

Capítulo 9

La intervención clínica: modelos psicodinámicos

A lo largo de la mayor parte del siglo veinte, los esfuerzos para aliviar el sufrimiento humano por medio de intervención psicológica se han basado primordialmente en las teorías psicodinámicas freudianas. *El psicoanálisis* de Freud tuvo un desarrollo triple: como método de tratamiento, como teoría de personalidad y como manera de llevar a cabo la investigación sobre la conducta humana. Freud revolucionó la psiquiatría de su época y alteró para siempre la manera como el hombre piensa sobre sí mismo y sus acciones. La abundante obra escrita de Freud sirvió para estimular a muchos de sus seguidores (y a los discípulos de éstos) a explorar, extender y revisar las ideas freudianas. En la actualidad existe un amplio despliegue de teorías de orientación psicodinámica desde el psicoanálisis clásico u ortodoxo (que sigue fielmente los preceptos freudianos) hasta nuevos sistemas que no solamente descartan muchas de las ideas básicas de Freud, sino que de hecho incluyen modelos fenomenológicos o de aprendizaje social (véase el Capítulo 3). Por consiguiente, existe una serie de enfoques clínicos diferentes de tipo psicodinámico. La meta de este capítulo es describir el origen, las técnicas y la efectividad de algunos modelos destacados. El punto lógico para comenzar esta revisión es precisamente el de los propios métodos de Freud.

EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que Freud fue el fundador de la psicoterapia tal como hoy la conocemos. Su método basado en la comunicación verbal entre dos personas para estudiar y ayudar a la gente, su búsqueda sistemática de las relaciones entre la historia personal del enfermo y sus problemas actuales, la importancia que otorgó a los pensamientos y emociones y su enfoque con respecto a las relaciones entre el paciente y terapeuta, persisten en casi todas las modalidades modernas del tratamiento clínico, independientemente de sus fundamentos teóricos. Pero, ¿de dónde surgieron las ideas de Freud?

Sería imposible ofrecer aquí un relato completo de la vida de Freud o de la evolución de su pensamiento, por lo cual este análisis se limitará a un breve bosquejo. El lector puede encontrar un trabajo más completo en la obra muy accesible de Fancher (1973) y en un gran número de otras fuentes (por ejemplo, Ford y Urban, 1963; Munroe, 1955). Si se busca material más detallado se puede consultar una biografía monumental de tres volúmenes de Ernest Jones: *The Life and Work of Sigmund Freud* (1953, 1955, 1957), o las traducciones de las mismas obras de Freud (por ejemplo, Brill, 1938; Freud, 1953-64).

Inicios del tratamiento psicoanalítico

Freud nació en Freiberg, pueblo perteneciente a Checoslovaquia, el 6 de mayo de 1856. Era hijo de un judío comerciante de lanas. Su familia se mudó a Viena, Austria, donde a la muy temprana edad de nueve años ingresó en el Gimnasio, un tipo de bachillerato preuniversitario avanzado. Originalmente se interesaba en la política y el derecho, pero estando a punto de graduarse, leyó un ensayo del poeta Goethe que enfocó sus intereses hacia las ciencias naturales. Fancher (1973, p. 13) cita la carta en que Freud describe el impacto de este ensayo: "El deseo de comprender algo de los misterios del mundo y quizá contribuir en alguna forma a resolverlos me llegó a dominar en forma irresistible." Así fue como, a la edad de 17 años, Freud ingresó en la escuela de medicina de la Universidad de Viena. Pronto descubrió que la investigación le interesaba mucho más que los estudios rutinarios y de hecho invertía la mayor parte de su tiempo en diversos proyectos de investigación en el Instituto de Fisiología de la misma universidad. Por consiguiente, Freud tardó 8 años en completar sus estudios médicos.

Sus esfuerzos en este periodo culminaron en el hallazgo de la ubicación de los órganos sexuales del anguila macho y en la acumulación de mucha información nueva de neurología. Uno de sus proyectos mostró que las partes supuestamente separadas del sistema nervioso de un pez estaban de hecho interconectadas, como fue confirmado posteriormente con el descubrimiento de la neurona como unidad básica de la actividad nerviosa. De más relevancia que estos estudios en si fue que Freud se introdujera, gracias a varios maestros distinguidos, en el concepto entonces nuevo del *mecanismo neurológico*. Este punto de vista sostenía que la actividad del sistema nervioso tanto en los animales como en los seres humanos se basa en factores de naturaleza electroquímica, que obedecen leyes recién descubiertas de física y química. La implicación de esta teoría mecanicista era que idealmente la conducta humana podría explicarse en términos físicos y que existirían leyes que gobernarán las relaciones que existen tanto dentro de una misma persona, como entre las personas y su medio ambiente. Como veremos, estos conceptos tuvieron un efecto profundo en el trabajo posterior de Freud.



Figura 9-1 Sigmund Freud (1856-1939). (Cortesía de "Historical Pictures Service, Inc.", Chicago, Illinois. Reimpreso con permiso.)

Aunque Freud era dueño de una mente científica brillante y poseía un grado en Medicina y la información neurológica más avanzada de su tiempo, sus posesiones materiales eran nulas. Era soltero y seguía viviendo con sus padres quienes aún lo mantenían, ya que en la década de 1880 era casi imposible ganarse la vida como investigador científico. Esta situación, más su deseo de contraer matrimonio con su novia Martha Bernays, impulsó a Freud a modificar la dirección de su carrera hacia el campo más lucrativo de la práctica médica.

En 1882, Freud inició su entrenamiento clínico tres años en el Hospital General de Viena. Se recordará que en esta época resurgió el modelo médico como explicación de los trastornos de la conducta y predominaba una minuciosa búsqueda de la supuesta causa orgánica para todas las enfermedades mentales. En aquel entonces el director del Hospital de Viena, Theodor Meynert, era una eminencia en anatomía y patología cerebral, cuyo trabajo y teorías impresionaron gratamente a Freud. Meynert creía, por ejemplo, que ciertos patrones de la actividad de las neuronas en el cerebro corresponden a determinados pensamientos o recuerdos o sentimientos, de tal manera que los complejos fenómenos psicológicos correspondían en última instancia a la actividad de las células nerviosas, que a su vez se basan en factores electroquímicos.

La explicación anterior de Meynert presentó una aplicación psicológica de la perspectiva mecanicista que Freud había absorbido en la facultad de medicina y Freud se dio cuenta de que la mejor forma de fundir sus intereses en la investigación neurológica con su trabajo clínico consistía en dedicarse al estudio y tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso humano. En el año de 1886, Freud ya tenía suficiente preparación (y dinero) para iniciar su práctica privada de medicina. También se casó en el mismo año. Una de las personas que ayudó a Freud a comenzar su práctica privada fue Joseph Breuer, un veterano colega médico y amigo íntimo. Veremos inmediatamente que los primitivos intentos de Breuer por tratar y curar ciertos síntomas raros en sus enfermos, sirvieron a Freud en el desarrollo del psicoanálisis.

Como otros médicos de su tiempo, Freud con frecuencia se hallaba ante enfermos con síntomas de daño neurológico, o enfermedades para las cuales no era posible descubrir alguna causa orgánica. Muchos de estos casos mostraban lo que Freud llamaba "disparate neurológico". Por ejemplo, los pacientes a veces se quejaban de condiciones imposibles como una falta de sensibilidad o parálisis que les afectaba toda la mano sin afectar su brazo. Otros padecían parálisis de las piernas en el día pero de noche eran sonámbulos. A los pacientes de este tipo se les denominaba "neuróticos" y, ya que la causa, y aún más la cura de su enfermedad eran desconocidas, los médicos acomodados preferían ignorarlos y aún maltratarlos. Con frecuencia daban por hecho que sus síntomas eran fingidos o eran producto de defectos básicos de personalidad.

Freud no estaba en condiciones de rechazar a cierto tipo de enfermos y frecuentemente hubo que enfrentarse con la clase más común de neuróticos: aquellos que padecían parálisis de tipo *histérico* (cuyo origen no era orgánico), amnésico, anestésicos, ciegos, afásicos (véase Ullmann y Krasner, 1975, para obtener un estudio detallado de las conductas de tipo histérico). En esta época las terapias convencionales para este orden de males eran los "paquetes húmedos" y baños (hidroterapia), la aplicación del calor generado de manera eléctrica (electroterapia): los dos de muy poco éxito. Es más, para Freud, cualquier mejoría manifestada con estos métodos, se debía a la sugestión mas no al tratamiento en sí. Por lo tanto, comenzó a emplear precisamente aquellas técnicas que involucraban al máximo la sugestión, principalmente la *hipnosis*.

Es importante tener en cuenta que aunque hoy en día el empleo y el estudio de la hipnosis es aceptado, en aquella época su uso se consideraba como charlatanería e indigno de médicos o científicos serios. En parte esta actitud fue propiciada por la novedad y carácter extravagante del fenómeno hipnótico, pero principalmente se produjo debido a las presentaciones que eran obviamente histriónicas y teorías extrañas de Antón Mesmer, el mayor promotor inicial de la hipnosis (consúltese a Ullmann y Krasner, 1975). Sin embargo, unos cuantos científicos valientes estudiaban la hipnosis con seriedad e intentaban utilizarla para curar enfermedades mentales del orden histérico.

Freud se familiarizó con la hipnosis cuando al terminar su entrenamiento en el Hospital de Viena,

pasó seis meses de estudio en París con Jean Charcot, el director de la clínica de neurología del asilo de Salpêtrière. Charcot demostró que los síntomas histéricos podían ser producidos y temporalmente eliminados al inducir el trance hipnótico y de esta manera puso de relieve la relación entre la hipnosis e histeria. Es más, Charcot creía que únicamente los histéricos eran susceptibles de ser hipnotizados. Después, en la ciudad francesa de Nancy, Freud visitó una clínica organizada por Ambrose-August Liebault y por Hippolyte Bernheim. Estos dos médicos creyeron que la capacidad de ser hipnotizado no era un síntoma de desorden nervioso sino un hecho propio de los individuos normales. Liebault y Bernheim empleaban la sugestión hipnótica directa para eliminar los síntomas histéricos (por ejemplo "ya podrás caminar") pero con éxito parcial y con frecuencia temporal. El empleo que hizo Freud de la sugestión hipnótica producía también resultados pobres pero alrededor de 1890 comenzó a combinar la hipnosis con una nueva técnica que le enseñó su colega Joseph Breuer.

Esta técnica, llamada el *método de la catarsis* se descubrió de manera accidental cuando Breuer intentaba curar a la joven y adinerada paciente "Anna O", de un gran número de síntomas de orden histérico: jaquecas, tos severa, parálisis del cuello y del brazo, contracciones involuntarias de los párpados, falta de sensibilidad en ambos codos y otros problemas. Estos problemas comenzaron durante la enfermedad terminal de su padre y se intensificaron después de su muerte. La enferma comenzó a mostrar estados de ánimo muy extremos desde una gran agitación, nerviosismo y aun alucinaciones durante el día hasta estados muy calmados casi de trance por las tardes. A Breuer le llamó la atención la semejanza de estos "trances" con la hipnosis. Fancher (1973, p. 48) nos relata lo que sucedió después:

Breuer descubrió que si a Anna se le permitía en su estado hipnótico recitar el contenido de todas sus alucinaciones del día, invariablemente salía de su trance y disfrutaba de un periodo de tranquilidad y lucidez casi normal durante las siguientes horas de la noche... Anna se refería a este ejercicio de recitar sus alucinaciones como "la cura de la plástica" o... "la deshollinada".

Esta "Cura de la plástica" no eliminaba, sin embargo, sus trastornos durante el día y, para la desesperanza de Breuer, surgieron nuevos síntomas. Fue precisamente al intentar curar uno de estos síntomas nuevos —una incapacidad súbita de pasar líquidos— que Breuer hizo el descubrimiento que posteriormente encaminaría a Freud hacia el psicoanálisis:

Estando en uno de sus trances hipnóticos... Anna comenzó a describir a Breuer a una mujer inglesa a quien no estimaba mucho. La mujer poseía un perro que a Anna le resultaba particularmente odioso. Platicó cómo en una ocasión ella entró en el cuarto de la inglesa y observó al perro bebiendo agua de un vaso. Al suceder esto, Anna sintió intenso desagrado y odio, pero por cortesía contuvo estos sentimientos. Al relatar el suceso a Breuer, por primera vez Anna se permitió expresar de lleno y con animación sus sentimientos negativos respecto a lo que hizo el perro. Al salir del trance, de inmediato pidió un vaso con agua la cual ingirió sin dificultad alguna (Fancher, 1973; p 49).

La cura de la fobia de Anna al beber agua fue permanente y aparentemente se debió a su vivido recuerdo de un suceso ya olvidado al estar en trance. Le pareció factible a Breuer que otros síntomas histéricos pudieran ser productos de hechos olvidados y que su recuerdo podría dar la clave a su solución. Comenzó a hipnotizar a Anna y le pidió que recordara todo lo posible acerca de cada uno de sus síntomas. "Para su gran satisfacción descubrió que cada síntoma

estuvo relacionado con alguna situación desagradable o traumática para la cual no existía recuerdo alguno fuera del trance hipnótico. Breuer descubrió que cada vez que lograba que Anna recordara estos sucesos desagradables y sobre todo que expresara sentimientos *que le habían provocado, desaparecían los síntomas*" (Fancher, 1973; pp. 49-50; el subrayado es del autor del libro). Para más detalles del caso de Anna O., véase a Breuer y Freud (1896, 1966).

Freud comenzó a emplear el método de la catarsis y tuvo éxito con ello pero descubrió que tenía también desventajas serias. En primer lugar, no todos los pacientes pudieron ser hipnotizados. Además, Freud comprobó que al recordar hechos pasados y expresar las emociones asociadas con ellos produce un mayor beneficio cuando el paciente es capaz de recordar lo que sucedió después de la hipnosis. Para que el tratamiento pudiera aplicarse a todos los enfermos y para facilitar el recuerdo *consciente* de las experiencias tempranas, Freud quiso buscar nuevos medios no hipnóticos para ayudar a los pacientes a recuperar el recuerdo de ciertos hechos que eran tan esenciales para una cura.

Primero intentó la "técnica de presionar", técnica que había visto a Bernheim emplear en la clínica de Nancy para ayudar a sus pacientes a recordar mediante la sugestión hipnótica los sucesos que habían sido borrados artificialmente. Tal como la empleaba Bernheim, esta técnica se reducía a oprimir con la mano la frente del paciente y sugerirle que era capaz de recordar. Solía ayudar al proceso el que el paciente estuviera acostado en un sofá, pero Freud encontró que los recuerdos importantes no siempre surgían de inmediato, por mucha sugestión que ejerciera. Sin embargo, con frecuencia el paciente producía un recuerdo insignificante que traía a su memoria varios otros en una secuencia que en última instancia revelaba el recuerdo que era la clave, ligado al síntoma. Así que Freud acabó por abandonar el uso de las manos y simplemente pedía a sus pacientes que reportasen de manera ininterrumpida todos los pensamientos o sentimientos que vinieran a su mente. Esta modalidad se conoció posteriormente como "asociación libre"¹, técnica básica que será descrita más adelante.

