobras defensivas que disfrazan los conflictos esenciales y que acentúan los sentimientos familiares de desesperanza. Sus miembros se muestran atrapados en la problemática como si fuera un callejón sin salida, lo cual resulta frustrante y perpetúa así los problemas. Las respuestas adaptativas que han presentado para resolver los conflictos no reflejan las causas originales de los mismos ni el origen de la ansiedad. Estas defensas tienen el efecto destructivo de impedir el crecimiento y la espontaneidad, y de distorsionar la realidad. Desde el inicio del tratamiento es aconsejable facilitar la apertura, impedir los desplazamientos y sustituciones inútiles y favorecer la aceptación de resentimientos y hechos lastimosos. La meta de esta parte del tratamiento es la reducción de la angustia crónica de los integrantes de la familia (aunque habrá una expresión más intensa de la angustia en relación con temas específicos), ofrecerles apoyo solidario y el esclarecimiento de los problemas esenciales intrafamiliares, de tal manera que haya posibilidad de soluciones más adaptativas, menos conflictivas.

El objetivo más importante de las intervenciones del psicoterapeuta es estudiar las interacciones que surgen entre los integrantes de la familia, junto con las respuestas transferenciales dirigidas hacia él. Es obvio que cada uno de los participantes interactúa con el terapeuta. Sin embargo, la interacción ocurre en presencia del resto de la familia y esto influye en el tipo de intercambio que ocurre. Los cambios en las percepciones y conductas de un miembro obligan, de inmediato, el acomodo de los otros miembros del sistema familiar. La interacción resultante se vuelve parte de la historia familiar en evolución y tiene el potencial de ser apoyada por cualquier otro miembro de la familia. Esta situación no suele presentarse en la psicoterapia indivi-

dual, en la que las nuevas actitudes ensayadas con el terapeuta tienen menos posibilidades de practicarse con éxito de una sesión a otra; es decir, el peso del cambio descansa, casi por completo, en un miembro de la dualidad terapéutica: el paciente. Con todos los integrantes de la familia presentes, la atención recae no solamente en las intervenciones de uno de los participantes, sino en el proceso mismo de las más diversas interacciones.

Durante el proceso terapéutico de ir descubriendo los patrones de comportamiento entre los miembros de una familia, es aconsejable prestar especial atención a la comunicación no verbal que se da entre ellos, esto es, no dejar pasar todas aquellas señales corporales que transmiten mensajes afectivos silenciosos, pero muy precisos en su intención. Igual puede tratarse de una mirada de reproche o de una sonrisa de complicidad, que de una actitud de indiferencia, tedio o desprecio. El terapeuta lo hace notar y analiza su significado. Con ello se logra poner en claro toda una serie de conflictos que de otra manera seguirían como tema prohibido para la discusión. Se trata de que el terapeuta ayude a los integrantes de la familia a expresar, discutir y entender sus necesidades conflictivas, así como a percibir los efectos destructivos que tienen.

A medida que progresan las sesiones y se avanza hacia las áreas de conflicto familiar, el psicoterapeuta se apoya en su experiencia clínica para lograr que los participantes se den cuenta de qué desencadena las respuestas conflictivas, valiéndose para ello de los recursos que considere necesarios, como intercambio del papel que los diferentes miembros tienen, variación en el orden en que se sientan y, por supuesto, asumiendo el papel dramático que un integrante tenga dentro de la familia para así ilustrar un determinado suceso o actitud. Es en el momento en que la tensión entre los miembros va en aumento cuando se quebrantan las normas de la familia: sube el tono de voz, la conversación de algún miembro es interrumpida, aumenta el ruido, se forman subgrupos, los mensajes al terapeuta se multiplican y existe la impresión de que se pierde el control de los acontecimientos. Entonces el psicoterapeuta, a su vez, deberá hacer notar qué fue lo que propició el aumento de la tensión y derivó en momentos de caos y descontrol. De esta manera se calman los ánimos y se retoma el curso del proceso terapéutico. Por ello son recomendables algunas reglas de procedimiento tales como no hablar por otra persona durante la sesión, no interferir con interrupciones, insistir en que a

cada persona se le permita hablar y ser oída, y mantener la atención en las interacciones que se da en el aquí y en el ahora.

Durante el proceso de cambio de las interacciones conflictivas de la familia, el psicoterapeuta pudo haber intervenido ya sea apoyando al sistema familiar —favoreciendo la confianza y creando una red de intercambios dentro de la cual pueda empezarse a opinar con más intensidad— o a través de participaciones que alteran el equilibrio de este sistema, generando tensión. Las maniobras de apoyo son las que reducen la ansiedad a niveles tolerables. Tales intervenciones son congruentes con el sistema familiar y tienden a facilitar la confianza en el terapeuta, de tal manera que los miembros de la familia pueden arriesgarse a hablar de manera diferente de como lo hacen habitualmente. El terapeuta actúa con un respeto básico hacia el funcionamiento adaptativo esencial de la unidad familiar y desempeña una función participativa que se liga y se desliga, indistintamente, del proceso familiar. Por ejemplo, una familia de jóvenes profesionistas, con una hija mayor de 10 años de edad y un hijo de siete, vive el conflicto de una relación muy tirante entre la madre y su hija. Ésta se muestra renuente a cooperar con su mamá y a desempeñarse en la escuela de acuerdo con su capacidad. Sin embargo, la niña se muestra muy apegada a su padre. Durante la sesión familiar se hizo evidente el malestar de la niña por el parecido físico a su padre y su deseo de parecerse a la madre. A ésta se le recomendó que hiciera hincapié en los rasgos físicos y de comportamiento en los que la niña resultaba parecida a su madre, que el padre cooperara en esas observaciones y que los familiares y conocidos cercanos dejaran de hacer esos imprudentes comentarios acerca del notorio parecido entre padre e hija. La respuesta de la niña fue tan espectacularmente favorable que en cuestión de días había desaparecido la tirantez entre madre e hija, para beneplácito de todo el sistema familiar. En general, las intervenciones unificadoras permiten la entrada al grupo familiar, de tal manera que el terapeuta puede experimentar las presiones, entender el dolor y convertirse en una persona significativa para sus miembros. Sin embargo, al mismo tiempo, el terapeuta no asume responsabilidad alguna por funciones familiares, y conserva la libertad de ser espontáneo en sus intervenciones, sin ser atrapado por el sistema.

Por otra parte, las intervenciones que provocan desequilibrio son aquellas que cambian las secuencias usuales de las interacciones o

la forma en que se las entiende. Esta categoría de intervenciones terapéuticas permite la emergencia más clara y directa de los temas subyacentes y permite así el control familiar de esas interacciones, dando origen a que se creen secuencias nuevas y más productivas. Éste es el caso habitual cuando se le hace notar a la familia el importante componente de libertad y valentía que se refleja en el comportamiento del hijo rebelde e ingobernable, quien generalmente desempeña el papel del paciente identificado. Observaciones de esta naturaleza cambian radicalmente el punto de vista de las familias y no pocas veces se muestran renuentes a aceptarlo. Piénsese, también, en el caso de una hija o un hijo homosexual, o en las relaciones heterosexuales de una hija adolescente; el conflicto familiar que generan es de enormes consecuencias y más aún cuando el psicoterapeuta interviene en favor de tal miembro y se muestra respetuoso de sus actividades y preferencias sexuales. El punto de vista del terapeuta resulta drásticamente diferente del de los padres y, al mismo tiempo, dramáticamente benéfico. No obstante que el comportamiento de estos adolescentes puede implicar riesgos y tener componentes autodestructivos, lo que se hace evidente es la necesidad de que toda la familia reciba la información necesaria y que a los hijos se les respete.

La meta de las intervenciones que están destinadas a romper los patrones conflictivos de la comunicación y a estimular el reconocimiento más directo de los mensajes emocionales no es simplemente un escape catártico de los sentimientos enclaustrados. Más bien, los movimientos del terapeuta son realizados siempre en un contexto de respeto a la importancia de la individualidad y de la autonomía de los integrantes del sistema. Los límites están lo bastante bien definidos como para permitir a los miembros de un subsistema realizar sus funciones sin interferencia excesiva, y facilitar también los contactos entre los miembros de ese subsistema y los restantes. Esta postura define principios y acción en términos de "esto es lo que yo pienso" y "esto es lo que yo quiero". Cada quien asume la responsabilidad por la felicidad, el éxito y el bienestar propios, y evita la tendencia a culpar a otros de la propia infelicidad, desánimo y fallas personales. De esta manera se deja de luchar por el control de los demás y se orilla a que los otros asuman una postura complementaria. De esto resulta una reducción de la ansiedad y un funcionamiento más efectivo de la unidad familiar.

Las familias angustiadas con frecuencia emplean un patrón de límites que es demasiado rígido o demasiado difuso. En cualquier situación, están ligados uno al otro de tal forma que no pueden funcionar de manera independiente. Cuando los límites son difusos, cualquier intento de diferenciación amenaza con desintegrar la unidad familiar. Así, áreas completas de experiencia deben ser negadas y las pruebas de la realidad y el sentido de identidad están profundamente tergiversados. En las familias con límites demasiado rígidos, el funcionamiento adecuado de un miembro puede depender de la angustia de otro. Los sentimientos están controlados rígidamente y, otra vez, los aspectos importantes de la personalidad se ven disminuidos. Por último, hay que recordar que las intervenciones desequilibrantes y las de apoyo tienen el efecto de aclarar los límites y reestructurar el sistema familiar.

### Terminación

Los principios que determinan la terminación de la terapia familiar son similares a los que prevalecen en otras formas de psicoterapia. Dar por terminado el contacto con el terapeuta representa separación, un tema que está en el corazón mismo de los problemas de muchas familias, lo cual permite la reaparición de sentimientos previos a otras separaciones, para su adecuada discusión y reestructuración. De esta forma se consigue una mayor libertad para expresar los afectos y una respuesta de solidaridad recíproca. En virtud de que la fecha de terminación se anuncia con anticipación, existe la oportunidad de discutir y dominar una experiencia que se prefiere evitar o negar. Esta experiencia es especialmente crucial para la terapia familiar breve, ya que en este caso la terminación se convierte en tema terapéutico para activar y solucionar los problemas que origina.

La separación también significa autonomía. Es una forma de que los miembros de una familia descubran los recursos nuevos con que cuentan para manejar los problemas, de tal suerte que no necesiten contar con la presencia del terapeuta. La participación del psicoterapeuta en la familia no debe haberse convertido en un papel funcional — como padre, chivo expiatorio o consejero —, por lo que al separarse permite a los miembros de la familia luchar por ellos mismos, al tiempo

que él reflexiona acerca de los logros reales alcanzados durante la terapia. Desde el inicio, la organización es tal que la familia se hace responsable de su propio funcionamiento. Las familias reconocerán sus adelantos cuando valoren en forma realista sus metas y la armonía que han alcanzado.

La valoración de tales logros generalmente resulta de un compromiso entre las expectativas familiares y las metas terapéuticas. Al igual que la literatura sobre otras formas de psicoterapia, especialmente el psicoanálisis, mucha de la bibliografía sobre la terapia familiar tiene aseveraciones acerca del funcionamiento familiar ideal u óptimo. Tales ideales rara vez se alcanzan, pero sirven como poderosas fuerzas motivantes.

En conclusión, es importante que la terapia familiar dé origen a un diálogo genuino entre los miembros de la familia en relación con los temas importantes que les son comunes, conducido de tal manera que acepten las diferencias y los conflictos como ingredientes valiosos y superables, más que como obstáculos para relacionarse y crecer.

