



Este artículo se encuentra disponible
en acceso abierto bajo la licencia Creative
Commons Attribution 4.0 International License

Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 3, n.º 4, enero-junio, 2024 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2024.v3n4.07

¿Quién alivia el sufrimiento mental?: psicoterapeuta y psicoterapia en el diván

Who alleviates mental suffering: Psychotherapist and psychotherapy on the couch?

PEDRO MARTÍNEZ VALERA
Universidad Ricardo Palma
(Lima, Perú)

Contacto: pedro.martinezv@urp.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-2869-5663>

RESUMEN

Desafortunadamente, durante décadas el psicoanálisis ha sido poco leído y, peor aún, comprendido; ello ha ocasionado confusiones, por ejemplo, entre la sexualidad y la genitalidad. El psicoanálisis freudiano y ortodoxo es un enfoque que tiene como objetivo analizar la psique del paciente, utilizando los únicos medios de comunicación que conocemos: las palabras, el habla y las expresiones preverbales. Todo paciente que acude a psicoterapia lo hace porque sufre y no por otra razón: está sufriendo, su vida se ha vuelto insostenible o su sufrimiento es patológico y diametralmente opuesto al necesario sufrimiento saludable. Algunos pacientes simplemente quieren solucionar un determinado problema, ya sea un conflicto laboral, una crisis de pareja, un desequilibrio en la vida, por mencionar algunas disfuncionalidades. En estos casos, la estrategia es una forma de psicoterapia diferente, enfocada y breve, nada profunda, ni regresiva, que no actúe sobre las estructuras internas del paciente.

De manera muy general, podemos entender la psicoterapia como la reconstrucción y la comprensión del paciente respecto de su propia verdad para que así establezca su propia realidad: una paz interna que le posibilite vivir en un entorno de bienestar consigo mismo, con los demás y con su entorno. Lastimosamente, a menudo algunos psicoterapeutas no alivian el dolor psíquico de sus pacientes, sino que inconscientemente buscan curarse a sí mismos a través de sus pacientes. A esto se le denomina «práctica iatrogénica», ya que origina daño psíquico al paciente, lo cual puede llevarlo a la descompensación e incluso al suicidio. Este hecho casi nunca se denuncia, por lo que muy pocos «psicoterapeutas» son sancionados. El presente artículo es una reflexión que gira en torno a una pregunta que me planteó un paciente: ¿quién realmente cura mi sufrimiento mental: mi psicoterapeuta, yo mismo o la relación psicoterapéutica que establezco con él?

Palabras claves: psicoterapia; psicoanálisis; iatrogenia; tratamiento; metapsicología.

ABSTRACT

Unfortunately, for decades psychoanalysis has been little read and, even worse, little understood; this has led to confusions, for example, between sexuality and genitality. Freudian and orthodox psychoanalysis is an approach that aims to analyse the psyche of the patient, using the only means of communication we know: words, speech and preverbal expressions. Every patient who comes to psychotherapy does so because he is suffering and for no other reason: he is suffering, his life has become unbearable or his suffering is pathological and diametrically opposed to the necessary healthy suffering. Some patients simply want to solve a certain problem, be it a work conflict, a couple crisis, an imbalance in life, to mention a few dysfunctionalities. In these cases, the strategy is a different form of psychotherapy, focused and brief, neither deep nor regressive, which does not act on the internal structures of the patient.

We can broadly understand psychotherapy as the reconstruction and understanding of the patient's own truth in order to establish his own

reality: an inner peace that enables him to live in an environment of well-being with himself, with others and with his environment. Unfortunately, some psychotherapists often do not alleviate the psychological pain of their patients, but unconsciously seek to heal themselves through their patients. This is called «iatrogenic practice», as it causes psychological damage to the patient, which can lead to decompensation and even suicide. This is hardly ever reported, so very few «psychotherapists» are sanctioned. This article is a reflection on a question posed to me by a patient: who really cures my mental suffering: my psychotherapist, myself or the psychotherapeutic relationship I establish with him?

Key words: psychotherapy; psychoanalysis; iatrogenesis; treatment; metapsychology.