A lo largo de la década de 1890 Freud trataba a sus pacientes "neuróticos" principalmente ayudándolos a traer a la conciencia los recuerdos importantes, por lo general desagradables, y las emociones que habían reprimido y mantenido en el olvido gracias a varios mecanismos de defensa (véase el Cap. 3). También invirtió mucho tiempo en la elaboración de un modelo del funcionamiento del sistema nervioso que podría explicar no solamente el origen, la permanencia o la cura de los síntomas nerviosos sino también de la conducta cotidiana.

Freud llamó a su trabajo en este campo "Proyecto para una Psicología científica". Sus aspectos específicos son demasiado numerosos y complejos como para describirlos aquí, pero supone la existencia de la energía nerviosa o excitación llamada "Q" capaz de saturar una célula nerviosa determinada que a su vez puede descargar esta energía. Freud habla de una fuerza neural que llama "ego" que inhibe la descarga de varias neuronas. Donde la energía del ego era fuerte, la actividad nerviosa se veía bajo control y se ajustaba a los requerimientos del ambiente exterior. En cambio, si la energía del ego era poca, la descarga neural se encontraba poco inhibida. Así, la conducta controlada tanto como la impulsiva

¹ A propósito, Freud quizá dio con esta técnica gracias a uno de sus propios recuerdos olvidados. Fancher (1973) cuenta que Freud cuando adolescente leyó un ensayo llamado "El arte de llegar a ser un autor original en tres días" de Ludwig Borne. En ese ensayo Borne sugirió que el futuro escritor debería pasarse tres días anotando todo lo que le viniese a la mente "sin ninguna falsificación o hipocresía" y que aparecerían pensamientos nuevos y sorprendentes.

obedecían a fuerzas y factores naturales en el sistema nervioso de la persona.

Este "proyecto" reflejó de manera nítida la perspectiva neurológica elegante y el criterio objetivo y científico de Freud. Él era una persona que anhelaba comprender la conducta humana como fenómeno natural que seguía leyes naturales. Por desgracia, nunca logró construir su modelo neurológico de manera que explicara todos los aspectos de la neurosis. En especial, no pudo hallar la razón neurológica por la cual fueran reprimidos automáticamente los sucesos dolorosos y traumáticos. En 1896, Freud abandonó sus esfuerzos para explicar la conducta neurótica en términos estrictamente neurológicos y comenzó a concentrarse en explicaciones psicológicas. Este viraje sucedió en parte por las dificultades teóricas y lógicas de su modelo neuronal, pero también por la convicción creciente de que las causas de los desórdenes neuróticos eran mucho más complejos que lo que hubiera pensado al principio. Originalmente había visto por ejemplo que muchos de sus pacientes recordaban hechos de contenido sexual, generalmente vejación por parte de progenitores o parientes cercanos y concluyó que eran éstos los sucesos que provocaban la mayoría de los síntomas histéricos. Pero ya para principiar el siglo, Freud estaba convencido de que su "teoría de la seducción" era demasiado sencilla y que había otros factores causales de mayor importancia que requerían estudio. Para empezar, no podía aceptar que la seducción y el abuso sexual fueran tan difundidos como lo indicara la alta frecuencia de la histeria. Aún más importante fue el hecho de que Freud había iniciado ya su interés en los *sueños* (los de él mismo y de sus pacientes) y había deducido en base a su modelo neurológico que los sueños representan el cumplimiento de *deseos*. Encontró que muchos de estos deseos o fantasías no son socialmente aceptables y por lo tanto se manifiestan solamente cuando las defensas están relajadas durante el sueño, y aun así solamente en forma disfrazada.

En un salto intelectual que de muchas maneras cambió al mundo, Freud entonces sugirió que — como los sueños— los síntomas de orden histérico pueden surgir de deseos y fantasías no conscientes, y no solamente de los recuerdos de hechos reales. De esta manera, el "recuerdo" de alguna seducción parental podría expresar de hecho el deseo o fantasía de tal suceso.

Las implicaciones de esta nueva teoría eran impresionantes y en última instancia llevaron a Freud al desarrollo de sus conceptos de mayor controversia: la sexualidad infantil, el conflicto Edipo/Electra, y la base instintiva de la conducta humana. Modificó asimismo su aproximación a la terapia. El tratamiento psicoanalítico de la neurosis cambió la dirección dejando a un lado la recuperación de los recuerdos para adaptar la revelación de los deseos inconscientes².

Metas de tratamiento psicoanalítico

En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico clásico es ayudar al paciente a pensar y conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. En teoría, cuando el paciente comprende las verdaderas razones (con frecuencia inconscientes) *por las cuales* se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que estas razones ya no son válidas, entonces no tendrá que seguir conduciéndose de esta manera. Viene al caso la analogía de aquel soldado japonés abandonado en una isla del Pacífico durante la Segunda Guerra Mundial con órdenes de jamás

² Esta teoría de la "sustitución de síntomas" ha sido citada repetidamente por terapeutas de orientación psicodinámica en sus ataques al "tratamiento del síntoma" por medio de las técnicas del aprendizaje social (por ejemplo, Breger y McGuagh, 1975).

entregarse. Ya terminada la guerra, décadas después, el soldado está aún oculto, defendiéndose del enemigo que ya no existe más que en su propia cabeza. Cuando por fin alguien lo encuentra y comprende que la situación ha cambiado y que las órdenes originales ya no son vigentes, puede dejar de conducirse como un animal perseguido y comenzar una vida productiva dentro del mundo más amplio.

En el tratamiento psicoanalítico, no es suficiente que diga el terapeuta "se acabó la guerra" con la simple descripción del material inconsciente que pudiera constituir el origen de los problemas. El paciente ha de realizar estos descubrimientos por sí mismo con la ayuda y guía del terapeuta. Idealmente, este proceso de irse comprendiendo a sí mismo, incluye el reconocimiento *intelectual* de los deseos íntimos y de los conflictos, una participación *emocional* en los descubrimientos acerca de uno mismo, y la búsqueda sistemática del modo como los factores inconscientes han determinado la conducta pasada y presente y han afectado las relaciones con los demás.

Por lo tanto, las metas principales de la terapia psicoanalítica son: (1) la *captación* (Insight) intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y de sus problemas y (2) el *trabajar al fondo* de o elaborar las implicaciones de esta captación (Insight).

Uno de los mitos más populares acerca del psicoanálisis es que ocurre una percepción repentina de la vida entera de un solo golpe acompañado por una descarga explosiva (o "abreacción") de toda la energía emocional acorralada del pasado, seguida por la desaparición total y permanente de todos los problemas del paciente. Hay poco de verdad en esta imagen. Aunque los pacientes de Freud a menudo experimentaban alivio después de la descarga de ciertos recuerdos, él estuvo convencido que la desaparición de un síntoma (por dramático que fuera) por lo general representaba sólo una parte de la terapia, y que si no se proseguía a desenterrar más material inconsciente no tardaban en aparecer nuevos síntomas. Así es como "volver consciente al inconsciente" (Freud, 1914) es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones analíticas, algunas de mayor tono emotivo que otras. Este esfuerzo continuo de autoexploración a menudo se ve entorpecido por callejones sin salida, pistas falsas y un sin fin de defensas psicológicas urdidas por el paciente para evitar traer a la conciencia algunas verdades que ha guardado ocultas durante un periodo largo.

Aun después de que aparezcan las verdades, el terapeuta ha de promover *la elaboración* de los Insights y la comprensión de las defensas que mantuvieron ocultas esas verdades tanto tiempo. En este renglón, la meta es que el paciente reconozca cuan extendidos han estado sus problemas, conflictos y defensas con el objeto de advertir su presencia y evitar su constante retorno. No habría caso, por ejemplo, que el paciente reconociera que ha tenido en el pasado sentimientos inconscientes de coraje hacia su madre si no se ve que en el presente se conduce con las mujeres *como si* fueran su madre y que sus problemas en relación con las mujeres están basados en su hostilidad inconsciente o en sus esfuerzos por defenderse contra esa hostilidad. En términos concretos, la captación del problema le da la estructura de su historia personal, pero la elaboración de este conocimiento le proporciona los detalles.

Alcanzar las metas ambiciosas del psicoanálisis que a veces pretende nada menos que una disección minuciosa de la personalidad del paciente y una lenta reconstrucción de ella, necesariamente requiere mucho tiempo (de tres a cinco sesiones por semana por 2 a 15 años), mucho dinero (el costo puede llegar a \$100 dólares por hora) y también una gran destreza de parte del terapeuta para crear aquellas situaciones que facilitan y fortalecen el progreso. Los medios que emplea el terapeuta en esta gran tarea se presentan a continuación.

TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Una de las suposiciones básicas de la teoría analítica es que las fantasías, sentimientos y conflictos más importantes del paciente son inconscientes y se encuentran protegidos por determinados mecanismos de defensa. Por consiguiente, por mucho que se esfuerce, es difícil que el paciente sólo, sin ayuda, pueda penetrar el fondo de los conflictos que por tanto tiempo se han mantenido ocultos. En este aspecto es donde interviene el terapeuta. Debe crear una atmósfera en la cual el paciente pueda llevar a cabo un auténtico autoanálisis; debe enseñarse al paciente cómo y dónde ha de buscar la información significativa y debe ayudarle a integrar esta información en una estructura que tenga sentido.

La manera específica como se logran estos objetivos difiere según cada analista y cada paciente, pero hay algunas técnicas y estrategias que se dan comúnmente. Se presentará cada una de ellas por separado pero es importante recordar que en la práctica forman un entrelazado de múltiples combinaciones en lugar de que se apliquen en un orden predispuesto.

Asociación libre

Esta es una de las técnicas más fundamentales que Freud desarrolló para ayudar al paciente a descubrir el material inconsciente. Como ya se dijo, la asociación libre evolucionó como parte de la búsqueda de una manera para recuperar los hechos olvidados que no fuera por medio de la hipnosis; consiste en pedir al paciente que se someta a una regla fundamental: la de decir todo lo que le viene a la mente sin corregir ni censurar.

Al paciente se le pide que relate todo lo que se le ocurra a lo largo de la sesión. Debe relatar todo en la forma y secuencia original sin omisiones ni modificaciones. Se le pide pasividad hacia su proceso pensativo; en otras palabras que procure eliminar todo control consciente sobre su proceso mental al cual debe dar vía libre.

La idea es que al eliminar las restricciones de tipo lógico, de presión social o las reglas de otro tipo, el material inconsciente saldrá a la superficie.

El estilo más común, aunque no universal, es que el paciente asocie de manera libre mientras se encuentra acostado en un diván. El analista toma asiento fuera de la vista del paciente para evitar toda interferencia en el proceso. En las primeras sesiones quizá el analista tendrá que dar algunas instrucciones (por ejemplo, "di lo que se te ocurra, tenga o no sentido") pero más adelante el paciente se familiariza con su papel e inicia sus asociaciones sin la necesidad de ser estimulado. A veces, la información importante se presenta de manera bastante directa.

Paciente: Dios mío, qué día. No he trabajado tanto desde la secundaria. En aquel entonces trabajaba medio turno en una granja de mi tío y medio turno en una farmacia. Las labores de la granja eran de veras difíciles. A veces, cuando hacía calor, creí que me moría allí en el campo. Era mucho más agradable cuando había ido de visita de niño. Mis papas nos llevaban a mi hermana y a mí a la granja los fines de semana y jugábamos todo el día. Entrábamos mucho al granero donde jugábamos algún juego secreto o algo (una pausa). Ahora recuerdo. Jugábamos al médico y mi hermana, mis dos primos y yo nos turnábamos para ser el doctor y examinar nuestros genitales. Sabíamos que no debíamos hacer eso y recuerdo haber tenido mucho miedo de que nos descubrieran.

A menudo los recuerdos de este tipo se acompañan de las emociones propias del suceso original. El paciente citado aquí pudo haberse sonrojado y sentido ansiedad al contar el incidente.

Debido a los mecanismos de defensa, las bases inconscientes de los problemas actuales del paciente rara vez se revelan de manera clara y automática en sus recuerdos, sentimientos y deseos. Con más frecuencia, la asociación libre nos da pequeños vistazos y pistas de las causas subyacentes del trastorno. Es tarea del terapeuta, lograr descifrar el sentido de lo que emerge. Los *patrones de la asociación* suelen ser reveladores. Obsérvese el siguiente extracto de la asociación libre de un paciente masculino de mediana edad:

Paciente: Mi papá me llamó por larga distancia anoche. Era agradable pero nunca me siento tranquilo cuando hablamos. Después del imprescindible: "Hola, ¿cómo estás?" ya no había más que decir (una pausa larga). Casi me duermo ahorita. Esto me pasaba mucho en la Universidad. He de haber pasado la mitad de mis clases dormido. Una vez desperté con el maestro encima de mí, sacudiéndome y toda la clase riéndose.

El hecho de que los pensamientos acerca del padre condujeran a los recuerdos de una figura autoritaria amenazante podría tener importancia, sobre todo si este patrón se repite en otras sesiones. Podría significar que el paciente aún tiene sentimientos no resueltos de temor y odio en relación a su padre, sentimientos que requieren ser aclarados, aceptados y elaborados.

Una gran parte de lo que dice el paciente durante la sesión de asociación libre es de naturaleza defensiva. Se considera que el paciente cuya mente se queda en blanco, solamente habla de detalles triviales, u obviamente "corrige" lo que dice, está obstaculizando su autoexploración. El siguiente segmento de una sesión de tipo analítico con "S" (Murray, 1938 citado en White y Watt, 1973; pp. 257-258) nos da un excelente ejemplo de las defensas del paciente (al analista se le designa como "E"):

S: Lo que más me ocupa la mente en este momento es la prueba de una hora que acabo de tener. Fue un examen bastante difícil. No me sentía especialmente brillante hoy. No sé si cometí errores o no. Mucho depende de esta prueba ya que quiero conseguir una beca para el segundo semestre. Si la consigo, podré seguir mis estudios para la maestría. Si no, no creo poder hacerlo. Es difícil conseguir préstamos hoy en día. Me gustaría seguir mis estudios porque con ellos podré conseguir el trabajo que yo quiero. Estoy muy interesado en un trabajo de investigación y el curso que estoy tomando me prepara para eso.

E: Me temo que estás contando una historia en vez de contarme lo que viene a tu mente. (Después de sus primeras frases, S ha estado opinando de manera razonada sobre su estado anímico. Esto es contrario a las reglas y constituye la primera manifestación de la resistencia).

S: Tengo un experimento esta tarde y ni sé de qué trata. (Este comentario puede tener un doble significado: S se está preguntando de qué se trata en la presente sesión y a la vez en qué consiste el asunto de la tarde. Pero ha abandonado su primera forma de resistencia y el tema siguiente es una buena muestra de una asociación libre).

