

Psicoterapia individual intensiva psicodinámica: La relación terapéutica y las técnicas de interpretación

Félix Amaro, Lluís Guasch, Magda Sarlé

Introducción

El destino de todo tratamiento en Psicopatología Infantil es ayudar al niño a resolver sus problemas, tendiéndole una mano, sin molestarle ni dificultar su desarrollo personal, cuidándole y preservándole de males mayores.

Las palabras terapia o terapéutica vienen del griego *terapeytikee* y del verbo “terapeyo” que significan servir y cuidar y de ahí, remedio para el tratamiento de las enfermedades.

La palabra intervención, que ha sido incorporada más tardía a los sinónimos de tratamiento significa mediación, ponerse en medio -inter=entre, venir=situarse- actuar con autoridad entre las personas.

El termino de psicoterapia, en su sentido más amplio, debería incluir “toda actividad -no necesariamente todo método- de tratamiento de los trastornos psíquicos que pudiera ser evaluable en sus resultados y que utilizara medios psicológicos”. Se podría añadir además, “la necesidad, en ella, de una relación médico-paciente, considerando como psicoterapéutica toda relación interpersonal que provoca un cambio favorable, y que trasciende los límites del conocimiento científico”.

Los puntos esenciales comunes en casi todas las definiciones de psicoterapia que existen son:

- a) es una relación terapéutica que utiliza procedimientos psicológicos.
- b) realizada por un profesional que aplica con un método sus conocimientos técnicos.
- c) voluntariamente aceptada por un sujeto con un objetivo (variable pero concreto): para eliminar o modificar síntomas, sufrimientos o trastornos diversos de su salud mental o física, para modificar aspectos de su conducta, o promover un mejor conocimiento de su personalidad.

Los principios generales del tratamiento en psicopatología infantil:

1- Ayudar al niño a cambiar, si es necesario; a potenciarle lo válido; a reducirle o eliminarle síntomas; a inhibir, impulsar o crear nuevas conductas; a enseñarle que aprenda compensar y a reestructurar sus organizaciones psíquicas; a manejar sus cogniciones como instrumentos para una mejor adaptación y sus sentimientos de manera menos dolorosa o molesta.

2. No siempre es necesario intervenir. A veces es muy eficaz una atenta espera, sin medicalizar ni psicologizar la situación, dándole tiempo para que se reorganice. Saber esperar es un consejo siempre útil aunque no resuelva todos los problemas.

3. Favorecer siempre el desarrollo personal del niño, su organismo y los recursos que le son propicios. Toda intervención debe tender a facilitar las funciones de adaptación y a estimular el desarrollo de una interacción armónica y fértil con su propio medio, pensando en el futuro.

4. El profesional debe saber discernir entre lo que la familia presenta y demanda y lo que el niño necesita, enjuiciando justamente el valor de cada síntoma y la función que realiza en el conjunto de la dinámica psicológica y psicopatológica del niño.

5. Individualizar siempre el proyecto psicoterapéutico. El mismo medio de tratamiento puede ser ineficaz en el mismo síndrome en niños diferentes y a veces en el mismo niño en distintos momentos de su evolución o su biografía.

6. La efectividad del tratamiento dependerá de numerosos factores: edad del niño, su estilo psicobiológico de reacción, la patogenia del problema, el tipo de trastorno, los recursos del entorno y la posibilidad real de ofrecer unos u otros medios de intervención.

7. Multimodalidad de intervención. No actuar por una sola vía. Deben aprovecharse todos los caminos y recursos posibles, integrándolos.

8. La elección terapéutica es un acto al mismo tiempo artesanal y de pensamiento. Existen muchos medios terapéuticos, escoger el camino más adecuado y las técnicas más eficaces será el fruto de un proceso en el que debe primar el criterio de la necesidad del niño según su organismo, su terreno propio, su estilo de enfermar y el manejo

adecuado del entorno y la imprescindible intervención directa sobre el síntoma, provocando el cambio lo más general posible en la estructura psicopatológica que siempre subyace en cualquier comportamiento problemático infantil. Conocer bien todos los llamados “factores de indicación” permitirá recomendar lo mejor con la economía de recursos más adecuado. Tradicionalmente indicar es elegir el mejor tratamiento.

9. Algunas terapias tienen más inconvenientes que ventajas. Lo primero es “no molestar”. Intervenir en el momento oportuno. Y saber cual es ese momento oportuno es fruto de la experiencia, los conocimientos y la intuición del profesional.

10. La verificación de la eficacia a corto y largo plazo es difícil de realizar. Existen “falsas curaciones”, aparentes mejorías o deseos por parte de la familia, que dificultan la valoración real del cambio. El seguimiento del proceso global del cambio de una ardua tarea. Los medios objetivos como las escalas, cuestionarios y otros instrumentos de medida son buenos para la investigación, pero resultan poco útiles en la clínica.

Las psicoterapias de orientación analítica tienen como objetivo hacer consciente el origen de los conflictos y las conductas sintomáticas, a medida en que aparecen y se reproducen en el curso de las sesiones y después de dar al niño los medios para elaborar, superar o tolerar sus conflictos.

Debe desconfiarse de un ideal terapéutico absoluto. El objetivo no es suprimir todos los síntomas, como si existiera un comportamiento ideal. A menudo, hay que pensar en términos de **estrategia escalonada**: desaparición de un comportamiento, que funciona como punto de fijación a todo un sistema de conductas patológicas; ayudar a superar el conflicto que traba el desarrollo; reducir la rigidez de una estructura patológica en vías de consolidación.

Resumen Histórico

La psicoterapia infantil aparece en el siglo XX. Al construirse hace un siglo los primeros Hospitales Pediátricos, y al crearse las Cátedras de Pediatría empezó a tomarse en cuenta el cuidado del niño, con todas sus peculiaridades.

Puede considerarse que la psicoterapia infantil, conceptual y técnicamente comienza cuando en 1909, S. Freud publica el *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*.

Se refería a un tratamiento psicoanalítico aplicado directamente a un niño que padecía de fobia a los caballos; S. Freud actuaba a través del padre del niño, obteniendo sus confidencias y aconsejándole acerca de las interpretaciones que convenía dar al pequeño Juan. El trabajo es de un interés histórico considerable, pues S. Freud plantea en él la compleja cuestión de las relaciones entre las neurosis infantiles y las neurosis de los adultos.

Pero la primera psicoanalista que trabajó directamente con niños, señalando la necesidad de una función educadora en la terapia infantil, fue Hermine Hug-Hellmuth que en 1920 publicó el libro: *La vida psíquica del niño* y un trabajo sobre *Técnicas del análisis de niños* preconizando la ludoterapia.

Hasta finales de la primera guerra mundial se realizan los primeros intentos de adaptación de la técnica psicoanalítica al niño, pero no es hasta después, cuando aparecen las dos escuelas más importantes, encabezadas por: Melanie Klein y Anna Freud.

M. Klein, en Berlín fue la primera en desarrollar el concepto de juego en terapia como método propio e hizo extensible el uso del juego con interpretación, considerando el juego como objeto de transferencia.

Usaba juguetes pequeños y numerosos porque así permitirían expresar una amplia gama de fantasías y experiencias. Los juguetes de cada niño se guardaban en una cajón particular como parte de la relación personal e íntima con el analista.

A. Freud, propone como condición previa y fundamental el “establecimiento de la transferencia positiva”, la necesidad de establecer una transferencia positiva. No es favorable a las técnicas de juego, en principio, ya que considera peligroso darles un valor simbólico específico; para ella tenían mayor trascendencia las experiencias que se encontraban en desarrollo en el niño, y que influían en el juego, y no en el símbolo en sí. Respecto a las interpretaciones consideraba que no debían ser transferenciales sino dirigidas a vencer la resistencia que crean los mecanismos de defensa.

Otras corrientes independientes de las citadas son:

D.W.Winnicott, psicoanalista y previamente pediatra, representa un pensamiento creativo e independiente. Aportó innovaciones técnicas hoy universalmente practicadas, como la utilización del garabato y el concepto y práctica de la “consulta terapéutica” (particular manera de diagnosticar y a la vez tratar a niños que, por

razones prácticas en sus principios y también por convicción propia después, veía un número muy limitado de veces), que es probablemente el modo de intervención más frecuente actualmente. Revolucionó el trabajo con los padres, subrayando la imposibilidad de prescindir de ellos.

La escuela francesa (Lebovici, Diatkine) ha insistido en que lo que define la técnica psicoanalítica no es tanto la utilización de ciertos métodos de expresión, ni la frecuencia de las sesiones, ni la actitud del psicoanalista, sino el establecimiento, desarrollo y fin de un verdadero “proceso” psicoanalítico.

Ritmo y duración de las sesiones

Es imprescindible una regularidad mínima que permita la continuidad necesaria para establecer un proceso.

El ritmo ideal es aquel que optimiza la relación terapéutica, en una indispensable relación de continuidad que permita el desarrollo del proceso terapéutico.

Ritmo y duración dependerán de las características psicopatológicas y psicoevolutivas del niño, de factores vinculados a la familia, el terapeuta, la técnica utilizada y las condiciones de trabajo.

Aunque lo ideal sería un ritmo de 2-3 sesiones semanales, las limitaciones de la realidad pueden hacer buena una sesión a la semana, siempre que el niño se adapte adecuadamente a este ritmo de trabajo (una espaciación excesiva puede incrementar la pasividad u otras resistencias).

En cualquier modalidad de psicoterapia con niños, las características del material (juego) utilizado, y las exigencias de una actitud receptiva exigen un mínimo de tiempo. La regularidad y puntualidad son obligadas para establecer una relación de continuidad indispensable. Los excesos de rigidez o de elasticidad son desaconsejables.

El tiempo habitualmente utilizado suele oscilar alrededor de los 45 minutos. Algunas situaciones clínicas (excesiva angustia, niños de corta edad) pueden hacer aconsejable reducirlo.

El lugar físico donde se vaya a realizar debe reunir unas mínimas condiciones de iluminación, amplitud, comodidad y posibilidad de un mínimo desplazamiento y movilidad para el niño/a. Los recursos materiales también tienen su importancia: cajón de juguetes, pinturas, espejo, etc.

Una condición fundamental consiste en asegurar que será desarrollada por el mismo psicoterapeuta y en el mismo lugar.

El profesional que vaya a desarrollar la psicoterapia debe tener una formación suficientemente acreditada y debería reunir unas condiciones personales de empatía y flexibilidad, unos conocimientos técnicos y teóricos.

El terapeuta infantil

Con respecto a las cualidades del terapeuta, es evidente que necesita unos conocimientos teóricos básicos, aunque quizá más importante sean sus condiciones personales y afectivas y su actitud frente a las reacciones y afectos humanos. Cuanto más preparado esté el terapeuta, más instrumentos tiene para realizar las intervenciones más oportunas en el momento adecuado, y menos posibilidades de interferir de forma nociva en los mecanismos de elaboración puestos en marcha. Sin embargo, aunque es posible adquirir un conocimiento teórico sobre los procesos conscientes e inconscientes del funcionamiento psíquico, es prácticamente imposible aprender en los libros cómo y cuándo se debe hacer una interpretación o un señalamiento terapéutico para que sea efectivo, ya que el proceso de la psicoterapia es esencialmente intuitivo e inconsciente.

Malan (1983) compara la formación del psicoterapeuta con una computadora que poco a poco es programada por la experiencia y, tras considerar e integrar un considerable número de factores diferentes, entrega una respuesta a la terminal de producción, que es la conciencia del terapeuta. Al igual que en la computadora, lo más laborioso es elaborar el programa, pero una vez introducido éste, la computadora va indicando los pasos a seguir hasta conseguir el resultado final.

Se valora la espontaneidad del terapeuta y se asegura que la meta de la formación es trascender lo técnico. Sólo alguien que ha dominado la técnica y ha conseguido olvidarla después puede llegar a ser un terapeuta competente.