Recibido: 06/06/2024 Aceptado: 17/06/2024 Publicado: 30/06/2024

1. INTRODUCCIÓN

¿En qué consiste la psicoterapia, los contratos y la experiencia psicoterapéutica con orientación psicoanalítica? Estas tres categorías son los componentes básicos del llamado «tratamiento psicoanalítico», el cual debe ser procesado no solo por la experiencia del individuo con la psicoterapia, sino también por la del paciente en el proceso terapéutico. La psicoterapia se puede definir como un método de tratamiento basado en una teoría científica de la personalidad, que utiliza métodos destinados a analizar la mente a través del lenguaje y se desarrolla dentro de un marco interpersonal. En este caso, existe una relación terapeuta-paciente diseñada para sanar (de ser posible) y aliviar el sufrimiento no saludable. Cualquier tratamiento que no esté basado en una o más teorías y procedimientos científicos, no es psicoterapia, aunque esté catalogado como tal. Es fácil hablar de psicoterapia, pero no todos los pacientes pueden entrar en el proceso psicoterapéutico. La autoevaluación es necesaria para determinar qué tipo de proceso (psicoanalítico, ortodoxo, de orientación o de apoyo) necesita el paciente. No todas las personas pueden participar en una psicoterapia clásica, ya que existen algunas características básicas que se emplean para evaluar si una persona se ajusta al tipo clásico-ortodoxo u otro tratamiento de orientación más focalizado y breve.

En este sentido, antes de cualquier proceso psicoterapéutico, es necesario realizar un diagnóstico clínico, es decir, una clasificación psicopatológica, para poder entender qué paciente tenemos frente a nosotros, cómo debemos abordarlo y qué medidas hay que tomar. En consecuencia, y según sus características psicopatológicas, hay que decidir qué estrategias de tratamiento son más efectivas para el paciente. Por lo tanto, el diagnóstico clínico es básico y necesario, pero no para adoptar una terminología psiquiátrica, es decir, que etiquete a los pacientes con tipos de trastornos mentales como psicosis, depresión o esquizofrenia, muy utilizados por los manuales internacionales de diagnóstico y estadísticas de los trastornos y las enfermedades mentales, los conocidos DSM-5 o CIE-10. Por otro lado, para el análisis de las características de la personalidad del paciente y de los elementos estructurales de su psique, desde la teoría psicoanalítica, se debe tener en cuenta los factores dinámicos, es decir, cómo funciona su yo, ello y superyó.

Para el psicoanálisis freudiano, existen tres elementos básicos para evaluar el yo: el primero está referido a la adaptación a la realidad, incluyendo sus funciones sintéticas, de autonomía, pensamiento, construcción, control de impulsos y otros mecanismos. Bajo estas premisas, cada paciente trae una anamnesis, un cúmulo de experiencias poco o nada procesadas o no comprendidas por su propia psique. Asimismo, hay que valorar cómo se adapta la persona a determinadas situaciones de la vida, a su origen y entorno. El segundo elemento tiene que ver con la prueba de realidad, que implica evaluar el juicio del paciente, especialmente en lo que respecta a su capacidad de mirarse hacia adentro, es decir, distinguir entre lo que sucede internamente y lo externo. Esto refleja hasta qué punto distorsiona la realidad, ya que puede tener algunas ideas sobre sí mismo que entran en conflicto con lo que realmente está sucediendo. Por ejemplo, un paciente puede decir: «mi esposa me presiona, me presta demasiada atención y siento que me persigue»; en este caso, él puede estar distorsionando la realidad debido a una sensación de miedo, que le hace sentir que otra persona quiere controlarlo y presionarlo. En ese sentido, existiría una distorsión de la realidad, de sí mismo y del afuera, de su yo y del otro sujeto con quien interactúa.

Justamente, en esta prueba de realidad se origina el tercer elemento: el sentido de realidad. Esta condición es común en pacientes con paranoia y fobias, y más aún en pacientes psiquiátricos que presentan alteraciones físicas extremas. Algún órgano (estómago, hígado u otro) se estropea porque es el depósito de todo el dolor psíquico acumulado; por ello, la persona distorsiona su sentido de realidad. Así es como vamos evaluando al yo; si bien es cierto que, desde la teoría estructural, este involucra al ello y al superyó, tenemos que tomar en cuenta cuando el ello avasalla al yo. Lo mismo podría suceder cuando el superyó invade al yo; por ese motivo, debemos evaluar también cómo está el ello del paciente.