S: ¿Cómo estará mi papá? No ha estado muy bien que digamos. Nunca nos llevamos bien. Recuerdo que una vez de joven debía yo estar vigilando las vacas que estaban pastando cerca de una huerta. Me interesé tanto con mi lectura que me olvidé de las vacas; éstas entraron en la huerta

y comieron algo de fruta de los árboles. Mi papá se enfureció. Apareció y se dejó venir derecho hacia mí. Yo corrí, y él, a la manera rústica, me soltó una patada, se resbaló en el pasto húmedo y casi se quebró el brazo. (En este momento, S se volteó en el diván directamente a E).

E: ¿Qué pensaste al voltearte?

S: Me volteé para verte directamente.

E: ¿Por qué quisiste verme de frente?

S: Si quieres hacerte entender y ves de frente a la persona suele ser mejor. Por ejemplo, como vendedor... (Otra vez S ha dejado por completo la asociación libre para hablar de "hacerse entender" o "vender su argumento". Esta es otra forma de resistencia parecida a la primera. A la vez ha dramatizado su sentimiento hacia E. Sin duda molesto porque E le llamó la atención la primera vez que infringió las reglas, recuerda un hecho anterior en que desobedeció, pero se salvó del enojo de su padre y de hecho invirtió la situación al provocar que su padre se lastimara. Sin embargo, este tipo de pensamiento le despierta tanta ansiedad que tiene que voltear a ver a E para comprobar que no se estaba enfadando. En este momento, E le recuerda de nuevo la regla fundamental).

S: (Una pausa larga.) Debo reportar lo que se me ocurra, pero parece que no pienso nada. No me agradan muchos tus pinturas o lo que sean.

E: ¿Qué es lo que no te gusta de ellas?

S: Tengo recuerdos desagradables de pinturas de este tipo. El diploma enmarcado es una cosa muy simple para colgar en la pared. A propósito, ¿es el tuyo?

E: Dime lo que se te ocurra de él.

S: Pensé que podría ser tuyo, pero cuando lo veo dice "M.D." (doctor en medicina) así es que no ha de ser tuyo. (Por un momento parece que S está asociando libremente pero ha escogido otro método de resistencia: el método de describir los objetos que están presentes en el cuarto. Casi de momento sus sentimientos lo traicionan, ya que critica los objetos y logra en esta forma indirecta decirle a E "Tú no eres ningún médico"). Es importante recordar que, según la teoría analítica, inicialmente el terapeuta despertará resistencia y muchas otras formas de defensa en el proceso de la asociación libre. El terapeuta debe reconocer estas defensas y deberá señalarlas al paciente a lo largo del proceso de la exploración analítica (se estudiará este aspecto más adelante).

Utilización de los sueños

Debido a que se consideran como la expresión de los deseos y de las fantasías que por lo general se hurtan a la consciencia, los sueños desempeñan una función importante en el psicoanálisis. En una ocasión Freud llegó a llamar a los sueños "el camino real al inconsciente". Sin embargo, hay un problema para el analista cuando utiliza el material de los sueños: Aunque las defensas del paciente están *relativamente* relajadas durante el sueño, no están totalmente ausentes, y de todas formas opera algún grado de distorsión y defensas. Por lo tanto, se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión lo suficientemente disfrazada como para no traumatizar (y despertar) a la persona dormida. Sin embargo, gracias a que el material inconsciente se considera más cerca de la superficie en los sueños que en el estado de vigilia se les otorga una gran importancia en el psicoanálisis. Se puede emplear una sesión completa a una serie de sesiones para recordar y discutir un solo sueño.

La descripción que rinde el paciente de su sueño revela su *contenido manifiesto* o sus características obvias. Si la persona sueña que va corriendo por el bosque y de repente cae dentro de un estanque de

una fría ensalada de macarrones, esto es el contenido manifiesto. Este suele componerse de características y sucesos de poca importancia asociados con las actividades del día ("residuo del día") o pueden ofrecer una manera fácil de satisfacer deseos del momento sin necesidad de despertar a la persona. Una persona con hambre podrá soñar con comida por ejemplo.

Para los propósitos del psicoanálisis el aspecto más interesante de los sueños es su *contenido latente*: las ideas, deseos e impulsos inconscientes, que aparecen en una forma no *comprometedora* como una negociación entre la represión total y la libre expresión. El proceso que consiste en transformar este material rechazado en algo más aceptable es el *trabajo onírico*. Las diversas formas en que se puede presentar este trabajo han sido el tema de una gran cantidad de publicaciones psicoanalíticas, que se inició con *La interpretación de los sueños* de Freud mismo (1900). En resumen, la teoría analítica y la experiencia clínica indican que el trabajo onírico emplea: el *desplazamiento*, la *condensación*, la *dramatización*, la *sustitución*, la *devaluación* y la *simbolización* (Fancher, 1973; Munroe, 1955).

Se considera que la mayor parte de los aspectos del contenido manifiesto de los sueños son simbólicos o representan alguna otra cosa diferente. A pesar de la creencia popular que considera que cierto contenido (por ejemplo, una serpiente) *siempre* "significa" algo específico (por ejemplo, un pene), Freud no creyó que los sueños pudieran ser interpretados con tanta rigidez (se dice que hubo una ocasión en que señaló que "a veces un cigarro puro es simplemente un puro"). Sin embargo, la mayoría de los analistas dan por hecho que el contenido manifiesto sí tiene algo de significado simbólico aunque el simbolismo puede diferir de persona a persona o incluso de sueño a sueño.

Por ejemplo, se puede *desplazar* un impulso inconsciente muy significativo (tal como el deseo de tener relaciones extramaritales) a una posición de menor importancia en el sueño (un salón de masaje o el anuncio de algún negocio de mejoramiento físico visto de paso desde un automóvil). En algunos casos un sueño aparentemente inocuo (tal como soñar al hermano que va de vacaciones) puede interpretarse como un *sustituto* para un deseo tabú (por ejemplo, la muerte del hermano).

El trabajo onírico puede consistir también en *devaluar* material significativo. Munroe (1955) nos cuenta de una mujer mojigata que soñaba con frecuencia que aparecía en público semivestida o aun desnuda sin sentirse aturdida en lo más mínimo. Se supone que ella se defendía contra los deseos sexuales inconscientes al aparentar que no tenían importancia.

Una gran cantidad del material inconsciente que en potencia tiene un gran valor se puede expresar a través de los sueños en una forma *condensada*. Otra vez, Munroe (1955) nos aporta un excelente ejemplo con un sueño en el cual el paciente relata: "Le tengo miedo al perro." Para el analista, esto puede significar (1) el paciente teme a Dios (en inglés, God, Dios, se escribe exactamente al revés que dog [perro]), (2) el paciente-desea esconder su temor hasta de sí mismo y (3) al igualar Dios con perro el paciente expresa desprecio por un Ser Supremo. Surgen algunos "atajos" similares en los sueños como secuencias *antilógicas* (por ejemplo, cuando hay un cambio repentino de tiempo o lugar) o como *dramatizaciones*: dos personas peleando pueden representar tendencias conflictivas del propio paciente.

Además del trabajo onírico, los mecanismos de defensa durante la *vigilia* pueden obstaculizar los esfuerzos del analista para descubrir el contenido latente. Generalmente se le pide al paciente que describa su sueño de la manera más fiel y completa que le sea posible, pero el reporte se puede corregir y organizar inconscientemente de una forma más lógica que como ocurrió de verdad en el sueño. Esto lo llamó Freud *revisión secundaria*.

Para lograr identificar aquellos aspectos de un sueño que tengan un mayor significado inconsciente (y por lo tanto mayor necesidad de ser ocultos), algunos analistas piden al paciente que repita una o más veces su sueño. Las versiones posteriores casi siempre difieren del relato original y se supone

que los cambios, omisiones y agregados que ocurren reflejan los esfuerzos inconscientes por disfrazar o defender con más eficacia el material perturbador.

Un procedimiento más común es pedirle al paciente que haga una asociación libre respecto a ciertas facetas del contenido manifiesto. A través de este proceso es posible que se descubra material inconsciente. Considérese este sueño que reporta el Dr. Roberto Lindner de una paciente cuyos padre y madre (inválida en silla de ruedas), tuvieron un matrimonio extremadamente infeliz:

Estaba yo en lo que parecía un salón de baile pero yo sabía que realmente era un hospital. Se me acercó un hombre y me ordenó que me desvistiera y quitara la ropa. Me iba a practicar un examen ginecológico. Lo obedecí pero tenía mucho temor. Mientras yo me desvestía me daba cuenta de que le hacía algo a una mujer en el otro extremo del salón. Estaba sentada o acostada en un extraño aparato lleno de palancas, estribos y pedestales. Sabía que yo seguía y que tendría que sentarme en aquella cosa mientras él me examinaba. Repentinamente me llamó por mi nombre y me vi corriendo hacia él. La silla o mesa o lo que fuera se encontraba ya vacía y me ordenó subirme en ella. Rehusé y comencé a llorar. Comenzó a llover gotas muy grandes de lluvia. Me tiró al suelo y abrió mis piernas para practicar el examen. Me volteó boca abajo y comencé a gritar. (Lindner, 1954; pp. 134-135)

Lindner describe cómo este contenido manifiesto se utiliza como la materia prima para llevar a cabo la asociación libre.

"Bueno", dijo ella después de un breve silencio de espera "Qué significa."

"Laura", le reprendí: "tú sabes que no se hace así. Ponte a trabajar y veremos."

"Lo primero que pienso es en Ben", comentó. "Es interno en la Universidad como sabes. Supongo que es el médico en el sueño o quizá fuiste tú. De cualquier modo quienquiera que fuera, no me dejaba que me revisara."

"¿Por qué no?"

"Siempre le he temido a los doctores. Me da miedo que me lastimen."

"¿Cómo te lastimarían?"

"No sé. Picándome con una aguja, supongo. Es curioso, nunca pensé en eso. Cuando voy al dentista no me importa la aguja, pero con un médico es diferente... Me da escalofrío pensar en que me piquen las venas. Siempre me temo que es eso lo que va a hacer el doctor."

"¿Ha sucedido eso?"

Asentía con la cabeza. "Una vez, en la escuela para un análisis de sangre. Me desmayé."

"¿Y qué hay respecto a los exámenes ginecológicos?"

"Nunca me han hecho uno. No soporto la idea de que alguien me explore adentro." Otro silencio; luego: "Oh", dijo. "Ya veo. Se trata del sexo. Me temo que el médico del sueño es Ben. Él quiere tener relaciones pero me da miedo y me alejo." (Lindner, 1954; p. 135).

Esta percepción repentina resultó demasiado fácil y muy obvia.

El analista tiene la seguridad de que hay más de fondo.

"...Otros hombre han hecho el amor contigo"

"Sí, "respondió ahora sollozando" pero únicamente como un último recurso, para retenerlos un poco más. Haría lo que fuera para evitar el contacto, que me estuvieran penetrando... como la

aguja supongo.

"Pero, ¿por qué, Laura?"

"No lo sé", se lamentó. "No lo sé. Dímelo."

"Creo que el sueño te lo dice", le contesté. "

¿El sueño que acabo de relatar?"

"Sí... Hay una parte en que no has pensado. ¿Qué se te ocurre cuando piensas en la otra mujer del sueño, la mujer que estaba examinando el doctor antes que tú?"

"El aparato en que está sentada", exclamó Laura. "Era como... como una silla de ruedas; ¡la silla de ruedas de mi madre!"

"¿Es eso?"

"Pero por qué estaría examinándola a ella? ¿Qué querrá decir eso?"

"Bueno, piensa en lo que significa este tipo de examen para ti."

"El sexo", respondió. "El contacto sexual, eso significa."

"¡Así es que es eso! Las relaciones sexuales mandaron a mi madre a la silla de ruedas. La paralizaron. Y yo temo que es lo que pasará conmigo... ¿De dónde sacaría yo esa idea tan loca?" (Lindner, 1954; pp. 136-137.)

Fíjese cómo la asociación libre con el material del sueño, llevó al paciente a captar algo que conduciría a una mayor exploración y el material inconsciente que aún no ha desenterrado.

Se cree que ciertos sueños tienen un contenido latente de particular importancia. Se ha llegado a sugerir que el *primer* sueño que el cliente relate al analista puede ser un compendio capsular de todos sus problemas principales (Blanck, 1976). Sin embargo, por lo común, se utiliza una *serie* de sueños en el proceso del análisis. La concentración en varios sueños con frecuencia revela *patrones* establecidos de contenido latente y ayuda a evitar los errores que pudieran suceder si se da demasiada importancia a un solo sueño. Hall (1953) aporta un excelente ejemplo de este proceso en su análisis de varios sueños reportados por un paciente de 18 años.

Otro punto que hay que recordar acerca del uso de los sueños en el psicoanálisis es que aportan ideas, pistas e hipótesis para seguir investigando, en lugar de "respuestas definitivas". Bonime (1962) con toda claridad nos advierte de la precaución que se requiere para analizar aún los contenidos simbólicos y asociaciones más obvias":

Si una mujer está soñando con una serpiente y queda establecido que la serpiente representa el pene, aún sería necesario, para comprender su personalidad a través de este símbolo, establecer la calidad de la experiencia con el pene simbolizado por la serpiente. Si la mujer fuera una bailarina profesional con el único deseo de seducir y si hubiera ejecutado una danza domadora de serpientes, entonces la serpiente de sus sueños simboliza su deseo de seducir o controlar al hombre con su atractivo sexual. Si una mujer se hubiera embarazado antes de casarse durante el período de compromiso y el prometido la hubiese abandonado, el pene en forma de serpiente de su sueño podría representar el veneno o engaño, o ambos, no solamente de parte de los hombres sino de cualquier ser humano que le ofreciera intimidad. Si hubiera tenido una educación muy puritana y sin embargo hubiera tenido relaciones sexuales, el pene en forma de serpiente pudiera representar sus deseos "pecaminosos" o su secreta actividad sexual en sí...Aún más, la serpiente pudiera representar... intensos de otros tipos de autogratificación (p. 36).

Atención a la "conducta cotidiana"

Uno de los conceptos básicos de Freud es el *determinismo psíquico* (véase el Capítulo 3), la idea de que casi toda la conducta humana se relaciona con los procesos mentales conscientes e inconscientes o es causada por éstos. La consecuencia obvia de este punto de vista (expuesta en su libro *La Psicopatología de la vida cotidiana* (1901, 1914) es que, como los síntomas neuróticos, gran parte de nuestra conducta diaria refleja de alguna manera nuestros deseos, fantasías, impulsos y mecanismos de defensa.

Por lo tanto, el psicoanalista pretende estar siempre alerta y sensible hacia toda la conducta verbal y no verbal de su paciente que se manifiesta durante las sesiones o en sus relatos de lo sucedido entre sesión y sesión. Esto implica mantener la atención "bien repartida" o siempre alerta tanto a los relatos importantes como a los triviales, a los actos intencionales y a los sucesos "accidentales", al lenguaje corporal y al lenguaje verbal. Todos o cualquiera de estos aspectos puede desenmascarar las tácticas habituales de defensa psicológica y los secretos que se pretenden proteger. La teoría psicoanalítica ha generado numerosos ejemplos de la conducta cotidiana cargada de significados especiales. Dos de las categorías más conocidas de esta conducta son: los *errores* y el *humor*, que se estudian a continuación.