Otro de los puntos a comentar de vital importancia se refiere a las **características generales del terapeuta**. Destacan:

- Flexibilidad en la toma de contacto, trato, comunicación, intercambio, variaciones y desarrollo del proceso psicoterapéutico. La adaptación al paciente facilitará un trato personal adecuado y un resultado óptimo sino satisfactorio de los objetivos que inicialmente se ha propuesto el terapeuta.
- Capacidad de poder estructurar la situación con cada paciente. Su actitud, no debe ser ni recriminatoria ni crítica. Ha de pretender únicamente "entender" al niño y hacerle llegar este mensaje lo más claramente posible. Consideramos que es igualmente necesario delimitar físicamente el espacio de acción y el entorno terapéutico.
- Su expresión, tanto afectiva-emocional (no verbal) como verbal, debe corresponder con la edad del paciente, y a la vez, ser acorde a la situación socio-cultural y personal del mismo, aunque controlando otras variables externas que puedan perjudicar la mutua comprensión.
- El sexo del terapeuta debe ser considerado como otro importante factor en algunos casos.

No existe al respecto una clara coincidencia entre los distintos profesionales; según para unos es evidente, para otros no. Nuestra opinión es que debe considerarse cuidadosamente la elección de la figura terapéutica (masculina o femenina) en base a las necesidades del niño y de su entorno socio-familiar.

La interpretación

Elemento particular esencial en la psicoterapia individual psicodinámica.

La psicoterapia psicodinámica individual intensiva está basada en gran parte en el psicoanálisis, que específicamente reconoce gran importancia sobre la interpretación (hacer lo inconsciente o preconscious, consciente), particularmente la interpretación de la transferencia, como el principal agente terapéutico.

La interpretación busca la toma de conciencia, por parte del niño, de sus actitudes relacionales, y de su funcionamiento intrapsíquico (afectos vivenciales, defensas utilizadas).

Se ayuda al niño a activar su habilidad para encontrar sentido a su conducta y a la conducta de los demás.

Las interpretaciones transferenciales, lo que el niño siente y hace con el terapeuta en la sesión. Un cierto “entusiasmo” interpretativo, plasmado en interpretaciones “doctorales” o explicativas, puede fomentar una actitud de aceptación sometida consistente en “hacer el juego” diciendo lo que el terapeuta espera oír.

Interpretaciones “alusivas” o “proposicionales” buscan estimular el trabajo asociativo del propio niño. Ciertas formulaciones: “yo en tu lugar sentiría que...” o “debe ser duro de soportar cuando...”; “a veces se suele pensar...”; buscan que el niño las interiorice para encontrar su propia interpretación.

La designación explícita de ciertos sentimientos que el niño experimenta, favorecen la integración de sentimientos y fantasías que ya acosaban al niño desde dentro de su mente y tienen efecto desdramatizador que desculpabiliza y permite el alivio de poder comunicar cosas que anteriormente obstaculizaban cualquier relación.

Todo sentimiento cuanto más intenso y más difícil de representar sea, más intensas negaciones provoca. El poder “lidiar” estos mecanismos se convierte para el psicoterapeuta en el arte de hacer pensar lo impensable.

No olvidar que cualquier tipo de interpretación necesita un clima de confianza “alianza de trabajo” previa y que no puede ser lanzada prematuramente como una “sabia” imposición. Además implica cierta contradicción al obligar al niño a un esfuerzo mental altamente sofisticado (interiorización y toma de conciencia, siempre más o menos dolorosa, de la relación existente) cuando a la vez se le está estimulando a formas de expresión (de los afectos) regresivas (juego).

Proceso psicoterapéutico

La evaluación clínica se ha debido realizar con anterioridad a la intervención psicoterapéutica y al final de ella se ha debido prescribir, de forma específica, la psicoterapia.

La psicoterapia es un método de intervención terapéutica para abordar los trastornos psicológicos que originan clínica.

El procedimiento que se emplea es la verbalización de las dificultades y problemas. Para ello la prescripción debe ser aceptada libremente, tanto por el niño/a como por su familia.

Para iniciar un proceso psicoterapéutico el sujeto debe poseer un mínimo razonable de capacidad de insight.

El psicoterapeuta debe aceptar los planteamientos del niño, no intentando influir ni ideológicamente ni con criterios de valor ajenos a los del sistema cultural y de valores de origen del niño/a.

En el momento actual se hace necesario establecer el consentimiento informado, consistente en la aceptación por parte del niño y de la familia del tipo de tratamiento y que conocen de otras posibilidades terapéuticas y han sido informados de los posibles efectos secundarios y curso de la terapia.

Esta participación múltiple de padres, profesores, escuelas y demás, nos hace plantear una cuestión sumamente importante: **la confidencialidad** en el tratamiento terapéutico infanto-juvenil". La confianza del niño bajo la nueva situación que se deriva del tratamiento al que se le somete, condicionará con seguridad la evolución adecuada del mismo. A mayor edad, se hace más necesario explicar al niño los pasos que van a realizarse y las informaciones que sobre él, creemos convenientes exponer a padres, profesores y otros profesionales de salud relacionados con el caso (pediatra, psicólogo, etc.). Debemos evitar a toda costa un control de dicho proceso por parte de las figuras representativas del entorno del niño, consiguiendo su cooperación en el respeto a la intimidad.

Si el proceso psicoterapéutico tiene como base la relación que se establece entre el niño y el terapeuta, es fácilmente deducible la importancia de los primeros contactos entre ambos y, naturalmente entre el terapeuta y los padres del niño. Si no se realiza un primer encuentro satisfactorio, es posible que la intervención ya no pueda ser eficaz.

Este primer encuentro es satisfactorio si, tanto el niño como los padres, salen de ella con una sensación de confianza, sintiendo que el terapeuta ha comprendido cuál es la situación y el sufrimiento que conlleva. Si la familia sale descontenta de la primera entrevista es muy probable que no vuelva o, en caso de hacerlo, que gane muy poco con ello.

Es importante desde el principio ser lo más directos posible y no andarse con rodeos, así como delimitar qué es lo que se espera del psicoterapeuta. En ocasiones han sido enviados por otros (escuela, pediatra, etc.), sin muchas explicaciones; otras veces acuden con la idea absurda de que el psicoterapeuta averigüe si el niño es "un pasota" o "un cara dura", o si los padres están haciendo lo que deben.

Si el niño ha alcanzado la edad escolar, y más aún si es un adolescente, es importante en este primer contacto explicarle el carácter confidencial de la información que nos proporcione. Esto también debe ser aceptado por los padres desde el principio, ya que de otro modo es muy posible que, a lo largo del proceso terapéutico intenten utilizarnos para "sonsacar" al niño informaciones que ellos desean conocer.

En general, en este primer contacto, más que obtener una gran cantidad de información, es suficiente con poder delimitar cuál es el motivo de consulta (manifiesto y latente si es posible), quién o quienes están más preocupados por la situación y qué es lo que se espera de nosotros.

En visitas sucesivas habrá tiempo de recoger otras informaciones también de gran valor, tanto a nivel diagnóstico como pronóstico, que permitirán poner en marcha el plan terapéutico más adecuado en cada situación.

No es posible establecer unos criterios rígidos para que en determinados casos se adopte una actitud terapéutica y no otra, ya que lo que en algunos casos puede ser efectivo, en otros aparentemente análogos, puede resultar seriamente contraindicado. Naturalmente el objetivo de la intervención es lo que tiene que quedar claro y éste no es otro que la transformación de la situación afectiva y la movilización de los procesos psíquicos, para que el propio niño encuentre nuevos mecanismos de salida a sus conflictos.

La manera de conseguir este objetivo es lo que varía en función de características que tienen que ver con el terapeuta (tales como: orientación teórica, preparación, experiencia, forma de afrontar sus propios conflictos); con el niño (edad, capacidad de respuesta y maduración); con la familia (grado de accesibilidad) y con la propia situación (posibilidades reales de llevar a cabo el tratamiento más adecuado).

Hay que tener en cuenta que los consejos y recomendaciones tienen un efecto terapéutico muy limitado y que lo importante es la transformación afectiva y la comprensión de la situación.

Psicoterapia intensiva individual psicodinámica

La psicoterapia intensiva individual psicodinámica para los niños solamente está indicada cuando el problema del niño es primordialmente intrapsíquico y no hay otros factores conocidos sensibles al tratamiento de otro tipo.

Cuando el problema del niño es una combinación de procesos internalizados, y otros factores etiológicos importantes, como pasa en la mayoría de los casos, la psicoterapia individual intensiva llega a ser un componente más de un plan de tratamiento más amplio, multimodal.

La psicoterapia intensiva individual se basa en que el origen de los procesos psicopatológicos se atribuye a diversidad de experiencias significativas para el niño y que pueden haber influido notablemente a lo largo de su existencia, siendo especialmente importantes los primeros años de su vida.

Determinadas situaciones traumáticas son generadoras de complejos, problemas y trastornos inconscientes, que no pueden por lo tanto ser susceptibles de solucionarse mediante procesos más racionales.

Los trastornos emocionales infantiles son entonces el resultado de interferencias ambientales y conflictos con el entorno en el proceso de desarrollo del niño. La psicoterapia de este tipo pretende que el niño, pueda asumir de algún modo los hechos traumáticos mediante la libre expresión de ideas, sentimientos, deseos, etc. El terapeuta facilitará la comprensión del niño, observando y advirtiendo cuando sea necesario la resistencia, represión, negativismo o demás dificultades de dicho proceso psicoterapéutico.

Los principios en que se basa la psicoterapia dinámica son los siguientes:

a) Los seres humanos recurren a diversos mecanismos, muchos de ellos inconscientes, para evitar el dolor y el conflicto psíquico, o para controlar impulsos inaceptables.

b) El producto final de estos mecanismos suele ser alguna conducta mal adaptada o un síntoma neurótico.

c) Estos mecanismos, por tanto, pueden tener consecuencias nocivas, tanto para el individuo como para las personas de su medio.

d) Uno de los modos en que sobrevienen esas consecuencias nocivas es la instauración de un círculo vicioso entre el individuo y las personas de su medio.

e) Hacer conscientes los sentimientos ocultos, así como los mecanismos utilizados para aliviar el sufrimiento originado por dichos sentimientos, produce un alivio de la tensión y, en muchas ocasiones la desaparición de los síntomas neuróticos, por tanto tiene un efecto "terapéutico".

El sentido permanente de lo evolutivo, lo cambiante, de organizaciones y reorganizaciones permanentes, hacen cambiar las estrategias y los objetivos de la terapéutica para los niños y darles un sello propio.

El niño no va a recibir con gusto cualquier tratamiento, pues la vive como una injerencia en su vida. No es fácil que esté motivado para ello. El lenguaje del profesional no le resulta fácil de entender y no comprende –generalmente- la necesidad de la intervención, la que demanda ayuda es la familia, con la que no siempre se entiende bien.

Contar con él como colaborador es esencial y la primera clave del éxito de nuestra intervención: tendremos que establecer una alianza con el niño y esto ya es psicoterapia.

La teoría psicoanalítica clásica entiende el funcionamiento de la psicoterapia con pacientes de todas las edades como la inversión de la evolución de los procesos psicopatológicos

El paciente infantil tiene sin embargo algunas características especiales que han sido señaladas por varios autores, Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1989).

En primer lugar el niño es un ser en constante evolución sometido a un proceso de remodelación interna y readaptación al medio, en la medida en que su propia maduración neurológica se lo va permitiendo y las condiciones ambientales se lo van exigiendo. Por esto es preciso, antes de cualquier planteamiento terapéutico, tener en cuenta el nivel de maduración alcanzado por el niño, las exigencias del medio y las posibilidades de movilización de los procesos psíquicos ante modificaciones internas y ambientales que pondrán en funcionamiento de una manera casi automática el potencial madurativo del niño.

Otras diferencias que han sido señaladas frecuentemente entre la psicoterapia del niño y la adulto hacen referencia a la forma de expresión de los conflictos (en el niño, la mayoría de las veces, a través del juego y del dibujo); la falta de motivación para iniciar el tratamiento (el niño generalmente es llevado a la consulta y no tiene conciencia de que necesita ayuda); en las psicoterapias de niños es muy importante el trabajo con los padres (cosa que no ocurre con los adultos). En las psicoterapias de niños se requiere, a veces, una mayor directividad y unos límites más precisos, ya que la manera de expresar su agresividad suele ser más directa y, en ocasiones puede ser peligrosa para el niño mismo o para el terapeuta.