### **Seguimiento**

Ningún enfoque teórico impone la necesidad de seguir el curso de una familia después de suspendido el tratamiento; lo mismo ocurre en otras formas de psicoterapia. El hacerlo o no depende más bien de los intereses y preferencias del terapeuta. De hecho se espera que la experiencia de la terapia haya enseñado a la familia a reconocer aquellos indicios de problemas que requieren atención especializada y que los integrantes de la familia sigan dispuestos a llevar a cabo una valoración realista sobre los acontecimientos que vayan enfrentando después de terminado el tratamiento, para que de esta manera ellos mismos puedan decidir qué tanto requieren o no ayuda nuevamente. De igual forma se da origen a que se fomente y conserve, dentro del ambiente familiar, el interés por seguir madurando y desarrollándose.

### **Relación con otras formas de psicoterapia**

Cuando desde un principio se recomienda la psicoterapia familiar, ésta puede servir como punto de partida para recomendar otras formas de psicoterapia —como la individual, de pareja o de grupo—. Sin embargo, cuando se ha iniciado otra forma de psicoterapia es más difícil introducir la terapia familiar. Esto es lógico, pues se habrán establecido ciertos compromisos de confidencialidad con algún paciente en terapia individual; en terapia familiar, el problema presentado puede ser entendido de manera totalmente diferente y, todavía más importante, el terapeuta puede haberse aliado precisamente con los conflictos familiares que requiere un paciente identificado. Con frecuencia, esta situación obliga a que sea otro terapeuta el que tenga que impartir la psicoterapia familiar.

### **Resultados del tratamiento**

No sólo la valoración del proceso de la terapia familiar, sino sobre todo la validez de sus resultados, es una tarea que apenas se ha empezado a llevar a cabo de manera rigurosa. Sin embargo, se ha visto que los beneficios que se obtienen en adultos son semejantes a los que se logran utilizando psicoterapia individual. Además, cuando el paciente identificado es un niño o un adolescente, los resultados de la terapia familiar demuestran una proporción de éxitos ligeramente más alta que los descritos para el tratamiento individual con poblaciones similares.<sup>4</sup>

**Bibliografía**

- <sup>1</sup> P. WATZLAWICK, J. H. BEAVIN y O. D. JACKSON: *Pragmatics of Human Communication*. W. W. Norton, 1974.
- <sup>2</sup> N. B. EPSTEIN y D. S. BISHOP: "Problem Centered Systems Therapy of the Family". *J. Marital and Family Therapy*, 7, 23-31, 1981.
- <sup>3</sup> W. S. TSENG y J. F. MCDERMOTT: "Triaxial Family Classification". *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 18, 22-43, 1979.
- <sup>4</sup> PHILIP BARKER: *Basic Family Therapy*. Granada Publishing, Ltd., 1981.

## **CAPÍTULO III**



# PSICOTERAPIA DE GRUPO

## Introducción

El surgimiento de la terapia de grupo como método terapéutico representa uno de los más extraordinarios adelantos en el campo de las psicoterapias. Su práctica cada vez más frecuente es el resultado de su reconocida eficacia en beneficio tanto del paciente como del terapeuta. Los principios teóricos en que se sustenta son accesibles; las técnicas para su aplicación práctica se enseñan y descubren en la clínica sin dificultad; se puede combinar con la terapia individual, y el mismo número de psicoterapeutas puede atender a un número mayor de pacientes, hecho que para nuestro medio es de primordial importancia. En muchos casos la psicoterapia de grupo resulta mejor opción terapéutica que la terapia individual, con iguales o mejores resultados. Si tomamos en cuenta el debilitamiento que en su fuerza aglutinadora van sufriendo la familia, la religión y la sociedad, junto con la cada vez más frecuente incidencia de divorcios y madres solteras, que se suman al número creciente de personas solas, la psicoterapia de grupo satisface con creces la necesidad gregaria y el instinto social del ser humano. Todo ello sin menoscabo de la eficacia analítica del grupo y con la ventaja de que, a manera de pequeño laboratorio social, los conflictos psicológicos de los pacientes pronto se hacen innegablemente evidentes para su oportuna interpretación y análisis, por supuesto con la inestimable ayuda del grupo.

## Definición

La psicoterapia de grupo constituye una forma de tratamiento compartido para pacientes con conflictos emocionales conducida por un terapeuta psicoanalíticamente capacitado; la finalidad es analizar y entender los conflictos internos y externos de los miembros del grupo

para poder modificar los patrones neuróticos y no adaptativos de su comportamiento.

### **Preparación del paciente**

Es necesario e importante preparar al paciente para la experiencia de la terapia de grupo. La preparación se lleva a cabo mediante el número de sesiones individuales que sean necesarias, y consiste en explicar a la persona las características del proceso al que se va a exponer, insistiéndole en la necesidad de mostrarse abierta y honesta frente a sus compañeros de grupo; asimismo se le advierte acerca de la posibilidad de que no le simpaticen algunos de ellos ni todos se muestren hospitalarios. Al analizar estas formas de interacción, el paciente adquirirá mayor conocimiento de sí mismo y, en consecuencia, podrá asumir formas más adecuadas y adaptativas de pensamiento, sentimiento y acción.

Se sabe que los pacientes que fueron adecuadamente preparados para su ingreso a la terapia de grupo mostraron una actitud más favorable hacia el grupo que los que no recibieron esa preparación. Además, esto disminuye la posibilidad de que dejen el grupo, favorece la comunicación e incrementa la cohesividad.

### **Selección de pacientes**

Para el buen funcionamiento del grupo son indispensables tanto la selección cuidadosa de los pacientes como la organización de los que lo integran. No es aconsejable que la psicoterapia de grupo se recomiende para todo tipo de problemas emocionales, no obstante que pacientes con los más diversos conflictos se han beneficiado con el método.

Es obvio que la decisión para incluir o no a un paciente en la psicoterapia de grupo deberá estar basada en el diagnóstico psiquiátrico y en la valoración psicoanalítica que se haya hecho durante las sesiones individuales.

Es aconsejable valorar el tipo de relaciones, presentes y pasadas, que ha mantenido el paciente tanto con figuras de autoridad como con otras personas. Los pacientes cuyo problema principal resulta de la relación con figuras de autoridad y la angustia que esto les provoca suelen responder mejor en la terapia de grupo que en la individual; se sienten apoyados por sus compañeros de grupo y esto les ayuda a establecer una relación más realista con el psicoterapeuta. Debido a la frecuencia con que los adolescentes presentan conflictos de relación con la autoridad, diversos autores recomiendan para ellos la psicoterapia de grupo como el tratamiento de elección. Una de las indicaciones más precisas para proponer la terapia de grupo a un paciente es el antecedente de una adolescencia en la que vivió aislado y con poca convivencia con otros adolescentes.

Los sujetos con ansiedad importante frente a la figura de autoridad pueden mostrarse, durante la sesión individual, bloqueados, ansiosos, con resistencia e incapaces de verbalizar sus pensamientos y emociones por temor a la censura o reprobación por parte del analista. En estos casos pudieran recibir con beneplácito la sugerencia de incorporarse a una terapia de grupo. Si el paciente se muestra renuente a hacerlo, es probable que la fuente principal de angustia provenga de la inadecuada convivencia con los demás y no tanto de su relación con las figuras de autoridad.

Los pacientes con personalidad esquizoide o con severas limitaciones de relación con los demás generalmente responden en forma desfavorable o con mucha ansiedad a la terapia de grupo. Si en la historia clínica del paciente existe, por ejemplo, el antecedente de graves problemas de rivalidad y hostilidad con sus hermanos, difícilmente tolerará la experiencia grupal. Sin embargo, aquellos cuyo conflicto central proviene de la relación con sus hermanos pueden encontrar en la terapia de grupo la adecuada experiencia emocional correctiva, indispensable para su curación; el analista debe valorar adecuadamente si el paciente podrá tolerar la incomodidad inicial que le provocará el grupo. Este tipo de pacientes pueden manifestar sus conflictos con otros miembros del grupo por medio de actos contra-productivos fuera de la sesión terapéutica; el análisis y el manejo adecuado de estos hechos pueden ser muy benéficos para el paciente. Asimismo, la posibilidad de contar con la interacción directa con los otros miembros del grupo resulta ser más terapéutica que la recapitulación verbal que ocurre en la terapia individual.

Para el hijo único la experiencia grupal puede resultar, por una parte, una amenaza para la satisfacción inmediata de sus demandas narcisistas y para la posición de privilegio a la que está acostumbrado; pero, por otra, representa una excelente oportunidad de aprender a relacionarse con los demás en forma compartida. Es claro que para el hijo único que siempre haya anhelado la compañía de los hermanos que no tuvo, la terapia de grupo resulte el contexto ideal para que este tipo de conflictos se hagan evidentes y se analicen para su pronta resolución.

### **Mecanismos de defensa**

Los mecanismos de defensa son procesos mentales utilizados por una persona como forma de protección contra las fuentes de angustia; ellos le permiten manejar y sobrellevar los factores internos y externos que le causan estrés. Existen pacientes con un cierto tipo de mecanismos de defensa que pueden verse especialmente beneficiados con la psicoterapia de grupo.

**Proyección.** Cuando un paciente atribuye a quienes lo rodean impulsos que le son inaceptables para sí mismo encuentra en la terapia de grupo el mejor recurso para el adecuado análisis e interpretación de su respuesta defensiva. Éstos son pacientes que, de manera constante, acusan a otros de sus propias deficiencias y fallas y, por consiguiente, distorsionan la realidad del mundo circundante. Se muestran renuentes a hablar de sus motivaciones conscientes e inconscientes, y evitan el suficiente grado de introspección como para descubrir los pensamientos que les resultan indeseables, les avergüenzan o les provocan sentimientos de culpa. En la terapia individual suelen adjudicar al terapeuta todo lo negativo de ellos y, por lo mismo, obstaculizan el desarrollo del tratamiento y el acercamiento a la realidad.

En la terapia de grupo, estos pacientes se benefician con la constante confrontación de que son objeto sus distorsiones, y a ello colaboran tanto el terapeuta como los otros miembros del grupo. Este proceso grupal fuerza el análisis introspectivo, con el consiguiente debilitamiento del mecanismo proyectivo. Debido a la práctica que

estos pacientes tienen para descubrir en otros los mismos conflictos que ellos padecen, pudiera ser difícil hacerles ver su problemática personal, no obstante lo acertado de sus observaciones en relación con los demás. Por lo tanto, el terapeuta no debe suponer que las observaciones del paciente son incorrectas, sólo procurará que el paciente asuma como suyos los conflictos que también descubre en los demás.

**Represión, negación y supresión.** Estos mecanismos defensivos encuentran en la psicoterapia de grupo una excelente oportunidad para su análisis. Tan sencillo como que un paciente es capaz de negar algo que ha dicho o hecho en el grupo, mientras los otros miembros pueden recordarlo sin lugar a dudas. La represión se entenderá como la acción involuntaria para apartar de la conciencia impulsos, recuerdos o experiencias que son dolorosas o penosas y que generan angustia intensa.

La supresión consciente de información que causa miedo, culpa o vergüenza en el paciente es una experiencia que surge constantemente en los grupos. Cuando el paciente se decide a revelar frente a los demás esa información, pronto descubre que otros comparten pensamientos, sentimientos o experiencias semejantes a los de él; esta apertura puede ser de lo más terapéutica.

Cuando la negación sea un mecanismo de defensa habitual utilizado por el paciente, debido a que encuentra muy difícil el manejo realista de algún hecho de su vida, el grupo no sólo ayuda a corregir la distorsión sino, además, brinda la oportunidad única de examinar, junto con el paciente, diversas formas en que puede manejar más adecuadamente la situación conflictiva. Cuando la negación se refiere a la gravedad de los conflictos personales, la retroalimentación por parte de los otros miembros del grupo puede ser la primera etapa para que el paciente reconozca el grado de alteración emocional que padece.