Los errores En medio del asunto de Watergate, el ex-presidente Nixon hizo la siguiente declaración en un discurso ante el congreso. "Únanse a mí para montar un nuevo esfuerzo para responder al desacreditado presidente..." De hecho quiso decir... "para reponer el **desacreditado** presente programa de asistencia social...", pero es posible que otros asuntos que tenía en mente hubieran ocasionado este lapsus linguae. Tales "lapsus freudianos" o *parapraxis* son indicios obvias de los sentimientos reales inconscientes del orador. (El exgobernador de Texas, John Connally en una ocasión dijo que esperaba que el Vicepresidente Agnew "fuera exonerado y hallado culpable...") Quizá algunos errores parecidos al escribir también expresan sin querer los verdaderos sentimientos: "Estimada Magdalena: tu fiesta fue divina. Gracias por habernos invitado. Podemos dejar pasar mucho tiempo para verlos de nuevo..."

Estas *parapraxis* tan "fáciles de interpretar" son comunes en la vida diaria y aunque el analista las utiliza para ayudar al proceso de autoobservación del paciente, también se concentra en equivocaciones más sutiles aparentemente sin sentido y que por lo tanto probablemente señalan el material inconsciente bien protegido que de momento "se ha escapado". Brenner (1974) menciona el caso de un joven paciente interesado en cultivar su cuerpo el cual en lugar de decir "físico" dijo "fisible". Esta equivocación "accidental" de inmediato no cobijaba ningún sentido para el terapeuta ni para el paciente; pero siguiendo el método psicoanalítico se le pidió al paciente que hiciera asociaciones sobre la palabra "fisible". Su primera asociación fue la palabra "visible" y siguió este camino hasta descubrir un deseo inconsciente de exhibir su cuerpo desnudo y de ver a otros también desprovistos de ropa.

Muchas otras equivocaciones diarias y al parecer simples pueden cobrar importancia psicoanalítica. El hecho de que un escritor al revisar un manuscrito no detecte ciertos errores penosos, o poco bondadosos puede indicar también la presencia de algunos deseos inconscientes. Otros hechos "accidentales" en especial aquellos en que el paciente es por lo menos parcialmente responsable pueden ser producto de algún deseo. El mesero que tira la sopa sobre un cliente de avanzada edad o una mujer que sin querer quema los papeles importantes de su marido puede intentar efectuar una asociación libre en relación con varios elementos de estos "accidentales". Podría resultar que el mesero de hecho quiso ejecutar a la figura paterna y que la mujer estuviera expresando una fuerte competencia con su marido.

Cuadro 9-1 El análisis de Freud sobre el "Lapsus Linguae"

En su libro, *Psicopatología de la vida cotidiana*, Freud (1901) describe su análisis del "lapsus linguae" de un joven que él conocía. Refleja cómo, de acuerdo con la teoría psicoanalítica, surge el contenido significativo de formas sumamente sutiles.

En el transcurso de su conversación con Freud, el joven citó la *Eneida* de Virgilio en latín; "Exoriare aliquis nostris ex ossibus ultor" ("Que alguien se levante de mis huesos como un vengador"). Al hacer esta cita, omitió la palabra "aliquis" ("alguien"). Para ayudar al hombre a encontrar el significado de su error, Freud le pidió que asociara libremente la palabra que omitió.

Entre las diferentes asociaciones que realizó estuvieron la división de la palabra en "a" y "liquous" así como otras palabras tales como "reliquien" (que significa "reliquia"), "licuar", "fluidéz" y "fluido". Luego pensó en las reliquias de Simón de Trens que había visto hacía dos años, luego en los sacrificios humanos, luego de un artículo de un periódico titulado, "Lo que San Agustín opina de las mujeres." Posteriormente, pensó en San Genaro y el milagro de su sangre (que se supone se licúa una vez al año en un día de fiesta) y el hecho de que en una ocasión se demoró.

En ese momento el joven se sintió perturbado y dejó de asociar. Freud le preguntó qué le pasaba y él respondió que la asociación nueva era demasiado íntima como para comunicársela y que se relacionaba con una muchacha de la cual él esperaba noticias. Entonces Freud le dijo que las noticias tenían que ver con la posibilidad de que la muchacha estuviera embarazada.

El asombro del joven al darse cuenta de que le descubrieron su secreto (que era bastante más impresionante en 1900 de lo que sería en la actualidad) disminuyó cuando Freud le explicó su método. Las referencias en las asociaciones libres con respecto al líquido, sangre, santos del calendario, milagros que ocurrían periódicamente en la forma de sangre que fluye, preocupación acerca del retraso del milagro, y asuntos semejantes condujeron a Freud a percibir la preocupación consciente e inconsciente de la joven con la menstruación y embarazo posible.

Los olvidos son otro ejemplo de errores supuestamente "motivados". No se trata de los casos en que la persona con toda intención "olvida" algo (una cita con el dentista, por ejemplo) sino de aquellos casos en que ocurren lagunas en la memoria sin alguna causa evidente. Si el paciente olvida el contenido manifiesto de un sueño que quería relatar, el analista puede sospechar que el sueño contenía material demasiado amenazante para recordar y analizar. A veces sucede que el paciente logra una comprensión importante y de manera súbita olvida en qué consistió: supuestamente como una defensa contra la información no muy halagadora acerca de sí mismo.

Con frecuencia, se platica y analiza un olvido que haya ocurrido fuera de las sesiones de la terapia. Brenner (1974) menciona a un paciente que en una fiesta olvidó el nombre de un amigo íntimo sin poderse lo explicar. Al someter lo sucedido al proceso de asociación libre, se encontró un significado inconsciente.

Al hablar sobre esto, resultó que el nombre del amigo era igual al de otro hombre conocido del paciente pero hacia quien tenía fuertes sentimientos de odio que le hacían sentirse muy culpable... Además, mencionó que el amigo era inválido lo cual le recordaba sus deseos de lastimar al tocayo a quien odiaba. Para evitar traer a la conciencia sus fantasías destructivas... reprimió el nombre

que ligaba a las dos personas, (p. 130).

Por medio del siguiente ejemplo se nota claramente la complejidad de los procesos inconscientes que son revelados por los hechos aparentemente de rutina.

Una paciente, al estar manejando el coche de su marido, frenó con tanta brusquedad, que el coche de atrás le sumió la carrocería... El análisis de lo sucedido arrojó un juego muy complejo de motivos inconscientes... Por una parte, la mujer estaba inconscientemente muy enojada con el marido... Al dañar su coche expresaba de manera inconsciente la rabia que no pudo manifestar abiertamente y directamente contra él. Por otra parte, sentía mucha culpa por lo que inconscientemente deseaba hacer en su contra... y dañarle su coche era una manera excelente de lograr que él la castigara... Por último, los deseos sexuales fuertes que su marido no pudo satisfacer y que ella reprimía fueron satisfechos simbólicamente con un hombre que "le sumió la carrocería" por atrás. (Brenner, 1974; p. 139.)"

A menudo se señala que la teoría psicoanalítica no acepta la existencia de los accidentes reales o equivocaciones inocentes. En términos estrictos esto no es cierto. Los acontecimientos sobre los cuales el paciente no tiene control (por ejemplo ser herido cuando un avión se estrella en su casa) son vistos como accidentes auténticos, pero si la víctima puede ser en alguna forma responsable de lo sucedido entonces sí existe la posibilidad de algún significado inconsciente. Los autores recuerdan el caso de una mujer que regresaba del mandado en un día invernal cargando varias bolsas pesadas. A la entrada de su casa se resbaló en el hielo y se rompió la pierna. Su marido, un psicoanalista, al oír el golpe salió corriendo y al verla convulsionada de dolor, acertó a preguntar: "¿Por qué me hiciste eso?" Usando la lógica analítica el marido deducía que aunque la caída se debía al hielo y la nieve, la mujer al no pedir ayuda o no hacer varios viajes expresó un deseo inconsciente de lograr más atención y protección de él o de castigar su indiferencia agregando una nueva responsabilidad (la de atenderla) a sus responsabilidades diarias.

Así, la noción acerca de que los accidentes, los errores al hablar o escribir o recordar pueden ser simplemente producto de la fatiga, la impaciencia, las presiones del tiempo u otros factores externos, se rebate con el criterio analítico de que tales factores externos simplemente *facilitan* un accidente o error; su forma en particular está determinada por los procesos inconscientes.

El humor Los chistes y las agudezas abundan, y, aunque a primera vista no parecen dignos de contemplación psicoanalítica, Freud notó que el humor generalmente contiene expresiones de *hostilidad* o *agresión*, ya sean abiertas u ocultas. La transformación de estos sentimientos en humor se llama *trabajo del ingenio* y presenta algunas analogías con el *trabajo onírico* ya discutido. De ahí que el desplazamiento, la condensación y otros procesos resaltan en ciertos chistes. Los juegos de palabras son un muy buen ejemplo de la *condensación* en que por lo menos dos significados se expresan con una sola palabra: El hombre que practica la circuncisión a los elefantes me contó que su trabajo tiene sus puntos buenos y sus puntos malos. El suelo es muy malo pero los "tips" (que en inglés significa tanto *puntas o extremidades* como *propinas*) son muy grandes. "Vemos aquí, además de la condensación en la palabra "tips", quizá desplazamiento de agresión hacia quien o hacia lo que fuere representado por el elefante.

De hecho, cuando se considera cuántas bromas y chistes (para no mencionar todo el repertorio de "Don Rickles") presentan situaciones en que determinada persona, o grupo de personas, hace el ridículo, es lastimado o asesinado, o de alguna forma lleva las de perder, entonces resulta fácil ver cómo llegó Freud a sus conclusiones. Es más interesante, quizá, el hecho de que aunque teóricamente los chistes son "inocentes" a Freud le costó trabajo encontrar solamente un buen ejemplo.

Según la teoría psicoanalítica, las bromas proporcionan un desahogo no peligroso de la rabia y hostilidad que, de ser expresados directamente, podrían despertar un desagravio violento o cuando menos sentimientos intolerables de culpa. Debido a que la broma atenúa cuando menos una parte del impulso agresivo, una cierta cantidad de energía psíquica, que de otra manera se hubiera empleado en la represión continua de aquel impulso, se vuelve innecesaria y se libera en forma de risa. Por consiguiente, el analista puede analizar las bromas que hace una persona o las que encuentra "chistosas" para ayudar a su paciente a lograr una comprensión mayor de sí mismo. En Grotjahn (1957) y en la obra *Los chistes y su relación con el inconsciente* ("Jokes and Their Relation to the Unconscious") del mismo Freud, se encuentran en detalle las teorías de Freud sobre el humor.

Análisis de la resistencia

Como se precisó anteriormente, el psicoanalista supone que el paciente manifestará varias formas de resistencia durante el transcurso de cualquier esfuerzo para descubrir el material inconsciente amenazante. Ya se han visto algunos ejemplos de la resistencia relacionados con la asociación libre y con el análisis de sueños, pero existen muchas otras formas también. Todas tienen importancia porque (1) ayudan a señalar los temas, áreas, acontecimientos y periodos de tiempo que más defensa despiertan y que por lo tanto requieren una mayor investigación y, (2) proporcionan algunos ejemplos actuales de las defensas acostumbradas, que, con la ayuda del analista, el paciente puede llegar a reconocer para finalmente abandonarlas. Debido a que solamente se logra el verdadero progreso en la ausencia de la resistencia, el psicoanálisis se ocupa de combatirla.

La cantidad de maneras mediante las cuales se hace patente la resistencia al psicoanalista es demasiado grande como para enumerarlas aquí. Se presentan solamente algunos ejemplos para ejemplificar la gran variedad de posibilidades (véase Fine 1971, en especial los Capítulos 8, 9 y 10 para mayor información).

A menudo se deduce una resistencia obvia hacia todo el quehacer psicoanalítico (o hacia alguna fase en particular de éste) cuando el paciente llega tarde o falta repetidamente a sus sesiones de tratamiento. El rehusar tratar ciertos temas³ no estar dispuesto a utilizar el tradicional diván, quedarse dormido o no pagar la cuenta con frecuencia se interpreta de la misma manera.

Otras manifestaciones de resistencia pueden ser más sutiles. La aparición de un estado depresivo o cierta desesperación en el momento en que está por ocurrir una revelación importante, en algunas ocasiones se considera la manera como el paciente pospone determinadas revelaciones dolorosas. "En el momento en que aparecen sentimientos de desesperación, muchos terapeutas sienten el deseo de cambiar de técnicas, convencidos de que ha fallado el tradicional enfoque analítico. Y eso es precisamente lo que el paciente quiere lograr... Su desesperación tiene una finalidad de manipulación, de alejar a la gente y permitirse una entrega a sus sufrimientos. (Fine, 1971; pp. 123-124.) De esta

³ O rehusar hablar por completo. Existe el caso del paciente que no dijo nada en terapia ¡a lo largo de dos años! (Fine, 1971).

manera, cuando al observador ajeno le parece que el paciente está expresando su tristeza por la falta de progreso después de varios meses y hasta años de análisis, para el analista su paciente está luchando *contra* el avance y el cambio.

Una interpretación parecida se puede hacer en relación con otras conductas. Un ejemplo común es un patrón llamado *intelectualización*. En este caso se observa que las emociones importantes se reprimen pero el paciente en apariencia coopera. Lo que hace es sustituir la lógica y razonamientos por los sentimientos que tanto cuentan en el análisis. Así, al discutir la muerte de un progenitor, el paciente quizá diga con toda calma algo así: "Bueno, sí, me entristeció, pero de hecho lo esperábamos, así es que no hubo 'shock'. Además, a mí me tocó hacer todos los arreglos y eso me absorbió por completo." Otros pacientes para evitar el enfrentar sus problemas gustan de insistir en un cálculo de la duración de la terapia o de embrollar al analista en conversaciones o debates sobre la bondad de diversas técnicas, los méritos de tal o cual escuela u otros temas de tipo esotérico.

Los psicoanalistas han detectado otras tácticas, menos cerebrales de resistencia. Por ejemplo, cuando el análisis se vuelve amenazante, el paciente puede desarrollar varios síntomas físicos sin base orgánica tales como tos crónica, visión borrosa, catarro crónico* un trastorno del habla u otros de tipo histérico que pueden obstaculizar o incluso impedir el trabajo analítico. En ocasiones, tales síntomas (el rehusar comer por ejemplo) pueden llegar a comprometer la vida misma del paciente. El analista también sospecha de resistencia cuando otros patrones de conducta aparecen. *Regresión*, cuando el paciente "retrocede" en vez de progresar como por ejemplo quedándose en cama, descuidando su apariencia, olvidando sus hábitos de higiene personal, entregándose al llanto, requiriendo constantes cuidados, todo esto puede considerarse como un serio y permanente obstáculo para el análisis.

Otras conductas llamadas "acting out" también se consideran debidas a la resistencia. El comenzar a beber o el regreso al abuso del alcohol o las drogas, la participación en actividades recreativas de gran peligro, o algún otro cambio igualmente dramático en su estilo de vida, puede verse como la manera, por parte del paciente, de rehuir la ansiedad generada por un posible hallazgo de material reprimido. Estas conductas, de peligro para el paciente, también pueden ser amenazantes para el terapeuta. Algunos pacientes en análisis han llegado, en algunas ocasiones, a intentar o herir o matar a su terapeuta, se supone que como un intento desesperado de evitar la relación de una verdad acerca de sí mismos. En algunos casos trágicos, estas medidas extremas han resultado mortales para el analista.