Para muchos niños las actitudes terapéuticas sin ninguna directividad pueden ser altamente ansiógenas, sobre todo en las fases iniciales, llevando al niño con facilidad a situaciones de bloqueo, ya que se encuentra ante una situación nueva de relación individualizada y periódica con un adulto-terapeuta, sin tener un esquema de referencia sobre las líneas generales de actuación a seguir. Incluso en aquellos casos en que existe una excelente productividad a nivel simbólico a través del juego o el dibujo, se puede terminar en un proceso estereotipado sin ningún interés terapéutico, si esta productividad no es convenientemente dirigida.

Esto no significa una defensa de una directividad rígida y moralizante que intente imponer al niño un conjunto de normas comportamentales. La directividad debe ir dirigida hacia la consecución de la máxima movilidad y creatividad, ayudando al niño a ser capaz de asumir su propia libertad.

Todas aquellas actitudes o explicaciones por parte del terapeuta destinadas a orientar, aconsejar o imponer soluciones concretas ante un determinado conflicto del niño no son válidas en absoluto. La directividad en el sentido que aquí se usa tiene como único objetivo la dinamización de los procesos psíquicos del niño, intentando salvar las conductas de evitación con las que, de entrada intentará eludir determinadas situaciones y, tratando de enfocar la situación desde una óptica distinta, para que el propio niño intente buscar soluciones nuevas y entre en un proceso dialéctico más profundo y constructivo.

La identificación por parte del terapeuta con el niño o con los padres, es un fenómeno muy común que a menudo entraña serias dificultades. Si bien es cierto que cierto grado de identificación es necesario para conseguir una correcta comprensión de la situación, no es menos cierto que puede ser un grave inconveniente si no se controla de manera

adecuada. Los procesos de identificación son responsables de las alianzas, por desgracia demasiado frecuentes, del terapeuta con el niño en contra de los padres, o con los padres en contra del niño. En ambos casos el proceso terapéutico se verá seriamente afectado.

De todo lo dicho se desprende que la psicoterapia "individual", prácticamente no existe en el caso de los niños. El psicoterapeuta infantil se enfrenta siempre, además de con el niño, con los adultos responsables de su evolución y desarrollo, a los que debe dedicar un tiempo considerable, aún en el caso de que se trate directamente al niño.

Sabiendo que en la psicoterapia infanto-juvenil es necesaria la participación de las figuras parentales, especialmente en la época preescolar, debe ser determinante el primer contacto con el terapeuta, no únicamente el que se produce en la visita inicial, sino el establecido en la visita de devolución de información, posterior a la valoración psicológica y diagnóstica del niño. En dicho contacto se advertirán los posibles condicionantes que intervendrán directa o indirectamente en los cambios que van a producirse tanto en la conducta o comportamiento del niño, como consecuentemente, en su relación con el resto del grupo familiar y demás entornos que pueden intervenir (ej.: el niño severamente inhibido, al cierto tiempo de haber iniciado la psicoterapia, puede mostrar conductas oposicionistas, agresivas y/o reivindicativas por autoreafirmación, lo cual hasta ese momento, nunca se había producido. Los padres pueden interpretar dicho evento como un empeoramiento, cuando es precisamente todo lo contrario.).

La personalidad de los padres actúa como condicionante para el psicoterapeuta en el momento de comunicarles las normas a seguir, es decir, el poder transmitir actitudes más positivas puede artificializar, culpabilizar e incluso alterar el objetivo que pretendía el profesional al explicar dichas normas.

Creemos que las normas dichas en las visitas deben jerarquizarse, de las más simples y específicas a las más complejas y generalizadas, siempre en función de la evolución del niño y de lo que se advierta en los controles periódicos de valoración de la psicoterapia.

Esta red de información (padres-terapeutas i viceversa) debe extenderse a las instituciones relacionadas con el niño (tanto escolares como extraescolares). Ello favorecerá un buen seguimiento del niño en su medio ambiente.

Las **indicaciones** para llevar a cabo un proceso de psicoterapia se basan en hechos claramente evidenciables: cuando existen dificultades de maduración- desarrollo en el niño y cuando las reacciones de su entorno social/familiar impiden ese desarrollo

adecuado aunque no exista un déficit de base. Por esta razón deberíamos considerar que la base del conflicto debe ser permanente, y no reactiva a un hecho desencadenante que ineludiblemente produzca alteraciones temporales, las cuales, al no ser patológicas no son susceptibles de tratamiento psicoterapéutico. Solo en el caso de que la transitoriedad del conflicto se mantenga más o menos constante en el tiempo, valoraremos la necesidad de intervenir sin demora para reestablecer ese desarrollo madurativo.

La psicoterapia debe aplicarse solo en aquellos casos en que existan claros indicadores que apunten hacia una utilidad efectiva de la misma.

La psicoterapia está contraindicada en el caso de que no podamos conseguir una mínima mejoría de los conflictos del niño, sea por graves perturbaciones intrapersonales y/o psíquico-físicas, sea por oposición franca y abierta del entorno familiar (que se corresponde con el nivel interpersonal).

No hay que confundir la contraindicación del tratamiento con la incapacitación de un profesional no especializado ante el problema que presenta el niño. Debe ser dirigido al especialista adecuado que pueda aplicar la técnica más conveniente.

Aclarar la confusión existente entre el problema y la edad en la que aparece. Un síntoma clínico o una manifestación sintomática múltiple, puede ser altamente preocupante y patológica a una edad, pero absolutamente intrascendente en otra. No todos los síntomas clínicos que detectamos son necesariamente patógenos, por lo que debemos conocer profundamente la psicopatología y la psicología evolutiva del niño para poder distinguir sin riesgos o errores un patrón de conducta "normal" de otro "alterado".

La valoración de una indicación de psicoterapia, de su terminación o modificación tienen que ver, a veces y a diferencia de lo que ocurre con adultos, con variaciones evolutivas propias de la maduración psíquica y de las modificaciones, tanto intrapsíquicas como de sus intereses (investimientos) cognitivos, lúdicos y relacionales, que se producen en consecuencia.

La actitud previa de los padres, su colaboración o desacuerdo, también inciden, a veces en forma definitiva, en el desarrollo de la psicoterapia. Es impensable que no lo sea puesto que son ellos quienes la solicitan, o al menos la aprueban y pactan, y la financian.

No debe hincarse un tratamiento sin explicitar a los padres que deberán ayudar al niño activamente en momentos difíciles del mismo, que se verán afectados por serias dudas y ambivalencias, en muchos casos transmitidas por el niño. También deben estar preparados para las modificaciones, de la sintomatología y, sobre todo, de actitudes y relación hacia ellos, que puede generar el tratamiento.

En definitiva, una psicoterapia solo es posible con la colaboración de los padres, y la relación con ellos es imprescindible.

Ello no debe hacer olvidar que el respeto a la intimidad del niño-adolescente y el carácter confidencial de sus comunicaciones son primordiales. De hecho suele ser espontáneamente solicitado y siempre muy bien recibido por los interesados. La formulación “tendremos que hablar con ellos de ti, pero no de lo que me has dicho” suele ser habitualmente bien aceptada.

La psicoterapia intensiva individual psodinámica puede ser entendida como un proceso con tres fases: fase inicial, media y final.

Fase Inicial: Alianza Terapéutica

La mayor meta de la fase inicial es fomentar una alianza terapéutica entre el terapeuta y el niño.

La meta es normalmente alcanzar por permitir al niño experimentar un no enjuiciamiento, respuestas comprensivas a sus comportamientos o conductas.

Para fomentar la alianza terapéutica, el niño primero debe tener alguna explicación dada por los padres de porque se le ha llevado a la terapia y que se pretende con la terapia.

Padres y profesores están al corriente de los sentimientos o conducta. Los padres deben contarle al niño que hablará con alguien que entiende a los niños para ayudarles a entender los problemas del niño.

El terapeuta debe conocer el nombre del niño y este el del terapeuta.

El niño se sentirá entendido o comprendido y aliarse más con el terapeuta, si el terapeuta puede ofrecer una temprana declaración que proporcione o da al niño con

alguna percepción todavía o sin embargo, a pesar de todo no despertar indebida o excesiva ansiedad.

El trabajo del terapeuta es sobre todo favorecer que se establezca un clima favorable gracias al cual se inicie un intercambio relacional que permita al niño descubrir y expresar sus dificultades.

La relación terapéutica procura estimular la capacidad de diferenciar y vincular experiencias para que la capacidad del niño para formar símbolos progrese: de la **capacidad de simbolizar** depende tanto la evolución personal y emocional como la capacidad para aprender.

Para conseguir una comunicación real, la interacción entre paciente y terapeuta debe situarse al nivel de capacidad de simbolizar del niño.

El conocimiento del niño, de su realidad mental, de conectar y descubrir lo que el niño es capaz de comprender, situarse a su nivel, entrar en resonancia con su mundo interno, es lo que convierte a la relación en terapéutica. Los lenguajes del niño y del terapeuta no corren paralelos, se intrincan, se encuentran.

La **calidad de la relación** que se establece con el niño desempeña un papel fundamental, sea cual sea el tratamiento definido.

Para ser “terapéutica”, una relación supone:

1. **Disponibilidad:** temporal y psíquica, que permita al niño advertir que tratamos de comunicarnos con él.
2. **Ausencia de apriorismos:** no debemos dar la impresión de conocer al niño antes de haberle escuchado; no confundir las palabras de los padres con la realidad del niño.
3. Deseo primordial de **comprender** más que de curar: el empeño del terapeuta será trabajar para proporcionar al niño los medios de cambiar y curarse, potenciando sus propios recursos.
4. Capacidad para **autoanalizar** las actitudes, deseos y sentimientos (que implica un manejo adecuado de la contratransferencia)
5. Capacidad de **identificarse** con el niño, sin perder los límites de la identidad propia.

La actitud del terapeuta, al ser distinta del sistema de interacción familiar que asigna al niño un lugar específico, permitir a éste, gracias a progresivas interpretaciones, reconocer sus conflictos y elaborarlos.

El terapeuta ofrece al niño una relación nueva, de naturaleza distinta a los vínculos familiares.

El modo de relación terapéutica rompe con el prototipo de relaciones cotidianas del niño.

El objetivo esencial es conseguir que el niño sienta que esta relación está marcada por una actitud a la vez neutra, benevolente y comprensiva del terapeuta, y que no ofrece algo distinto a ella misma.

El vínculo en la relación terapéutica refleja las modalidades relacionales del niño, los conflictos y las disposiciones latentes de su vida afectiva. Estas particularidades pueden ser analizadas como proyecciones del niño, reflejos de su mundo privado, en una situación definida.

El niño establece con el terapeuta, junto a **vínculos transferenciales, relaciones afectivas nuevas** y positivas que pueden tener efecto reparador con respecto a experiencias afectivas negativas antiguas o actuales (sobretudo en niños carenciales, abandonados,...)

La psicoterapia se desarrolla en el terreno de las palabras y la expresión simbólica. En aquellas situaciones clínicas que imposibiliten la palabra convendrá optar por otras técnicas terapéuticas. En el "paso al acto", la comunicación relacional no pasa por las palabras, si no por la acción. En ocasiones el terapeuta pondrá límites - a veces extraverbales - cuando la situación desborde la palabra.

- El niño debe ser informado en un lenguaje apropiado para su nivel de desarrollo de que esto es un tiempo de juego para él, para que pueda pensar por el mismo libremente y empezar a entender porque él o ella, algunas veces se siente preocupado o agitado.

El niño también puede ser informado de que algunas veces el terapeuta intervendrá, pero haciéndole entender que siempre será con el interés para que el niño pueda entenderse mejor a sí mismo.

- La atención del niño debe ser dirigida al contenido de sus acciones o verbalizaciones.

- Ciertas declaraciones por parte del terapeuta reducen aparentemente patrones dispares de conducta, como una forma común que hasta ahora no habían sido expresadas por el niño. De este modo, un niño puede manifestar ciertos tipos de comportamiento cada vez que el o ella está, dice, enfadado. El niño puede no haber sido consciente de este enfado.

- El grado de franqueza con que tales declaraciones pueden ser hechas varían según los niveles emocionales y de desarrollo del niño.

