

T
539

91343



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTONOMA
METROPOLITANA**

**UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
Y DE LA SALUD**

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

**IATROGENIA Y PROCESO DE TRABAJO
PSICOANALITICO**

T E S I S

**PRESENTADA PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL**

POR

BEATRIZ PIÑA BARBA

México, D.F.

2005

INDICE

I. PROTOCOLO DE LA INVESTIGACIÓN	1
II. PROCESO DE TRABAJO PSICOANALÍTICO	
1. Conceptualización del proceso de trabajo psicoanalítico	11
1.1. El fin del trabajo	12
1.2. El objeto de trabajo	16
1.3. Los medios de trabajo	17
1.4. El resultado del trabajo	18
2. Dinámica y evolución del proceso de trabajo psicoanalítico	21
3. ¿Cómo es el proceso de trabajo psicoanalítico en México hoy?	
3.1. Contexto social, modelos de atención en salud mental y tendencias actuales del Psicoanálisis	31
3.2. Características del proceso de trabajo psicoanalítico	35
3.2.1. Práctica liberal con incertidumbre económica	36
3.2.2. El aislamiento en el proceso de trabajo	37
3.2.3. Borramiento de los límites de la vida personal del terapeuta	39
3.2.4. Sobredemanda emocional, fatiga y frustración	41
3.3. Evolución del saber psicoanalítico, institucionalización en México y formación de recursos humanos	
3.3.1. Psicoanálisis e institucionalización	43
3.3.2. Salud mental e institucionalización del psicoanálisis en México	52
3.3.3. La formación del psicoanalista	55
III. EL ACTO IATROGÉNICO	
1. Definición y causas	64
1.1. Fallas Éticas	69
1.2. Fallas Técnicas	70
1.3. Fallas de Oficio o del Proceso de Trabajo	71
2. Iatrogenia derivada del Oficio o del Proceso de Trabajo	72
2.1. Acto iatrogénico generado en el saber psicoanalítico	72
2.1.1. Corrientes teóricas en la causalidad de la enfermedad mental	74
2.1.2. Conceptualización de la salud mental	78
2.1.3. Etiquetamiento versus diagnóstico	86
2.1.4. Interpretación e ideología	91
2.2. Acto iatrogénico generado en la relación terapéutica	98
2.2.1. Iatrogenia y encuadre psicoanalítico	98
2.2.2. La repetición del daño	110
2.2.3. El abuso de poder	117
2.3. Acto iatrogénico generado en el deterioro del terapeuta	133

IV. RECURSOS CONTRA LA IATROGENIA

1. Recursos existentes	140
1.1. Consideraciones Legales	141
1.2. Asociaciones Profesionales	147
2. Propuesta de limitación de la Iatrogenia	148
2.1. Educación y participación de los usuarios	148
2.2. Crítica de nuestro saber y nuestra práctica	151
2.3. Consideraciones para prevenir el deterioro del terapeuta	152

V. CONCLUSIONES	157
------------------------	-----

VI. BIBLIOGRAFÍA	159
-------------------------	-----

I. PROTOCOLO DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema.

Ya que el psicoanálisis se desarrolla en nuestro país como una respuesta alternativa a la solución hegemónica que constituyó la psiquiatría en el terreno de la salud mental, sus agentes tienden a considerar que su práctica es por sí misma transformadora y la consideran exenta de efectos secundarios indeseables en la medida en la que ésta respete sus postulados teórico-técnicos en forma ortodoxa.

El carácter liberal del psicoanálisis promueve una intensa competencia entre sus practicantes, por lo que la iatrogenia que se genera, cuando es advertida por ellos, tiende a considerarse un problema básicamente atribuible al paciente, o bien a la corriente errónea a la que pertenece el profesional, o finalmente un problema de mala práctica que delata su falta de destreza o su falla ética. Tal visión restringe la posibilidad de describir o tipificar adecuadamente el problema, e impide el acceso a un análisis suficientemente explicativo que nos permita aprehender el fenómeno y formular soluciones eficaces.

Por tanto, en el presente trabajo intentaré dar respuesta a la siguiente interrogante teórica:

¿Es posible explicar el problema de la iatrogenia provocada por el trabajador psicoanalítico, como una resultante del proceso político-social que constituye la práctica misma del psicoanálisis y que se expresa cotidianamente a través del proceso de trabajo psicoanalítico?

Objetivos.

