

# USO DE MODELOS TEORICOS DE LA ENSEÑANZA DE LA PSICOTERAPIA ANALITICAMENTE ORIENTADA\*

II SEMANA PSIQUIÁTRICA DEL NORTE. MONTERREY. N.L.

2 de octubre de 1971.

DR. JOSÉ REMUS ARAICO.\*\*

La psicoterapia, como toda acción que intenta cambiar la conducta y el sufrimiento mental, es tanto un arte como una ciencia y tiene las dificultades propias de aprendizaje en donde la sola teoría es siempre insuficiente y hace indispensable la intensa práctica para llegar a dominarla. Pero también la sola práctica de la psicoterapia sin la organización teórica de la experiencia no es suficiente, y hacen falta junto con la práctica tres niveles indispensables en el entrenamiento de la psicoterapia: un nivel de teoría de la técnica, otro de las supervisiones de los casos bajo tratamiento, y uno fundamental que es la experiencia del entrenado como paciente•

Me referiré exclusivamente en este trabajo, a la psicoterapia que se basa en la teoría psicoanalítica. Precisamente porque ésta teoría tiene una organización conceptual bastante coherente que está guiada por los cinco vectores clásicos de su metapsicología, es por lo que creo útil esbozar algunos modelos muy generales de la acción del terapeuta. Estos modelos que intentan organizar un poco, a manera de elementos de teoría de la técnica, las múltiples posibilidades interpretativas de un material dado, en un momento dado de un proceso psicoterápico, pretenden solo ayudar en la enseñanza de la psicoterapia.

En la Licenciatura en Psicología en la U.N.A.M., dicto dos semestres seriados de “Introducción a la Psicoterapia Analíticamente Orientada” y quisiera mencionar muy brevemente algunas de las dificultades. Las escasas facilidades

---

\* Publicado en la Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría Vol.11 No.1 1970.

\*\* Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

de la U.N.A.M. en una carrera relativamente nueva no han podido absorber los problemas de una sobrepoblación estudiantil y por lo tanto, por más de alumnos, maestros y directivos, el nivel académico general no se ha elevado. Por otro lado, las tremendas presiones de una cultura urbana como México con la pretensión de aumentar las prestaciones de la medicina institucional a todo el territorio nacional, han incrementado la necesidad de técnicos en psicoterapia. Las instituciones capacitadas para entrenar psicoterapeutas, ya sean médicos o psicólogos, lo hacen de manera limitada tanto por las necesidades propias del entrenamiento, cuanto por la tendencia a copiar sistemas extranjeros en vez de intentar desarrollar los propios, ya que son fundamentales los intervenciones culturales en la enseñanza, planificación y práctica de la psicoterapia. Además, se tiende a valorar la enseñanza de la psicoterapia, como el adiestramiento en una técnica inferior al psicoanálisis para pacientes de niveles socioeconómicos inferiores, y no como una serie de técnicas basados en la misma teoría pero con indicaciones particulares. Discutir todos estos aspectos de la psicoterapia está fuera del tema, pero espero que en alguna sección de este Congreso se confronte ésta urgente necesidad nacional. Valga lo anterior como una motivación para explorar la búsqueda de modelos teóricos que faciliten la enseñanza.

Se puede tener el criterio que para enseñar la psicoterapia se debe dejar usar la empatía espontánea del estudiante, haciendo caso omiso de un adecuado diagnóstico previo del paciente, animándolo a que tome bajo supervisión, a casi cualquiera que demande ayuda para sus problemas emocionales. Ni en la Trouble Shooting Clinic donde trabajan el equipo de Bellak y Small (1969) se sigue este criterio, y el magnífico método que describen de psicoterapia breve, requiere personal experto y ágil que dista mucho del principiante. El otro criterio es el clínico, donde es indispensable llegar a una valoración la más completa del caso para que guíe la selección del método a seguir y los primeros pasos del proceso. Yo he estado siempre por este último criterio, pues siempre es preferible saber un poco más de lo que se quiere y se puede hacer, que encontrarse a poco de caminar con una necesidad de cambio de procedimiento y apertura. Este criterio me parece aun más válido con el principiante, dado que hay que ayudarle a organizar la empatía a veces desbordada

por su fervor de servicio y curación. La empatía, que definen Moore y Fine (1968 p. 43) como, "ese 'conocimiento emocional' de otro ser humano más que su mera comprensión intelectual", necesita organizarse precisamente para que sea 'conocimiento emocional'. Creo que el uso de modelos simples ayudan a ésta organización, pues sirven de guía como lo ha expresado en otros trabajos sobre técnica ( 1962, 1963 ).