Los niños que están en la fase edifica o pre-edifica y están en el estadio preoperacional del desarrollo cognitivo probablemente necesiten que estas declaraciones esten hechas en el mismo contexto del juego, a través de muñecos y marionetas, o indirectamente a través de algún hipotético niño o niños.

Los niños post-edípicos y en el estadio de las operaciones concretas, normalmente puede dirigírseles directamente.

En los niños muy pequeños, los sentimientos parecen ser casi exclusivamente experimentados en respuesta a acontecimientos externos y son vistos por los niños como controlados por factores externos.

Más adelante, los sentimientos llegan a ser percibidos como parte de uno mismo, y con ello, el niño puede conceptualizar un sentimiento, primero como una experiencia interna difusa y luego como múltiple, consiguen diferenciarse diferentes emociones que son más o menos controladas por uno mismo.

Cuando el niño está en estadio de las operaciones concretas, consigue operaciones de conservación, y está más o menos libre, para poder enlazar o vincular percepciones inmediatas, el niño puede entonces experimentar dos sentimientos opuestos simultáneamente; esto significa que el niño puede empezar a experimentar, entender, y tolerar ambivalencias.



LA TRANSFERENCIA

Introducción

Los conceptos de transferencia y contratransferencia son fundamentales para comprender tanto la teoría como la técnica de las terapias orientadas psicoanalíticas; son fenómenos de naturaleza bastante compleja, por lo que las definiciones y las connotaciones que los distintos autores dan a estos términos varían de acuerdo a los distintos aspectos que consideren en su análisis. El mismo Freud, al hablar por primera vez de la transferencia en 1895, lo consideraba un fenómeno que estorbaba en la labor terapéutica; ya en épocas más tardías, descubre la importancia de éste fenómeno en la terapia y hace del análisis de la transferencia la tarea central del psicoanálisis. (Menninger y Holzman, 1973).

Entre las primeras pacientes que fueron dando origen al psicoanálisis encontramos a Ana O., en relación a ella Freud expone que “...*la **transferencia** sobre el médico acontece por enlace en falso* (Es la primera aparición del término, en años posteriores será ampliado). Otra paciente significativa es Emmy, quién le pide que la dejara relatar lo que deseaba; así lo muestra Freud... “*me dice, con expresión de descontento, que no debo estarle preguntando de donde viene esto y lo otro , sino dejarla contar lo que tiene para decirme*”. De esta manera se va plasmando el saber del lado del paciente, y el médico en un lugar pasivo, no autoritario.

Posteriormente abandona la hipnosis ya que todos los pacientes no eran hipnotizables, los efectos eran pocos duraderos y dependían estrechamente de la relación médico paciente.

Busca otros métodos más eficaces de trabajo; utiliza el estado normal, y en algunos casos cuando el sujeto no podía recordar más, aplicaba la mano sobre la frente para que emerja a la conciencia el recuerdo olvidado.

Por último llega a la técnica actual, “...*el médico renuncia a enfocar un momento o un problema determinados, se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez, y se vale del arte interpretativo, en lo esencial para discernir las resistencias que se recortan en el enfermo y hacérselas consciente*. Así es como produce un giro hacia la **asociación libre** , que pasó a ser la regla

fundamental del psicoanálisis, implica “decir todo” lo que venga a la mente. De esta manera, no importa la lógica de ilación de pensamientos conscientes, sino que hace referencia a otra lógica: la de lo “lo inconsciente”.

Como constituyente de la práctica analítica además de la asociación libre, se encuentra implicado el *concepto de transferencia*. Freud lo define claramente en Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) en el año 1901: *¿Qué son las transferencias? Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores nos es revivida como algo del pasado, sino como un vínculo actual con la persona del médico.*

En el mismo texto nos sitúa por primera vez a la transferencia como algo necesario de la técnica analítica; aclarando también que destinada a ser un obstáculo para el psicoanálisis *“se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra identificar en cada caso y se le traduce al enfermo”*.

Sigue trabajando este concepto en Sobre la dinámica de la transferencia, es un escrito en términos metapsicológicos, donde muestra esencialmente el juego de fuerzas entre lo inconsciente y lo consciente en transferencia. Iremos desglosando partes importante del texto.

Comienza a plantear Freud que por efecto conjugado de las disposiciones innatas y los influjos que recibimos en nuestra infancia estamos destinados a un ejercicio específico de la vida amorosa, nos quiere decir, *“... para las condiciones de amor que se establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse. Esto da por resultado un cliché (o varios) que se repite de manera regular en la trayectoria de la vida, en la medida en que lo consientan las circunstancias exteriores y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantienen del todo inmutables frente a impresiones recientes.*

Además dice como importante, que si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha por la realidad objetiva, podrá volcarse su libido hacia cada persona que aparezca y es normal que esto ocurra con el médico. *...”esa investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento. [...] se vuelve decisiva la imago paterna [...] Empero la transferencia no está atada a ese modelo; también puede producirse*

siguiendo la imago materna o de un hermano varón. Es decir que el analista pasa a formar parte de nuestro aparato psíquico, y se ligará a la cadena de significantes primordiales, que se establecieron en las primeras relaciones de la infancia.

Luego, nos aclara dos puntos de interés. El primero, que la transferencia puede darse de manera intensa y desenfrenada también fuera del análisis, *“...no corresponde anotar en la cuenta del psicoanálisis aquellos caracteres de la transferencia, sino que se puede atribuir también a la neurosis”*

En segundo lugar, plantea un enigma, preguntándose por qué la transferencia se presenta como una fuerte resistencia en el análisis, mientras que fuera de él puede ser condición de éxito. En esto se detiene explicando el motivo de dicha resistencia, que esclarecerá con la presentación de los tipos de transferencias sobre el médico.

Menciona una transferencia positiva, de sentimientos tiernos susceptibles de conciencia y una negativa de sentimientos hostiles. Y la positiva, a su vez está acompañada de fuentes eróticas, inconscientes. La transferencia deviene como resistencia cuando es una negativa, o la positiva de mociones eróticas reprimidas *“...en cuanto al otro componente susceptible de conciencia y no chocante, subsiste y es en el psicoanálisis, al igual que en otros métodos de tratamiento, el portador del éxito”* ¿Cómo superamos la transferencia y qué beneficios sacamos de ella?

Freud cuestiona esto : La transferencia: *“...Superamos la transferencia cuando le demostramos al enfermo que sus sentimiento no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez con anterioridad. De tal manera lo forzamos a mudar su repetición en recuerdo...”* Así es como la transferencia negativa que antes era un obstáculo, si se supera pasa a ser un instrumento para llevar adelante la cura. Con el fin de que el paciente pueda recordar y reconstruir en análisis, para no repetir las conductas neuróticas.

La transferencia está en relación con los síntomas, a raíz de esto se trata de que los mismos tengan otro sentido, que puedan encontrar un significado diferente al originario. Por eso Freud habla de neurosis artificial, *“...La dominación de esta nueva neurosis artificial coincide con el fin de la enfermedad que se trajo a la cura, con la solución de nuestra tarea terapéutica. El hombre que en la relación con el médico ha pasado a ser normal y libre del efecto de unas mociones pulsionales reprimidas, sigue siéndolo también en su vida propia, cuando el médico se ha hecho a un lado.”*

Conceptualización de la transferencia

Existen dos grandes orientaciones en la conceptualización de la transferencia. La primera la considera un fenómeno universal, que se da a diario en la vida cotidiana con cualquier persona con la que nos relacionamos; consistiría en el desplazamiento de emociones y conductas que originalmente se experimentan en relación a personas significativas de la infancia, sobre ciertos objetos actuales. Desde una perspectiva Kleiniana, la transferencia se explicaría por la constante necesidad de los seres humanos de contactarse con otros y, al ser la relación primera la establecida con la madre, todo fenómeno transferencial sería un revivir de este tipo de relación objetal primaria.

La segunda forma de conceptualizar la transferencia, cual es la que normalmente se utiliza dentro de los textos de teoría y técnica psicoanalítica, hace referencia a los procesos de transferencia dentro de la relación terapéutica. Dentro de este contexto, Anna Freud (en Menninger y Holzman, 1973) definió a la transferencia como todos los impulsos que experimenta el paciente en relación con el psicoanalista, que no son creación nueva de la situación analítica objetiva, sino que se origina en relaciones primitivas con los objetos y ahora simplemente se reviven por la influencia de la compulsión iterativas. Otra definición complementaria a las anterior es la otorgada por Menninger y Holzman (1973), para quienes la transferencia "son los papeles o identidades irrealistas que el paciente atribuye inconscientemente al psicoanalista en la regresión del tratamiento psicoanalítico, y las reacciones del paciente a las representaciones, que por lo general, derivan de experiencias anteriores" (Menninger y Holzman , 1973, p.116).

La transferencia dentro de la terapia psicoanalítica tiene una particular intensidad. Racker (1990) explica el proceso a través del cual se produce esta particular fuerza de la transferencia señalando que la abolición del rechazo que se produce como consecuencia de la asociación libre y la neutralidad del terapeuta, hace que el paciente proyecte sus ideas rechazadas o rechazantes sobre el terapeuta; estos objetos internos rechazados y rechazantes son en el fondo los padres introyectados, lo que explicaría la intensidad de la transferencia en la relación analítica, debido a que estos mismos objetos rechazados son a la vez los objetos necesitados, por los cuales siente amor.

Actualmente, se considera que en la transferencia no sólo se debe considerar la aparición de emociones y pensamientos del paciente en relación directa al terapeuta, sino todo aquello que surge en la relación entre ambos, en la llamada *transferencia de situaciones totales*. De este modo, también debe considerarse en el análisis de transferencia el modo en el cual el paciente trata de comunicarse con el terapeuta, el modo en el cual intenta aplicar sus sistemas defensivos al terapeuta y su concepción de mundo, de la forma en la cual la percibe el terapeuta a través de la contratransferencia.

La neurosis de transferencia y su importancia dentro las terapias psicodinámicas

Como ya se ha dicho en la relación terapéutica, como en toda relación significativa, el paciente inicia procesos transferenciales difusos. Dentro del marco del psicoanálisis o una terapia psicoanalíticamente orientada, estos procesos son intencionalmente intensificados con el fin de descubrir los mecanismos infantiles subyacentes a la neurosis del paciente. A esta reproducción de la neurosis infantil en la relación con el analista de un modo artificial se le denomina *neurosis transferencial*.

La transferencia es un fenómeno derivado del desplazamiento y la regresión. Para lograr el establecimiento de la neurosis transferencial es necesario que el ambiente terapéutico facilite estos procesos a través de algunos factores, tales como la serenidad y constancia del ambiente, el silencio del analista, la asociación libre y la escasa información que tiene el paciente acerca del terapeuta que permite con mayor facilidad la proyección de sus figuras internas sobre él (Fenichel, 1974).

La importancia de establecer la neurosis transferencial radica en que permite conocer y dirigir a la figura del terapeuta los mecanismos y conductas neuróticamente estereotipadas de modo tal que éste pueda atacar las resistencias neuróticas mediante las interpretaciones de la transferencia, logrando una reestructuración de la personalidad del paciente que lo llevaría a una mejor adaptación.

Es importante destacar que esta neurosis transferencial no es fomentada en las psicoterapias breves debido a que, en primer lugar, el encuadre o setting de la terapia

no es el apropiado para lograr los fenómenos regresivos característicos de la neurosis transferencial y, en segundo lugar, no se pretende cambiar la estructura de personalidad del paciente sino lograr insight sobre aspectos de la vida cotidiana del paciente.

Transferencia positiva y transferencia negativa

En términos generales podemos decir que la transferencia positiva surge cuando el analizado siente ciertas gratificaciones por parte del analista y se dispone hacia él con una actitud de amor, distinta a la cooperación consciente producto de la alianza terapéutica. Por otra parte, también podemos hablar de una transferencia negativa, la cual se produce cuando el paciente revive en la transferencia conflictos que vivió en su infancia en la figura del terapeuta; normalmente, el terapeuta va a frustrar los intentos del paciente por actualizar los impulsos, de manera tal que éste active sus defensas, respondiendo con hostilidad y agresión.