Una última forma de resistencia que discutiremos aquí es probablemente la más difícil de aceptar para el observador de orientación no analítica. Nos referimos a los casos en que el paciente siente que (1) los factores externos más que intrapsíquicos son causantes de sus problemas; (2) que los problemas se están agravando; y (3) que el paciente, como cliente, tiene el derecho de exigir pruebas de la eficacia de la aproximación psicoanalítica. En cada caso, el paciente externa una opinión o deseo razonable, pero el terapeuta lo ve como una maniobra para distraer la atención de las dinámicas intrapsíquicas que considera como la base de todos los problemas de conducta. Por lo tanto, deberá quedar claro, que si el analista se concentran más en *el porqué* de las preguntas de su paciente que en ofrecerle respuestas directas, es porque su propósito no es eludir el asunto sino el de seguir sus principios psicoanalíticos. Estos principios dictan que cualquier conducta del paciente que interfiere con el proceso analítico deberá ser considerada como una defensa, de tal manera que a la postre el material inconsciente que se cree que *realmente* es la base de sus problemas, puede ser traído a la conciencia.

Análisis de la transferencia

Se comentó en el Capítulo 8 que en cualquier tipo de terapia, surge una *relación "x"* entre terapeuta y cliente. En el psicoanálisis, esta relación no sólo constituye el contexto en sí del trabajo a realizar sino que es la fuente misma para obtener el "material" para escudriñar el inconsciente y sus defensas. La relación con el terapeuta y los sentimientos del paciente hacia él constituyen lo que se llama *transferencia*⁴. Se dice que se desarrolla por lo menos en dos niveles. El primer nivel abarca los sentimientos conscientes, más o menos obvios y reales como cuando el paciente expresa su gratitud por la ayuda del terapeuta o respeto por su sabiduría.

A este nivel hay una *alianza terapéutica* (Zetzel, 1956) que facilita el proceso de la terapia. Sin embargo, en el otro nivel, el nivel del inconsciente, se piensa que la relación de transferencia contiene actitudes y reacciones en relación directa con los conflictos inconscientes intrapsíquicos, muchos de los cuales pertenecen a la niñez y constituyen la fase fundamental de los problemas actuales. Así puede suceder que el paciente tenga reacciones o sentimientos positivos (y negativos) hacia el analista que no tengan que ver con las características reales de él o de su conducta, sino que reflejan el modo como el paciente se relacionaba con las personas importantes de su pasado.

Este supuesto se basa en la idea de Freud de que el factor tiempo no existe en el inconsciente. Los conflictos inconscientes aún más tempranos siempre estarán activos (a menos que se logre traerlos a la conciencia y trabajar con ellos), independientemente del tiempo que transcurra pues se harán presentes de mil maneras problemáticas incluyendo relaciones interpersonales problemáticas.

En teoría, cuando menos, los factores inconscientes podrán matizar las interacciones del paciente con cualquiera que evoque sus conflictos infantiles, pero el terapeuta es un candidato casi seguro. Existen varias razones para esto. Por una parte, el analista se encuentra en una posición de alto status y poder en relación con el paciente que acude a él en un momento de dificultad. Esto hace que se identifique al terapeuta como *autoridad* e inmediatamente surjan imágenes de la figura materna o paterna. Estas imágenes son más intensas porque el terapeuta generalmente ofrece una *actitud de interés*. Él está allí para ayudar, no importa cuál sea la naturaleza de los problemas. Es fácil que el paciente asocie esta actitud con los atributos reales o deseados de sus padres. Es más, el terapeuta trata de no juzgar y de aceptar con ecuanimidad todo lo que el paciente revela de sí mismo. Esto engendra sentimientos de seguridad y confianza que son a su vez remembranzas reales o fantasías acerca de los padres o de otras personas significativas de su pasado. Finalmente, ya que el analista tradicionalmente conserva el "incógnito analítico" revelando poco o nada de sí mismo, se convierte en una especie de pantalla (semejante a la tarjeta en blanco del TAT) donde el paciente proyecta todo tipo de atributos, características y motivaciones.

Esto significa que el paciente puede ver al terapeuta como un padre cariñoso o también como si fuera el padre vengativo, la madre seductora, el rival odiado, un amante celoso o cualquier sin fin de figuras. El contenido específico de la proyección depende en gran medida de la naturaleza específica de las dificultades inconscientes del paciente. Cuando la relación entre paciente y terapeuta toma la forma de una "nueva versión" o una versión en miniatura de los problemas del paciente, entonces se designa a esta fase como la *neurosis de transferencia* y se constituye en el foco mismo del trabajo analítico.

La aparición de la transferencia y de la neurosis de transferencia fue observada por Freud en las

⁴ Los sentimientos del terapeuta hacia su paciente se designan como contratransferencia.

primeras épocas de su trabajo... Solía tomar en sus pacientes femeninas la forma de amor erótico o de fantasías sobre él. Concluyó que estas mujeres de hecho estaban expresando sus deseos infantiles acerca de sus padres a quienes él representaba simbólicamente.

Esta aparente reproducción de los conflictos tempranos inconscientes no sólo es fascinante desde el punto de vista teórico sino que tiene sus aspectos prácticos. El analista puede trabajar con los problemas importantes del pasado conforme se suceden en el presente durante la transferencia. Por esa razón el terapeuta centra su atención más bien en lo que ocurre en la sesión misma de terapia que en lo que sucede entre sesión y sesión.

Tal como ocurrió con la resistencia, la transferencia y la neurosis de transferencia se muestran en múltiples formas. Una vez más, sólo podemos describir unos cuantos ejemplos. Entre los más obvios es la aparición de la *dependencia* para con el terapeuta. El paciente puede llegar con anticipación a cada sesión⁵, mostrar disgusto por su terminación, solicitar telefónicamente consejo y ayuda a toda hora del día o de la noche, fabricar exigencias, o llegar a extremos en un esfuerzo de agradar al analista. Como observó Freud, es frecuente que surjan intensos sentimientos de amor que pueden alcanzar proporciones dramáticas. Algunos pacientes se involucran a tal grado en sus fantasías amorosas respecto al analista que ya nada más les interesa. Cuando el terapeuta no corresponde puede surgir la decepción y el coraje. El paciente puede caer en depresión e incluso simular un intento de suicidio.

Intensos sentimientos *negativos* hacia el terapeuta también reflejan la transferencia. Posiblemente el paciente en algún momento de su terapia decida que el analista es incompetente (y a la vez estúpido). Aunque estos sentimientos no se externen directamente o en ocasiones repetidas, el paciente posiblemente no suspenda su tratamiento. Para el terapeuta, esto no quiere decir que el paciente es un cliente inconforme sino que está empleando la relación entre ambos para expresar sentimientos que van dirigidos realmente a uno de sus padres o a otra persona significativa. La transferencia negativa puede también aparecer en forma menos directa y más infantil. Fine (1971) nos habla de un paciente que logró molestar con gran éxito al analista hablándole por teléfono de quince a veinte veces por hora, a veces anunciándose como Cristóbal Colón.

La transferencia y las neurosis de transferencia deben ser manejadas con cuidado. El analista no se limita a reaccionar ante ellos sino que pretende *comprender el significado* de los sentimientos negativos y positivos. Si el analista reconociera "normalmente" a una declaración de amor o a un ataque verbal, el paciente probablemente no aprendería mucho y podría sobrevenir una suspensión prematura de la terapia. La estrategia es mantener viva y visible la transferencia sin forzar al paciente a abandonar el análisis. Si esto se logra, el material inconsciente involucrado se puede volver consciente y podrá ser manejado. Cuando todas estas metas se logran, el análisis del paciente se considera terminado.

A propósito, vale la pena señalar que el análisis y la resolución de la transferencia suelen tomar mucho más tiempo que el análisis y la resolución de un síntoma específico. Así que, aunque el tratamiento puede ser iniciado por una queja específica (por ejemplo, una crisis de ansiedad) es probable que continúe aún después de la desaparición del problema ya que se considera que las verdaderas dificultades se revelaron a través de la transferencia.

Interpretaciones analíticas

⁵ En plan de broma se ha dicho que con el análisis lleva las de perder. Si llegas a tu cita temprano eres dependiente, si llegas tarde, demuestras resistencia, y si llegas a tiempo justo eres compulsivo.

Hasta aquí hemos dado un bosquejo de las principales *fuentes* del material inconsciente y de las técnicas psicoanalíticas empleadas para sondearlos. También hemos visto que el verdadero significado de los sueños, las asociaciones, los chistes, los patrones de conducta cotidiana, los obstáculos al tratamiento y por último la transferencia, no se hacen comprensibles al paciente debido a los mecanismos de defensa. Es más, el paciente es el último en comprenderlo simplemente por ser quien inconscientemente no los quiere comprender.

El analista, al contrario, sí está en condiciones para formular hipótesis respecto a los factores inconscientes que determinan la conducta. El analista está entrenado para buscar significados ocultos y ya que es idealmente un observador no involucrado y objetivo, y se piensa que resulta más fácil para él detectar el significado posible de la conducta verbal y no verbal del paciente, le resulta más fácil. El problema, obviamente, consiste en lograr que el paciente vea y acepte cosas desagradables pero a la vez no apesadumbrarlo con material que aún no puede manejar. Aquí es donde la *interpretación analítica* interviene. Por medio de preguntas y comentarios acerca de la conducta verbal y no verbal, las asociaciones libres, los sueños, etc., el analista pretende dar una guía y orientación a la autoexploración del paciente. En el momento en que el paciente resiste o se defiende, o cuando no es capaz (o ¿no quiere?) ver el posible significado de algún hecho, el terapeuta trata de señalar el hecho y a veces ofrece un nuevo punto de vista.

Idealmente, las interpretaciones del analista no son simples declaraciones de como él ve los problemas del paciente. Después de todo, el analista pudiera estar equivocado. El proceso interpretativo es algo más de ensayo y es continuo; es una manera de instigar al paciente a considerar alternativas, rechazar las explicaciones "obvias" y buscar significados más profundos. Como dice Munroe (1955, p. 307): "El *comentario interpretativo* del analista es el punto central del procedimiento terapéutico." En otras palabras, son las interpretaciones las que mueven el análisis al promover la comprensión y la elaboración de esos insight. Sin estas interpretaciones, el paciente quizá nunca progresaría.

Es demasiado fácil deducir de las películas y de otros elementos que proporcionan lugares comunes culturales que cualquier significado del material inconsciente se le interpreta al paciente tan pronto como el analista capta su significado. En la película de Lee J. Cobb, mencionada en el Capítulo 4, el analista cautivo comprende de inmediato los síntomas del paciente criminal gracias al análisis de un sueño, da su interpretación y resuelve su problema. Este cuadro tan alejado de la realidad ignora por lo menos tres factores: (1) el material emergente en una sesión de análisis no es tan fácil de interpretar, (2) no todo el material es de igual importancia (3) el paciente quizá no esté preparado para aceptar una explicación llana y simple suponiendo que el analista ya la pueda ofrecer. Así pues, el terapeuta enfrenta tres dudas esenciales al realizar su delicada y difícil tarea: la de ofrecer interpretaciones válidas y útiles: ¿Qué querrá significar tal o cual sueño (o asociación o respuesta)? ¿Tiene relación con material inconsciente nuevo e importante? ¿Es el momento adecuado para comunicárselo al paciente?

Una pregunta o comentario en el momento adecuado puede proporcionar un paso adelante, puede "...remover algo en alguna forma dentro del paciente". Puede traer su personalidad entera al consultorio y lograr allí mismo una especie de re-educación "emocional" al instante (Munroe, 1955; p. 307). La palabra "emocional" es importante aquí porque se supone que, cuando la interpretación es atinada, relevante y oportuna se despertarán en el paciente *sentimientos* positivos (o negativos) que podrán promover mayor comprensión. Por otra parte, la mayoría de los analistas consideran que la interpretación acertada puede provocar *demasiada* emoción (o nuevas defensas fortalecidas) si se proporciona antes de que el individuo la pueda incorporar constructivamente.

El terapeuta no se conforma con una brillante interpretación de algún sueño ("Creo que el triturador

de basura representa tu deseo inconsciente de destruir a tu madre") si ésta provoca que el paciente se salga indignado del consultorio o sugiere que el analista requiere unas buenas vacaciones. Como regla general, tenemos que el mejor momento para ofrecer la interpretación es cuando el paciente está a punto de estar consciente de algo importante pero aún no puede verbalizarlo. Idealmente, "...uno comunica al paciente aquello que está *a punto de* captar y se lo comunica en forma tal que el paciente siente haberlo descubierto por cuenta propia" (Menninger, 1958; p. 134). En pocas palabras, el terapeuta trata de decir lo adecuado en el momento justo. Cuando lo logra, la interpretación analítica se vuelve una herramienta que ha sido comparada con el bisturí del cirujano (Munroe, 1955).

Las interpretaciones del analista pueden reflejar hipótesis algo estrechas acerca de las relaciones específicas (como las inferencias de bajo nivel mencionadas en el Capítulo 4) o pueden involucrar conceptos mucho más amplios (como los asociados con inferencias de alto nivel). Algunas interpretaciones se hacen clara y directamente, sobre todo cuando se considera que el paciente está preparado para una presentación llana, mientras que en otros casos el analista se limita a insinuar su hipótesis para que el paciente la pueda incorporar poco a poco. A continuación presentamos varios casos de interpretaciones analíticas.

Interpretación de la resistencia Hemos dicho que la primera tarea del analista (aparte de establecer una buena relación de trabajo) es la que intenta identificar y superar la resistencia al proceso analítico. El paciente puede cobrar conciencia de sus estrategias y tácticas de resistencia de varias maneras.

Paciente: He estado pensando; hemos pasado ya cinco sesiones juntos y no hemos llegado a absolutamente nada. ¿Cuánto tiempo me llevará empezar a ver algún cambio?

(Si el analista estuviera seguro que esto era una táctica de resistencia y que debe confrontar al paciente ha de proporcionarle una interpretación directa y específica):

Terapeuta: No puedo responder a tu pregunta, pero me parece que al hacerla podrías estar evadiendo hablar de cosas importantes.

Una interpretación menos directa pudiera ser:

Terapeuta: No te puedo responder, pero yo me pregunto, ¿por qué lo preguntas?

En este caso, probablemente le llevará más tiempo al paciente reconocer el aspecto defensivo de su pregunta, pero será menos abrupto el insight.

Cuando el analista haya tenido más tiempo para observar los patrones de resistencia puede que se atreva a una interpretación más elaborada.

Paciente: Siento haber llegado tarde doctor, pero justo en el momento de salir de mi casa recibí una llamada de larga distancia de mi cuñado. Me dijo que mi hermana se había enfermado de nuevo y quería saber si podría ayudarles con algo de dinero para los gastos médicos. Le dije que "sí" pero no sé cómo podré hacerlo si sigo viniendo con usted. A veces todo se me junta.