Aunque es difícil en ocasiones la distinción entre el método psicoanalítico y la psicoterapia analíticamente orientada, vale la pena pensar en algunas diferencias significativas que he estudiado en otra ocasión ( 1965 ).-Ambos métodos están basados en la teoría psicoanalítica, pero en la psicoterapia son básicas las ideas de la adaptación del enfermo, la evitación de la regresión, el manejo de roles transferenciales y la facilitación pro positiva de sublimaciones socialmente aceptables de los impulsos instintivos. En psicoterapia, es fundamental el estudio de las funciones del Yo, y a partir del grado y función afectada principalmente, se puede construir un modelo teórico que sirva de guía en casos de constelación sintomática más o menos pura y en aquellos momentos de casos mixtos en que aparezca más en la situación terapéutica el daño de la función yoica en cuestión.

La teoría psicoanalítica es fundamentalmente una teoría genética de la conducta, esto quiere decir, que toda conducta actual tiene una historia. Pero también es una teoría adaptativa, y así entonces toda conducta aún la patológica contiene intentos de adaptación. Según los otros tres vectores metapsicológicos, los síntomas son expresión de transacciones dinámicas entre impulsos instintivos y motivos yoicos más racionales, debidos al derrumbamiento de defensas por situaciones actuales desencadenantes. Todo esto provoca la falla de diversas funciones del Yo. En un tratamiento psicoanalítico no se da mucho énfasis al ataque al síntoma actual, puesto que en la situación analítica irá emergiendo y superándose la conflictiva infantil subyacente. Pero cuando nos hemos, decidido por un tratamiento psicoterápico, tenemos que dar énfasis a la conjugación de los factores, el terreno histórico estructural del paciente sobre el que inciden las situaciones actuales desencadenantes. El estudio sistemático de las funciones del Yo, tal como lo hacen Bellak y Small (1969 p. 32-45) nos es de mucha utilidad.

Veamos el ejemplo de modelo de psicoterapia, que expondré más extensamente el de las reacciones depresivas ya sean simples o complicadas con cierta angustia y agitación. El diagnóstico diferencial de las depresiones endógenas no

es difícil cuando son francas las alteraciones del juicio de realidad. En los cuadros mixtos la valoración de la historia y el grado de regresión nos esclarecen más las diferencias con las reacciones depresivas simples. El modelo se refiere a las reacciones depresivas y no a las depresiones endógenas. El hecho dinámico central de la depresión es la pérdida de la autoestima, de ahí la necesidad de apoyo del Yo. La regresión se manifiesta en la pasividad y retardo de muchas funciones. La adaptación es a veces precaria y aparece la peligrosidad potencial del suicidio tanto por el incremento de la agresión, como por su reversión contra el Yo. En la reacción depresiva simple o angustiosa, el juicio de realidad se perturba secundariamente por la alteración afectiva, de ahí que sea imprescindible preservar esta liga con la realidad. Los frecuentes síntomas hipocondríacos se pueden considerar dinámicamente como una desviación de la agresión al self.

Muy esquemáticamente la dinámica de la depresión sería: pérdida de la autoestima por la severidad del superyó, abatimiento de la adaptación con retardo de múltiples funciones, incremento regresivo de la agresión con riesgo de suicidio y alteraciones secundarias del juicio de realidad. De todo esto nos parece central para un modelo, sobretodo la pérdida de la autoestima. El riesgo de suicidio aparece siempre ligado al abatimiento o pérdida de la autoestima, pues se refiere sobretodo a necesidades de expiación y castigo con fantasías de reparación mágica en otra vida y que son muy regresivas. A partir de la pérdida de la autoestima, se puede considerar el siguiente modelo.