General:

Analizar los diversos elementos del proceso de trabajo psicoanalítico como generadores potenciales de iatrogenia.

Específicos:

1. Definir las particularidades del proceso de trabajo psicoanalítico en el México de hoy.
2. Describir las diferentes causas del acto iatrogénico en el campo psicoanalítico.
3. Caracterizar los actos iatrogénicos derivados del proceso de trabajo psicoanalítico.
 - Analizar las características del desarrollo del saber psicoanalítico, focalizando los problemas institucionales, así como los teóricos y metodológicos más relevantes en la génesis de iatrogenia.
 - Describir cómo la asimetría de poder en la díada analítica conlleva riesgos específicos que facilitan la iatrogenia.
 - Evidenciar las características del trabajo del terapeuta que provocan su deterioro o estancamiento, con la consiguiente producción de iatrogenia.

Justificación.

Durante los 20 años que he estudiado, practicado y enseñado la psicoterapia psicoanalítica, he constatado entre mis compañeros de oficio varias ideas sostenidas por el consenso general, tales como que nuestra práctica no produce

efectos negativos en los pacientes si nuestro desempeño técnico es adecuado, o que la iatrogenia debe prevenirse primordialmente mediante el cuidado en la selección y formación de mejores profesionales, subrayando el pulcro manejo de los aspectos éticos en la atención que brindan. Tales ideas parten de una visión de la práctica psicoanalítica al margen de su devenir histórico social y hacen aparecer a sus agentes como los únicos responsables de las fallas terapéuticas, sin considerar que estas no son debidas principalmente al mal desempeño personal, sino aún más, a limitaciones ideológicas del saber psicoanalítico, a las limitaciones propias del dispositivo que la cura debe emplear, o al carácter liberal y marginal de esta práctica terapéutica.

Tal situación me convenció de la necesidad de contar con un abordaje del problema de la iatrogenia en el terreno psicoanalítico, que partiendo del análisis de esta práctica profesional desde la perspectiva de la Medicina Social, amplie la visión de la responsabilidad individual, hasta abarcar las causas sociales, históricas y políticas del potencial patógeno de dicha práctica en el México actual.

Convencida de que tal abordaje permitirá la visualización de medidas de prevención de la iatrogenia más eficaces, considero que la importancia del presente trabajo no radica en la originalidad de sus postulados, sino en la posibilidad de que se constituya en un documento de divulgación entre el gremio psicoanalítico, para que promueva un debate que genere respuestas colectivas mejores a las que se manejan actualmente dentro de las instituciones, y a nivel de la práctica individual, genere una vigilancia de nuestro quehacer también basada en la conciencia del papel político-social que nuestro oficio implica.

Antecedentes.

Después de la segunda guerra mundial, el psicoanálisis se extendió al continente americano desde sus dos extremos: Estados Unidos y Argentina.

El psicoanálisis llegó a México por los años cincuenta, con el asentamiento de Erich Fromm en Cuernavaca y el regreso de los médicos que fueron a formarse como psicoanalistas en los Estados Unidos de Norteamérica, Europa y Argentina.

En los setenta, el psicoanálisis lacaniano llegó del mismo cono sur, brindando nuevos aires polémicos al panorama del quehacer psicoanalítico en el país.

Sin embargo, a medio siglo de la llegada de tal instrumento radical para el conocimiento de la conducta humana, la población mexicana que solicita someterse a un psicoanálisis es cada vez más escasa; su influencia en el ámbito de otros campos del conocimiento o en la determinación de políticas de salud es cada vez más débil; las instituciones psicoanalíticas, que contienen una tendencia a la fragmentación signada por su adhesión a determinadas posturas ideológicas y corrientes de pensamiento, además, se han burocratizado; y la aportación de ideas originales o nuevas en nuestro país parece frenada, por todo ello se afirma que la disciplina está en crisis.

El ciudadano común visualiza hoy al psicoanálisis tanto por la forma en que se le ha caricaturizado tradicionalmente (monólogo vacío de un personaje extraño asistido por un profesional únicamente interesado en la conclusión de la sesión y la recepción de sus respectivos honorarios), como por su cobertura elitista y el potencial patógeno que se le asocia: dependencia emocional y enajenación al deseo del analista; cambio restringido a la percepción del mundo y de sí mismo.

no abarcando las actitudes y las acciones transformadoras en la vida del paciente, por mencionar sólo los lugares comunes.