**Respuestas transferenciales.** Una de las características de todas las psicoterapias profundas, en especial de las psicoanalíticamente orientadas, es la conveniencia de analizar las distorsiones que el paciente presenta respecto a su percepción del terapeuta. El análisis de la transferencia parte de la premisa de que el paciente responde, frente al analista, de la misma manera en que lo hizo ante figuras significativas en su pasado, y de que el análisis de tales respuestas favorecerá su desarrollo y le ayudará a resolver sus conflictos. En

ocasiones, la respuesta transferencial puede ser tan intensa que se hace imposible su análisis en la terapia individual, ya sea por lo intensamente negativa que deviene —lo que resulta intolerable para el paciente, al grado de preferir dejar el análisis—, o porque la respuesta transferencial se fija y no se cambia. En este caso, la respuesta se hace estática y pierde la flexibilidad propia de las respuestas transferenciales que se analizan en los conflictos neuróticos habituales. En la terapia de grupo, el paciente tiene la oportunidad de observar las diferentes respuestas transferenciales que sus compañeros de grupo presentan, lo cual le ayuda a entrar en contacto con la realidad, debido a que es difícil que conserve una actitud irracional negativa si la mayoría o todos los miembros del grupo perciben las cosas de manera diferente. Lo mismo ocurre cuando la transferencia es positiva, especialmente en los pacientes que demandan trato preferencial por parte del terapeuta. El hecho mismo de que el analista preste atención a otros pacientes dentro de la sesión de grupo ayuda a que las demandas de estos pacientes se hagan más realistas.

Tanto las respuestas transferenciales positivas como las negativas se diluyen entre los diferentes miembros de un grupo, incluyendo al terapeuta como uno más de ellos.

### **Factores diagnósticos en la selección**

El diagnóstico del problema del paciente es importante para decidir cuál recurso terapéutico es el más indicado, así como para valorar su grado de motivación para el tratamiento, su capacidad de cambio y la fortaleza o debilidad de su personalidad. El diagnóstico incluye diversos postulados acerca de la psicodinamia de los conflictos y de los mecanismos de defensa involucrados, las posibles causas de los conflictos del paciente y las metas terapéuticas que se desean alcanzar.

El examen diagnóstico también deberá incluir la valoración del estado físico del paciente, teniéndose que descartar las posibles causas orgánicas que expliquen todas o algunas de sus alteraciones emocionales. Hecho lo anterior, el paciente queda en las condiciones más adecuadas para su incorporación a un grupo.

En el Centro de Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia, A. C. (CIPPAC), se ha tratado de que al mayor número posible de pacientes se le practique un electroencefalograma. Y aunque los criterios de los electroencefalografistas son por demás variados para señalar si un estudio presenta alteraciones o no, la experiencia en el CIPPAC demuestra que un alto porcentaje (quizá hasta 50%) de los pacientes que acuden en búsqueda de ayuda psicoterapéutica puede presentar alguna alteración electroencefalográfica.

### La formación del grupo

La correcta formación del grupo es vital para crear la adecuada atmósfera terapéutica que derive en los cambios necesarios de la personalidad de todos sus integrantes, para lograr lo cual es indispensable que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

**Número de pacientes.** En el CIPPAC recomendamos a los alumnos no iniciar un grupo hasta que no cuenten con el número suficiente de pacientes que les permita sustituir, de inmediato, a los pacientes que dejan (de 20 a 30 %) un grupo que empieza. A esta situación del terapeuta sugerimos llamarla "*capacidad de recambio de pacientes*", muy importante para mantener vigente un grupo en cualquier etapa.

Se habla de grupos de terapia que han tenido éxito con la participación de tan sólo tres miembros o tantos como 15, aunque la mayoría de los autores considera entre 7 y 12 el número óptimo de pacientes para un grupo. Se piensa que con menos de 7 pacientes se da origen a un grupo con insuficiente interacción, salvo que se trate de personas que verbalizan con facilidad. Y con un grupo mayor de 12 pacientes la interacción que se produce puede ser tal que escape del seguimiento por parte del terapeuta y de todos los miembros del grupo. Sin embargo, en nuestro medio es tan numerosa la población de pacientes necesitados de atención, tan evidentes las restricciones económicas de muchos de ellos y tan limitado el número de psicoterapeutas disponible que, aparte de la nobleza y eficacia del método terapéutico en sí, la terapia de grupo ofrece la magnífica oportunidad de brindar atención a un número mucho mayor

de pacientes con el mismo número de terapeutas. El autor ha trabajado, durante años, con grupos de entre 15 y 20 pacientes con buenos resultados. Además, ha podido observar la marcada tendencia a la pasividad y dificultad para la verbalización espontánea de los pacientes en nuestro medio, aspecto que recibe considerable ayuda e incluso puede ser contrarrestado en el tipo de grupos con los que ha trabajado.

**Frecuencia de las sesiones.** La frecuencia habitual de las sesiones de terapia de grupo es de una vez a la semana. Se recomienda mantener la continuidad de las sesiones de semana a semana para retomar los temas tratados o que quedaron pendientes en la sesión anterior. No es aconsejable interrumpir una o más sesiones ya que los pacientes pueden interpretarlo como falta de compromiso de parte del terapeuta y con ello propiciarse el desinterés de los miembros del grupo, o bien que algunos de ellos dejen de asistir y hasta que se desintegre el grupo de terapia.

**Duración de las sesiones.** El tiempo promedio de la sesión es de una hora y media; hay grupos que se reúnen una hora y otros hasta dos, lo importante es que ese tiempo se mantenga constante. Fijar el límite de duración de las sesiones tiene la ventaja práctica de permitir, tanto a los pacientes como al terapeuta, la adecuada organización de su vida diaria; también contribuye al óptimo aprovechamiento de la sesión.

Existe la crítica a la terapia de grupo respecto del tiempo disponible por sesión para cada paciente y en relación con la oportunidad que cada uno tiene de analizar su conflictiva; ante esto es importante señalar que la terapia de grupo, a manera de un microcosmos social, brinda la excepcional oportunidad de que, a partir de la inevitable interacción entre los miembros del grupo, se hagan evidentes, ahí mismo, para su inmediato análisis e interpretación, en ahorro de tiempo, los conflictos de los pacientes que en la terapia individual requerirían un lapso mucho mayor de verbalización para su real esclarecimiento. La terapia de grupo, por sus propias características, en última instancia suele acortar la duración del tratamiento.

**Heterogeneidad versus homogeneidad del grupo.** La tendencia actual es la de que los grupos sean heterogéneos para propiciar un grado óptimo de interacción entre sus miembros. La composición

debe incluir pacientes con conflictos de diversos tipos y con diferentes patrones de comportamiento. De especial importancia resulta la variedad en cuanto a características raciales, nivel social y grado de escolaridad. Asimismo se incluyen pacientes de ambos sexos en aproximadamente igual proporción y de diferentes edades de adultos.

Hay que tomar en consideración que también se trata con grupos homogéneos en cuanto a conflictos se refiere; tal es el caso de pacientes alcohólicos, obesos, homosexuales, psicóticos y con una diversidad de problemas. Igual pueden ser homogéneos, en alguna medida, en cuanto a edad, como es el caso de grupos formados principalmente por adolescentes. Yalom<sup>1</sup> sugiere que los grupos sean heterogéneos en cuanto a conflictos y homogéneos en lo que a fortaleza del yo se refiere.

**Otros factores.** En ocasiones es posible integrar un paciente psicótico a un grupo de pacientes con problemas neuróticos. Esto proporciona la oportunidad de facilitar la evocación de los conflictos inconscientes, como es habitual que ocurra en el paciente psicótico; con ello los pacientes neuróticos podrán eliminar las barreras de la represión con más facilidad. De manera simultánea, el paciente neurótico ofrece al psicótico el mayor contacto con la realidad y la fortaleza de las defensas del yo que en éste se han debilitado de manera considerable.

En cuanto a la psicodinamia de los pacientes, la diversidad en la misma puede contribuir a organizar un grupo más eficazmente. De mucho beneficio será que en un mismo grupo pueden incluirse, por ejemplo, un paciente que tiene actitudes competitivas con su padre y otro que vive un conflicto semejante pero con sus hijos. Son evidentes las múltiples combinaciones psicodinámicas que, con gran potencial psicoterapéutico, pueden generarse en un grupo.

Los patrones del comportamiento también sirven como punto de referencia para la formación de un grupo. Un paciente cuyo estilo de vida se caracteriza por soledad, aislamiento y miedo al acercamiento afectivo con otros encuentra en la terapia de grupo el recurso terapéutico más benéfico para su situación. Si este mismo paciente tiene la oportunidad de interactuar con pacientes extrovertidos y sin dificultad de relación interpersonal, la ayuda terapéutica que se le proporcionará será enorme. Imaginemos el caso de un paciente

indeciso, inseguro y tímido al verse analíticamente confrontado con pacientes más decididos, seguros y optimistas: el efecto terapéutico es indudable.

Es un hecho de observación clínica habitual que la mayoría de los pacientes – sin importar el diagnóstico psiquiátrico o psicodinámico, ni el motivo principal por el que acuden a consulta – presentan algún tipo de alteración sexual, sea ésta resultado de conflictos psicológicos o deficiencias educativas. La terapia de grupo ofrece la oportunidad única de aclarar, confrontar y resolver los más variados tipos de alteraciones sexuales. Al incluir en un grupo pacientes de ambos sexos de inmediato se da la oportunidad de analizar las actitudes que se tienen respecto del sexo opuesto y en relación con la vida sexual.

También son importantes aspectos tales como nivel socioeconómico, características raciales, grado de preparación o religión. Es común observar que aspectos como la riqueza, la belleza, el poder político o la fama provoquen desconcierto o subordinación por parte de otros miembros de un grupo. Analizar las actitudes de unos y otros brinda la excelente oportunidad de desarticular los mitos sociales y ayudar a una revaloración de quienes viven en condiciones, reales o aparentes, de desventaja. No debemos olvidar que, en un grupo, de manera inevitable estarán presentes la pobreza, la fealdad y el anonimato, por lo que no pasarlos por alto y además analizarlos ofrecerá una gran enseñanza para todos y el beneficio terapéutico para los involucrados, máxime si tomamos en cuenta que la nuestra es una sociedad con marcados y múltiples contrastes. Dado lo homogéneo de la corriente religiosa de nuestro medio, si bien no es común que surjan conflictos en cuanto a esas preferencias, cuando los haya es recomendable hacerlos evidentes y no soslayarlos.

En lo que a edad se refiere, la experiencia clínica con grupos demuestra que en un grupo pueden integrarse, sin dificultad, desde adultos jóvenes –de alrededor de 20 años de edad– hasta mayores de 60 años. Esto favorece la creación psicodinámica de vínculos padre-hijo o hermano-hermana para su consiguiente y fructífero análisis. Éstos son conflictos que de otra manera parecerían insuperables.

Es obvio que niños y adolescentes podrán integrarse mejor en un mismo grupo, no obstante que algunos adolescentes podrían partici-

par sin dificultad en un grupo de adultos, pues la terapia con los de su misma edad les resulta muy benéfica ya que comparten inquietudes y conflictos semejantes. Asimismo, el grupo de adolescentes puede requerir la presencia de algunos adultos que despierten en aquéllos las respuestas transferenciales.

## DINÁMICA DEL GRUPO

La dinámica del grupo se refiere a la suma total de interacciones que se dan entre sus miembros, junto con la estructura que surge como resultado de esa misma interacción. En la actualidad no existe una teoría unitaria para explicar de manera satisfactoria el comportamiento que las personas manifiestan en un grupo. Sin embargo, existen algunos enfoques con cierta validez y aplicación terapéutica.