Con base en lo anterior, para evaluar el ello, debemos observar qué control de impulsos tiene el paciente (si su descontrol es agresivo o posee un adecuado nivel de equilibrio y maduración psicológica y sexual); luego, se debe determinar en qué etapa de fijación psicosexual se encuentra, por ejemplo, en una fase anal, genital o preedípica. El pronóstico para esta etapa es más difícil que para la etapa edípica porque en la primera hay menos control de los impulsos y el ello suele dominar al yo. Cuando el yo cede su control al ello, surgen situaciones en las que observamos personas completamente agresivas o promiscuas. Un yo frágil es muy peligroso tanto para la persona como para los demás. Recuerdo el relato de un caso clínico en el que un paciente necesitaba observar a los hombres orinando (satisfacción voyerista): ese era un impulso incontrolable para él. Posteriormente, encontraba a cualquier hombre, le tocaba el pene y se masturbaba. Había un descontrol del yo y del ello, estando este último muy propenso al *acting*, a una conducta impulsiva como defensa yoica. En la psicoterapia, era necesario ponerle límites al paciente y trabajar con su yo frágil, tratando de integrarlo, una tarea que fue muy demandante para el psicoterapeuta psicoanalítico.

Asimismo, es necesario evaluar al superyó. La estrategia de abordaje no es la misma para un paciente que ha internalizado figuras parentales muy rígidas, persecutorias y amenazantes, ya que percibirá a su terapeuta de la misma manera. En este caso, la estrategia consistirá en relajar su superyó y reducir la presión que siente, por lo que es fundamental ofrecerle una psicoterapia de apoyo y complemento. Por otro lado, si atendemos a un paciente que no ha internalizado patrones de valoración

capaces de contener al ello, y tiene un superyó demasiado relajado, debemos ser mucho más rigurosos en nuestro enfoque terapéutico, a fin de no desestructurar al paciente.

2. DESARROLLO

Con base en lo antes señalado, la evaluación y el posterior diagnóstico del yo, ello y superyó son imprescindibles para decidir qué tipo de tratamiento psicoterapéutico es el más aconsejable para el paciente; adicionalmente, se debe tomar en cuenta cómo han sido sus relaciones con las personas de su núcleo familiar, constructo psicoanalítico denominado «relaciones objetales». Lo que se pretende es analizar la manera según la cual ha podido mantener vínculos relacionales importantes y suficiente carga emotiva con sus figuras parentales o sustitutas, ya que repetirá estas vivencias con su terapeuta. Si no tuvo un buen contacto parental o no pudo relacionarse con sus padres o los otros sujetos, por problemas de interacción e interpretación suya, también tendrá estas dificultades en todo vínculo de comunicación. Si logró tener mejores relaciones parentales y crear vínculos pulsionales, estamos seguros de que creará vínculos funcionales con el terapeuta. Solo así podremos armar una estrategia de trabajo a largo plazo que incluya empatía, alianza terapéutica, buena relación con los otros y con su analista o psicoterapeuta.

Es sumamente importante identificar cómo el paciente se relacionó con su padre, madre, hermanos y compañeros en el colegio y la universidad e incluso sus vecinos, pues esto nos indicará cuál ha sido la carga emotiva de sus vínculos y si se podrá relacionar con el terapeuta o no. Esta relación será más compleja si el paciente no ha podido establecer vínculos anteriores o ha tenido problemas con las autoridades, la familia o la pareja, dado que estas relaciones pasadas se reiterarán en el presente, lo cual le complicará establecer vínculos en el aquí y el ahora. Así, será muy difícil mantenerlo largo tiempo en sesiones; por ese motivo, es más aconsejable una psicoterapia de apoyo, breve o más focalizada, abierta, aunque con el riesgo de muchos *actings*. De lo contrario, el paciente cambiará de terapeuta y no podrá recibir terapia permanente con la misma persona.

Señalado esto, se evidencia que la calidad y el valor las relaciones objetales son básicas, ya que, a lo largo de la vida del paciente, el tipo de relación que tiene o tuvo con su madre se repetirá no solo con el terapeuta, sino con la pareja y otras figuras femeninas o que cumplan alguna función materna (como cumplió su madre). Si es una persona muy suspicaz, insegura, de poca interacción personal y con demasiada desconfianza, le tomará mucho más tiempo convencerse de que no le pasará lo de antes. Si su madre lo dejó, no fue lo suficientemente nutritiva con él o lo abandono, le será más complejo desarrollar con otra persona ese vínculo-sostén que lo contenga emocionalmente y poder confiar en el otro, en los demás.