La transferencia positiva es el móvil más importante para superar las resistencias, o sea, hacer consciente lo inconsciente. Cuando la transferencia se vuelve negativa o sexual, se convierte en una resistencia y su análisis y disolución adquieren una importancia esencial para poder continuar el trabajo. Mientras la transferencia resulta de este modo un gran peligro para el tratamiento, se constituye al mismo tiempo en su instrumento más importante, pues la vuelta de los procesos infantiles en la transferencia hace de ella el mejor medio para hacer recordar aquellas vivencias reprimidas (Racker, H. 1990). De este modo, el hablar de resistencia positiva o negativa tiene, actualmente, una connotación más bien técnica, en tanto el análisis y la elaboración de ambas son útiles para el trabajo terapéutico.

La Transferencia y su relación con la resistencia

Si en el curso de la terapia psicoanalítica la transferencia se vuelve negativa, ésta se transforma en una resistencia; en general, se consideran resistencias todas aquellas conductas, emociones, pensamientos, impulsos y fantasías que entorpecen el análisis, dificultando los procesos de recuerdo e insight, impidiendo el cambio.

Freud se percató prontamente de esta relación entre las resistencias y ya en su libro de 1912, "La dinámica de la transferencia", señala la aparición de patrones infantiles de relación que entorpecían el análisis y estableció que la transferencia era una forma de resistencia, en la cual se repiten formas de actuar defensivas para no recordar hechos ansiógenos. Posteriormente, comprendió que la transferencia era un fenómeno mucho más amplio, en el cual se podía incluir tanto los sentimientos infantiles positivos como los negativos actualizados en el terapeuta. De este modo, en "Más allá del principio del placer" (1920), Freud manifiesta que también se puede considerar como transferencia el contenido resistido; el ello canalizaría transferencialmente sus impulsos hacia el terapeuta y el yo repetiría las defensas que ocupó en la infancia para protegerse de éstos, oponiéndose ambas instancias reviviendo el conflicto que causó la neurosis.

Estos dos modos de entender la transferencia han dado lugar a la formación de dos grupos de psicoterapeutas. El primero expresa que la transferencia es principalmente resistencia, ya que ella daría cuenta de repetición de ciertos impulsos infantiles, que ocuparían el lugar del recuerdo; la labor del terapeuta sería eliminar esta transferencia, para lograr lo esencial del proceso analítico, el "recordar" (hacer consciente) la infancia reprimida. El peligro de este enfoque está en considerar que lo rechazado sea el pasado, siendo que para el inconsciente (regido por el proceso primario) no existe diferencia entre pasado y presente. Lo rechazado es algo doloroso, que nunca se transforma propiamente en pasado y que se vive como presente en la relación transferencial.

Para el segundo grupo la transferencia es lo resistido y lo fundamental en la terapia es la transferencia misma, la revivencia de conflictos infantiles y su rectificación. Los recuerdos tienen valor en tanto permiten comprender la transferencia actual entregando los verdaderos nombres a la relación transferencial y limpiando el carácter de realidad que tiene la transferencia para el paciente.

La Transferencia en el niño

Dejando a un lado la oposición entre M. Klein y A. Freud, conviene reconocer que la transferencia existe en el niño, sin ejercer necesariamente una actitud seductora, pero que esta transferencia no puede ser comparada a la neurosis de transferencia (o

incluso a la psicosis de transferencia) del adulto. La presencia física de los padres, el hecho de que surjan inevitablemente conflictos de desarrollo (conflicto edípico, conflictos de adolescencia...) dan al niño un margen menor en su organización psíquica interna. A menudo, al principio, el niño reproduce en la transferencia una relación y unos sentimientos análogos a los que se producen en su realidad actual. La actitud del psicoterapeuta, distinta del sistema de interacción familiar que asigna al niño un lugar específico, permitirá a este último, gracias a progresivas interpretaciones, reconocer la proyección de sus conflictos, y después analizarlos. Algunos niños parecen percibir rápidamente la muy distinta naturaleza de la relación que se les propone y son capaces de comprometerse en una relación parecida a la que se observa en el análisis del adulto.

La naturaleza de las intervenciones e interpretaciones sobre la transferencia difiere según los terapeutas. Algunos, siguiendo las recomendaciones de M. Klein, intervienen muy deprisa en el significado inconsciente de las producciones del niño (juego o dibujo).

Otros siguiendo a A. Freud, prefieren limitarse a la interpretación del significado pre-consciente de sus producciones a medida que su significado transferencial se hace más evidente, respetando por el contrario la evolución genética (yendo de lo pre-consciente a lo inconsciente, del nivel edípico al arcaico, del genital al pre-genital, etc.). Otros se abstienen de toda intervención directa sobre el material aportado por el niño porque estiman que la aceptación por el terapeuta del conflicto del niño, sus respuestas a nivel de juego demostrativas de su comprensión, su comentario acerca de los dibujos realizados durante la sesión, son suficientes, si no para revelar el significado inconsciente del conflicto, sí al menos para reintroducirlo en el Yo del niño y autorizar la prosecución del desarrollo.

En cualquier caso, los padres, por su actitud inadecuada, pueden dificultar el trabajo de elaboración de su hijo o no comprender la naturaleza de ésta (así, en las primeras intervenciones se producen agravaciones transitorias de los síntomas que traducen el refuerzo de las resistencias). Una relación terapéutica con los padres es en la mayoría de los casos deseable e incluso indispensable.

LA CONSTRUCCIÓN

En el psicoanálisis se procede según Freud tanto por la interpretación como por la construcción. El texto de 1927 "Construcciones en el análisis" parece indicar la posibilidad de una continuidad entre ambas, continuidad dada por el análisis mismo. No es la primera vez que se formula algún tipo de continuidad entre piezas heterogéneas entre sí. La interpretación de sueños y actos fallidos en general resulta siempre parcial e incompleta, mientras que la construcción aspira a otra cosa y encuentra otras limitaciones.

Lo cierto es que Freud propone con la interpretación realizar el trabajo inverso que aquel del inconsciente. Si el inconsciente cifra en sus formaciones un texto que es posible reencontrar por desciframiento, cifrado del inconsciente y descifrado de la interpretación funcionan en términos de reversibilidad. Pero el análisis se encuentra tarde o temprano con la condensación de Freud, aquella que "parte de la represión y regresa de lo imposible a concebir como el límite donde se instaura por lo simbólico la categoría de lo real": lo que no es posible deshacer. De la metáfora como figura retórica a la condensación inconsciente hay entonces un paso.

El término 'descifrar' tiene una historia interesante. Antes que ser una palabra para designar cualquier número, 'cifra' significó 'cero', número clave para el cálculo que sirvió para indicar el lugar vacío antes que la idea de nada. La introducción del cero resultó tan revolucionaria en la aritmética de todos los días que se quiso tenerlo en secreto, de su asociación con algo secreto se considera que algo cifrado es algo secreto y que debe, por lo tanto, descifrarse. No es de extrañar entonces que la represión utilice el cifrado cuando opera como censura, es una buena forma de decir algo y al mismo tiempo seguir manteniéndolo en secreto.

Cifrar y descifrar alternan en una espiral que se presenta interminable. Existe una satisfacción en el desciframiento que provoca el mismo placer que Freud tiene en cuenta a propósito del chiste. Con respecto a la etimología de 'chiste', María Moliner dice que deriva de 'chistar' utilizado para hacer callar, para hacer silencio. Se trata otra vez de aquello que circula en secreto, dicho y no dicho al mismo tiempo. Es igual para el chisme, un secreto que nunca llegó a chiste. Reencontramos siempre la estructura del lenguaje, traumática en sí misma.

Lacan dice que ha tratado la transferencia con términos plagados de trampas, como en todo lo que ha dicho. En lo que Lacan dice hay trampas por todos lados. No podría

ser de otro modo. El lenguaje mismo está lleno de trampas y no tiene ningún sentido disimular este hecho. Evidentemente Lacan no lo disimula, es más, cuando puede, lo profundiza. ¿No es así acaso como procede el inconsciente? Efectivamente hay una dificultad y ella está en la estructura del lenguaje. Paradójicamente el lenguaje nos enferma y es con el lenguaje que nos curamos pero no nos curamos del lenguaje.

LA INTERPRETACIÓN

Introducción

Conceptos Fundamentales dentro de la teoría de Sigmund Freud son:

El Ello: impulsos, deseos, desbalances.

El Yo: balance. Logra satisfacer las necesidades principales como el hambre, sueño, sed y se incluye sexo (dentro de parámetros sociales).

El Superyó: moral, consciencia, reglas sociales, lo que uno hace en su sociedad.

- **Yo** ± (jinete) es el que controla el caballo (el ello).
- **Ello** ± (caballo) hace *lo que le da la gana*
- **Superyo** ± (entrenador) las normas de juego.

SU	YO Consciente (racional)
PER	Subconsciente
YO	ELLO Inconsciente(irracional)

Esta teoría fue construida sobre la premisa de que las necesidades o impulsos inconscientes, especialmente los impulsos biológicos y sexuales, son la parte central de la motivación de la personalidad humana. Freud planteó que los problemas de los

enfermos mentales solían tener como causa los deseos y fantasías reprimidos e inconscientes de naturaleza sexual, socialmente inaceptables.

Los papeles específicos desempeñados por las tres entidades no siempre son claros y se mezclan en muchos niveles. La personalidad consta según este modelo de fuerzas diversas en conflicto inevitable.

Ello o Id

El Ello (id) es la parte primitiva, desorganizada e innata de la personalidad, cuyo único propósito es reducir la tensión creada por pulsiones primitivas relacionadas con el hambre, lo sexual, la agresión y los impulsos irracionales. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos, necesidades y deseos más elementales. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad. Allí existen las contradicciones, lo ilógico, al igual que los sueños. Representa la necesidad básica del ser de cubrir sus necesidades fisiológicas inmediatamente y sin considerar las consecuencias. La necesidad de obtener comida, la agresividad, así como la búsqueda del sexo, son respuestas del *Ello* a diferentes situaciones. Es decir, es el inconsciente.

El Ello está en una relación estrecha y conflictiva con las otras dos instancias, el Yo y el Superyó, que se forman a partir de la interacción con el medio social (Realidad) y de la decantación del Complejo de Edipo, respectivamente.

Para Freud, la mayor parte del Ello es desconocida e inconsciente. Reserva primera de la energía psíquica, representa la arena en la que se enfrentan pulsiones de vida (Eros) y de muerte (Thanatos). La necesidad imperiosa de la satisfacción pulsional rige el curso de sus procesos. Sus contenidos inconscientes son de diferentes orígenes. Por una parte, se trata de tendencias hereditarias, de determinaciones innatas, de exigencias somáticas, y, por otra parte, de adquisiciones, de lo que proviene de la represión.

La conquista del Ello, ese núcleo de nuestro ser, para Freud, es facilitada por el psicoanálisis a través del método de la asociación libre.

Yo o Ego

El Yo (Ego) tiene como fin cumplir de manera realista los deseos y demandas del Ello con el mundo exterior, a la vez conciliándose con las exigencias del Superyó. El Yo evoluciona según la edad y sus distintas exigencias del Ello actuando como un intermediario contra mundo externo. El yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo

los impulsos del Ello de una manera apropiada. Utiliza razonamiento realista característico de los procesos secundarios que se podrían originar. Como ejecutor de la personalidad, el Yo tiene que medir entre las tres fuerzas que le exigen: el mundo de la realidad, el Ello y el Superyó, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada. Yo significa yo en latín; (La palabra alemana original que Freud había aplicado era Ich). Aunque en sus escrituras tempranas Freud comparó el Yo con nuestro sentido del uno mismo, en adelante comenzó a retratarlo más como un sistema de funciones psíquicas tales como realidad-prueba, defensa, síntesis de la información, funcionamiento intelectual, memoria y similares. Es la consciencia propiamente dicha. Es el ente que actúa como regulador entre las demandas del Ello y del Superyó. Se basa en un concepto realista del mundo para adaptarse al mundo. Casi ejemplificado como un poder o una persona dentro de la mente, que nos presta atención en todo momento, incluso en nuestras acciones más íntimas, esta observación no es lo mismo que una persecución, pero no esta muy lejos de serlo. Todas las acciones ejecutadas, son analizadas por el Yo y a menudo se les comunica los resultados: “ahora debe decir esto...”, “ahora deberá salir”. Amenazando con el castigo en caso de incumplimiento. El Yo, en su observación nos permite reconocer las acciones que realizamos, la oportunidad de elegir el camino a seguir, y razonar los impulsos que realizábamos con tal de no ceder lugar a la liberación libidinosa, y velar por la integridad general de la realidad. Es el primer paso del reconocimiento, para afrontar las alegrías, culpabilidad o castigo que conlleva. Siento la tentación de hacer algo que me va a producir gran placer; una vez reconocido y razonado esta situación, podré abstenerme de hacerlo basándome en que mi conciencia no me lo permite. O me dejo persuadir por el placer, ignorando la voz de mi conciencia; pero una vez hecho, se me castiga con reproches y remordimientos establecidos por el Superyó.