### Teoría psicoanalítica

Freud definió el grupo como los individuos que permanecen juntos debido al proceso de identificación con el líder y con cada uno de sus miembros. Tomó al líder como la figura paterna y al yo del resto de los miembros como subordinado a él. Para Freud, la psicología del grupo tenía que ver con el individuo dentro de un grupo, pues no compartía la visión del grupo como un todo.

Freud creía que la unidad familiar y las interacciones que el niño tiene con ella formaban el prototipo de la convivencia grupal. De hecho, en la terapia de grupo, el individuo suele conducirse de la misma forma en que lo hace dentro de su familia.

Los puntos de vista de Freud, en lo que se refiere a la formación de grupos y las respuestas transferenciales que surgen entre sus miembros y con el líder, forman la base teórica de la psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada. Freud hizo notar que no sólo el líder influye en el grupo, sino que también los miembros lo hacen en cada uno de ellos. S. H. Foulkes<sup>2</sup> trató de complementar, en la

terapia de grupo, los enfoques teóricos entre el aquí y el ahora y el análisis del pasado. Él recomienda estudiar la vida pasada del sujeto junto con sus efectos en el presente; al mismo tiempo, pueden examinarse los conflictos actuales independientemente del pasado. Estudió las respuestas transferenciales de los pacientes con el terapeuta, e hizo notar la transferencia que surge entre los miembros del grupo y con el grupo como un todo. Foulkes entendió la conflictiva personal como resultado de la interacción con otras personas y consideró la terapia de grupo como el recurso natural para estudiar y resolver las diversas formas de psicopatología. Pensó que el grupo ofrece al yo del paciente la oportunidad de desarrollar la capacidad de crear y mantener las relaciones grupales. También enfatizó la importancia de la "resonancia" que se da entre los miembros de una terapia de grupo, refiriéndose con ello al efecto que un paciente puede producir en otro para estimular la aparición de fenómenos inconscientes y procesos de pensamiento importantes de analizar.

### **Teoría general de los sistemas.**

De acuerdo con la teoría general de los sistemas, los grupos tienen propiedades en común y se forman para llevar a cabo alguna actividad o para cumplir un propósito en especial. Un sistema está formado por partes o componentes, esto es, miembros interdependientes unos de otros y que interactúan dentro del sistema. El equilibrio entre las diferentes fuerzas que entran en acción dentro de un grupo afectará a cada uno de los miembros en lo individual, lo que a su vez repercutirá en la estructura del grupo. A medida que interactúan los integrantes de un grupo, se origina la formación de subsistemas, y el objetivo del terapeuta será analizar estas interacciones y mejorar la comunicación interpersonal.

En el presente, se ofrecen diversos y conflictivos puntos de vista para explicar la dinámica grupal. Las ideas y teorías provienen de los campos del psicoanálisis, la psiquiatría, la psicología, la sociología y la antropología. Sin embargo, lo importante es que el psicoterapeuta pueda manejar la dinámica del grupo como un todo, sin perder la visión psicodinámica individual de cada uno de sus miembros.

### El grupo como un todo

La tendencia vigente en psicoterapia es la del análisis del individuo por el grupo, lo cual no ha descartado el intento de estudiar al grupo como un todo, ya que se supone que éste es cualitativamente diferente de la simple suma de sus partes. Tan así es que se considera al grupo como una entidad por derecho propio, con características particulares y únicas, diferentes de las de los individuos que lo forman.

También se habla de "dinámica del grupo" en contrapartida a la dinámica individual presentada por Freud. Para Kurt Lewin<sup>3</sup> las acciones de una persona no pueden ser suficientemente explicadas con base en su psicodinamia individual, sino que debe tomarse en consideración la naturaleza de las fuerzas sociales a las que la persona se expone. Lewin introdujo el concepto de "presión grupal" para referirse a la medida en que el comportamiento de una persona es modificado por el grupo. A su vez, el individuo influye en el grupo y ambas corrientes de influencia forman un todo o *gestalt*.

Se ha postulado que, aunque el grupo esté formado por miembros heterogéneos, de cualquier forma funciona como unidad. Se supone que los miembros dependen unos de otros, cada uno con sus expectativas de los demás, todo ello en respuesta al establecimiento de las normas, ética y metas del grupo.

### Postulados básicos de Bion

Para Wilfred Bion,<sup>4</sup> el grupo tiene una vida mental propia, con su dinámica y su estructura peculiares. Bion se refiere a estos fenómenos grupales como los "postulados básicos" que, según él, son tres:

- 1) El postulado de la dependencia; según el cual los miembros de un grupo buscan un líder de quien depender para conservar su estabilidad emocional y para su protección.

- 2) El postulado del acoplamiento; esto es, en algún momento los miembros del grupo reconocen que el líder sólo existe en su fantasía y que es irracional la necesidad de una figura omnipotente, lo que los obliga a luchar por sí mismos y ver por su propia sobrevivencia; al hacerlo, forman acoplamientos con algún otro miembro del grupo.
- 3) El postulado de la lucha y fuga; que aparece cuando los miembros del grupo reconocen que ninguno de ellos tiene los atributos suficientes para cumplir el papel de líder y por consiguiente pueden caer en un estado de desánimo. Esta situación amenaza el objetivo del grupo, de tal suerte que algunos permanecen y luchan entre ellos mismos, o con el líder, según la conflictiva de cada quien; pero otros optan por dejar el grupo y huir de una situación que consideran poco perdurable.

### **Conclusión**

En la práctica clínica se confirma que lo habitual es el análisis del individuo por el grupo, pero en ocasiones también ocurre el análisis de la dinámica del grupo como un todo. La dinámica del grupo surge a partir del intento de resolver la problemática individual, con lo que se propicia la interacción entre los participantes y el consiguiente análisis de dicha interacción.

## **FACTORES TERAPÉUTICOS**

Muchos son los factores terapéuticos que, se supone, entran en acción durante una terapia de grupo. Estos factores pueden agruparse en tres categorías generales:

- 1) Factores intelectuales, que engloban situaciones como la adquisición de información desconocida acerca de los conflictos o intelectualización; el descubrimiento que el individuo hace de que otros presentan conflictos semejantes a los suyos o universaliza-

ción;\* la imitación de comportamientos racionales, y la identificación.

- 2) Factores emocionales, que abarcan aspectos como aceptación del paciente por el grupo, altruismo y transferencia.
- 3) Factores conductuales, que comprenden elementos como un mejor acercamiento a la realidad, interacción con otros miembros del grupo y verbalización de los conflictos personales.

Nótese que en todos estos factores subyace el análisis de las diferentes situaciones que surgen dentro del grupo con objeto de que cada paciente logre la más clara introyección de sus conflictos personales.

Para Yalom,<sup>1</sup> las doce categorías generales de los factores terapéuticos, en orden de importancia, son las siguientes: adquisición de información, catarsis, cohesividad, autoconocimiento, ofrecimiento de información, factores existenciales, universalidad, adquisición de esperanza, altruismo, revivir experiencias de la familia, guía e identificación.

El autor agregaría el *sentido del humor* como un factor terapéutico de primera importancia. Otro factor se refiere a lo que podríamos llamar la *función de autoridad competente*, esto es, que el psicoterapeuta asuma con decisión el papel de autoridad profesional y personal que le corresponde frente a las contingencias del grupo para, así, conservar los fines terapéuticos del mismo.

En virtud de que no es fácil describir las diferentes condiciones terapéuticas que se dan dentro de una sesión de terapia de grupo, es importante tener presente que los diversos factores terapéuticos no son independientes unos de otros sino, más bien, mutuamente propiciatorios. El que un paciente se beneficie de la terapia de grupo dependerá del grupo al que pertenece, de los conflictos que presente y del tipo de personalidad que tenga. Sin embargo, para que pueda obtener el mayor beneficio terapéutico de su experiencia grupal es indispensable la interacción sincera con el resto de los miembros del

---

\*En el CIPPAC hemos sugerido denominar "el contagio de la confesión", a la tendencia imitativa de las personas a *confesar* sus debilidades, fallas, conflictos o *pecados*, en respuesta al atrevimiento de otra persona que ha dado a conocer abiertamente sus intimidades.

grupo y con el terapeuta, así como la expresión honesta de los conflictos que lo aquejan.

Cada terapeuta debe tomar en cuenta su propia personalidad al organizar una terapia de grupo y al poner en juego algún recurso técnico para lograr los mejores efectos terapéuticos.

### **Contacto con la realidad**

No es fácil lograr una visión objetiva del mundo circundante, de los otros y de uno mismo. La experiencia es tan compleja que, al interactuar con otra persona, cuando menos influyen los siguientes componentes: 1) lo que cada persona desea que la otra piense que es; 2) lo que cada persona piensa de sí misma; y, 3) lo que cada persona es en realidad. En una psicoterapia de grupo, con la invaluable ayuda de sus miembros, puede diferenciarse entre lo que es fantasía y realidad para cada uno de los participantes. La terapia de grupo ayuda a lograr una mayor objetividad, en la medida en que cada uno de sus miembros verbaliza sus pensamientos y emociones acerca de los otros y de sí mismo para el consiguiente análisis de esas verbalizaciones tanto por parte del psicoterapeuta como del resto de los integrantes del grupo. Cuando la percepción que un participante tiene de otro es distorsionada, de inmediato otros miembros del grupo ofrecen sus propias observaciones tratando de conseguir un mayor acercamiento a la realidad.

Durante las sesiones de terapia de grupo, el analista debe estimular la comunicación franca y honesta; de esa forma se propicia mayor objetividad. Algunos autores sugieren que, cuando así lo considere necesario, el psicoterapeuta puede ilustrar algún asunto valiéndose de experiencias personales, pero sin dejar de tomar en cuenta el efecto que estas revelaciones pueden tener en algunos de los miembros del grupo.

Con frecuencia, el grupo reproduce, para muchos pacientes, el ambiente familiar, con sus tensiones y conflictos. De ahí que integrantes específicos del grupo suelen desempeñar el papel de padre, madre o hermanos para otros de los participantes. Cuando estas

respuestas se analizan en forma adecuada es posible diferenciar las reacciones que se ajustan al estímulo del momento de aquellas que se están originando en los conflictos inconscientes del sujeto. Con estas experiencias, el terapeuta tiene la oportunidad de aclarar a un paciente, y al grupo en general, la dinámica de los conflictos que han surgido, así como el posible origen biográfico en cada uno de ellos.

### **Transferencia**

Aquellos psicoterapeutas que permanecen apegados a la teoría psicoanalítica clásica conservan la definición de la transferencia como un fenómeno inconsciente, de tal suerte que a las respuestas emocionales que los participantes del grupo se provocan entre sí, lo mismo que a las ocurridas entre ellos y el terapeuta, las consideran transferenceles cuando son irracionales y no apegadas a la realidad.

La transferencia se estimula como resultado de la interacción entre los integrantes de un grupo. En general, tanto los sentimientos negativos como los positivos se expresan con más rapidez y facilidad en el contexto grupal que en la terapia individual. Un paciente puede sentirse muy reconfortado al observar reacciones no punitivas del terapeuta al enojo de otros pacientes, y así permitirse hacer conscientes y expresar sentimientos semejantes o de otro tipo.

Es obvio que en el grupo se propiciará la aparición de múltiples respuestas transferenceles de un paciente con miembros diferentes del grupo, lo cual brinda a dicho paciente la oportunidad de analizar y reanalizar esas respuestas hasta su exitosa resolución.

Puede darse el caso de que un paciente responda transferencelemente ante todo el grupo, y vea al terapeuta como una figura paterna y al resto como semejantes a su familia. En este caso, la labor del terapeuta será la de ayudar al paciente a que responda ante cada participante en lo individual, a fin de que logre diferenciar los componentes de fantasía y realidad que haya en sus reacciones.