Toda sesión de uno de estos pacientes deberá tener tres partes de área variables entre sí pero dentro del tiempo habitual de cada sesión. Cada parte aumentará o disminuirá en extensión según el curso del tratamiento, debiendo ser observadas y manejada por el terapeuta pues son indicativas del progreso y del momento del alta. Este modelo no interfiere con el uso de antidepresivos y ansiolíticos. La primera parte de cada sesión debe ser dedicada a escuchar sobretodo las quejas depresivas del paciente, este escucha atento permite la catarsis y gratifica un tanto la dependencia regresiva. Esta primera parte no debe llenar más de la mitad del tiempo programado para la sesión y debe ir disminuyendo gradualmente en el curso del tratamiento, hasta que desaparezca. Si se mantiene, puede deberse a la libidinización secundaria de la transferencia, lo que debe evitarse. La disminución gradual y espontánea de esta parte de la sesión, nos indica confiablemente el retorno de la autoestima y la disminución del conflicto intersistémico Yo-Superyó, con la disminución de la severidad agresiva de este.

•

A la primera oportunidad del relato del paciente, aprovechando ya un pequeño detalle cotidiano, y a una pregunta general del paciente acerca de cuál es el origen de sus problemas sobretodo al principio del tratamiento, debemos llevarlo a explorar, aunque sea intelectualmente al principio, la causa o causas desencadenantes, con lo que entrados a la segunda parte de la sesión, si la primera fue fundamentalmente catártica, la segunda intenta el insight gradual del problema actual. Esta parte de insight debe ir creciendo gradualmente y es indicativa sobretodo de la recuperación de las defensas más adaptativas previas a la quiebra depresiva. En los obsesivos aparece una cierta productividad en la intelectualización. En las reacciones depresivas de personalidades histéricas, aparece sobretodo la hipocondría o la tendencia a la actuación. Los pacientes con pobre cultura y baja sofisticación, requieren de explicaciones simples, concretas y muy generales. En cambio, el deprimido brillante y culto su puede fascinar por la intelectualización genética de sus problemas, queriendo ir hasta las profundidades de su infancia para no detenerse a elaborar las causas desencadenantes actuales que están a su alcance práctico e inmediato. Conforme avanza el tratamiento, esta parte va tomando importancia y aparecen los rasgos más francos de gratitud al terapeuta, pues es donde más se siente el trabajo del profesional. La comunicación dialogal tiene mucho del sentido común y se discuten sobretodo los temas que hacen difícil la adaptación de manera franca y simple.

De nuevo como a la entrada de la segunda parte de cada sesión, el terapeuta debe aprovechar un momento de insight para abrir la tercera parte, a la que se le debe dar el último tercio o cuarto del tiempo de la sesión. Si la primera parte es catártica, la segunda de insight y elaboración a partir de las situaciones desencadenantes, esta tercera parte debe dedicarse a dejarle al paciente deprimido una tarea entre las sesiones que promueva su actividad, dado que solo la vivencia íntima de sentirse útil lo va a sacar con hechos de 1a dolorosa perdida de la propia estimación y de su apatía (1962). Aquí se despliega de nuevo todas las defensas para integrar la dependencia y se hace necesario la elección por el terapeuta de un rol un tanto autoritario pero afectuoso, para que el paciente espere activamente la sesión siguiente. Al principio del tratamiento los pacientes despliegan su agresividad por que se les quiere sacar de su regresión. La constancia del terapeuta en su rol escogido permite el reaseguramiento interno del paciente. A cada tarea concreta le debe seguir sesión a sesión, no tanto por su cumplimiento específico, sino por le bondad de la constancia en la acción. Una indicación para el alta del tratamiento es la transformación de la tarea ejecutada por obligación, en autónoma y placentera. Resumiendo este modelo de la terapia del síndrome depresivo no endógeno: Tiene tres partes cada sesión: la primera de catarsis y dependencia; la segunda de

insight y elaboración, sobretodo de los factores desencadenantes y de las características personales más sensibles a las causas desencadenantes; y la tercera tiene como meta la organización adaptativa de tareas cotidianas forzadas al principio y después autónomas y placenteras.