Superyó o Superego

El Superyó (Superego) es la parte que contrarresta al Ello, representa los pensamientos morales y éticos. Consta de dos subsistemas: la Conciencia y el Ideal del yo. La conciencia se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El Ideal del yo es una de conductas aprobadas y recompensadas. Es la fuente de orgullo y un concepto de quien pensamos deberíamos ser.

Es la expresión interna del individuo con relación a la moral de la sociedad. Se refiere a la fuerza que induce al individuo a seguir los códigos éticos de conducta impuestos por la sociedad en la que se encuentra. Freud considera la conciencia moral, la

autoobservación, la formación de ideales, como funciones del Superyó. Actúa en contraposición directa a los impulsos del *Ello*.

El Superyó se forma en la fase Edípica, por la introyección de las normas paternas. Según Freud, la formación del Superyó es correlativa de la declinación del Complejo de Edipo: el niño renunciando a la satisfacción de sus deseos edípicos marcados por la prohibición, transforma su catexis sobre los padres en identificación con los padres, interioriza la prohibición. La renuncia de los deseos edípicos amorosos y hostiles (Edipo Completo) se encuentran en el origen de la formación del Superyó, el cual se enriquece según Freud por las aportaciones posteriores de las exigencias sociales y culturales.

Concepto de interpretación

La interpretación como instrumento utilizable dentro del psicoanálisis, tiene su origen en la interpretación de los sueños, donde la función primordial, es realizar una lectura de los aspectos inconscientes del paciente, y de esta manera ir en busca del insight, desde el hecho de hacer consciente lo inconsciente. La interpretación es pues entonces un instrumento que en principio tiene la finalidad de informar al paciente aspectos que el mismo desconoce de sí, por lo que sólo se puede interpretar al paciente, no puede interpretarse a familiares o partícipes de alguna circunstancia, estas son interpretaciones silvestres.-

La interpretación debe ser veraz, desinteresada y pertinente. Debe ser veraz, pues de otra manera no informa; desinteresada, en tanto que si no fuera así podría ser una forma de persuasión o sugestión, pero de ninguna manera información; y pertinente, pues debe ser dada dentro de un contexto donde pueda ser operativa, y oportuna, es decir referida al material que en ese momento surge.-

La interpretación es una información que el analista le da al paciente, a partir de lo que este le comunicó, para aportarle un nuevo conocimiento de el mismo, que provoca cambios con la intención de producir insight, aunque esto no necesariamente debe ocurrir.-

La interpretación, genera una reconstrucción y da al paciente la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento, lo que establece la operatividad de la interpretación, que sólo se logra al comunicarla al paciente. Si no se comunica no es una interpretación.-

El psicoanálisis se puede caracterizar por la interpretación, desde Freud, es el camino para ir desde el contenido manifiesto a las ideas latentes.

El instrumento con el que se intenta hacer consciente lo inconsciente, el acto de dar sentido al material, y siempre esta vinculada al conflicto y al deseo.-

Tres clases de interpretación (Bernfeld):

La finalista descubre el propósito o la intención de una determinada acción.-

La funcional intenta descubrir que papel cumple una determinada acción, para que le sirve al sujeto.-

La genética (reconstrucción) establece el nexo genético de un fenómeno que ha quedado separado.-

Tres momentos del psicoanálisis

En un primer momento desde las ideas de Breuer y Freud, Widlocher dice que: "es a la conciencia del paciente a donde se dirige la interpretación del analista, haciendo que el paciente atienda al funcionamiento de su propia realidad psíquica". -

En la segunda concepción freudiana de la cura y del aparato psíquico, en este segundo momento se considera que "la interpretación sólo aporta al paciente una representación de palabra, siendo la representación patógena, reprimida e inconsciente, una representación de cosa". -

En un tercer momento se integran dos ideas principales, el automatismo de repetición y los sistemas de identificación que intervienen en la estructura del aparato psíquico.-

En este tercer momento la interpretación va operar de acuerdo a como se entiendan sus postulados principales.-

"En ambos casos la repetición pulsional tiende al retorno, al estado anterior a la reposición del objeto perdido: fusión del lactante con el pecho materno, unificación narcisista del sujeto con su yo imaginario". -

Sobre la comunicación.-

En general la palabra o el silencio actuando de una manera instrumental son igualmente válidos, de la misma manera que si están destinados a perturbar el desarrollo de la sesión sólo son actuaciones. La alternativa de interpretar y callar se dispone en cuatro áreas distintas: hablar, interpretar, callar, y escuchar. Las diferentes corrientes dentro del psicoanálisis difieren en cuanto a la utilización de los silencios y las interpretaciones, por ejemplo dentro de los seguidores de Klein se interpreta lo mas rápidamente posible, mientras que en otras como la que encarna Theodor Reik en "La significación psicológica del silencio" se postula no sólo que el analista debe ser silencioso, sino que la dinámica de la situación analítica se basa fundamentalmente en el silencio del analista.-

Diferentes tipos de interpretación:

La interpretación histórica que intenta una puesta en escena de todos los elementos que en un momento dado estuvieron en juego. Muchos entienden la interpretación histórica como construcción.-

La interpretación trasferencial intenta hacer conscientes al analizado sus fantasías inconscientes y esto se aplica tanto a la transferencia positiva como a la negativa, tanto a su cooperación como a sus resistencias.- Responde a la pregunta: ¿Qué está haciendo el analizado ahora, a quién y por qué?.-

La interpretación extra-trasferencial es aquella que opera sobre el conflicto actual o el conflicto infantil, el riesgo es que sean recibidas con una perspectiva trasferencial.-

La interpretación completa, es aquella que integra todos los niveles que ofrece el material: conflicto infantil, conflicto actual, y transferencia.

ALGUNOS ELEMENTOS QUE AYUDAN A ENTENDER EL CONCEPTO DE INTERPRETACION MUTATIVA.-

Super Yo auxiliar: Desde Strachey, el analista funciona como tal por haberse colocado en el lugar del super Yo del paciente, con la finalidad de operar desde una situación de ventaja, de esta manera se altera en alguna medida los términos del conflicto.-

El círculo vicioso neurótico: El ser humano funciona a través de procesos de proyección y construcción que fundan la relación de objeto y la estructura del aparato psíquico. De esta forma se puede crear un círculo vicioso, donde el objeto es peligroso por el sadismo proyectado, y opera con sadismo a modo de defensa, o en caso contrario se genera un círculo virtuoso en que el objeto se hace cada vez más bueno y protector, esto tiene que ver con el avance de la libido al plano genital.-

El círculo vicioso entorpece el crecimiento, estancando al individuo en los conflictos primarios impidiéndole acceder a la etapa genital, en la que el ello es más tolerante y las pulsiones más tolerables.-

La hipótesis de Strachey es que si se pudiera quebrar este círculo vicioso, el desarrollo se restablecería espontáneamente.-

LA INTERPRETACION MUTATIVA

"La interpretación se denomina mutativa en tanto que produce una brecha en el círculo vicioso neurótico". -

La presencia del analista como super yo auxiliar, genera impulsos dirigidos al analista, pero al no comportarse este como el objeto original, el analizado tomará conciencia de

la distancia entre el objeto arcaico y el actual, y esta es la brecha producida en el círculo vicioso neurótico y al introyectar el analizado un objeto distinto modifica tanto el mundo interno como el externo, y la próxima proyección será mas realista, y fundamentalmente el terapeuta resurge del proceso interpretativo como una figura real.-

Strachey llama interpretación mutativa a la que produce cambios estructurales. La misma consta de dos fases:

Primera fase:

Se cumple cuando el analizado se hace consciente de la pulsión. Esto implica interpretar las defensas del "Yo", la censura del "Super Yo", y el impulso instintivo, hasta que el derivado llegue a la conciencia y se movilice la angustia en dosis siempre moderada, pues una característica esencial de la interpretación mutativa es que la descarga de angustia sea graduada; si es demasiado baja no se habrá alcanzado la primera fase, y si es muy alta sobrevendrá una explosión de angustia que hará imposible la segunda.

Segunda fase:

En esta fase es importante el sentido de realidad del analizado para que pueda contrastar el objeto real con el arcaico (trasferido). Una de las formas de asegurar que el "Yo" sea capaz de distinguir entre fantasía y realidad, es privarlo de la realidad lo más posible.-

Analizando las fases podemos ver que tienen que ver con la ansiedad, y que la primera libera la segunda, la resuelve.-

Desde la segunda tópica diríamos que la primera fase se dirige al ello y trata de hacer consciente el derivado de la pulsión, mientras que en la segunda fase la toma de conciencia del derivado se acompaña de angustia y se dirige al "Yo". -

Desde Strachey hay ciertas notas definitorias de la interpretación mutativa, que son: siempre es inmediata, específica y progresiva.-

Inmediata, cuando se aplica a un impulso en estado de catexia.-

Específica, dirigida a una emoción que el analizado vivencie como algo actual, en otras palabras tiene que ir siempre al punto de urgencia.-

El testeo de la interpretación

Esta postulación de H. Etchegoyen esta basada en que el único capaz de poder testear una interpretación, es el propio analizado, pues en la situación analítica surge del material que el aporta, y esta dirigida a el por que es el intento de informarle algo que desconoce de si. La interpretación debe ser siempre ofrecida como una hipótesis

que el analizado debe confirmar o refutar, pues sólo a él esta dirigida. Además, el analista no habla de los hechos, sino de lo que el analizado cree que son los hechos.-

La tarea del analista no es convencer ni contradecir al analizado sino mas bien tratar de entender por que piensa así, sin perder respeto por este pensamiento.-

En síntesis, la interpretación es una hipótesis sobre el material, que el analista pone a disposición del analizado, que nunca se refiere a los hechos en forma de opinión, sino que se dirige a la realidad psíquica y no a la realidad objetiva. Articular la realidad psíquica recién conocida (desde la interpretación) con la realidad material de su entorno, es una tarea indelegable del analizado.-

La tarea del analista estará centrada en formular la interpretación desde una apreciación reflexiva de todas las variables, incluida por cierto la contratrasferencia.-

En definitiva plantea H. Etchegoyen, el analizado es siempre el mejor crítico de nuestras interpretaciones, y nadie mejor que él para testearlas.

LOS MECANISMOS DE DEFENSA

Las llamadas Técnicas de ajuste básico, Mecanismos homeostáticos, Estrategias de afrontamiento son, junto a los mecanismos de defensa, mecanismos psicológicos que reducen las consecuencias de un acontecimiento estresante, de modo que el individuo puede seguir funcionando normalmente. Los modelos de comportamiento que componen la psiquis en el ser humano, son un compuesto de fuerzas. Estas fuerzas son las características genéticas, las características instintivas que residen en el inconsciente y los factores de desarrollo, que incluyen: adiestramiento, circunstancias ambientales del individuo, y experiencia y formación. La mayor parte de las personas mantienen un balance equilibrado entre estas fuerzas. Algunas veces el balance es muy tenue y se ajusta con los mecanismos de defensa.

"Estrategias de afrontamiento" se refiere a actividades y comportamientos de las que el individuo es consciente y "Mecanismos de defensa" se refiere a procesos mentales inconscientes. Véase también Prejuicio cognitivo.