En la terapia de grupo también puede llegar a presentarse la neurosis de transferencia. Se dice que ésta se presenta cuando el

apego del paciente al terapeuta o algún otro miembro del grupo es muy intenso. En la terapia individual el paciente transfiere sus actitudes irracionales y creencias falsas hacia el terapeuta; a partir de ese momento, la neurosis de transferencia es objeto de análisis, interpretación y modificación final.

En la terapia de grupo, la neurosis de transferencia es menos clara. Las respuestas emocionales hacia el terapeuta se diluyen y atenúan su intensidad por la presencia de los otros participantes, quienes desvían y atraen esas respuestas emocionales que, de otra manera, se dirigirían hacia el analista. Es lógico suponer que otro paciente pueda representar un mejor estímulo transferencial para uno de los otros miembros del grupo que el propio psicoterapeuta. Además, en la terapia de grupo el terapeuta no deberá conservar ocultos algunos de sus datos personales como es aconsejable en la terapia individual. En la experiencia grupal, el analista reacciona en forma más espontánea a los sucesos y está sujeto al escrutinio de todos los participantes; como resultado, pronto se harán evidentes los verdaderos rasgos de su personalidad.

### Identificación

Para que la personalidad se desarrolle en forma sana, el individuo necesita seguir, consciente o inconscientemente, el modelo psicológico de alguien. La mayoría de los pacientes neuróticos se han identificado con modelos fallidos o no han podido encontrar modelo alguno. En la terapia individual muchos pacientes intentan aprender de las respuestas adaptativas de su analista. En la terapia de grupo, en cambio, están disponibles diversos modelos para identificarse con algunas de sus cualidades. Otros fenómenos grupales también parecen estar relacionados con el proceso de identificación. La sensación de alienación, característica del paciente neurótico, va disminuyendo a medida que los pacientes desarrollan respuestas afectivas entre ellos y hacia el grupo como un todo. Éste ofrece tanto una sensación de seguridad como de pertenencia. Los miembros se van mostrando tolerantes unos con otros e intentan entender las más variadas formas de comportamiento, no importa qué tan irracionales sean. Este mecanismo de aceptación es muy terapéutico, ya que los

pacientes encuentran un lugar en el cual sí se aceptan las diferencias de opinión. Las discusiones, la agresividad o las actitudes negativas difícilmente alteran los lazos de unión que se establecen entre los miembros de un grupo.

### **Universalización**

En la terapia de grupo los pacientes encuentran evidencia irrefutable de que no son los únicos que tienen problemas emocionales y que otras personas enfrentan conflictos semejantes o aún más graves. El proceso de universalización es considerado como uno de los más importantes en psicoterapia de grupo. Es bien sabido que el solo hecho de compartir las experiencias personales con otros, sean patológicas o no, es una importante necesidad humana.

A medida que los pacientes confirman que son necesarios unos para otros, intentan ayudarse mutuamente. A menudo este proceso recibe el nombre de altruismo y se caracteriza por el sacrificio de los intereses personales en aras del grupo. Mientras esto ocurre, el paciente altruista recibe, en respuesta, importantes beneficios; por ejemplo, al ofrecer ayuda a los demás incrementa su autoestima; igual resultado tendrá cuando ofrezca orientación o alguna otra forma de influencia en alguno de los miembros del grupo para que éste consiga mayor conciencia y dominio de su funcionamiento psicológico.

La universalización y sus derivados —altruismo, orientación y respaldo— son procesos que aparecen durante toda la vida del grupo.

### **Cohesión**

Todo grupo, no sólo la terapia de grupo, presenta un cierto grado de cohesión. Sus miembros experimentan una sensación de pertenencia, lo que hace que el grupo sea importante para ellos. Esto despierta otras respuestas, como la lealtad y amistad hacia el conjunto y sus miembros. Los pacientes desarrollan la disposición para un trabajo en equipo, persiguiendo metas y responsabilidades en común. La cohesión se refiere a todas las fuerzas o influencias que actúan sobre los integrantes para permanecer en un grupo.

De igual forma aceptan un cierto grado de frustración personal con objeto de proteger la integridad general. Un grupo de terapia cohesivo es aquel en que sus miembros se aceptan unos a otros, se ofrecen respaldo mutuo y la relación que establecen ofrece innegables beneficios para todos. Sin lugar a dudas, la cohesión es el fenómeno más importante de la psicoterapia de grupo.

Los pacientes que logran desarrollar la sensación de que ya están integrados a una terapia de grupo empiezan a dar muestras de considerable mejoría. Un miembro cohesivo se hace responsable del funcionamiento adecuado del grupo mediante su participación activa en las sesiones; lo mismo hace al tratar de alcanzar metas difíciles, al asistir con regularidad y al permanecer dentro del grupo durante un largo periodo de tiempo. Un miembro cohesivo lo mismo intenta influir en los demás que aceptar opiniones diferentes de la suya. Asimismo, un participante bien integrado sigue las normas del grupo e invita a otros a que se conduzcan de igual forma.

Con estas características en mente, el analista puede identificar quién funciona de manera cohesiva y quién no. La psicopatología individual influye en estos casos. Un paciente esquizoide, por ejemplo, verbaliza poco durante la sesión, pero asiste regularmente y de esta forma demuestra su actitud cohesiva. Por el contrario, un paciente que interactúa mucho durante las sesiones pero que falta con frecuencia refleja una pobre interacción grupal. Cuanto más pueda el terapeuta incrementar la cohesión de los miembros de un grupo, más probable será el éxito terapéutico; esto se debe a que un paciente bien integrado al conjunto será más receptivo a las influencias terapéuticas que la psicoterapia del grupo le ofrece.

### **Presión grupal**

Cada uno de los miembros está sujeto a la presión del grupo para modificar su comportamiento, pensamientos o emociones. La medida en que esto ocurra depende de qué tanto el paciente acepta a los otros miembros del grupo y de la medida en que valore sus opiniones. El que dicha presión grupal resulte benéfica o perjudicial depende de la forma en que sea manejada por el psicoterapeuta. Éste tendrá

que valorar, de manera constante, quién está en condiciones de confrontar un cierto problema o conflicto y quién no. De esta manera regula la presión que se puede ejercer sobre alguno.

La experiencia grupal permite poner a prueba algunos planteamientos. La teoría psicoanalítica ha sostenido que el cambio es resultado de la introyección al hacer conscientes las causas de un determinado síntoma, sin embargo, a menudo el cambio surge como resultado de la explicación de cómo un cierto comportamiento neurótico se estableció. La evidencia clínica demuestra que un paciente también puede cambiar sólo por el deseo de agradar a otros miembros del grupo y así conservar el grado de aprecio que hacia él se tenga.

El abordaje conductista de la psicoterapia de grupo se apoya en la observación de que un paciente es motivado por el reforzamiento que recibe cuando el terapeuta y otros miembros del grupo aprueban alguna forma de comportamiento nuevo. El mismo reforzamiento hace que el cambio de conducta se sostenga. El psicoterapeuta tiene muchas oportunidades para reforzar cierto tipo de comportamientos de los integrantes de un grupo, en conjunto o individuales.

### **Intelectualización**

Este proceso implica el conocimiento de uno mismo, de los demás y de las diversas experiencias, negativas y positivas, que expliquen el comportamiento de la persona. No sólo implica el conocimiento de la historia personal, también encierra el entendimiento de cómo acostumbra relacionarse con los demás y de los mecanismos de que la persona se vale para interactuar con ellos. El paciente aprende a conocerse cuando los miembros del grupo lo confrontan en respuesta a las situaciones que ha provocado. De esta manera, los pacientes aprenden a evaluar y a analizar al resto de los miembros del grupo, incluyendo al terapeuta. Se crean así amplios mecanismos de retroalimentación.

### **Interpretación**

La interpretación también ofrece a los pacientes un marco cognoscitivo para un mejor entendimiento de ellos mismos, tanto si la

interpretación la hace el analista como si la emprenden los otros participantes. En el presente, cada escuela psicoanalítica ofrece sus puntos de vista alternativos para el entendimiento de la conducta humana.

Sin embargo, la interpretación no es suficiente para producir el cambio; otras experiencias son necesarias para que ese cambio sea efectivo. El concepto de la experiencia emocional correctiva, introducido por Franz Alexander en 1946, combina los factores intelectuales y las experiencias para explicar el cambio terapéutico. Supone que el proceso correctivo aparece a partir de que el paciente presenta sus respuestas transferenciales, las analiza y descubre que el analista y otros participantes del grupo responden de manera diferente a como esperaba. En esta situación, el paciente deberá exteriorizar las emociones que entren en juego para conseguir el mayor efecto terapéutico.

### **Catarsis**

La catarsis se refiere a la evocación de emociones asociadas a cierto tipo de pensamientos. Esta experiencia favorece la disminución de sentimientos de culpa y de ansiedad al compartir el secreto personal con otros y ofrecerles valiosa información acerca de los pensamientos, fantasías y conflictos personales. La catarsis estimula las asociaciones de los demás y ayuda a que hagan consciente su material inconsciente. De igual forma, por contagio emocional, la exteriorización de las emociones de un participante favorece, en los demás, la aparición consciente de estados emocionales similares.

Cada grupo desarrolla su propio grado de catarsis dependiendo de sus integrantes, del tipo de liderazgo y del marco teórico que se siga. En general, un grupo formado por pacientes con pobre control de impulsos mostrará un alto nivel de expresión de emociones; lo contrario ocurrirá en un grupo en el que predominen pacientes esquizoides u obsesivo-compulsivos. Si en el primer grupo el terapeuta favorece la catarsis, el efecto será antiterapéutico. En el segundo grupo lo terapéutico será favorecerla lo más que se pueda. El criterio del analista deberá ajustarse a las necesidades de un grupo en particular y de los pacientes en lo individual.

## Abreacción

Al igual que la catarsis, la abreacción se refiere al hecho de revivir experiencias pasadas junto con las emociones que las acompañan; se trata de un fenómeno de mayor intensidad afectiva que la catarsis. Además, se acompaña de un grado mayor de introversión debido a lo cual el paciente logra reconocer la relación entre las actitudes irracionales del presente y sus antecedentes en el pasado. A menudo la abreacción trae a la conciencia, por primera vez, componentes emocionales no reconocidos por el paciente. Suele ser una experiencia muy terapéutica, no obstante la incomodidad que provoca en los participantes.

También se puede provocar la abreacción motora favoreciendo, por medio de la actividad física, la aparición de algún impulso inconsciente. Es bien sabido que muchos estados emocionales se manifiestan por medios físicos. Ejemplo de ello son las parálisis histéricas, las enfermedades psicósomáticas y las crisis de angustia. Los estudiosos de la cinética humana —movimientos del cuerpo— sostienen que las posturas y maneras son reflejo de los estados emocionales crónicos de los que el paciente no está consciente; un caso típico es el del paciente deprimido.

## PAPEL DEL LÍDER

Sin importar el tipo de pacientes que lo conforman, el psicoterapeuta es el miembro más importante del grupo. Lo mismo puede despertar, en los otros participantes, intensas reacciones adversas que ser alguien a quien se le atribuyan poderes sobrenaturales. Se espera que el terapeuta, como líder del grupo, conozca lo suficiente acerca de las enfermedades mentales, sus causas, diagnóstico y las soluciones terapéuticas disponibles, y no sólo la psicoterapia de grupo. Esta preparación le sirve para decidir qué pacientes son los que más pueden beneficiarse con la terapia de grupo.