Terapeuta: Sabes, en la última sesión comenzamos a ver que no todos tus sentimientos hacia tus padres fueron positivos. Creo que estamos llegando a algo importante en esa área. Hoy comienzas diciendo que sin culpa tuya puede que no podrás seguir la terapia. Esto parece ser un patrón recurrente tanto aquí como en tu niñez. Cada vez que te sientas amenazada con lo que estás aprendiendo de ti **misma**, ocurre alguna calamidad que te distrae. Así también evitaste problemas cuando niña. Cuando tus padres se enojaban contigo por irresponsable siempre les demostraste que alguien más no te permitía cumplir. ¿Has pensado en esto?

En aquellos casos en que el paciente ya tiene cierta comprensión de sus maniobras defensivas, un comentario interpretativo puede ayudar a llegar a una comprensión más profunda.

Terapeuta: Para mí, tu fracaso en recordar últimamente tus sueños no es más que otra manifestación de tu táctica de "Yo no puedo porque..." Descubriste que eso es lo que haces con tu marido cuando no quieres hacer aquello que él quiere que hagas y haces lo mismo aquí.

Interpretación de otros resultados analíticos Vimos anteriormente que los sueños nos ofrecen la materia prima para las interpretaciones analíticas. El ejemplo del sueño de la "silla de ruedas" demostró cómo un analista puede con mucha suavidad llevar a su paciente hacia la comprensión del material latente. En otras circunstancias, la interpretación pudo haber sido más directa (por ejemplo: "Creo que tu rabia contra tu padre sale con mucha fuerza en este sueño").

Aquí hay dos ejemplos más de interpretaciones basados en varios resultados analíticos:

Sabes, es muy interesante que cada vez que dices algo un poco molesto a alguien le sonrías. Después de que has sido un poco agresivo, te vuelves muy amable y aquí me he dado cuenta de lo mismo. Me pregunto si cuando estabas con tu padre descubriste que la única manera de evitar su hostilidad era volverte sociable, amable de una manera sonriente y pasiva... (Barton, 1974; p. 33). Es interesante que la mayoría de los chistes que tú cuentas es a costa de gente deforme o de alguna manera inválida. Me pregunto qué significa esto. Me pregunto si al atacar las debilidades ajenas estás negando tus propias debilidades.

Interpretación de la transferencia Ya que se considera a la transferencia como ligada a los conflictos intrapsíquicos tempranos, las características de la transferencia son los objetivos básicos de la interpretación analítica. Después de observar el desarrollo de la dependencia en el paciente, el analista puede que diga: "Noto que sueles contarme cómo tratabas con tus padres cuando eras niño. Parece que quieres que te proteja y te ayude con los problemas que enfrentas." La misma interpretación pudiera ser expresada en términos menos obvios. "Me da la idea que en alguna forma te gustaría que automáticamente te resolviera todos tus problemas, y me pregunto si alguna vez te has sentido así con alguna otra persona."

Frecuentemente, una interpretación atinada de la transferencia a una reacción negativa de parte del paciente. Esta reacción en sí debe ser interpretada. Por ejemplo.

Paciente: Voy a confesar algo. Sé que nunca hubiera soportado estos últimos dos meses sin tu ayuda. Te quiero.

Terapeuta: Si examinamos por qué sientes eso por mí quizá descubramos quien represento yo para ti cuando te doy apoyo psicológico.

Paciente: ¡Por Dios! ¿No puedes responder como un ser humano a mi halago? ¿Qué clase de persona eres? Estaba tratando de decirte cómo me siento acerca de ti: no estaba hablando de mi persona. ¿No puedes bajar de tu trono analítico ni por un momento?

Terapeuta: Has expresado amor por mí. Esto ha sido difícil para ti. Es importante comprender por qué ya lo puedes hacer conmigo ya que antes no hubiera sido posible que lo hicieras. También es importante para nosotros comprender por qué te enojaste tanto ahora cuando no respondí como tú deseabas.

Un intercambio de este tipo tiende a llevar a una exploración de la capacidad o incapacidad del paciente para expresar sentimientos de ternura hacia otros, sobre todo hacia sus padres, y quizá desenmascare una necesidad profunda de ser confirmado en su autoestima. En el proceso, el paciente

quizá descubra que el amor no correspondido no implica necesariamente falta de valor propio. Quizá le resulta claro que sus padres simplemente carecían de la capacidad de ser cariñosos y que nada que hubiera hecho cuando niño podría haber alterado esta situación. La comprensión de este asunto puede ser elaborada en sesiones posteriores conforme el paciente y su analista repetidamente confronten las interpretaciones de la transferencia.

Con la ayuda de las interpretaciones, el paciente es llevado a comprender y trabajar con todos los aspectos de la transferencia. Conforme pasan los meses y los años de tratamiento, el proceso acaba por llevar a un cambio en la relación paciente/terapeuta. El paciente no solamente ve cómo sus defensas y sus conflictos inconscientes generaban problemas; sino que aprende a manejar de manera diferente su mundo, comenzando por su terapeuta. El paciente comprende que las fuerzas del pasado ya no tienen que dictar la conducta actual. El analista no es el padre del paciente ni tampoco lo es su pareja ni su jefe. Idealmente este entendimiento teórico y emocional dejará al paciente libre para enfrentarse a la vida de manera más racional, realista y satisfactoria.

Por desgracia, nuestro bosquejo de las técnicas psicoanalíticas no es más que eso, un bosquejo. Se han omitido muchos detalles y simplificado otros. Un tratado mucho más completo de esta escuela se halla en Munroe (1955), Greenson (1967), Menninger (1958), Kernberg (1976), Fenichel (1941) y, claro está, Freud (por ejemplo, 1949). Casos clínicos muy extensos podrán verse en Barton (1974), Fine (1973) y Greenwald (1959).

Aplicaciones

En su forma clásica, el psicoanálisis se emplea en una relación de uno a uno, con adultos "neuróticos" por un periodo de varios años. Vemos más adelante que la aplicación clásica ha sido modificada de varias maneras para acortar el tiempo y para volverla aplicable en grupos o en familia y con pacientes de menor edad pero típicamente el que recibe análisis es un adulto relativamente inteligente y sofisticado que dispone del tiempo y de dinero suficiente para embarcarse en tal aventura intelectual y emocional.

Así que un "buen" prospecto de paciente para el análisis tiene que estar motivado para buscar ayuda y estar dispuesto a trabajar para resolver sus problemas. Debe ser capaz de seguir la "regla fundamental" de la asociación libre y de establecer una relación interpersonal con el terapeuta. Además, el paciente ha de ser capaz de pensar lógicamente acerca del mundo, incluyendo su propia conducta y deberá mantener su contacto con la realidad. Finalmente, el paciente ha de poseer suficiente valor para dedicarse a solucionar y aceptar el hecho de sus problemas mentales (Ford y Urban, 1963). Estos requerimientos excluyen, por ende, el empleo del análisis ortodoxo con personas llamadas "psicóticos". La intensidad y la severidad de sus problemas de conducta suelen llevar a este tipo de pacientes a ser internados en hospitales u otras instituciones y rara vez demuestran tener las respuestas y el esfuerzo necesario para el trabajo analítico.

El tipo de problemas tratados con mayor frecuencia en el psicoanálisis son los problemas que implican ansiedad, culpa, depresión y relaciones interpersonales inadecuadas. Una muestra breve de estos problemas abarcaría los desórdenes de tipo histérico, las desorientaciones sexuales, las fobias, la ansiedad general, la disfunción sexual (por ejemplo, la impotencia, la frigidez), la agresividad inadecuada, la excesiva timidez, las relaciones sociales no satisfactorias, la incapacidad productiva, el insomnio y los conflictos maritales.

VARIANTES DEL PSICOANÁLISIS

Como todos los grandes pensadores, Sigmund Freud atrajo muchos seguidores, tanto durante su vida como después de su muerte. Algunos de ellos quisieron conservar sus ideas y técnicas en su forma original, mientras que otros postulaban desde pequeños cambios hasta el rechazo total de algunos de sus preceptos fundamentales. Estos cambios no sólo ofrecían alternativas a la teoría analítica (como se dijo en el Capítulo 3) sino que sugerían un panorama más amplio de técnicas que los aceptados por la escuela ortodoxa freudiana. En esta sección veremos algunas de estas innovaciones, comenzando con aquellos que menos se apartan del modelo original para después tratar los que implican un cambio más radical.

Terapia de orientación psicoanalítica

Muchos terapeutas emplean procedimientos psicoanalíticos de una manera que se desligan de la orientación establecida originalmente por Freud. Aunque algunas de estas personas se ven a sí mismos como psicoanalistas, los freudianos tradicionales refieren a su trabajo como *terapia de orientación psicoanalítica*. Esta designación abarca varios procedimientos analíticos no ortodoxos, pero se asocia más estrechamente con la escuela desarrollada por Franz Alexander y algunos de sus colegas durante los años treinta y cuarenta en el Chicago Psychoanalytic Institute. La filosofía del "Grupo de Chicago" ha sido expuesta en varios libros bien conocidos (por ejemplo, Alexander y French 1964, Alexander, 1956, 1963). Veremos los aspectos más notables de su punto de vista, que surgieron de las dudas acerca de la importancia de algunas prácticas terapéuticas tradicionales. Por ejemplo, Alexander y sus colegas cuestionaban la idea de que la terapia debía ser intensa, durar mucho tiempo y ser muy semejante en todos los casos. También buscaron la manera de hacer accesible el psicoanálisis a dos grupos que hasta ahora habían sido excluidos de antemano: los jóvenes y los gravemente enfermos.

Alexander (1963, p. 273) resumía su punto de vista así: "Los principios psicoanalíticos se prestan al uso de diversos procedimientos que varían de acuerdo con la naturaleza del caso y que pueden ser aplicados de diferentes maneras durante la terapia de una misma persona." Esta flexibilidad se hace patente en muchos aspectos de la terapia de orientación psicoanalítica. Para comenzar, no todos los pacientes se ven como tradicionalmente se hacía, durante los cinco días de la semana. Se considera que, aunque para algunos pacientes sea benéfico un esfuerzo tan intenso, para otros puede no serlo. La sesión diaria puede generar demasiada dependencia o puede volverse tan rutinaria que el paciente le dé poca importancia.

Por otra parte, al reducir la frecuencia de las sesiones, el paciente tiene más tiempo para reflexionar sobre lo sucedido en cada sesión y poner a prueba, en la vida real, aquello que aprende sobre sí mismo. Es más, la involucración emocional del paciente en cada sesión puede ser mayor si las sesiones son más espaciadas. Y, como el costo total del tratamiento se reduce, esta versión menos intensa de psicoanálisis resulta más atractiva para aquellas personas de medios económicos reducidos. En un tratamiento dado, la frecuencia de las sesiones puede variar según lo pidan las circunstancias. Al comienzo puede ser necesario ver al paciente diariamente. Más adelante, las sesiones pueden ser más espaciadas, o la frecuencia puede seguir otros patrones. Alexander llegó incluso a sugerir que interrumpir temporalmente el tratamiento pudiera ser benéfico para comprobar la capacidad del paciente para vivir sin terapia y reducir su dependencia

del terapeuta. Alexander y French (1946) dice que su forma de psicoanálisis puede ser complementada en 65 sesiones a lo largo de año y medio; aun cuando en muchos casos se requiere aún menos tiempo.

Otra manera en que la terapia de orientación psicoanalítica muestra su flexibilidad es en su plan de tratamiento. El análisis tradicional es generalmente prolongado debido a la idea de que es necesario explorar y manejar completamente la resistencia, los insights y la transferencia. Alexander sugirió que no todos los pacientes requieren una atención tan extensiva y que muchos pueden aprovechar mejor una terapia más breve. Aquellas personas con problemas no tan severos y que se encuentran relativamente bien adaptadas salvo por una dificultad específica, o aquellas personas que están *más* trastornadas, que el paciente que es buen candidato para el psicoanálisis, se consideran como candidatos a una terapia menos extensiva con la finalidad de lograr una terapia de *apoyo* más bien que toda una reconstrucción y un descubrimiento asociados con un psicoanálisis formal.

Alexander también da gran importancia a la generación de *experiencias emocionales correctivas* dentro de la terapia y no da importancia sólo al insight. La idea aquí es de ayudar a que el paciente no sólo vea que los antiguos conflictos no tienen por qué seguir dominando su vida, sino que se utiliza la transferencia para que resuelva los viejos conflictos de forma más provechosa. Experimentar de nuevo los viejos conflictos pero ahora *con un nuevo desenlace* es el secreto de cualquier resultado terapéutico efectivo..." (Alexander y French, 1946; p. 338).

Para ayudar a promover experiencias emocionales correctivas el analista puede intentar *controlar* el carácter de la transferencia. Se puede permitir que surja una neurosis de transferencia o, si su aparición no fuera útil, se puede intentar evitarla. Este control se ejerce en varias formas como por ejemplo evitar los comentarios que pudieran propiciar reacciones infantiles de transferencia. El terapeuta puede alterar intencionalmente la *contratransferencia*. Si "x" sentimientos hacia el paciente ayudan a promover una experiencia emocional correctiva se expresarán directamente; si no, el terapeuta "...reemplazará sus reacciones espontáneas de contratransferencia con actitudes planeadas conscientemente..., de acuerdo con las exigencias dinámicas de la situación terapéutica" (Alexander, 1956, p. 93). En otras palabras, en esta versión psicoanalítica, la transferencia no sólo se analiza sino que puede ser manipulada; la contratransferencia no sólo es una reacción espontánea que deberá comprender el analista gracias a su propio análisis sino que puede ser convertido en una herramienta de terapia.

Una regla básica en el análisis freudiano es que el paciente no deberá tomar decisiones existenciales mientras esté en terapia. Esta regla pretende evitar la toma de decisiones equivocadas dictadas por impulsos negativos, o una comprensión falsa o incompleta, defensas neuróticas, u otros factores. En cambio, el terapeuta de orientación analítica quizá fomente aquellos cambios en la vida del paciente que entre los dos consideren positivos o sensatos. Esto se debe a la idea de que la relación terapéutica es algo más que el simple contexto para la autoexploración; es también el lugar para ensayar las ideas de mejoramiento personal que han de ser sometidas a la prueba en la vida real. Estos cambios a veces implican la manipulación del medio ambiente del paciente y se suelen promover personalmente por el terapeuta. Un paciente cuyo estado depresivo se debe en parte a que su trabajo es poco gratificante puede ser inducido a buscar una mejor posición. En este caso, el terapeuta sin lugar a dudas ejerce una función de guía mucho más activa y directa que en el análisis ortodoxo.

En diversos momentos de la terapia, analistas de orientación psicoanalítica emplean otras técnicas no ortodoxas como las que siguen:

1. El paciente puede estar sentado de frente al terapeuta, y no colocado en el diván.
2. Una conversación normal puede sustituir la asociación libre.
3. Se podrán emplear drogas o hipnosis para inducir la autoexploración.
4. Se concentra en los problemas actuales y en sus posibles soluciones. Los conflictos de la niñez son tratados primordialmente para demostrar que no hay necesidad alguna de que persistan.
5. Quizá se consulte (o incluso se ofrezca tratar) a la familia del paciente como una parte del esfuerzo global de ayudar al paciente. De allí pudiera resultar un grupo de terapia familiar.
6. Como una fuente más de material para análisis, se recurre a comunicaciones no verbales incluyendo juego (para niños), creación artística u otras actividades de ocio.