Completamente ajenos a esta noción común del ciudadano corriente, los que se dedican al psicoanálisis (psicoanalistas y psicoterapeutas de orientación psicoanalítica), se refugian en la convicción de que su práctica contiene en sí misma un elemento transformador del individuo al develar su propio objeto de estudio, el inconsciente. Fascinados por la fantasía de practicar una disciplina **per se** liberadora, su capacidad de pensar en las limitaciones y la potencialidad patógena de su saber y de su praxis se desvanece; definidos **de una vez y para siempre** como elementos en el ejercicio de una disciplina crítica, se distancian de la crítica de su propio devenir.

Ejercer una práctica liberadora exenta, en teoría, de que tal sea calificada de iatrogénica, por ello el psicoanalista parece siempre sorprendido frente a esa posibilidad y recurrentemente apela a la presencia, o no, de la "divina ortodoxia" que le protegería seguramente de alguna peligrosa desviación de la meta. Al igual que los buenos cirujanos, si el paciente se infecta y se dice que la enfermedad fue producida por el médico, lo primero que piensan es que la intervención no fue suficientemente aséptica. El problema de la iatrogenia se reduce así y se aborda primordialmente desde los aspectos técnicos de la práctica.

Tradicionalmente se entiende por **iatrogenia** la enfermedad o el daño que producen las intervenciones del médico. En el ámbito de la salud mental y para evitar reduccionismos como el ejemplificado anteriormente, conceptualizaremos a la iatrogenia, como: **"el conjunto de daños o el agravamiento de las enfermedades preexistentes, resultantes de la intervención con fines**

terapéuticos de cualquier trabajador de la salud mental, emprendida individual o colectivamente, y que no necesariamente traducen una mala práctica profesional”.

Esta definición implícitamente hace una distinción entre iatrogenia y mala práctica, entendiendo a esta última sólo como una de las múltiples determinantes de iatrogenia. Distinción necesaria, ya que en el ámbito de las ciencias de la salud, como hemos dicho, el problema de la iatrogenia se intenta prevenir fundamentalmente a partir de los aspectos técnicos, ya que se piensa que a una mejor preparación académica y a un estricto cuidado del desarrollo de las destrezas del profesional, corresponderá necesariamente una disminución importante del fenómeno.

La Medicina también, desde la década de los setenta, dadas las presiones sociales fundadas en la crisis y el descrédito de la medicina institucional, ha desarrollado todo un cuerpo de conocimientos y técnicas para vigilar la “calidad de la atención médica”, ha conformado organismos especializados en tal vigilancia, para dar respuesta a los problemas de iatrogenia que se producen sobretodo a nivel de las instituciones de salud, pero también a los generados por la medicina privada. No obstante, a pesar de los muchos avances que se han acumulado, la visión desde la que se trata de atacar el problema es restringida, pues se aboca a los aspectos organizativos de la prestación de servicios, buscando la optimización de los recursos humanos y materiales, siguiendo una lógica administrativa, que descuida los aspectos cualitativos de la atención médica. En general, se trata de tornar eficientes los servicios de atención, logrando una mayor cobertura con los menores recursos posibles. Los aspectos cualitativos se contemplan en términos

de capacitación de los recursos humanos, en el mejor de los casos, cuando no se trata solamente de lograr la contratación de los recursos más calificados.

Mucho más abarcativa era ya la apreciación de Iván Illich (1975), quien visualizando el carácter patógeno de la medicalización de la sociedad moderna, criticó al sistema de asistencia a la salud en las sociedades capitalistas como generador de iatrogenia a nivel clínico y social. En su opinión, la génesis principal de iatrogenia radicaría en un modelo médico que privilegia la asistencia sobre la prevención, en el consumo indiscriminado de medicamentos, en la dependencia de la atención médica, en la conversión de la salud en una mercancía, en el creciente etiquetamiento de los problemas de salud, o en la expropiación del poder del individuo para curarse a sí mismo, por mencionar sólo algunas de sus ideas.

Y es necesaria una conceptualización amplia que posibilite el análisis de la génesis de la iatrogenia en el campo psicoanalítico, que no se reduzca al desempeño individual de los profesionales, sino que enlace los daños resultantes con la manera misma como se organiza colectivamente su quehacer, como se obtiene su saber y como se articulan (quehacer y saber) con el resto de los intelectuales y de la sociedad.