Aunque a menudo el terapeuta es objeto de las proyecciones emocionales y de pensamiento de los pacientes, el autor considera desaconsejable que el analista permanezca pasivo frente a esas proyecciones. La experiencia con grupos ha enseñado la necesidad de no permanecer al margen de los acontecimientos grupales y sí, en

cambio, responder a ellos para su mejor análisis e interpretación. Cuando el psicoterapeuta se involucra activamente y demuestra una actitud de interés por los miembros del grupo, favorece el trabajo analítico y la creación de una atmósfera de beneficio terapéutico para todos. No obstante, las recomendaciones tradicionales de la psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada sugiere que el terapeuta permanezca "relativamente pasivo".

Una importante función del terapeuta es establecer las líneas de comunicación entre los miembros del grupo. Se persigue favorecer una forma de interacción que englobe a los participantes en igualdad de circunstancias y oportunidades; se recomienda que el psicoterapeuta no controle demasiado la espontánea interacción de los participantes ni que tampoco acapare la atención. Tampoco es deseable que se formen subgrupos de interacción, por el efecto disruptivo que tienen y el debilitamiento de la cohesión a la que dan lugar.

Nuestras investigaciones acerca de las frases típicas o caractemas y de los psicossíndromes han encontrado en la terapia de grupo una fuente innagotable de hallazgos\*.

## TIPOS DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

Los grupos pueden clasificarse de acuerdo con diversos parámetros: tipos de pacientes, enfoque teórico que se utilice, forma de liderazgo, formas de interacción o metas que se persiguen, la mayoría de los cuales están representados en la práctica de la psicoterapia de grupo de la misma forma en que lo están en la individual.

Son múltiples los tipos y técnicas aplicables a la psicoterapia de grupo; lo importante será que el método adecuado de terapia grupal se aplique a las necesidades específicas de los pacientes. La forma que el autor considera de más beneficio terapéutico es la que consiste en el análisis del individuo por el grupo. Aunque la terapia de grupo se utiliza cada vez con más frecuencia en poblaciones especiales de pacientes, la población más numerosa de participantes es la de quienes presentan algún tipo de conflicto neurótico.

---

\*A.A.C.S. op. cit.

## TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

La mayoría de los procesos que surgen en la terapia de grupo son resultado, directo o indirecto, de los recursos técnicos de que se valga el terapeuta de acuerdo con el marco teórico que siga.

El objetivo principal del terapeuta será provocar que surjan los procesos necesarios para que la problemática de los participantes, o del grupo como un todo, se haga evidente. Lo que debe estar muy claro para el analista es qué mecanismo resulta capaz de favorecer el cambio terapéutico y qué mecanismos pueden beneficiar a un paciente en particular o al grupo en su conjunto. Si no existe un marco conceptual definido, cualquier técnica que se aplique puede resultar desfavorable.

### Análisis de sueños

El análisis de sueños, característico de la terapia individual, puede aplicarse en la terapia de grupo con algunas diferencias. Freud, para la terapia individual, describió algunos procedimientos técnicos: 1) pedir al paciente que asocie en relación con los elementos del sueño según aparecen; 2) pedir asociaciones acerca de algún elemento del sueño que le haya llamado la atención al paciente o al analista; 3) pedir al paciente asociaciones acerca de los acontecimientos del día anterior que pudieran estar relacionados con el sueño; y, 4) dejar que el paciente trabaje por sí mismo con el sueño sin recibir ningún tipo de instrucción.

En la psicoterapia de grupo pueden utilizarse esas técnicas con la salvedad de que las asociaciones provienen no sólo del soñante sino también de los otros miembros. El terapeuta puede utilizar las asociaciones que provoca un sueño para favorecer la introversión de los conflictos del soñante y de los otros pacientes.

Debido a que un sueño no es una actividad deliberada, el sujeto no se siente responsable de lo que soñó. De esta manera, el sueño puede servir como medio para comunicar algún material que de otra

manera el paciente no comunicaría. Así sucede con la visión crítica que sobre el grupo o alguno de los participantes tenga el paciente. Los sueños también pueden ayudar a que alguien temeroso se integre al grupo. Se ha visto que tan pronto como los pacientes son incorporados a la terapia de grupo, cambia el contenido de sus sueños, aparecen más personas en ellos y surge más actividad interpersonal.

### **Asociación libre**

El proceso de la asociación libre aparece dentro del grupo cuando los pensamientos y las emociones de uno de los participantes provocan pensamientos y emociones en otro de los miembros, aunque pudieran no estar relacionados en forma lógica. El analista no dirige el grupo de manera constante, más bien favorece la espontaneidad y la verbalización abierta. El terapeuta tratará de encontrar posibles factores en común en los temas que van surgiendo.

### **Participación uno por uno**

De acuerdo con esta técnica, el terapeuta pide a cada uno de los participantes del grupo que responda a un determinado pensamiento, emoción, patrón de comportamiento, situación o asunto introducido por un paciente o por el mismo terapeuta. Mediante esta técnica se puede lograr la integración al grupo de un paciente esquizoide o la participación de alguien pasivo. De la misma forma se contrarresta al paciente monopolista, que de otra manera dominaría la sesión. Cuando el motivo de la opinión de cada uno de los integrantes del grupo es otro de los participantes, la experiencia le ofrece un concentrado de información acerca de sus conflictos.

### **Coterapia**

En condiciones ideales cada coterapeuta participa activamente, de tal suerte que ninguno se encuentre en condiciones de mayor autoridad o dominio. La presencia de coterapeutas de ambos sexos

estimula la aparición de respuestas transferenciales relacionadas con los padres; si ambos coterapeutas interactúan de manera armoniosa, pueden servir como una experiencia emocional correctiva para los pacientes. Las características de la personalidad de los coterapeutas y el tipo de liderazgo que utilizan, sin importar su sexo, también propician la aparición de respuestas transferenciales. Hay que tomar en cuenta que para los pacientes es más saludable estar expuestos a interpretaciones complementarias que contradictorias. Sería antiterapéutico, pues, que los coterapeutas trataran de dilucidar sus diferencias delante del grupo.

### **Un nuevo miembro**

Un nuevo paciente puede ser bienvenido y rápidamente integrado al grupo o puede ser objeto de rechazo abierto o encubierto sin importar las características de su personalidad. Al analizar la integración fácil y bienvenida a un paciente, el psicoterapeuta puede, por ejemplo, descubrir que el grupo estaba buscando algún aliado para luchar en contra de la figura de autoridad. Si la respuesta es de hostilidad hacia el nuevo paciente es necesario que el analista lo proteja y se analicen las causas de la agresión. El miembro nuevo puede representar la presencia transferencial de algún hermano u otro tipo de conflicto familiar arcaico de alguno de los miembros. Sin embargo, el nuevo paciente puede tener características de personalidad que provoquen reacciones hostiles; a pesar de ello resulta anti-terapéutica la confrontación hasta que el paciente no esté suficientemente integrado al grupo. Un paciente nuevo que es objeto de agresión grupal y que no fue protegido por el analista de seguro dejará de asistir.

### **Actos contraproducentes**

Un paciente puede eludir la tensión valiéndose de algunos actos contraproducentes o *acting-outs*, generalmente de tipo sexual o agresivo. El acto satisface un impulso y el paciente se siente liberado.

El alivio es temporal, ya que no se encontró una solución duradera a los conflictos y sí, en cambio, se acentuó la incapacidad del paciente para tolerar la frustración y posponer las fuentes de gratificación fácil. La relación sexual entre pacientes de un mismo grupo deviene en el ocultamiento de material importante para análisis y puede ser resultado de la búsqueda de aliados para protegerse del grupo o con fines agresivos en contra del mismo; también puede servir como forma de contrarrestar sentimientos de minusvalía, para lograr acercamiento afectivo con otra persona, como forma de comportamiento donjuanesco o para crear subdivisión y provocar efectos disruptivos en el grupo.

No es posible prohibir totalmente el acercamiento sexual entre los pacientes ni tampoco fomentarlo; se debe crear la atmósfera adecuada para que los intereses sexuales y sentimientos agresivos se analicen abiertamente y de esta manera ofrezcan al terapeuta, y a todos los participantes, la oportunidad de analizar e interpretar oportunamente ese tipo de inquietudes.

Otra fuente de donde surgen actos contraproducentes es la convivencia de algunos de los pacientes posterior a la sesión grupal. Tampoco es posible prohibir estos encuentros en forma definitiva ni tampoco fomentarlos; la recomendación es que los pacientes involucrados expongan en la sesión de grupo los incidentes relevantes de su encuentro extragrupal para su adecuado análisis e interpretación.

### **Medios electrónicos**

Cada vez son de uso más común las filmaciones de las sesiones grupales por medio de cine o videocintas. El material filmado puede ser guardado para su posterior exhibición con fines didácticos, o para ilustrar a los miembros del grupo con respecto a los cambios sufridos o en relación con algún fenómeno en especial. El efecto en muchos participantes puede ser dramático ya que en forma evidente e irrefutable cobran conciencia de sus actitudes neuróticas habituales.

### Terminación

Cuando se da de alta a un paciente se supone que es porque las metas ya se han alcanzado. Lo ideal es que estén de acuerdo con el alta el paciente, el terapeuta y los otros miembros del grupo. Cuanto mayor sea la diferencia de opinión más probable es que el alta no sea oportuna.

Aunque el objetivo de todo paciente es que finalmente se le dé de alta, cuando surge este momento no deja de causarle molestias, provocándole estados regresivos e incluso reaparición de síntomas, cuadro que al analizarse se resolverá sin lugar a dudas. Otros de los participantes pueden mostrarse competitivos con el paciente que se va. Para otros será difícil el momento y la separación puede provocarles una sensación de rechazo y abandono. Algunos otros lo vivirán como una experiencia de duelo. Quien deja al grupo también experimenta la sensación de pérdida y se le despierta una mezcla de emociones. Es aconsejable que el terapeuta dé un margen suficiente de preparación para el paciente que es dado de alta. Tres meses pueden ser suficientes para el análisis e interpretación adecuados de los fenómenos que surjan. Dar de alta a un paciente es una experiencia muy saludable para el que se va, para los que se quedan y para el terapeuta; demuestra que la experiencia grupal tiene un fin e ilustra lo que se necesita para que un paciente sea dado de alta. Éste seguirá evolucionando y teniendo cambios durante mucho tiempo después de haber dejado la terapia de grupo.

## PSICOTERAPIA BREVE DE GRUPO

La psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada está bien reconocida en su metodología y con ese antecedente se ha introducido en el campo de la psicoterapia de grupo. Cuando se trabaja con pacientes internados en un hospital, el número de sesiones dependerá del tiempo de internamiento; cuando el paciente es externo el terapeuta tiene mayor flexibilidad. La psicoterapia breve de grupo ayuda dentro del hospital a motivar a los pacientes a lograr su mejoría, a que se muestren menos dependientes y a que se adapten de mejor manera al ambiente hospitalario.

La psicoterapia breve de grupo es más efectiva cuando la composición del grupo es estable, tienen diagnósticos similares y presentan conflictos emocionales semejantes; también ayuda que las metas del grupo estén claramente definidas. El psicoterapeuta deberá favorecer el desarrollo de la cohesión lo más posible para obtener los mayores beneficios. A menudo es necesario estructurar la sesión de tal forma que se discutan problemas específicos y que el contenido de alguna sesión sea más focalizado de lo que sería en la terapia de larga duración.

Se invita a que los pacientes expresen sus pensamientos y sus emociones lo más sinceramente posible. Cuando surge algún intercambio agresivo entre pacientes, el terapeuta debe apoyar al paciente agredido. Es indispensable crear un ambiente de optimismo al tiempo que se enfatiza la importancia del trabajo grupal conjunto. Si algún paciente muestra resistencias, habrá que analizarlas e invitarlo a que mejor participe en un grupo de larga duración.