Recuerdo un caso en el que la paciente, que era la penúltima de 10 hermanos cuyos padres se habían divorciado, contrajo matrimonio sin que sus hermanos estuvieran enterados, pero después no pudo dejar la casa. La simbiosis y el deseo de estar ahí fueron dominantes. Ella reconoció que buscaba la pareja como un escape, pues a la vez deseaba salir pero no podía. Solicitó consulta psicoterapéutica con una fuerte depresión; al terapeuta le tomó dos años obtener su confianza. Algo importante es la constancia objetal, la cual consiste en que uno estará disponible como terapeuta cuando el paciente lo requiera, solo así este mejorará en el tratamiento. En el caso de esta paciente, no pudo tener un objeto internalizado que le asegurara que su terapeuta iba a estar ahí cuando lo requiriera. En el mismo orden de ideas, cuando un niño comienza a caminar, aunque no esté agarrado de la madre, ella lo ve y él entiende que no está solo, que su madre está con él; si camina y la madre no está, el niño no podrá internalizar una constancia u objeto, es decir, construir una alianza básica. Así, en nuestra historia clínica, tenemos que precisar cómo fue su formación y manutención de vínculos, ya que, mediante el análisis de sus relaciones objetales, podremos armar una estrategia de trabajo adecuada al paciente y no obligar al paciente a adecuarse al único enfoque de tratamiento que domina el psicoterapeuta, lo cual suele suceder.

Otro factor en las valoraciones de los pacientes está vinculado con su nivel de motivación. El pronóstico va a ser mejor si el paciente está conscientemente motivado a resolver los conflictos. Lo recomendable

es que no haya sido obligado por la familia ni por la pareja, debido a que tiene que ir a terapia por su propia decisión para encontrarse a sí mismo. Hay que indagar sobre su motivación, así podremos elaborar la estrategia con mucha más seguridad. Puede ser un tratamiento abierto, que dure los años que sean necesarios, o un tratamiento focal o dirigido exclusivamente al síntoma. Por ejemplo, para los pacientes que solo quieren resolver determinado problema, un conflicto laboral, de pareja o algún desequilibrio en su vida, la estrategia es otra: suele durar de seis meses a un año. A veces sucede que, luego de ese periodo, el paciente se motiva más y empieza a indagar sobre sí mismo y su historia. Si llegó no tan motivado, se le puede motivar con la terapia; ello depende de su capacidad yoica, de su interés. Después de la psicoterapia focalizada, se puede adoptar una abierta, profunda, más integradora, de mayor alcance, dirigida al conflicto, y no al síntoma, que por lo general desaparece, aunque luego vuelve a aparecer «disfrazado» con diferentes características que las anteriores.

Cabe entonces preguntarnos lo siguiente: ¿Cómo es la cura en la psicoterapia abierta? ¿Qué tan efectiva es? ¿Existe la cura o es un alivio? Cuando hablamos de curación, nos referimos a la división de los síntomas. La psicoterapia abierta es la más pegada al psicoanálisis ortodoxo, cuyo objetivo es lograr cambios estructurales en la persona, en la estructura del yo. En cambio, una psicoterapia focalizada o no abierta está más concentrada en buscar los síntomas, por eso se le conoce como la psicoterapia que cura síntomas; mientras que la otra sí produce cambios estructurales en las personas, ya que apunta al conflicto. Siguiendo estas premisas, podríamos preguntarnos lo siguiente: cuando se establece un plazo de seis meses hasta un año de tratamiento, ¿es porque así lo demanda la psicoterapia focalizada en los síntomas? Focalizamos porque, al evaluar a la persona, advertimos que no resistirá una psicoterapia abierta o profunda, o no tiene los recursos yoicos suficientes. Mejor es una psicoterapia de apoyo, que ayude al paciente a superar o controlar la presencia de elementos fóbicos, el miedo de salir a la calle, sus obsesiones y actitudes agresivas de descontrol. Debemos estar atentos a la demanda del paciente, independientemente de sus recursos yoicos, solo así podremos ofrecerle la psicoterapia necesaria. Pueden surgir problemas coyunturales, malos momentos laborales u otros conflictos; sin embargo,

se debe respetar la demanda del paciente. Al finalizar, se evalúa el tiempo propuesto, según lo acordado. La psicoterapia psicoanalítica se centra en la resolución continua de conflictos, no en síntomas temporales, cambiantes y que a menudo impiden que el conflicto se manifieste.

Siguiendo la pauta anterior, veamos el caso de una paciente que no podía trabajar porque se sentía exaltada, tenía la impresión de que todos la miraban, no quería usar faldas ni vestidos, solo pantalones y determinado calzado. Después de un año de trabajar en su autoestima, ya iba a la playa y comenzó a aceptarse. La angustia era tal que en la sesión caminaba, no se sentaba y menos podía estar quieta. Pasados unos meses, no quiso trabajar más psicoterapéuticamente. Era la melliza de un esquizofrénico. No continuó, por más que su psicoterapeuta lo hubiese querido; había que contenerla, apoyarla y levantarle la autoestima. Si hay una adecuada estructura yoica, uno puede apuntar a una psicoterapia abierta; si no, mejor una psicoterapia de apoyo. El adolescente revive con mayor intensidad todo aquello que vivenció durante su infancia y en él aún se están dando cambios en la búsqueda de sí mismo. En estos casos, es difícil realizar grandes cambios estructurales, ya que estos solo se consolidan a partir de la adultez, cuando la personalidad está más definida y se puede ver lo que lo marcó, las denominadas «huellas némicas» que dejaron determinadas vivencias traumáticas en su psique.