No es posible ignorar en dicho análisis que la hegemonía del modelo psiquiátrico de atención de la enfermedad mental ha fomentado la marginalidad del psicoanálisis argumentando que su posibilidad de cobertura es bien restringida, su rentabilidad nula y su eficacia requiere del muy largo plazo; también ha limitado las posibilidades de aplicación del saber psicoanalítico en sus potenciales propuestas de prevención de la enfermedad, al haber casi eliminado este saber del "ámbito

científico" deseable en las instituciones de salud y en la planeación de políticas del sector.

No es posible dejar de lado tampoco, que en nuestro país tal marginación ha inducido un desarrollo del psicoanálisis muy particular, ya que se convirtió en una práctica que creció contracorriente, amurallada ante la crítica externa, extremadamente cuidadosa de una ortodoxia que se esperaba garante de buenos resultados, con una técnica que exige gran disciplina y autoconocimiento de sus agentes y que amerita de una formación por tanto muy "artesanal" que se ha intentado resguardar en institutos pequeños, que carecen de la confrontación de ámbitos mayores del saber en el propio campo de la salud mental y de las otras ciencias que podrían confrontar su saber, tales como las neurociencias, las ciencias sociales, la antropología, la filosofía, la epistemología, etc.

Ni sería adecuado desconocer que el carácter de práctica liberal y no hegemónica del psicoanálisis ha restringido también la investigación y el avance de su saber. Por principio, el profesional independiente depende de su práctica clínica para sobrevivir, por lo que la investigación individual es una actividad difícil, además de que la casuística reducida es una limitante importante. En los institutos psicoanalíticos existe como tarea primordial la docencia y generalmente no existe presupuesto suficiente para la investigación. Por último, en las universidades y el sector salud la práctica psicoanalítica no es objeto de investigación, lo mismo que no es prioritario su saber.

Todo ello obliga a replantear el abordaje de la iatrogenia que se genera en el campo psicoanalítico, desde una perspectiva que dé cuenta del carácter social de su saber y su quehacer, y que por tanto posibilite el señalamiento de medidas

preventivas de mayor alcance que las que se proponen actualmente, y que no rebasan el marco del mejoramiento de la capacitación teórico-técnica de sus agentes, o de la ampliación de los aspectos éticos en su práctica.

Y puesto que en la formación del psicoanalista y del psicoterapeuta psicoanalítico se ha puesto un énfasis casi exclusivo en el aprendizaje de los postulados teóricos y técnicos de esta disciplina, -pues el nivel de complejidad y la práctica requerida es tan absorbente que no deja espacio para el abordaje de otros materiales-, y la visión del profesionista promedio es parcial y bastante restringida al área de la clínica, también es necesario que este abordaje se difunda entre los profesionales del psicoanálisis a fin de fomentar una visión crítica sobre su praxis, desde la perspectiva de la Medicina Social.

Hipótesis.

Contrariamente a la opinión generalizada de que la iatrogenia causada por las intervenciones terapéuticas de los trabajadores psicoanalíticos es principalmente la resultante directa de fallas individuales, técnicas o éticas, de profesionales singulares, se propone que:

1. La iatrogenia se genera desde el saber psicoanalítico, que conlleva siempre una postura ideológica, desde la delimitación operativa del concepto de salud-enfermedad, hasta la adopción de valores normatizadores implícitos en la intervención terapéutica.
2. La iatrogenia se genera desde el poder que detenta el psicoanalista sobre el paciente, pues su técnica curativa se erige sobre la inducción de una situación regresiva en el mismo.

3. La iatrogenia se genera desde el propio proceso de trabajo, que induce estados de vulnerabilidad y deterioro en el psicoanalista.

Metodología.

Se trata de una investigación bibliográfica que permita la elaboración de un texto de difusión hacia los trabajadores en salud mental, sobre la génesis de iatrogenia en el mismo proceso de trabajo psicoanalítico, bajo la perspectiva de la Medicina Social.

Debido a la ausencia en México de textos con una visión sobre el tema distinta a la de su causación imputable a fallas técnicas o éticas, se intentarán desarrollar las articulaciones teóricas que den cuenta del fenómeno bajo la perspectiva de su determinación histórico-social.



II. PROCESO DE TRABAJO PSICOANALÍTICO

Ni el papel social del psicoanalista, ni la calidad de sus intervenciones, son fijadas por su propia intencionalidad, sino que están determinados y adoptan las formas establecidas por la estructura social en su conjunto, ámbito en el que se concibe y organiza la atención a la salud mental a la que pueden recurrir sus miembros.