### **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y DE GRUPO COMBINADAS**

La aplicación combinada en un paciente de la psicoterapia individual y de grupo se hace cada vez más popular y ofrece tanto al terapeuta como a los pacientes muchas de las ventajas de los dos métodos.

Cuando se combinan dichos métodos, el paciente es visto en sesiones individuales y forma parte de sesiones de grupo de manera regular. Las sesiones individuales pueden ser de una a cinco por semana, mientras que las de grupo serán una o dos veces por semana, con un promedio de 90 minutos de duración cada una. Lo habitual es que el mismo terapeuta atienda al paciente en sesiones individuales como de grupo. En nuestro medio lo más común es que el paciente sea visto en sesión individual y de grupo una vez por semana para cada modalidad.

También suele ocurrir que un analista atienda al paciente en sesiones individuales y otro en las de grupo, método al que suele denominársele terapia conjunta.

Se espera que el paciente asista con regularidad tanto a las sesiones de grupo como a las individuales; el no hacerlo se tomará como indicio de resistencia. Es importante mencionar que la combinación de ambos métodos representa una modalidad terapéutica y de ninguna manera se refiere al caso de un paciente en terapia de grupo que se ayuda ocasionalmente con sesiones individuales, ni de un paciente en terapia individual que se ayuda con esporádicas sesiones de grupo. Por el contrario, es un método abierto en el que la experiencia grupal interactúa con la individual, se forma una retroalimentación recíproca y se da lugar a una experiencia terapéutica integral.

## PSICODRAMA

El baile, el canto, la declamación, la mímica, la actuación y de hecho todas las formas de dramatización satisfacen necesidades humanas intrínsecas y llevan a formar parte del teatro, como actor o como parte del público. No extraña, por lo tanto, que la experiencia teatral se haya aprovechado como método psicoterapéutico, al que se le conoce como psicodrama. El psicodrama, a veces llamado sociodrama, es una forma de psicoterapia de grupo durante la cual, mediante métodos dramáticos especiales, se exploran aspectos individuales como el tipo de personalidad, las relaciones interpersonales y los conflictos emocionales, entre otros. La dramatización terapéutica de los problemas emocionales incluye al protagonista o paciente, al yo auxiliar y al director o terapeuta. El resto de los miembros del grupo pueden representar algún papel de los descritos o participar como auditorio.

El director es el líder o terapeuta; participa de manera activa, invita a los miembros del grupo a que sean espontáneos y su función es básicamente catalítica. En este sentido se espera que intervenga como todo buen psicoterapeuta. La teoría del psicodrama no es tan difícil como el adecuado manejo práctico de las situaciones psicodramáticas a las que se puede dar origen. Es aconsejable que el terapeuta que desee utilizar el método viva la experiencia psicodramática personal, junto con capacitación tanto en terapia individual como de grupo.

El protagonista es el paciente en conflicto y él mismo escoge la situación que desea dramatizar o bien el terapeuta la sugiere en caso necesario. El yo auxiliar lo asume otro participante del grupo y representa algo o alguien de la situación dramatizada por el protagonista. El yo auxiliar ayuda a que se incremente el efecto dramático de la experiencia y por consiguiente sus beneficios terapéuticos. El resto de los miembros del grupo completan la experiencia psicodramática como participantes o como observadores. Todos se benefician en la medida en que se identifiquen con los sucesos del psicodrama.

**Bibliografía**

- <sup>1</sup> IRVIN D. YALOM: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, Inc., 1985.
- <sup>2</sup> S. H. FOULKES: *Therapeutic Group Analysis*. International University Press, 1964.
- <sup>3</sup> KURT LEWIN: *Field Theory and Social Sciences*. Ed. Harper y Bs., 1951.
- <sup>4</sup> W. R. BION: *Experiencias en grupos*. Editorial Paidós, 1979.



# **CAPÍTULO IV**



## LAS PSICOTERAPIAS

De los cientos de variedades de psicoterapia —se habla de cuatrocientas— dadas a conocer por la literatura especializada, en los capítulos precedentes se han presentado las características generales de las tres formas principales. En un sentido amplio la psicoterapia puede definirse como el método de tratamiento de las alteraciones mentales y emocionales que se basa en la comunicación verbal y no verbal con el paciente.<sup>1</sup> Más específicamente se refiere al intento por localizar y esclarecer sus problemas, aliviar sus síntomas y ayudarlo a que viva de tal forma que satisfaga, de mejor manera, sus relaciones afectivas y su desarrollo personal.<sup>2</sup>

Todo especialista, al practicar alguna forma de psicoterapia, se ve en la necesidad de establecer una relación necesariamente terapéutica para el paciente; la situación conflictiva de éste habrá que entenderla tanto intelectual como emocionalmente, y también será necesario que el sujeto delimite sus problemas con ejemplos concretos y no sólo con abstracciones, pues esto constituye la primera etapa para resolverlos. Asimismo, el psicoterapeuta evaluará las capacidades y fortaleza del paciente para enfrentar tales conflictos y, finalmente, deberá saber qué hacer para solucionar los problemas de su paciente; si no es así, cuando menos sabrá dónde referirlo.<sup>2</sup>

El psicoterapeuta se ha visto en la necesidad de plantearse algunas preguntas fundamentales para mejorar su práctica terapéutica y, así, ofrecer la ayuda más adecuada a un determinado paciente. Uno de los puntos se refiere a la búsqueda de las condiciones sociales e interpersonales más adecuadas para que el sujeto supere sus problemas y de qué manera el psicoterapeuta puede contribuir a crear esas condiciones. Es indispensable que frente a un cierto paciente valore qué tan directo o no es aconsejable que se conduzca. De igual forma tendrá que decidir el énfasis que un sujeto requiere en cuanto a la importancia que tiene el presente o el entendimiento del pasado para su mejoría. Esto hace que el analista piense qué tan necesario es indagar en los aspectos inconscientes profundos de la personalidad o en facetas más bien conscientes.

De igual forma, el terapeuta decidirá qué tanta información sobre su vida privada ofrecerá al paciente, así como hacer mayor o menor hincapié en los rasgos evidentes del comportamiento, o bien en facetas emocionales. Es importante que también considere el pronóstico y el posible resultado del tratamiento. Esto sin olvidar que, con frecuencia, deberá decidir si se apega a la teoría de un cierto método o si se aparta de ella y confía más en su propia intuición. Todos estos aspectos le permitirán perseguir determinadas metas terapéuticas y elegir el método psicoterapéutico más adecuado para lograrlas.<sup>3</sup>

Lo anterior nos lleva a preguntarnos cuáles son los componentes "inespecíficos"<sup>4, 5, 6</sup> de las psicoterapias, los que favorecen que un paciente cambie y mejore. Esto es, aquellos factores que, se supone, entran en acción en beneficio del paciente sin importar el método que se aplique. A continuación los enlistamos.

1. Todo proceso psicoterapéutico se sustenta en una buena relación entre terapeuta y paciente. Entran en juego las características, reales o aparentes, de ambos; tales como la verdadera capacidad del psicoterapeuta, sus valores, lo genuino de su interés, la empatía y el respeto por el paciente; de éste, sus creencias, expectativas, motivación para el cambio y capacidad para relacionar hechos. En esta buena relación, que engloba aspectos conscientes e inconscientes, se incluyen la alianza terapéutica y los fenómenos relacionados con la transferencia y la contratransferencia.
2. La liberación de las tensiones emocionales. Comprende la catarsis y la abreacción, asociadas a la capacidad de recordar y discutir con el terapeuta todas las experiencias dolorosas y las emociones que las acompañan, dentro de un contexto de expectativas y esperanza de mejoría.
3. El aprendizaje cognoscitivo, introversión o *insight* acerca de la naturaleza del problema y la forma en que se gestó, también constituye un factor importante de cambio. Lo fundamental es que la explicación lógica a la que lleguen el terapeuta y el sujeto sea coherente y benéfica para éste, sin que importe tanto el enfoque teórico del primero.
4. Otro aspecto importante es el condicionamiento operante, el cual se propicia mediante actitudes del terapeuta, sutiles o abiertas, de

aprobación o desaprobación hacia los hechos que vive el paciente; actitudes que sirven de reforzamiento o censura, según el caso. Asimismo, el sujeto vive, en su relación con el analista, la llamada experiencia emocional correctiva.

5. La sugestión y la persuasión, implícitas o explícitas, son componentes importantes del cambio.
6. Lo mismo sucede en la identificación del paciente con el terapeuta, tanto en los aspectos conceptuales como en el comportamiento.
7. La frecuente confrontación con la realidad y la repetida elaboración de las alternativas de solución a los problemas del paciente, todo dentro de un marco de apoyo sostenido y consistente por parte del terapeuta, son un componente más que se considera esencial para generar el proceso de cambio durante toda experiencia psicoterapeuta.

Tomando en cuenta la participación de estos diferentes factores, queda a discreción del psicoterapeuta decidir cómo y en qué proporción podrá aprovecharlos de la mejor manera. Para ello habrá que tomar en cuenta los componentes externos e internos que influyen en la generación de los problemas del paciente, así como el diagnóstico psicopatológico y psicodinámico a que se haya llegado. Es fundamental que el paciente no se sienta atado a un rígido procedimiento técnico y a un inflexible enfoque teórico, más bien éstos tendrán que adaptarse a las necesidades del paciente. Para lograr lo anterior es importante, y deseable, que las diferentes escuelas psicoterapéuticas dejen la absurda actitud de estar pregonando como superior el método que practican, puesto que en realidad cada procedimiento tiene sus indicaciones suficientemente precisas (véase la sección correspondiente de los capítulos precedentes).

Las diferentes formas de psicoterapia han surgido con el objeto de atender conflictos existenciales específicos de una cierta etapa histórica del ser humano. En el presente, en lugar de seguir con el sordo alegato de que únicamente debe aplicarse un método, excluyendo a los otros, el autor sugiere que siempre se tengan en cuenta varias posibilidades para recomendar la opción más adecuada, o una combinación ecléctica de ellas, ya que la finalidad siempre será ofrecer el mejor, más rápido y duradero alivio al paciente.

**Bibliografía**

- <sup>1</sup> ROBERT A. HARPER: *The New Psychotherapies*. Prentice-Hall, Inc., 1975.
- <sup>2</sup> RICHARD S. U'REN: *The Practice of Psychotherapy*. Grune & Stratton, Inc., 1980.
- <sup>3</sup> GARY S. BELKIN: *Contemporary Psychotherapies*. Rand McNally College Publishing Co., 1980.
- <sup>4</sup> F. H. H. STRUPP: "The Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness". *Amer. J. Orthopsychiatry*, 46 (4), 513-520, 1986..
- <sup>5</sup> JUDD MARMOR: "Change in Psychoanalytic Treatment". En: *Curative factors in Dynamic Psychotherapy*. Ed. Samuel Slipp. McGraw-Hill Book Co., 1982.
- <sup>6</sup> JEROME D. FRANK: "Therapeutic Components Shared by All Psychotherapies". En: *Cognition and Psychotherapy*. Editado por M. J. Mahoney y A. Freeman. Plenum Press, 1985.