Las "estrategias de afrontamiento" pueden ser tanto adaptativas como inadaptativas. Las primeras incluyen evitación de aquellas situaciones que provocan malestar, resolver los problemas y aceptar la situación. Las segundas son, entre otras, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas histriónicas o agresivas y gestos autolíticos. Las estrategias mencionadas como adaptativas pueden transformarse en inadaptativas si se emplean durante mucho tiempo. Por ejemplo, la evitación es una adecuada respuesta precoz a la situación estresante, pero si se mantiene durante mucho tiempo impide los procesos de resolución y aceptación de los problemas.

Los "Mecanismos de defensa", que como se ha dicho son comportamientos inconscientes, son diversas formas de defensa psicológica con las cuales el sujeto consigue vencer, evitar, circundar, escapar, ignorar o sentir angustias, frustraciones y amenazas por medio del retiro de los estímulos cognitivos que las producirían. Entre los mecanismos de defensa se incluyen los siguientes:

Mecanismos de defensa principales

- Condensación
- Desplazamiento
- Disociación
- Formación reactiva
- Negación
- Proyección
- Racionalización
- Represión
- Compensación

Otros mecanismos

- Actuación o paso al acto (*acting out*)
- Altruismo (como mecanismo de defensa)
- Identificación con el agresor
- Identificación proyectiva
- Intelectualización
- Introyección
- Polarización
- Sublimación
- Supresión
- Regresión

Descripción breve de algunos mecanismos de defensa

Los métodos más usados por las personas habitualmente para vencer, evitar, circundar, escapar, o ignorar las frustraciones y amenazas incluyen los siguientes:

Sublimación: el impulso es canalizado a una nueva y más aceptable salida. Se dice que una pulsión se sublima en la medida en que es derivada a un nuevo fin, no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados, principalmente la actividad artística y la investigación intelectual.¹ Ejemplo: el deseo de un niño de exhibirse puede sublimarse en una carrera vocacional por el teatro.

Represión: se refiere al mecanismo mediante el cual el inconsciente nos hace olvidar enérgicamente eventos o pensamientos que serían dolorosos si se les permitiese acceder a nuestro pensamiento (consciente). Ejemplo: olvidarnos del cumpleaños de antiguas parejas, fechas, etc.

Proyección: es el mecanismo por el cual sentimientos o ideas dolorosas son proyectadas hacia otras personas o cosas cercanas pero que el individuo siente ajenas y que no tienen nada que ver con él. Ejemplo: una persona con impulsos homosexuales inconscientes, siente que debe concienciarse de que la gente normalmente cree y acusa a los otros de homosexuales.

Negación: se denomina así al fenómeno mediante el cual el individuo trata factores obvios de la realidad como si no existieran. Ejemplo: fumar provoca cáncer pero la persona lo niega e incluso estima que es favorable para la salud al ser placentero.

Introyección (lo opuesto a proyección): es la incorporación subjetiva por parte de una persona de rasgos que son característicos de otra. Ejemplo: una persona deprimida quizá incorpora las actitudes y las simpatías de otra persona y así, si esa otra persona tiene antipatía hacia alguien determinado, el deprimido sentirá también antipatía hacia esa persona determinada.

Regresión: es el retorno a un funcionamiento mental de nivel anterior ("más infantil"). Ejemplo: los niños pueden retraerse a un nivel más infantil cuando nacen sus hermanos y mostrar un comportamiento inmaduro como chuparse el pulgar o mojar la cama.

Formación reactiva o reacción formada: sirve para prevenir que un pensamiento doloroso o controvertido emerja. El pensamiento es substituido inmediatamente por uno agradable. Ejemplo: una persona

que no puede reconocer ante sí mismo, que otra persona le produce antipatía, nunca le muestra señales de hostilidad y siempre le muestra un cara amable.

Aislamiento: es la separación del recuerdo y los sentimientos (afecto, odio). Ejemplo: un gran amor es asesinado en un incidente. Su pareja narra los detalles con una falta completa de emoción.

Desplazamiento: es la condición en la cual no solo el sentimiento conectado a una persona o hecho en particular es separado, sino que además ese sentimiento se une a otra persona o hecho. Ejemplo: el obrero de la fábrica tiene problemas con su supervisor pero no puede desahogarlos en el tiempo. Entonces, al volver a casa y sin razón aparente, discute con su mujer.

Racionalización: es la sustitución de una razón inaceptable pero real, por otra aceptable. Ejemplo: un estudiante no afronta que no desea estudiar para el examen. Así decide que uno debe relajarse para los exámenes, lo cual justifica que se vaya al cine a ver una película cuando debería estar estudiando.

Cuando las técnicas de ajuste del comportamiento no bastan para equilibrar la realidad, el resultado puede llegar a lo siguiente:

Estrés y respuestas neuróticas como ansiedad y/o depresión, acompañadas frecuentemente por disfunciones biológicas, como las del apetito o el sueño y/o fisiológicas, como las llamadas enfermedades psicosomáticas, por ejemplo, úlceras gástricas o dolores nerviosos.

Conductas desadaptativas más graves, como el suicidio y los trastornos delirantes. Serían recursos defensivos más propios de trastornos de personalidad y de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, no constituyendo empero ningún impedimento como para que cualquier persona recurra a ellos si las defensas de tipo neurótico son insuficientes y el estímulo desborda en intensidad las capacidades defensivas del individuo.

Mecanismos de defensa en Psicología

Los mecanismos de defensa fueron propuestos dentro del psicoanálisis, tanto por Sigmund Freud como por otros como Karl Abraham, pero han entrado ya al acervo común de la psicología en general. La Asociación Psiquiátrica Americana, más recientemente, los ha recogido en una 'Escala de mecanismos de defensa' en el DSM-IV y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana, como eje diagnóstico para estudios posteriores, y les ha dado el apelativo alterno de "estrategias de afrontamiento". Una variedad de autores exponen sus puntos de vista acerca de la función de mecanismos de defensa. Recientemente Arthur Staats ha propuesto que "los mecanismos de defensa implican el funcionamiento de repertorios de lenguaje complejo de modo que reducen la emocionalidad negativa que, de otra forma, la persona experimentaría".

Desde un punto de vista conductual, los seres humanos aprenden a proveerse a sí mismos de estimulación, con lo cual aumentan las probabilidades de anticipar la estimulación ambiental: es decir, se anticipan a su ambiente, con lo cual aumentan su adaptabilidad a eventos futuros similares a eventos de su pasado que hayan tenido algún grado de similitud. Este es el fundamento empírico de la característica que tienen los seres humanos de no sólo recibir y emitir estimulación aversiva de su ambiente, sino también interiorizarla. De este modo, no sólo es motivante evitar la estimulación displacentera del ambiente, sino también evitar aquella del interior (respuestas coverantes). La forma de evitar este tipo de estimulación aversiva coverante, son, justamente, los mecanismos de defensa.

Mecanismos de defensa en Psicoanálisis

Los mecanismos de defensa en la teoría psicoanalítica tienen la función de evitar la censura del superyó, instancia psíquica estructurada a partir de la resolución del Complejo de Edipo. Son auxiliares de la represión, mecanismo éste en el cual las representaciones censurables son eliminadas del discurso consciente. En la concepción de Freud, los impulsos (más correctamente, 'pulsiones') no pueden ser descartados, sino sólo reprimidos en el inconsciente. Las pulsiones tienden, de forma invariable, a su descarga, de modo tal que, si su representación pulsional le es denegada su expresión consciente, es "enmascarada" por medio de la distorsión simbólica. Las diversas formas en que se presenta esta distorsión simbólica se conocen como mecanismos de defensa.

La angustia juega un papel *esencial* en la producción de la defensa, dentro de la teoría freudiana. Ella es una señal de alerta al yo, que es la instancia intrapsíquica que produce los diversos mecanismos de defensa y de adaptación.

El mecanismo de defensa principal, clave para todas las demás, es la represión. Es la estrategia de "mover" los contenidos de la consciencia a otro nivel extra-discursivo (fundamento príncipe de la neurosis) que define a la represión, la que motiva la aparición de todos los mecanismos de defensa. Ese nivel extra-discursivo, que para Lacán sería paralelo al consciente, se conoce como inconsciente.

Después de Sigmund Freud, autores posteriores, como Anna Freud, Melanie Klein y Alfred Adler, han propuesto una variedad de mecanismos de defensa cuya concepción les había ayudado a describir y comprender los fenómenos clínicos que se han observado, en una variedad de sujetos, tanto niños como adultos.

LA CONTRATRANSFERENCIA

En el trabajo con niños, el terapeuta está especialmente expuesto al fenómeno de la contratransferencia. Por ejemplo, hay una mayor "tendencia regresiva". El terapeuta debe aprender a reconocer los sentimientos despertados en si mismo para poder tratar el niño de una manera útil. Los propios sentimientos son un instrumento esencial para la comprensión del niño. Si el terapeuta no atiende la naturaleza de los sentimientos despertados y a su origen (tanto externo como interno), estos pueden entorpecer su trabajo con el niño.

Los aspectos de la contratransferencia que deberían ser trabajados deben incluir:

1. El terapeuta se puede equivocar al identificar en que etapa del desarrollo se halla el niño. Las expectativas pueden no casar con el nivel de maduración del niño o con sus capacidades. El terapeuta puede entonces experimentar objetivos poco realistas, alternados con decepciones.
2. La vivencia de tendencias regresivas por parte del terapeuta durante el juego o el trabajo con el niño, puede provocar la tentación de identificar o comparar sus conductas o infantilizar las conductas del niño.

3. Se puede hacer una mala lectura de la relación del niño con el terapeuta, donde dicha relación es vista como real cuando de hecho tan solo sea una transferencia de los sentimientos del niño hacia sus padres. Los terapeutas suelen tener un buen conocimiento de los sentimientos agresivos de niño, pero pueden estar menos habituados a la seducción del niño hacia el adulto.
4. Los recuerdos del terapeuta de las relaciones de su niñez con sus hermanos y hermanas suelen ser una fuente importante de la ambivalencia del terapeuta hacia el niño. Por ejemplo, la excesiva preocupación (o la falta de preocupación) cuando un niño sube por ejemplo a una silla puede enmascarar un deseo que el niño se haga daño y puede asociarse a sentimientos de culpa si el niño cae. Dicho sentimiento de culpa puede venir por la parcial realización de un deseo inaceptable.
5. El recuerdo de antiguos conflictos en el terapeuta, cuando se expone a ciertos comportamientos del niño, pueden causar ansiedad en el terapeuta. Por ejemplo en forma de agresividad o pensamientos sexuales.
6. A veces el terapeuta puede transferir sentimientos de su niñez en los padres del niño. El terapeuta puede identificarse con el niño en su lucha con sus padres. Entonces pueden ocurrir fantasías de rescate. Por contra, el terapeuta puede identificarse erróneamente con los padres (quizás por una identificación con el mecanismo de agresor) y ejercitar un innecesario control punitivo sobre el niño que tiene una conducta demasiado sexual o agresiva para el confort del terapeuta.
7. A veces el terapeuta simplemente no comprende el significado de cierto comportamiento en un niño. Por supuesto que a todos nos ocurre en alguna ocasión el encontrar un comportamiento inexplicable. Sin embargo, la persistencia de una laguna en la comprensión de un mismo ítem del comportamiento, debe llevarnos a sospechar de la interferencia de un conflicto propio.
8. Un terapeuta puede sentirse deprimido o inquieto durante su trabajo con niños. Descartando que el terapeuta no sufra de una verdadera depresión, existe la posibilidad que las emociones de viejos conflictos hayan despertado y estén interfiriendo en el funcionamiento del terapeuta. En ocasiones, un terapeuta

puede experimentar un gran cariño hacia un niño. Esto también puede afectar su trabajo con el niño.

9. La contratransferencia puede entrar en juego cuando el terapeuta permite o favorece fantasías en el niño; por ejemplo, un terapeuta puede sugerir al niño que él debe defenderse. En ocasiones el terapeuta puede sentir el impulso de fantasear con el niño.
10. Un terapeuta puede necesitar y solicitar la admiración del niño. Este puede representar también una necesidad más profunda e inconsciente del terapeuta y puede no tener el menor interés para el niño.
11. Por contra, discusiones frecuentes con el niño puede sugerir que el terapeuta no está lo suficientemente implicado con el niño.
12. Es habitual que en la relación con un niño surjan problemas de transferencia. Por ejemplo, un niño con retraso puede provocar una reacción contra los sentimientos de culpa en el terapeuta, o al contrario, fantasías omnipotentes de rescate. Los niños pasivos y hostiles pueden despertar la ira en un terapeuta. Los niños agresivos pueden provocar una contraagresión. El terapeuta puede verse amenazado por los niños y adolescentes sexualmente atractivos, llevando a la evitación o a las “excesivas” referencias de temática sexual..