No sería posible presentar con detalle otros modelos para otros síndromes, ya que la principal finalidad de este trabajo, es llagar la atención acerca de la bondad del uso pedagógico de modelos, los que deben construirse a partir de la propia experiencia clínica.

Para terminar, deseo resumir el modelo que acostumbro exponer con detalle en mi curso de la U.N.A.M. acerca de la psicoterapia de parejas con problemas conyugales. El supuesto teórico básico para el modelo es el de que cada integrante de la pareja ha llegado a cierto nivel de desarrollo y a la integración de rasgos peculiares de carácter y modalidades de gratificación sexual efectiva o substituta que son sensibles a determinados estímulos del otro cónyuge.

Teniendo cada uno su estructura y sus puntos débiles con pobre capacidad de tolerancia saludable, cada uno puede actuar como resonador del estímulo del otro, siendo el conflicto conyugal la disonancia y la incomunicación. Es fundamental el diagnóstico no solo de cada miembro de la pareja, sino el estudio por áreas de adaptación extra e introconyugales. Después de la etapa diagnóstica por separado, la primera sesión de la pareja permite la subsiguiente exploración individual de las zonas de fricción e incomunicación. Hay que distinguir la reacción neurótica al estímulo neurótico y la reacción psicótica al estímulo neurótico o psicótico, así como la duración y profundidad de las reacciones. Yo acostumbro dar sesiones individuales, una o dos veces por semana, y una sesión conjunta cada dos o tres semanas. En este modelo guía cada sesión individual tiene dos partes fundamentales, la primera de catarsis y elaboración de la última sesión conjunta, y la segunda de exploración de la problemática individual. En la sesión previa a la conjunta, se explora, muy activamente las fallas de comunicación, usando sobretodo interpretaciones transferenciales dado que son activas y muy operantes. En las sesiones conjuntas el terapeuta debe tender a actuar como un Yo auxiliar que deshace las interpretaciones erróneas cruzadas, sobretodo en las áreas de mayor fricción y disonancia. Muy frecuentemente, por lo menos en mi experiencia, esta psicoterapia de la pareja, es el comienzo de una terapia individual más profunda, con la consecuente elección de dos nuevos terapeutas o de uno solo. Muy frecuentemente la envidia no explorada en las sesiones conjuntas cuando uno de la pareja permanece con el mismo terapeuta, incrementa las resistencias del que se queda y

las transformaciones paranoides del que cambia de terapeuta, no siendo infrecuente la reanudación de la problemática, a la que se le agrega la nueva disonancia del remanente triangular edípico no elaborado. La psicoterapia familiar y conyugal es uno de los métodos ideales para el trabajo en equipo en una clínica privada y que puede y debe estar al alcance de la medicina institucional.

Espero haber mostrado la construcción de modelos para usos didácticos en la enseñanza de la psicoterapia y haber despertado en ustedes la idea de la posibilidad de entrenar en psicoterapia un poco más agudamente al personal que nuestro desarrollo requiere urgentemente.

## B I B L I O G R A F Í A .

BELLAK, L. y SMALL, L. ( 1969 ). Psicoterapia Breve y de Emergencia. Editorial Pax-México.

MOORE, B. E. y FINE, B.D. ( 1988 ). Editores de: A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts. The American Psychoanalytic Association. New York.

REMUS ARAICO, J. ( 1962 ). Psicoterapia de las Reacciones Depresivas. Rev. Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría. México Vol. 3 Num. 1. Págs. 15-20.

( 1982 ). Comunicación Extraverbal del Esquema Conceptual del Analista. Ponencia Oficial al Tema en el IV Congreso Psicoanalítico Latinoamericano. Río do Janeiro, 1962. Memorias del Congreso.

( 1963 ). La Interpretación en Términos de Conflictos de Estructuras. En el libro: Psicoanálisis, La Técnica. Editorial Pax y Asoc. Psicoanalítica Mexicana. Págs. 105-116.

( 1965 ) Diferencias entre Psicoanálisis y Psicoterapia. Presentado en el III Congreso de la Soc. Mexicana de Neurología y Psiquiatría. México.

Dr. José Remus Araico  
Paseo del Río # 111, Casa 20  
Fortín Chimalistac  
Coyoacán 04319  
México, D. F.  
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50