Los analistas del ego

Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica aceptan la mayoría de los postulados freudianos, pero cuestionan sus procedimientos. Otro grupo de analistas aún más independientes, los llamados *analistas del ego*, se alejan todavía más de la vereda freudiana, sosteniendo que la preocupación freudiana con los instintos agresivos y los instintos sexuales, como base de toda conducta, es demasiado estrecha. A continuación presentamos en forma condensada el resumen de Wolberg (1967) de la postura ego-analítica o análisis del yo:

1. La conducta está determinada por fuerzas diferentes a los instintos; aquí se incluyen aquellas respuestas comprendidas en el concepto del ego.
2. El ego tiene su propia autonomía, separada tanto del instinto (id) como de la realidad.
3. El ego propicia impulsos de dominio del medio ambiente y de aprendizaje adaptativo que son diferentes de los instintos sexuales y de agresión.
4. La sexualidad de la mujer es igual y no inferior a la del hombre.
5. La topografía clásica (el id, el ego, y el superego) no explica la estructura del aparato psíquico.
6. La terapia va más allá de la exploración y resolución de experiencias tempranas. La terapia es una experiencia de relación que contiene potencial de crecimiento positivo que tenderá a poner la personalidad del paciente "al corriente" con su situación actual (actualización del ego).
7. La actividad y la flexibilidad son esenciales para la terapia.
8. Se justifica el optimismo más que el pesimismo en cuanto al potencial humano para la creatividad y para el amor.

Estos postulados llevaron a los analistas del yo a "explorar la complejidad de la conducta que desarrolla cada ser humano y con la cual *dirige su propia actividad y se relaciona constructivamente con su medio*". (Ford y Urban, 1963; p.181; las cursivas son del autor). Nótese que aquí se supone que la persona es capaz de emplear las funciones del ego para controlar su conducta y organizar la misma tanto en forma positiva como negativa. Este concepto más optimista del ser humano tiene mucho en común con el punto de vista fenomenológico (véanse Cap. 3 y 11). Condujo a analistas tales como Heinz Hartmann (1958), David Rapaport (1951) Melanie Klein (1960), Anna, la propia hija de Freud (1946) y Erik Erikson (1946) a emplear técnicas de terapia analítica para explorar las funciones adaptativas del ego tanto como los instintos básicos del id. Para tener más información sobre la teoría y práctica del análisis del ego se puede consultar a Munroe (1955), Ford y Urban (1963), Kohut (1971), o Guntrip (1973).

La terapia de orientación psicoanalítica y el análisis del ego se caracterizan en primer lugar por la *revisión* de los conceptos y técnicas de Freud, mas no por el rechazo total de ellos. Sin embargo, ha habido muchos otros terapeutas que se han alejado más de Freud. Estos conservan su orientación psicodinámica pero restan importancia en diversos grados a su teoría del instinto, la sexualidad infantil y la determinación inconsciente de la conducta. Las diversas técnicas de terapia desarrolladas por ellos serán tratadas a continuación.

Psicología individual de Alfred Adler

Alfred Adler fue uno de los primeros seguidores de Freud y también fue el primero en abandonar formalmente el psicoanálisis ortodoxo. Las razones de su separación y la teoría alternativa que Adler formuló están resumidas en el Capítulo 3.

Puesto que Adler mantuvo que los estilos de vida problemáticos surgen de *conceptos erróneos*, su enfoque para la terapia gira alrededor de la exploración y la modificación de ellos mismos. Un terapeuta clásico freudiano podría ver, por ejemplo, que el estudiante que vomita todos los días antes de llegar a la escuela está manifestando alguna clase de defensa, pero el analista adleriano quizá diría que el problema reflejaba demasiada tensión, producida por algún concepto erróneo (por ejemplo: "Debo ser el mejor de todos" o "Los maestros me quieren poner en ridículo") en el cual el estudiante se fundamenta para edificar todo un estilo de vida (Munroe, 1955). En la terapia analítica de Freud, el vomitar en sí puede ser investigado por medio de la asociación libre o con otros medios para comprender su función de defensa y para hallar aquellos impulsos que se quieren reprimir. En la psicología individual de Adler el síntoma sería discutido como un ejemplo más de los conceptos erróneos del paciente y por ende su estilo erróneo de ver la vida. En seguida se ayudaría al paciente a formular nuevas actitudes más adecuadas y se le impulsaría a iniciar conscientemente el cambio hacia lo que Adler llama *los intereses sociales, el valor y el sentido común* (por ejemplo, Adler, 1963).

Mosak y Dreikurs (1973) han resumido de la siguiente manera las metas de la terapia adleriana.

1. Establecer y sostener una buena relación terapéutica (esto es, en términos freudianos: la alianza terapéutica).
2. Descubrir el estilo de vida del paciente incluyendo sus metas para ver cómo afectan su vida diaria.
3. Ofrecer interpretaciones que llevan al paciente a una comprensión de su estilo de vida y de sus alcances.
4. Reorientar al paciente en sus actitudes para que éstas se constituyan en un apoyo para adoptar pautas más satisfactorias y para que su insight pueda ser llevado a la práctica en formas constructivas.

Técnicas de la terapia adleriana

Relación del paciente con el terapeuta Generalmente, los adlerianos no emplean el diván. Su meta es crear una relación de cooperación entre iguales en un medio ambiente de trabajo. Por lo tanto, el paciente y el terapeuta normalmente se colocan de cara a cara en sillas semejantes. Los sentimientos y las reacciones comunicadas al terapeuta (transferencia) no se toman como un reflejo de conflictos inconscientes de la niñez, sino que son interpretados como la manera habitual del paciente de responder a las personas *parecidas* al terapeuta. "El paciente... espera del terapeuta el tipo de respuestas que él se ha acostumbrado a esperar de la gente o de cierta gente" (Mosak y

Dreikurs, 1973; p. 55).

El terapeuta busca las pistas del estilo de vida del paciente que se revelan dentro de los *argumentos* y de las trampas y juegos que el paciente emplea a lo largo de la terapia. Generalmente, se espera que el terapeuta desempeñe un determinado papel. Por ejemplo, el paciente puede que adopte continuamente el papel del "pobrecito" con lo que consciente o inconscientemente espera despertar en el terapeuta las respuestas correspondientes de apoyo y aceptación. Posiblemente ésta sea la manera típica del paciente de conseguir amor y atención.

Manejo de la resistencia Igual que con la transferencia, los adlerianos ven la resistencia como un ejemplo de la manera habitual en que el paciente se conduce, en este caso la manera de evitar un material desagradable. Además, la resistencia puede demostrar que el paciente y el terapeuta tienen *metas* diferentes. La meta del terapeuta es la de investigar las pautas de vida y sus conceptos erróneos, pero debido a que conservar estos conceptos proporciona cierto sentimiento de seguridad, el paciente puede emplear costumbres o actitudes inadecuadas para proteger la sobrevivencia de sus errores. Cuando la meta del paciente es conservar el status que de esta manera, la apariencia será de resistencia (es decir, "no comprendo de qué hablas..." "Estoy demasiado alterado para hablar ahora de esto"). El terapeuta puede manejar tal resistencia no sólo interpretando su significado sino también señalando la discrepancia entre las metas de ambos (paciente y terapeuta). Esto puede dar lugar a una buena relación entre el paciente y el terapeuta.

Los sueños Como Freud, Adler creía que los sueños constituían una fuente importante de información para la terapia, pero los veía no como la realización de los deseos comprometidos con el pasado sino como un *ensayo* previo de cómo el paciente podría manejar sus problemas en el futuro. Los estados de ánimo creados en un sueño sirven para preparar los acontecimientos del día siguiente. "Si deseamos posponer una acción olvidamos el sueño. Si deseamos disuadirnos de determinada acción, nos asustamos con una pesadilla" (Mosak y Dreikurs, 1973; p. 58).

Adler también consideraba a los sueños como indicio del progreso de la terapia. Si, por ejemplo, el paciente reporta sueños breves de poca acción, esto pudiera indicar cierta pasividad ante sus problemas. Conforme avanza la terapia, y el paciente comienza a tomar un papel más activo en su propio estilo de vida, entonces también sus sueños deberán modificarse en el sentido de ser más activos (Dreikurs, 1944). Algunos adlerianos emplean las características de los sueños del paciente como guía respecto a cuando terminar la terapia (Rosenthal, 1959)

Investigación de los estilos de vida Además de tomar en cuenta los sueños, la resistencia, las características de la transferencia, la conducta no-verbal, algunos adlerianos (por ejemplo, Dreikurs, 1954) estudian el estilo de vida del paciente en forma sistemática. En este caso, el enfoque se centra en la familia del paciente y su posición dentro de ella, los recuerdos más tempranos que se puedan evocar (que se piensa reflejan el estilo de vida), las ideas erróneas básicas y los aciertos, y los aspectos positivos y cualidades del paciente. En el cuadro 9-2 se presenta el resumen de una investigación de este tipo.

Cuadro 9-2 Resumen de un estudio de estilo de vida

Resumen de la constelación familiar

Juan es el menor de dos hijos y el único hombre, huérfano de padre después de los nueve años. Su hermana destacaba tanto en casi todo que a muy temprana edad Juan se desanimó. Pensó que nunca sería famoso, y decidió por lo menos hacerse notar y de manera negativa logró llamar la atención. Adquirió la reputación de odioso y de niño terrible. Actuaría como le diera la gana y nadie lo detendría. Siguió las directrices de un padre fuerte y masculino de quien aprendió que: el más fuerte es el que gana. Ya que lograba notoriedad haciendo lo indebido, desde temprano se interesó en el sexo y tuvo relaciones sexuales. Esto también reforzaba su sentimiento de masculinidad. Ya que ambos padres estaban inválidos y sin embargo tuvieron éxito, Juan concluyó que él estando totalmente sano no tendría obstáculo ninguno.

Resumen de los recuerdos tempranos

"Recorro la vida con miedo y aun cuando me dicen que no hay nada de que tener miedo, de todos modos lo tengo. Las mujeres no son amigas. A los hombres nos traicionan, nos castigan e Interfieren con lo que el hombre quiere hacer. Un hombre de verdad no deja que se aprovechen de él. Pero es difícil ganar porque siempre hay alguien que interfiere. Yo no voy a hacer lo que otros quieren. Esto les parece 'malo' y me quieren castigar por pensar así pero yo no lo veo así. Yo hago lo que quiero porque soy hombre y ¿por qué no han de dejarme ser hombre?"

"Errores básicos"

- 1 Exagera el significado de la verdadera masculinidad y lo iguala llevando a cabo lo que le place.
- 2 No se entiende bien con las mujeres. Ellas lo consideran "malo" y él simplemente considera que su conducta es natural para un hombre.
- 3 Está demasiado dispuesto a pelear, a veces simplemente para conservar su masculinidad y no por estar realmente interesado en el tema o los principios implicados en el pleito.
- 4 Ve a la mujer como el enemigo, aunque las busca para obtener cierta tranquilidad.
- 5 Como a Moisés, la victoria se le arrebató a última hora.

Aciertos

- 1 Es combativo. Cuando decide algo lo logra.
- 2 Resuelve problemas de una manera creativa.
- 3 Sabe lograr lo que quiere.
- 4 Sabe lograr que el mundo se ocupe de él.
- 5 Sabe manipular a las mujeres "por las buenas".

Fuente: Mosak, H.H. y Dreikurs, R. "Adlerian Psychotherapy" en R.J. Corsini (ed.) *Current Psychotherapies*. © 1973 por Peacock Publishers, 1973. Inc. Ilasca, Illinois, p. 57. (Reimpreso con permiso.)

Utilización de la interpretación Me mencionó anteriormente que en la terapia adleriana, la resistencia y la transferencia se manejan generalmente al *interpretarlas* como ejemplos del estilo de vida desadaptativa del paciente. Del mismo modo, la interpretación se emplea para fomentar la Insight sobre el significado de los sueños relacionado con el estilo de vida del paciente, sus problemas,

relaciones interpersonales y otras conductas. Mientras que Freud usaba la interpretación para lograr el Insight en las *causas pasadas* de los problemas actuales, Adler la empleaba para lograr un mayor Insight de la naturaleza y los fines del estilo *actual* de vida.

Adler no la emplea como bisturí sino más bien como espejo donde el paciente puede ver su estilo de confrontar la vida (Mosak y Dreikurs, 1973). Cuando esto se logra y el paciente ve lo que realmente hace, resulta mucho más difícil sostener las ideas y conductas erróneas. En contraste con el criterio freudiano, los adlerianos se cuidan poco de cómo expresan sus interpretaciones y de su oportunidad ("timing") ya que no consideran que el paciente es una persona demasiado delicada.

Consejo y estimulación Aunque Freud admitía que a los pacientes había que estimularles a realizar aquello que temían en el pasado, en general, el psicoanalista riguroso conserva una postura objetiva y distante⁶. Los terapeutas de orientación psicoanalítica alteraron esta restricción en cierta medida, pero Adler la eliminó por completo. El terapeuta adleriano se compromete abiertamente a la hora de aconsejar y animar a su paciente. Mientras el paciente no se vuelva dependiente del consejo y estímulo del terapeuta, se considera que esto es una parte esencial del proceso para convertir la comprensión del paciente en acción.

Por ejemplo, una vez que una paciente comprende que su dependencia exagerada de su marido forma parte de su pauta general para buscar protección (y controlar a los demás), entonces el terapeuta puede señalar varias alternativas para iniciar un cambio. En otros casos, es posible que el terapeuta ofrezca un consejo más directo (por ejemplo, "busque un trabajo de medio tiempo"), sobre todo si el paciente requiere un empujón para iniciar un estilo de vida más adaptativo.

Otros procedimientos terapéuticos Los adlerianos suelen recurrir a una variedad de técnicas con el fin de ayudar a sus pacientes a reconocer los aspectos problemáticos de su estilo de vida e impulsarlos a realizar cambios positivos. Muchas de estas técnicas son muy similares a las que emplean algunos proponentes de la terapia fenomenológica y la del aprendizaje social (véase los Cap. 10 y 11). Entre estos procedimientos encontramos:

1 El modelamiento De manera ideal, el terapeuta ejemplifica ciertos valores y actitudes y conductas que el paciente pudiera querer imitar. "El terapeuta adleriano se presenta a sí mismo como de carne y hueso, falible, indiferente a la cuestión sobre el prestigio capaz de reírse de sí mismo, valiente, cariñoso: un modelo de interés social" (Mosak y Dreikurs, 1973; p. 60).