En psicoterapia, la cura es relativa y difícil de definir. Muchas veces nos hemos preguntado si realmente existen diferencias entre los objetivos del psicoanálisis y los de la psicoterapia, en función de los pacientes psicóticos y no psicóticos. Lo cierto es que existe una psicoterapia muy cercana al análisis, donde casi no hay diferencia; la única sería el punto de regresión. El psicoanálisis hace regresionar al paciente —por su secuencia de cuatro a cinco veces por semana— a niveles más profundos. En la psicoterapia muy pegada al análisis casi no hay diferencia. Hay elementos que no varían, por ejemplo, el encuadre, la escucha, la abstinencia y la atención libre; por otro lado, varía, definitivamente, cuando se habla de un trastorno psicótico, pues exige otro abordaje, diversas herramientas técnicas. Podemos hablar de psicoterapia psicoanalíticamente orientada, pero el abordaje técnico cambia, en cuanto no interpretamos al psicótico, sino que lo confrontamos con la realidad, lo contenemos. Aquí se marca

una diferencia con el psicoanálisis: este se acerca al psicótico a través de la psicoterapia psicoanalítica. Estas son gradientes de la psicoterapia, donde una está más pegada al psicoanálisis y otra, al apoyo o *holding* que brindamos al paciente que sufre o tiene dolor psíquico.

La cura de un trastorno mental bien diagnosticado es relativa. Hubo un caso de un paciente psicótico que, si su consulta era a las 11 de la mañana, llamaba a las 11:30 para decir que no podía asistir. La constancia y el vínculo lo ayudaban a sostenerse. ¿Se curó o no? No se sabe. Decir que se curó es tan relativo como señalar que alguien es normal. ¿Existe alguien con un 100 % de normalidad? Todos tenemos algo de neuróticos. Como terapeutas no curamos, sino que reestructuramos su funcionamiento yoico y propiciamos que encuentre su punto de equilibrio para que pueda funcionar en el medio. La cura la entendemos como cuando el paciente encuentra su verdad y, a través de ella, su realidad. Cuando más buscamos la verdad, más presencia encontramos de la realidad. Muchos aún se preguntan si existe diferencia en la duración de las sesiones de psicoterapia respecto a las de orientación psicoanalítica. La verdad es que no. Hay quienes trabajan con sesiones de 45 o 50 minutos, ya sea de psicoterapia psicoanalítica o de otro enfoque. Existen sesiones de 30 minutos de psicoterapia breve —brevísima—, de tan solo tres meses. Más de 50 minutos no es recomendable porque moviliza demasiado los mecanismos yoicos del paciente.

Más de una vez, ha surgido esta pregunta: ¿Se sigue usando el diván? Nunca nos vamos a poner de acuerdo. Hay quienes trabajan en él; otros dicen, más bien, que el cara a cara es el estilo del terapeuta. El diván ayuda más a la regresión; no es una defensa para el psicoanalista, como sostienen algunos psicoterapeutas. En Argentina, por ejemplo, predominantemente lo usan porque lo consideran más analítico. Desde el momento en que el paciente está echado, se favorece la regresión. El cara a cara limita al paciente, ya que observa las facciones del terapeuta y no se concentra en sus recuerdos. En Inglaterra o Argentina, se ríen si les preguntas por el uso del diván. Aquí nosotros no siempre lo usamos, tal vez porque somos un país en desarrollo y tenemos algunos miedos o temores en el manejo del paciente. Sea cual fuere el caso, debemos

estar muy bien preparados para sostener y, sobre todo, saber contener al paciente desde la regresión a etapas muy infantiles.