EL TRABAJO SOBRE EL PENSAMIENTO

Es evidente que para obtener algún efecto terapéutico es necesario trabajar sobre el pensamiento (Greenacre, 1956). Los conflictos defensivos restan estructurados a menos que sean tratados de forma repetida y en relación con varios comportamientos, hechos y sentimientos.

Históricamente, este tipo de trabajo se primó desde una *perspectiva educativa* y comparada con el despertar y la progresiva separación progresiva de la libido individual de las tensiones y objetivos que permitirán la vida posterior. Este punto de vista es claramente insuficiente.

Otro concepto, la *experiencia emocional correctiva*, es un aspecto de tratar, al menos en su concepción más moderna. Originalmente, la idea incluía el sustituir los déficits tempranos por relaciones actuales. Desafortunadamente esta idea resultó demasiado simplista. Entre otras cosas, falló en el tener en cuenta el poder de la repetición compulsiva inconsciente. El concepto tiene virtudes, si se modifica para situar al niño en el aquí y ahora con una reacción diferente de sus experiencias anteriores, una reacción que es ahora será más apropiada y no perpetuará las malas interacciones a las que se había acostumbrado.

Por último, con la subida de la *psicología del ego*, el reconocimiento de la necesidad para el trabajo coherente de los patrones de defensa y los afectos (Bornstein, 1948).

Desde un *punto de vista del desarrollo*, el trabajo sobre el pensamiento en niños supone un problema especial. La principal dificultad está en el hecho que los padres vivos siguen presentes y generalmente siguen ejerciendo su influencia que en ocasiones refuerza los conflictos originales del niño. A veces esta interferencia puede ser aliviada por el trabajo concomitante con los padres, con alguna forma de psicoterapia o algunas reuniones regulares entre los padres y el terapeuta del niño. Ocasionalmente, se ve claro que el niño no puede tratar un conflicto mientras esté en el hogar, y puede llegar a ser necesario un plan alternativo, como la separación ambiental en caso de niños mayores.

A veces la dificultad es insuperable en aquel momento, y la terapia debe ser interrumpida hasta que el niño esté en una situación más ventajosa para la terapia. Ocasionalmente, es posible tener al niño en la terapia hasta que tal situación ocurra. En algunos casos el niño puede ser ayudado a comprender el tipo de refuerzos del comportamiento de sus padres y su participación en la respuesta del comportamiento de sus padres. Si la influencia de los padres no es demasiado fuerte, el niño puede ser ayudado a modificar su propio comportamiento para interrumpir el círculo vicioso.

FASE DE FINALIZACIÓN

Los criterios para la finalización incluyen idealmente algún logro real de los objetivos de la terapia: reducción de la ansiedad, mejora en la autoestima, aumento de la tolerancia a la frustración, la desaparición de síntomas, mejora de estrategias, independencia relativa, mejores relaciones con sus iguales y adultos, satisfacción en el trabajo escolar, sentimientos del placer y alegría, y una sensación de progreso en el desarrollo.

En muchos casos, estos logros son juzgados clínicamente antes que científicamente. Clínicamente, no existe una terapia perfecta (o dicho de otro modo, no existe el paciente o terapeuta perfecto). Cada terapia finalmente cesa cuando el niño está más o menos encaminado hacia esos objetivos ideales. Un niño puede haber ganado una mejor comprensión sobre sí mismo y no hay necesidad de alargar la actuación sobre sus anhelos, frustraciones o sentimientos. Puede por ejemplo haber aprendido unos caminos más adaptativos de querer y ser querido.

Sin embargo, en algunos casos, la terapia para simplemente porque hay una sensación de rendimiento decreciente, las resistencias son cada vez mayores, el tratamiento es inapropiado o, por varias otras razones el tratamiento es un fracaso. En una muestra de casos analíticos terminados (N = 49), sólo 14% terminó por el acuerdo mutuo entre padre, terapeuta, y niño (Freud, 1971).

La fase real de finalización suele ser un período útil para explorar la separación, las reacciones a la pérdida, la dependencia versus independencia, y la ansiedad en los progresivos momentos del desarrollo. Algunos niños experimentan una regresión temporal, manifestado por una reaparición de sus síntomas que presentan, ante la partida de al terapeuta. Otros pueden "reconstruir" y recordar el principio de su tratamiento antes de volver a presentar comportamientos regresivos.

Es necesario un periodo razonable de tiempo para tratar estos asuntos, que dependerán en parte de la frecuencia, la duración, y la intensidad de la psicoterapia. Así, cuando la cuestión acerca de cuando terminar ha sido tomada, preferiblemente por acuerdo mutuo, se debe poner una fecha de la finalización que

permita acabar convenientemente la intervención. Este período puede variar de 6 semanas a 3 meses más o menos. La comunicación en el seguimiento es a menudo útil para consolidar el trabajo de esta fase.

TEORIA Y ACCIÓN TERAPEUTICA

Han habido muchos intentos de describir los efectos terapéuticos de la interpretación en términos de insight conseguido (Rothstein, 1989). Sin embargo los niños (y los adultos) pueden lograr un buen insight aunque no mejoren emocional o conductualmente. Aún más, algunos niños (y adultos) puede mostrar una notable mejora sin cualquier evidencia de insight. Este último fenómeno sugiere que otras formas terapéuticas pueden estar trabajando, inclusive los efectos beneficiosos de sentirse querido, consolado, respetado o el sentimiento del niño de ser comprendido. Esto puede resultar ser clarificador y hacerle sentir nuevas y positivas experiencias.

El tipo de interpretación que producirá un llamado insight terapéutico, eso es, un *cambio estructural*, ha sido descrito con nombres diferentes del de insight terapéutico. Por ejemplo, "transferencia" (Fenichel, 1945) o "mutativa" (Strachey, 1934). El punto más significativo son los cambios del inconsciente al conocimiento consciente, que ocurren sólo después de que los derivados del sentimiento original son reconocidos a través de la experiencia y trabajados.

Bergler (1945) consideró que el proceso entero de trabajo del pensamiento se debe centrar principalmente en el manejo y movilización del sentimiento de la culpa.

Devereux (1951) dijo que una interpretación es efectiva cuando prácticamente todo el material consciente y preconsciente que pertenece a la Gestalt neurótica ha sido tratada.

Loewenstein (1951) creyó que el efecto terapéutico se debe a un proceso psíquico en el que cada una de las siguientes partes tienen su respectivo lugar: (A) vencer las resistencias; (B) tratar; (C) recordar y revivir el material reprimido; y (D) el efecto de la reconstrucción.

Los cambios anticipados que resultan de la psicoterapia son también hasta cierto punto una función del desarrollo normal. Por lo tanto, todos los factores que facilitan el normal desarrollo también facilitarán los cambios deseados en la psicoterapia.

La experiencia con el psicoterapeuta no sólo es correctivo, también representa un oasis para el niño, que se encuentra a sí mismo, por lo menos temporalmente, en un ambiente relativamente protegido y facilitador que permite su desarrollo para continuar reduciendo el impacto del trauma y la expresión de sus propias tendencias. Otra forma de explicarlo sería decir que el niño en psicoterapia se encuentra a sí mismo, por lo menos momentáneamente, a cierta distancia de la actual confusión en el desarrollo, una relación sexualizada con un padre, una reacción de la pena ante el nacimiento de un hermano, o las fantasías de espantosos daños corporales.

También se le proporciona al niño una oportunidad para confirmar la correcta percepción de sus padres, llevando a un refuerzo en el aumento de la propia autoestima. El juego del niño, así como el uso de palabras, puesto que representan una etapa intermedia entre la acción y el pensamiento, proporcionan un punto de apoyo donde el niño puede recrearse en los afectos. Más aún, el juego mismo experimenta un desarrollo que lleva consigo un cambio significativo del proceso primario al proceso secundario.

La relación terapéutica diádica proporciona una oportunidad introspectiva para el niño y también sirve para fomentar la identificación con un modelo adulto apropiado. Verdaderamente, el niño puede "pedir prestada" la fuerza, la claridad y la organización del psicoterapeuta en su lucha para tratar una crisis aguda del desarrollo. Más aún, la relación de estima en sí misma y el sentimiento de sentirse comprendido tiene los efectos terapéuticos importantes, quizás a pesar de cualquier insight que pueda haberse logrado (Rothstein, 1989). Otra fuerza terapéutica significativa es el cambio de la desesperación a la esperanza, llevado por un optimismo terapéutico.

El trabajo concomitante con otros miembros de la familia también lleva a cambios en el equilibrio dinámico dentro de la familia; libera el niño y a sus padres de su bloqueo, de las posiciones rígidas y permite que se proceda al desarrollo. Durante

un periodo se permite la oportunidad de examinar la relación con todo detalle, esto contribuye a clarificar la comunicación entre los implicados.

EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA

La evaluación de la efectividad de la psicoterapia es un tema difícil de abordar debido a que tal investigación esta plagada de problemas metodológicos (Hine, 1982). Parloff (1982) revisó casi 500 estudios controlados que proporcionaban evidencias en el resultado y concluyeron que todas las formas del tratamiento psicológico eran comparativamente efectivas en producir beneficios terapéuticos y que tales beneficios son seguramente superiores a los hallados en los controles.

Los resultados de los estudios subsiguientes no han contradicho esta conclusión global, aunque Weissand Weisz (1990) reportó que: (A) los tratamientos conductuales se asocian a efectos más prolongados en el tiempo que los tratamientos no conductuales; (B) la mayoría de estudios de psicoterapia infantil en la práctica clínica real obtiene unos efectos muy pequeños (Weisz et Al., 1992); y (C) los tratamientos psicodinámicos tienen un tamaño del efecto más reducido que los tratamientos centrados en el cliente (0,01 contra 0,56, respectivamente).

Esquive y Russell (1995), sin embargo puso de manifiesto los fallos metodológicos de los estudios de Weiss. Una mejora en la metodología científica en estudios de la psicoterapia infantil es el principal objetivo para estudios futuros.

Otros factores que pueden influir el resultado incluida la motivación para ser ayudado tanto del niño como se su familia, los desórdenes psiquiátricos en los padres, y las actuales condiciones sociales (Graham, 2000).

En un estudio limitado pero controlado, el tratamiento más largo e intensivo fue asociado con una probabilidad más grande de mejora, especialmente entre niños con ansiedad alta o trastorno generalizado de ansiedad, aunque la mayoría de los mayores (> 11 años), niños con un desorden severo se quedaran con el mismo diagnóstico a su fin. Además, los niños con trastorno severos no tratados intensivamente (una dos psicoterapias semanales), más de la mitad (56.5%) no mostró mejora o empeoró.

Desde un punto de vista clínico, el resultado en la psicoterapia es en gran parte un juicio de valor, requiriendo que el terapeuta reconozca los múltiples valores, los criterios, y los factores que entran en tal juicio. Mientras tanto, la investigación en psicoterapia infantil es escasa. Se requiere una investigación científica más y mejor enfocada.

Bibliografía

Aberastury, A. (1969). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. 2ª Ed., Paidós, Buenos Aires.

Freud, A. (1950). The Psycho-Analytic Treatment of Children. International Universities Press, New York.

Harrison, S.I. (1980). Individual psychotherapy. In: Kaplan, H.I. Sadock, B.J. (eds.): Comprehensive Textbook of Psychiatry, 3rd ed. Baltimore, Williams & Wilkins: 2647-2667.

Haworth, M.R. (ed). (1964). Chile Psychoterapy. New Cork, Basic Books.

Klein, M. (1948). Psicoanálisis del niño. Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires.

Lewis, M. (1974). Interpretation in child análisis. J. Am. Acad. Child Psychiatry 13: 32-53.

Malan, D.H. (1983). Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica. Paidós, Buenos Aires -Barcelona.

Winnicot, D.W. (1971). Clínica psicoanalítica infantil. Edic. Horne, S.A.E., Buenos Aires.