2 Asignación de "tareas" A Adler le gustaba que sus pacientes se salieran a hacer cosas nuevas que contribuyeran al proceso terapéutico. Uno de sus métodos predilectos era el de "Pórtate como si". Cuando los pacientes externan el deseo de ser distintos a como son, el terapeuta puede pedirles que actúen (durante una semana, por ejemplo) *como* si de veras fueran lo que quisieran ser. Esto ayuda al paciente a concebir la posibilidad de cambio y comprender que con el tiempo el cambio pudiera ser permanente.

Al paciente se le puede pedir que se concentre y que *trate* de hacer precisamente aquello que quiere vencer en sí mismo. Al que padece de insomnio se le puede pedir que trate de permanecer despierto (sin acostarse) toda la noche. Al que siempre parece estar llorando pudiera intentar llorar

⁶ Debe citarse que a pesar de sus restricciones teóricas, de hecho, el analista ortodoxo da consejo (Munroe, 1955, Strupp, 1972).

constantemente. Al no emplear la pauta con la que combate estas conductas, el paciente suele ver que éstas desaparecen.

Al paciente se le pueden asignar también otros tipos de tareas. "A un hombre de cincuenta años de edad quien profesaba un deseo 'genuino' de casarse, pero a la vez rehuía a las mujeres, se le ordenó buscar diariamente aunque fuera un solo encuentro significativo, con una mujer (él elegiría la forma particular para llevarlo a cabo)." (Mosak y Dreikurs, 1973; p. 61; véase también el Cuadro 9-3).

3 Creación de imágenes Al paciente a veces se le da una imagen que resuma su estilo de vida personal. Luego, él puede utilizar esta imagen en un plan cotidiano como un recuerdo del estilo que trata de modificar. El "Superman", el "Rey Mendigo", y la "Señorita Perfección" son algunos ejemplos de imágenes que se emplean en forma terapéutica.

Cuadro 9-3 Un ejemplo de la asignación de tareas de Adler

Adler, con frecuencia, recurría a la asignación de una tarea como un medio para ayudar a las personas deprimidas. En el ejemplo que sigue nótese la combinación encantadora de buen humor y consejo práctico:

"En cuanto al método indirecto de terapia, lo recomiendo especialmente en los casos de melancolía. Después de establecer una buena relación entre el paciente y terapeuta, sugiero que se planee el cambio de conducta en dos etapas. En la primera etapa le sugiero: "Haz únicamente aquello que te agrada." El paciente generalmente contesta: "Nada me agrada." "Entonces, cuando menos, no te esfuerces en hacer lo que te desagrada." El paciente, a quien por lo general ya se le ha pedido hacer varias cosas no muy de su gusto para remediar su situación, encuentra halagador y novedoso mi consejo y quizá mejora su conducta. Después, insinúo la segunda regla de conducta advirtiéndolo: "Es mucho más difícil y no sé si lo puedes llevar a cabo." Después de esto guardo silencio y miro con duda al paciente. De esta manera fomento su curiosidad y aseguro su atención. Después prosigo: "Si puedes cumplir esta segunda regla estarás bien en catorce días. Se trata de esto: pensar de vez en cuando cómo puedes darle placer a otra persona. Muy pronto te ayudaría a dormir y se esfumarían todos tus pensamientos tristes. Te sentirías útil y valioso." "Recibo diversas respuestas a mi sugerencia, pero cada paciente considera que es demasiado difícil cumplirla. Si su respuesta es: "Cómo voy a dar placer a otro si no me lo doy a mí mismo?", le aligero la tarea diciendo: "Entonces para ti será de cuatro semanas." La respuesta más transparente a la pregunta: "¿Y quién me da a *mi* placer?" La contesto con lo que probablemente es el as de triunfo: "Quizá deberías entrenarte un poco así: no hagas nada de hecho para agradar a nadie, límitate a pensar en lo que *podrías* hacer."

4 La técnica de "apretar el botón" Cuando los pacientes se consideran a merced de sus emociones, el terapeuta puede ayudarles a aprender que esto es un concepto erróneo. Se le pide que cierre los ojos para reconstruir una experiencia desagradable de su pasado y fijarse en las emociones negativas que surgen. Luego se le pide que "oprima el botón" para recordar una experiencia pasada, pero esta vez grata. La aparición de emociones positivas y la posibilidad de cambiar de un estado de ánimo a otro le ayudan a demostrar el control que puede ejercer realmente sobre sus emociones.

Aplicaciones Es obvio que el procedimiento adleriano es adecuado para una terapia entre un paciente y su terapeuta con el tipo de pacientes que pudieron ser objetos del psicoanálisis freudiano, pero su gran atractivo es que puede ser aplicado a otros tipos de pacientes en situaciones individuales, de grupo o familiares también. Debido a que Adler dio una importancia menor al contacto con la realidad y a la posibilidad de crear la relación de transferencia, pudo extender su trabajo a personas etiquetadas como psicóticas y también a criminales.

También trabajó Adler con individuos "normales" porque creía que era posible tener problemas a causa de conceptos erróneos y de pautas de vida desadaptativas, sin que esto implicara que se tratara de un paciente con un diagnóstico formal. Este criterio dio lugar al establecimiento de centros educativos en la comunidad con la meta *de prevenir* las conductas inadecuadas ofreciendo a padres y maestros una buena información y guía en la formación del niño y en las relaciones familiares. Estos centros han proliferado en varias partes del mundo y en cierta manera constituyeron una anticipación del movimiento de psicología de la comunidad de los años 60 y 70 (véase el Cap. 12).

Cuadro 9-4 Modificaciones en la terapia psicoanalítica

I Sistemas alternos de psicoterapia analítica basados en diferencias teóricas o ideológicas del análisis clásico freudiano.

1 Los sistemas no freudianos:

a *La psicología individual* de Adler.

b *La psicología analítica* de Carl Jung.

c *La terapia de la voluntad* de Otto Rank.

2 Sistemas neofreudianos con énfasis cultural,

a El sistema *holístico* de Karen Horney.

b La escuela de *relaciones interpersonales* de Harry Stack Sullivan.

c La escuela *cultural* de Erich Fromm.

II Intentos de modernizar, acortar y acelerar el proceso analítico.

1 La terapia *analítica activa* de Stekel.

2 Los experimentos de Ferenczi con técnicas *activas*.

3 La escuela de Chicago de análisis *breve*.

III Extensiones del análisis clásico en otras direcciones.

1 El enfoque de objeto-relación de Guntrip, Winnicott, Fairbairn y la escuela británica.

2 Las ocho etapas del hombre de Ericson en su versión del desarrollo de la personalidad de Freud.

3 Análisis de carácter de Wilhelm Reich.

4 Kohut y su terapia de desórdenes narcisistas.;

IV Modificaciones basadas en un nuevo énfasis en la psicología del ego.

1 Federn y su psicología del ego y la terapia de los linderos del ego.

2 Wolman- terapia psicoanalítica interaccional

Otras terapias psicodinámicas

Contra el modelo freudiano de terapia han surgido tantas variaciones o rechazos que apenas hemos rozado la superficie con el estudio de la terapia de orientación psicoanalítica, el análisis del ego y el modelo de Adler. En el Cuadro 9-4 se presentan varios sistemas adicionales que existen hoy en día y nos dan una idea de la cantidad de variaciones actuales. El trabajo de muchos de los terapeutas y los teóricos incluidos en la tabla (por ejemplo, Stekel, Ferenczi, Reich, Federn) igualaba al "grupo Chicago" en su esfuerzo por extender el alcance de las técnicas, tipos de pacientes, lugares de terapia y tipos de problemas que pudieran asociarse con un tratamiento psicoanalítico. Otros (por ejemplo, Horney, Sullivan, Fromm) quisieron usar los propuestos básicos del psicoanálisis dentro del contexto de una terapia que diera mayor énfasis a los factores culturales y al ambiente interpersonal del paciente. Aun otros (Jung y Rank) siguieron los pasos de Adler al romper definitivamente con los principios freudianos y al proponer alternativas de terapia.

Estos sistemas psicodinámicos han contribuido a mantener a la terapia psicoanalítica y a otras terapias que utilizan procedimientos parecidos al corriente con los problemas clínicos y con las necesidades sociales actuales. Sin ellos, la aproximación psicodinámica al dolor humano quizá no hubiera conservado su lugar entre "los tres grandes" sistemas en la psicología clínica.

Otro punto importante acerca de estas variantes del psicoanálisis es que, como ya se dijo en este capítulo, muchas de ellas de hecho han abierto el terreno para ciertos procedimientos relacionados con los modelos del aprendizaje social y los fenomenológicos. Por ejemplo, cuando Otto Rank rompió con Freud, desarrolló un método terapéutico que quitó la importancia puesta en el inconsciente y la importancia de la exploración detallada del pasado. En cambio, Rank quiso recurrir para promover la independencia y la madurez al innato *deseo de salud* del paciente. Dentro de la terapia, Rank trató a sus pacientes como seres responsables (no cómo enfermos) y destacó la importancia de la relación terapéutica en sí como una experiencia clave para el desarrollo. Concebía al terapeuta *como facilitador* del potencial de crecimiento inherente al ser humano y no como explorador despiadado del inconsciente. Estos conceptos dieron en parte la base sobre la que Carl Rogers había de construir su terapia de orientación fenomenológica centrada en el cliente (véase el Capítulo 11).

De manera parecida, Harry Stack Sullivan (como Adler) practicaba su terapia de modo compatible con el actual enfoque del aprendizaje social (véase Wachtel, 1977). Ford y Urban (1963) ofrecen un bosquejo de la secuencia habitual de sucesos en la terapia de Sullivan (Cuadro 9-5) que muestra la aproximación sistemática y la atención especial a los patrones de conducta abierta que caracterizan las intervenciones clínicas de las terapias del aprendizaje.

EFICIENCIA Y OTROS PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN EN LA TERAPIA PSICODINÁMICA

Lo más probable es que cuando la mayoría de las personas piensan en psicoterapia imaginen al terapeuta con su pipa y al paciente en el diván. En el pasado esto fue un lugar común bastante adecuado, ya que, como hemos visto, la terapia psicodinámica era el primer intento sistemático de explorar y resolver los problemas psicológicos de la persona. Durante años dominó las intervenciones clínicas y tuvo una influencia enorme en todas las ideas

profesionales sobre qué es la terapia y cómo debe llevarse a cabo.

Hoy en día su popularidad y predominio han disminuido. En parte se debe a que su modelo teórico fundamental ha sido cuestionado por las alternativas que ofrecen la fenomenología y el aprendizaje social (véase el Cap. 3) y en parte porque, a pesar de sus revisiones modernas, aún resulta demasiado caro, largo e intelectual para ser usado con quien no sea de la clase media y tenga los problemas típicos de esta clase social (véase el Cap. 12). Además, los críticos también cuestionaban la eficiencia y los beneficios de la terapia psicodinámica.

Cuadro 9-5 Resumen de la secuencia terapéutica en la terapia de Sullivan

- a. La revisión inicial del problema.
 - b. El reconocimiento de aquellas conductas relevantes respecto al problema.
 - c. La toma de decisiones en cuanto al esquema general del problema y el curso que la terapia va a seguir.
 - d. Un estudio cuidadoso y minucioso del repertorio de respuestas del paciente.
 - e. La identificación de sus ansiedades, sus patrones de evitación y las situaciones interpersonales en las cuales suceden.
 - f. Lograr que el paciente comprenda estos patrones.
 - g. Hacer explícito el hecho de la ansiedad involucrada.
 - h. Mostrar el efecto de estos patrones de ansiedad en el resto de la conducta de la persona.
 - i. Todo lo anterior reduce la intensidad de la ansiedad y permite el funcionamiento de otro tipo de respuestas.
-

Fuente: Ford, D.H. y Urban, H.B. *Systems of Psychotherapy* © 1983 de John Wiley & Sons N.Y. (Reimpreso con permiso.)

Uno de los argumentos más frecuentes es que el enfoque psicodinámico rara vez ha sido evaluado con investigación empírica y cuantitativa. Con frecuencia se considera a los analistas como personas reacias a los estudios controlados y cuantitativos de sus esfuerzos. Es más, algunos defensores del modelo psicodinámico argumentan que sus métodos son demasiado complejos, multifacéticos y subjetivos para ser evaluados justamente con métodos cuantitativos.

Sin embargo, de hecho sí se ha dado una cantidad considerable de investigación cuantitativa en este modelo, especialmente sobre el psicoanálisis; investigación que muchos psicólogos aparentemente ignoran o de lo cual no están informados. Gran parte de estas investigaciones ha sido resumida por Wallerstein y Sampson (1971) y Fisher y Greenberg (1977). El más reciente y concienzudo estudio de esta investigación es la aportación de Luborsky y Spence (1978). La revista "*Psychoanalysis and Contemporary Society*" es una buena fuente para obtener ejemplos adicionales.

Los puntos a investigar sobre la terapia psicodinámica son similares a los estudiados por otros modelos. Luborsky y Spence (1978) señalan cuatro áreas principales de investigación en cuanto a terapia psicoanalítica: 1. ¿Qué tipo de cliente es el adecuado para el psicoanálisis? 2. ¿Qué tipo de terapeuta es el más indicado para llevarla a cabo? 3. ¿Qué cambios o qué resultados produce el psicoanálisis? 4. ¿Cuál es la naturaleza del cambio a través del proceso o curso de la terapia?

Los puntos que se refieren a los resultados han sido los menos estudiados en la literatura psicoanalítica. La mayoría de los estudios se han basado en un grupo de clientes analizados, cuyo mejoramiento al final del tratamiento, es evaluado por sus terapeutas mediante algún tipo de escala de mejoramiento. Generalmente, no se han incluido grupos de control. Rara vez se ha comparado el psicoanálisis directamente con otra forma de psicoterapia. El estudio de Cartwright (1966) es probablemente el mejor conocido pero su importancia se reduce por el problema obvio del tamaño de la muestra que utilizó: sólo hubo cuatro pacientes.

La investigación sobre el *proceso* del psicoanálisis ha sido más frecuente y generalmente de mejor calidad. Por ejemplo, gran cantidad de investigación se ha realizado en cuanto a los efectos de las interpretaciones de los terapeutas. Lo atinado de la interpretación y el nivel de empatía se han visto relacionados, positivamente, en cuanto al resultado final del tratamiento.

Muy a pesar de la cada vez mayor complicación de la investigación sobre el psicoanálisis, la mayoría de los analistas probablemente aún estarían de acuerdo con Luborsky y Spence (1978) en este juicio: "La investigación cuantitativa respecto a la terapia psicoanalítica se presenta hasta ahora como un apoyo no muy confiable para la práctica clínica. Se sabe (mucho más) ahora gracias a la sabiduría clínica que a estudios objetivos y cuantitativos" (p. 358). Después, agregan que "pocos descubrimientos de la investigación cuantitativa, han cambiado el estilo o el resultado de la práctica psicoanalítica" (Luborsky y Spence, 1978, p. 360). Sin despreciar el valor de la sabiduría clínica, nosotros diríamos que ninguna forma de terapia debía permanecer indiferente demasiado tiempo a **los hallazgos de la investigación científica bien controlada. El status dentro de ciencias, del psicoanálisis o de cualquier otro tipo de terapia, depende en última instancia de la investigación empírica y de sus métodos más que de un consenso de aprobación de sus propios adeptos.**