Otra interrogante muy común es la siguiente: ¿Qué influye en la elección de un terapeuta hombre, mujer u homosexual? La respuesta está en los recursos yoicos del paciente. Hay personas que quieren estar cara a cara con su terapeuta; mientras que otros optan por el diván. Para esto, el terapeuta debe estar bien preparado, sea del género u orientación sexual que posea. Hoy en día, la teoría psicoanalítica freudiana está muy cuestionada. Mucho nos sirve la teoría de relaciones objetales, especialmente los grandes aportes de Donald Winnicott y Melanie Klein, por solo mencionar a dos. También son valiosos los teóricos del yo. En la primera tópica, Freud (s. f.) aborda el consciente, preconsciente e inconsciente; en la segunda tópica, da un giro y desarrolla el yo, ello y superyó. La idea es no solo tener un buen manejo de estas dos tópicas, sino también de todos los aportes de quienes hicieron estudios posteriores a la muerte de Freud, los posfreudianos, y los recientes aportes del psicoanálisis relacional.

Otro aspecto importante para tener muy en cuenta gira en torno a la disposición psicológica del paciente. Esta facilita el abordaje, ya que, a mayor capacidad de introspección, tendrá mejor disposición para entenderse y comprender a los demás; también le ayudará a reconocer sus impulsos y pensamientos. Hay personas que no pueden verse a sí mismas, ven solo al otro; tienen una enorme rigidez al ver y verse. Cuantos más mecanismos de defensa tiene una persona, tiende a suplantar uno por otro una vez que el terapeuta minimiza uno de estos mecanismos. Si es muy racional, trabajemos con lo racional. Si solo tiene un mecanismo de defensa y nosotros lo confrontamos, la persona tiende a desorganizarse. Hay que saber qué mecanismo de defensa utiliza el paciente para plantear la estrategia; por ejemplo, es necesario identificar si usa más la proyección, la formación reactiva, la negación u otros. Mientras más mecanismos de defensa tenga el paciente, es mejor porque podrá resistir el proceso terapéutico profundo y, luego de los 50 minutos, saldrá de la sesión estructurado. Si solo tiene una defensa y se le quita, se descompensará. Si no evaluamos bien al paciente, podemos desorganizarlo; por esa razón, es imprescindible saber qué terapia requiere (más de análisis, apoyo,

holding, terapia breve u otra). Hay que elegir muy bien con qué estrategia intentaremos acercarnos al paciente, evaluando sus mecanismos de defensa a fin de no cometer iatrogenia ni dañarlo con sufrimientos innecesarios.

Uno de los aspectos más difíciles de evaluar es el nivel de sufrimiento del paciente, ya que toda persona que busca psicoterapia lo hace porque está experimentando algún tipo de sufrimiento. Al inicio, se puede necesitar un *holding* para que la persona —debido al enorme sufrimiento— no se desestructure. Siempre que existe ese dolor psíquico, se experimenta un fuerte sufrimiento. Aunque lo neguemos, todos tenemos una historia en donde se enlaza este sufrimiento y aprendemos a convivir con él. Lo adecuado es comenzar con una evaluación exhaustiva que considere todas las variables y los elementos que hemos mencionado. Luego viene la entrevista; en ella pretendemos identificar cómo funciona un individuo y no cómo dice que funciona; se busca averiguar sobre lo que el entrevistado no sabe ni es consciente. Lo que nos proponemos en la entrevista es determinar y evaluar su salud mental, a fin de recomendar el tipo de tratamiento que pueda serle útil y, así, calmar su sufrimiento psíquico, emocional, cognitivo y comportamental.

Durante la entrevista, la participación del terapeuta es mínima. Se debe dejar la iniciativa al paciente para que, con toda la libertad que tiene, exprese lo que desee. Si llega muy ansioso o bloqueado, con un gesto se le invita a seguir hablando, para que prosiga vertiendo toda esa comunicación embalsada. En la entrevista, desde la primera llamada telefónica, se toma en cuenta la voz, la modulación, el estilo, qué demanda; en suma, todo lo que conforma la vivencia misma. Luego se le explica que habrá un proceso de evaluación de cuatro o cinco semanas y que, posteriormente, se iniciará la psicoterapia. Después de la evaluación, se le ofrece al paciente una devolución muy sucinta y escueta de lo que —según el terapeuta— trae y cómo se abordaría su consulta, aunque sin entrar en muchas profundidades ni detalles.