# ÍNDICE TEMÁTICO Y DE AUTORES

- Abreacción, 28, 101, 114  
    motora 101
- Abstinencia, regla, 6
- Aceptación, mecanismo terapéutico, 96
- Acoplamiento, postulado, 92
- Acting-outs*,  
    actos contraproducentes, 4, 14, 105, 106
- Agresión grupal, 105
- Asladas, familias, 65.
- ALEXANDER, F., 100.
- Alianza psicoterapéutica, 24,  
    réplica transferencial, 10,  
    definición, 11
- Alta del paciente, 107.
- Alteración electroencefalográfica, 85
- Alteraciones sexuales, 88
- Alteraciones de solución, 115
- Altruismo, 93, 97
- Análisis, sueños, 103.
- Asimilación, reanálisis, 14, 15.
- Asociación, ideas, sueños, 103,  
    libre, 104
- Aspectos diversos, psicoterapias, 114
- Aspecto físico, 32.
- Atención flotante, 6.
- Autodestructivo, comportamiento, 73.
- Autoconocimiento, 93.
- Autonomía, separación terapéutica, 74.
- Autoridad competente, función, 93.
- BARKER, P., 77
- BION, W R, 91
- Caótica, familia, 65.
- Cambio, factores, 114,  
    proceso, 70, 72,  
    terapéutico, 99, 100,  
    capacidad, 84.
- Capacidad, recambio pacientes, 85.
- Catarsis, factor terapéutico, 93, 100, 114.
- Ciclo vida familia, 46.
- Clarificación, 29.
- Clasificación multiaxial, 63, 64, 65.
- Cognoscitivo, aprendizaje, 114.
- Cohesividad, factor terapéutico, 93, 97, 98.

- Cohesivo, paciente, 98.  
Combinaciones psicodinámicas, 87.  
Componentes *inespecíficos* de las psicoterapias, 114.  
Comportamiento autodestructivo, 73.  
Comunicación no verbal, 71,  
    terapia grupal, 94, 102.  
Condicionamiento operante, 114, 115.  
Conductuales, factores terapéuticos, 93.  
Conflicto familia, 73,  
    teoría, 30.  
Conflictiva, familia, 57.  
Confrontación realidad, 115.  
Contagio confesión, 93,  
    emocional, 100.  
Contracción, familia en, 47.  
Contratransferencia, 17, 18.  
Correctivo, proceso, 100.  
Coterapia, 105.  
CUEVAS SOSA, A.A., 4, 32.  
Cura transferencial, 12.  
Chimuelo, 32.  
*Chivo expiatorio*, 67.  
Defensa, mecanismos, 82.  
Dependencia, prólogo,  
    postulado básico, 91.  
Depresión, prólogo, XI.  
Desesperanza, 70.  
Diagnóstico, familia, 61, 62,  
    y selección de pacientes, 84.  
Dinámica de grupo, 89, 90.  
Disfunción, familia, 63, 64, 65,  
    hermanos, 65,  
    marital, 64,  
    sistema familiar, 68.  
Distorsión, análisis, 83,  
    realidad, 82.  
Disruptivo, efecto, 102, 106.  
Diván, efectos psicodinámicos, 3, 4.  
Divorcio, separación, 64.  
Dramatización terapéutica, 109.  
Eclecticismo, prólogo, XI, 115.  
Efecto disruptivo, 102, 106.  
Electroencefalográfica, alteración, 85.  
Emocionales, factores terapéuticos, 93.  
Encuentro extragrupal, 106  
Entendimiento empático, 2.  
Situación conflictiva, 113.  
Entrevista, familia, 60, 63.  
EPSTEIN, N.B. y BISHOP, D.S., 60.  
Escuelas psicoterapéuticas, 115.  
Esperanza, adquisición, 93,

- latente, 67.
- Espontaneidad, 104.
- Esquizofrénicos, 57.
- Esquizoide, paciente, 98, 100.
- Estimulación transferencia, 95.
- Estresores, agentes, 1.
- Evaluación, familia, 60, 63.
- Expansión, familia en, 47.
- Experiencia emocional correctiva, 81, 100, 105, 115.
- Experiencia grupal, 99.
- Existenciales, factores, 93.
- Éxito terapéutico, 98.
- Factores de cambio, 114,
  - terapéuticos en psicoterapia psicoanalítica, 41,
  - en terapia de grupo, 92, 93.
- Familia, ciclo de vida, 46,
  - unidad emocional psicológica, 47,
  - como subsistema, 47,
  - clasificación, 49,
  - organización, 55,
  - patológica 57, 65,
  - evaluación, 60,
  - nuclear, 62,
  - reconstituida, 64.
- Flexibilidad familiar, 57, 61.
- Fantasía(s), 4,
  - y realidad, diferenciación, 94.
- Filmación de sesiones, 106.
- Formación del grupo, 85.
- Formas, intervención terapéutica, 72, 73.
- FOULKES, S.H., 89, 90.
- FRANK, J.D., 114.
- GESTALT, 91.
- Grupo, formación, 85,
  - e interacción, 86,
  - y líder, 89,
  - y transferencia entre sus miembros, 90,
  - como un todo, 91.
- Guía, factor terapéutico, 93.
- HARPER, R.A., 113.
- Hermanos, disfunción, 65.
- Heterogeneidad del grupo, 86.
- Homogeneidad del grupo, 86.
- Ideas, asociación libre, 5, 104.
- Identificación, factor terapéutico, 93,
  - proyectiva, 55.
  - con el terapeuta, 115.
- Identificado, paciente, 66.
- Impulso instintivo, 30,
  - del adolescente, 33.
- Indio, 32.

- Inconsciente y transferencia, 8.  
*Insight*, introvisión, 36,  
    naturaleza de la, 37, 99, 114.  
Intelectuales, factores terap., 92.  
Intelectualización, 99.  
Interacción en terapia de grupo, 81,  
    familia y terapeuta, 70,  
    sistema familiar, 47, 57, 60, 68.  
Interpretación analítica, 19,  
    de sueños, 20,  
    y cambio, 100.  
Intervención terapéutica, formas, 72.  
Introspección, 7.  
KERNBERG, O., 16, 24.  
KOHUT, H., 16, 24.  
Latente, esperanza, 67.  
Lealtad, 97.  
LEWIN, K., 91.  
Liberación tensiones emocionales, 114.  
Líder y grupo, 89, 91, 101, 109.  
Límitrofe, 57.  
Lucha y fuga, postulado básico, 92.  
Manipulación, 29.  
Marital, disfunción, 64.  
MARMOR, J., 114.  
Mecanismo defensa, 82.  
Meta, tratamiento familiar, 68.  
Microcosmos social, 86.  
Miembro cohesivo, 98.  
Minusvalía, sentimientos, 106.  
Mitos familiares, 67,  
    sociales, 88.  
Modelo psicológico, 96.  
Modelo triaxial, 63.  
Naco, 32.  
Negación, 83.  
Neurosis de transferencia, 12, 95, 96.  
Normas básicas, 66,  
    familiares, 71.  
Nuevo paciente, 105.  
Objetividad, terapia de grupo, 94.  
Operante, condicionamiento, 114, 115.  
Organización, familia, 55.  
Orientación y psicoterapia grupal, 97.  
Paciente esquizoide, 98, 100,  
    identificado, 67, 69,  
    nuevo, 105.  
Patología, familia, 57, 65.  
Percepción distorsionada, 94.  
Persuasión, 115.  
Pluralismo, eclecticismo, prólogo, XI, 115,

- Postulados básicos, 91
- Presión grupal, 91, 98
- Principios, sistema familiar, 60.
- Proceso, cambio, 70
- Correctivo, 10.
- Proyección, 82
- Proyectiva, identificación, 55.
- Psicoanalítico, proceso, 7.
- Psicoanálisis, indicación, 2, 25,
  - método terapéutico, 3,
  - modalidad técnica, 2,
  - motivación del paciente, 25
- Psicodrama, método psicoterapéutico, 109.
- Psicológicos, conflictos, 1,
  - métodos, 2.
- Psicoterapéutica, alianza, 10, 11.
- Psicoterapéuticos, recursos técnicos, 103
- Psicoterapeuta, labor, 1,
  - rasgos de personalidad, 96,
  - líder, 102
- Psicoterapia(s), aspectos diversos, 114,
  - componentes inespecíficos, 114,
  - definición, 113,
  - de grupo, definición, 79,
  - indicaciones, 81,
  - y combinación de psicodinamias, 87,
  - y resonancia, 90.
- Psicoterapia breve de grupo, 107, 108.
- Psicoterapia individual y de grupo combinadas, 108
- Psicoterapia psicoanalítica, 2, 27,
  - características, 34,
  - y transferencia, 35,
  - y factores terapéuticos, 41.
- Psicoterapia de introversión, 36,
  - de apoyo, 38 .
- Psicoterapia individual breve, 40,
  - indicaciones, 41, 68
- Psicoterapia familiar, 46, .
  - indicaciones, 62, 63.
- Psicosíndrome, 32,
  - narcisista, 16.
- Realidad, confrontación con, 115.
- Reanálisis, asimilación, 14.
- Recambio, capacidad, 85
- Reforzamiento conductual, 99.
- Regla de la abstinencia, 6.
- Regresión, 34.
- Regulación, presión grupal, 99.
- Relación terapeuta-paciente, 2, 114.
- Relación marital, disfunción, 64.
- Relación sexual entre pacientes, 106.

- Represión, 83.  
Resistencia, 13, 14, 67.  
Resonancia, 90.  
Respaldo, 97.  
Respuestas afectivas, 96,  
    transferenciales, 83.  
Resultados tratamiento, 76.  
Retroalimentación, 83.  
Revivir experiencias familiares, factor terap., 93.  
Rivalidad, hermanos, 81.  
Rorschach, prueba de, Prólogo, XI.  
Sabotear, 59.  
Sensación seguridad, 96,  
    pertenencia, 96.  
Sentido del humor, factor terapéutico, 93.  
Separación, divorcio, 64,  
    terminación terapéutica, 74.  
Sesiones, frecuencia y duración, 86,  
    filmaciones, 106.  
Síndrome "Nido vacío", 46.  
Sistema familiar, características, 51,  
    cambios 1o. y 2o. orden, 53,  
    patológico, 54, 57,  
    rígido, 57,  
    principios, 60.  
Sociodrama, 109.  
Sueños y transferencia, 8, 9,  
    análisis, 103,  
    contenido, 104.  
Sugestión, 28, 115.  
STRUPP, F.H.H., 114.  
Teoría de los conflictos, 33.  
Teoría de los sistemas y familia, 48.  
Tensiones emocionales, liberación, 114.  
Terminación, terapia familiar, 74,  
    de grupo, 107.  
Terapéutico, proceso, 23, 71.  
Tipos, psicoterapia de grupo, 102.  
Transferencia, definición, 8,  
    narcisista, 15,  
    entre miembros del grupo, 90, 95.  
Transferencial, cura, 12,  
    distorsión, 56,  
    respuesta, 83.  
Triaxial, modelo, 63.  
TSENG, W.S. y McDERMOTT, D.F., 63.  
Universidad, factor terapéutico, 93.  
Universalización, 97.  
UFREN, R.S., 113.  
Variedades de psicoterapias, 113.  
Verbalización, 4.

Verborrea y resistencia, 14.

Vitiligo, 32.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. y JACKSON, O.D., 53.

YALOM, I.D., 87, 93.

Yo auxiliar, 110.

ZETZEL, E., 10.

Impreso en los Talleres Gráficos  
de la Dirección de Publicaciones del  
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL,  
Tresguerras 27, 06040 México, DF  
Enero 2008. Edición: 850 ejemplares.



Los problemas que inducen a una persona a solicitar ayuda psicoterapéutica son, generalmente, por tres motivos: 1) los originados en el pasado, incluso en la infancia; 2) los que parecen ocasionados por agentes estresores del presente, tanto del exterior como de la vida interna de la persona, y 3) los más comunes, los que se derivan de la combinación desfavorable de influencias de la vida pasada y de la presente.

Este libro persigue mostrar al lector, tanto al médico como al que desconoce la materia, los principios generales de las tres formas básicas de psicoterapia que se ofrecen actualmente, con sus variantes más comunes, esperando que se formen una opinión clara respecto de esos procedimientos y estén en condiciones de poder elegir con seguridad el que consideren más adecuado a sus intereses y necesidades.

ISBN: 978-970-36-0476-0



9 789703 604760