Hay psicoterapeutas que, sin medir las consecuencias, desde la primera entrevista, al acompañante del paciente le informan sobre el diagnóstico, incluyéndolo dentro de un tipo de trastorno mental. No es bueno etiquetar a la persona. Tal como se hace en la clínica de día con pacientes psicóticos, se reúne a la familia y se le explica el trastorno

mental, si este requiere el uso de fármacos, dándoles algunas pautas sobre el tratamiento y las situaciones de convivencia que se deben prever, lo cual es muy importante. Si al paciente se le dice que es un psicótico, lo puede asumir como una defensa, como algo consumado o permanente; entonces, si no tiene cura ni mejora, ¿para qué ir a psicoterapia? Esto pasa mucho en la clínica psiquiátrica. Es común que los médicos psiquiatras, basados en sus manuales patologizantes de todo comportamiento humano (los famosos CIEs y DSMs), etiqueten con innumerables trastornos mentales a los —ya de por sí— sufridos pacientes. Cuando estos llegan a psicoterapia, ya tienen una autoestima negativa, que dificulta aún más el tratamiento y la evolución positiva de su salud mental. Ahora su lucha no solo es contra su dolor psíquico, sino, además, contra el estigma con el que la sociedad los reconoce.

El psicoterapeuta debe decirle al paciente: «Usted tiene estos problemas: está retraído, desanimado, sin ganas de interactuar, triste, a veces con pensamientos negativos». Esto, sin ponerle la etiqueta de psicótico, depresivo, esquizofrénico, ansioso u otra. En la clínica, se conocen muchos casos en los que al paciente se le dijo que era psicótico; a otro, una psicóloga, en su informe de evaluación, lo catalogó como paranoico con principios de homosexualidad. Desgraciadamente, como en toda profesión, no todos los pacientes encuentran a profesionales idóneos y previamente entrenados, lo cual es muy distinto de ser capacitados. Incluso hay algo muy importante de lo cual pocos quieren hablar: el título profesional de psicólogo(a) no te califica para trabajar como psicoterapeuta. La psicoterapia es una segunda especialidad, una especialización con entrenamiento en clínica que, en la mayoría de enfoques, dura de uno a dos años. En psicoanálisis, su duración es de cuatro años, siendo dos de ellos de análisis del futuro psicoterapeuta psicoanalítico.

Durante nuestra formación, un candidato consultó qué sucedía si uno, como terapeuta, se da cuenta de que sí existe una homosexualidad latente y el paciente pregunta al respecto. ¿Le respondes o lo obvias? Vamos a verlo con el relato de otro candidato. Hace poco llegó a consulta una jovencita cuyo psicólogo le había dicho que era homosexual porque le gustaban las imágenes femeninas. Llega con mucho miedo.

El terapeuta trabaja todo lo que le está pasando, todo lo que está detrás de esa homosexualidad que puede en algún momento salir y exponerse. Lo censurable es que existen psicólogos que no están entrenadas para realizar psicoterapia, solo escucharon algo de Freud; sin embargo, nunca lo estudiaron ni lo comprendieron. Debemos seguir exigiendo que los psicólogos, tanto hombres como mujeres, que deseen realizar psicoterapias de cualquier orientación tengan un proceso de formación adicional una vez obtenido su título profesional. Podrán evaluar y diagnosticar; no obstante, su gran error es realizar psicoterapia sin ninguna base teórica, sin haber recibido un entrenamiento personal de como mínimo dos años de duración, el cual incluya una psicoterapia personal que nos ayude a no proyectar nuestros problemas irresueltos en los pacientes, algo que es muy frecuente en nuestro país, situación que no sucede —y es sancionada— en otros países de la región.

Un paciente me relató que su psicólogo le dijo que su problema era que necesitaba tener relaciones sexuales; esto es como recomendarle tener una amante para solucionar sus problemas matrimoniales. Al parecer, el psicólogo leyó mal la primera tópica de Freud, ya que creía que con sexo se solucionaría la angustia. La psicoterapia requiere de una densa formación teórica, el debido análisis y la psicoterapia personal, aparte de la supervisión de un docente con experiencia en la clínica psicoanalítica. La máxima de todo psicólogo debería ser la siguiente: tú no vas a tratar a otro si previamente no te has tratado a ti mismo. El gran peligro y riesgo latente es creerse omnipotente. A veces uno no cura al paciente, sino que el terapeuta intenta —inconscientemente— curarse a sí mismo por medio del paciente. Esto es lo que denominamos «iatrogenia», la cual debe ser denunciada y sancionada por las vías civil y penal. En la terapia psicoanalítica se trabaja mucho el narcisismo, la omnipotencia y la grandiosidad de uno mismo (del propio psicoanalista). De no hacerlo o no tener bien claros cuáles son nuestros fantasmas psíquicos —que siempre duermen dentro de nosotros—, los terapeutas corremos el riesgo de que nos creamos los salvadores del paciente, los poseedores de la única verdad, ubicándonos por encima de todos, al extremo de involucrarnos totalmente con el paciente en contra de su propia salud mental y equilibrio emocional.

Ahora veamos un poco lo que es el contrato y el encuadre. Su propósito es el mismo: consiste en definir las bases del trabajo que se va a realizar, de modo que ambas partes tengan una idea clara de los objetivos, las expectativas y las dificultades que compromete el tratamiento analítico. Esto es recomendable para evitar que durante o después del proceso de la psicoterapia puedan surgir ambigüedades, errores o malentendidos que hagan retroceder los avances conseguidos por el paciente.

En el contrato psicoanalítico quedan fijadas las variables de *setting* (o encuadre), horario, honorarios, vacaciones y formas de pago. La norma usual en terapia es que, aunque el paciente no asista a su sesión, tiene que pagarla. La regla fundamental consiste en la asociación libre. También se le explica la frecuencia de las sesiones. El objetivo es que todo quede lo más claro posible. Al paciente se le debe informar sobre todas las dificultades que va a tener, las resistencias, el dolor y el sufrimiento. La suspensión del tratamiento es parte del proceso psicoterapéutico. Hay que explicarle que, cuando sufra, debe recurrir a esas partes más conscientes de sí mismo y no dejarse vencer por las resistencias, ni por los mecanismos de defensa. El contrato ayuda a la alianza terapéutica, vital en el trabajo del analista. Cuando hay resistencias que dificultan el vínculo por problemas en las relaciones objetales, uno tiene que lograr que el paciente las enfrente y acuda a sus sesiones de psicoterapia. Uno no debe dejarse vencer. Recuerdo haber escuchado a un paciente decir: «Yo sabía —por ti—, que esto me iba a suceder, y no me desanimé».

3. CONCLUSIONES

El objetivo de este artículo, y específicamente de un trabajo previo que aborda la psicoterapia y el psicoanálisis (Martínez, 2022), fue abordar ciertos aspectos de la práctica psicoanalítica que a menudo creemos conocer como constructos teóricos, pero que, en la práctica clínica, debido a la falta de conocimiento y poco entrenamiento, originan malas intervenciones iatrogénicas y desentendidos psiquiátricos. Al igual que ocurre con la psicoterapia, nada de lo expresado aquí es un tema cerrado. Estoy muy lejos de crearme dueño de la verdad, como suele suceder entre algunos encumbrados psicoanalistas. Lo relatado es mi verdad, esta es mi objetividad o, como dicen otros colegas, esta es la realidad entre paréntesis.

Tengamos siempre presente que el contrato psicoanalítico viene después del diagnóstico, por lo que no debe entenderse como etiquetar al paciente cuando el psicólogo ha realizado todo lo relacionado con la valoración. El simple hecho de comprometerse con una evaluación no es psicoterapia. En psicoterapia, la evaluación psicológica requiere que el terapeuta mantenga una actitud positiva durante cuatro a cinco semanas. En este sentido, la psicoterapia simplemente comienza con un contrato, cuya frecuencia es de una o dos veces por semana, durante 45 o 50 minutos, dependiendo de la escuela laboral. Reitero que es importante explicarle al paciente cuál es el tratamiento, cuánto tiempo durará y el esfuerzo mental necesario para conseguir buenos resultados.

No olvidemos que, si una persona está motivada, se debe optar por una psicoterapia abierta y profunda para resolver el conflicto; si el paciente viene solo por algo concreto, es mejor prestar atención a los síntomas, focalizarlos y fijarse plazos y metas específicas. Todo depende de las necesidades y el sufrimiento del paciente. Finalmente, estamos convencidos de que la relación entre el paciente y el psicoterapeuta no solo logra la cura, sino también alivia el dolor psíquico. Siempre hay que tener presente que la persona que acude a psicoterapia lo hace porque sufre y, durante el largo proceso psicoterapéutico, va a seguir sufriendo, pero es un sufrir saludable, un sufrimiento necesario para poder reconstruir ese rompecabezas de su vida, darle un nuevo significado, encontrar su verdad —muy distinta a la verdad— y, finalmente, vivir en paz emocional consigo mismo y con los demás.

REFERENCIAS

- Freud, S. (s. f.). *Obras completas*. Editorial Biblioteca Digital Minerd-Dominicana Lee. <https://ministeriodeeducacion.gob.do/docs/biblioteca-virtual/edMv-freud-sigmund-obras-completaspdf.pdf>
- Martínez, P. (2022). *Del Yo de Freud al ¿Yo líquido? de Bauman. Disertaciones introductorias al psicoanálisis y su relación con el Yo consumidor*. Grupo de Comunicación Multimedia Apertura. <https://tecnohumanismo.online/index.php/tecnohumanismo/article/view/255/748>