Si la función social del psicoanalista es la de actuar como elemento de liberación personal, o bien como coadyuvante de procesos de enajenación, adaptación y conservación del statu quo, ello no depende sólo, ni fundamentalmente, de la voluntad de los profesionales considerados individualmente, sino sobretodo de las características que su trabajo adopta, trabajo cuyas características derivan de un proceso político-social específico que permea tanto su saber como sus formas de realizar las intervenciones terapéuticas.

Por ello es necesario abordar el análisis del proceso de trabajo psicoanalítico, para ubicar en su interior tanto los elementos que determinan las posibilidades de éxito y transformación integradora, como el potencial patógeno o iatrogénico que pueda precipitar la relación terapéutica.

1. *CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO PSICOANALÍTICO.*

Braverman (1982) define al trabajo en general como una actividad que altera materiales partiendo de su estado natural, para mejorar su utilidad. El trabajo humano es consciente y con un propósito, lo que lo diferencia del trabajo animal; su mecanismo rector es la fuerza del pensamiento conceptual, sin embargo la unidad de concepción y ejecución puede ser disuelta, como de hecho sucede en la producción industrial. Afirma que el proceso de trabajo contiene tres elementos

simples antes de obtener un resultado: la actividad personal del hombre, es decir, el propio trabajo adecuado a un fin; la materia a la que se aplica el trabajo, es decir, el objeto de trabajo; y los medios por los cuales actúa, que son las cosas que el hombre interpone entre él y el objeto de trabajo, como conductores de su acción y abarcan también todas las condiciones materiales indispensables para su realización.

Si intentamos identificar los elementos descritos por Braverman en el proceso de trabajo psicoanalítico, obtendremos una definición más precisa de nuestra unidad de análisis, a saber, la relación terapéutica.

Consideraremos *que la relación terapéutica (establecida entre el terapeuta y el paciente) es la unidad básica del proceso de trabajo psicoanalítico, en la que el profesional, poseedor del conocimiento y las habilidades necesarias, brinda escucha e interpretación a otra persona portadora de una necesidad o conflicto, quien establece con él un diálogo sujeto a ciertas reglas metodológicas, en un lugar constante y bajo un encuadre específicos, con la finalidad de develar parcialmente su inconsciente, y cuyo resultado esperado es la transformación de la normatividad de la vida del portador de la necesidad, en el nivel psíquico.*

Esta definición requiere de consideraciones adicionales acerca de los siguientes elementos :

1.1. El fin del trabajo.

Cuando se afirma que el proceso de trabajo psicoanalítico tiene la finalidad de develar el inconsciente del portador de la necesidad, se asume la premisa de que

tal acción promueve la salud mental, siendo el elemento terapéutico que distingue al psicoanálisis de las demás terapias que actúan a través de la palabra.

Para lograr el acceso al inconsciente es necesario un trabajo arduo sobre las resistencias que impiden su conocimiento, por lo que se requiere de la acumulación generalmente de muchas horas de trabajo para que la persona logre visualizar por un momento sus motivaciones más profundas.

Freud consideró útil el psicoanálisis en el tratamiento de las neurosis y las histerias únicamente. La inclusión posterior de un abanico mayor de enfermedades tornó indispensable la modificación de la técnica clásica diseñada por Freud, lo que dio lugar al auge de la **psicoterapia psicoanalítica**, que conservando los principios generales, permitía la modificación del encuadre y de los objetivos a perseguir. La psicoterapia psicoanalítica es así una aplicación del psicoanálisis que privilegia la noción de conflictos intrapsíquicos que deben ser resueltos a través de la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta.

Según Kernberg (1979), la psicoterapia psicoanalítica puede definirse como un tratamiento de base de orientación psicoanalítica, que no trata como objetivo, de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes y por tanto, las resistencias, sino que más bien intenta solucionar parcialmente algunas resistencias y reforzar otras, con la subsiguiente integración parcial de las pulsiones reprimidas previamente en el yo adulto. Como consecuencia puede tener lugar un aumento parcial de la fortaleza y flexibilidad del yo, lo cual permite una represión más efectiva de los instintos residuales dinámicamente inconscientes, y una configuración instintivo-defensiva que mejora los aspectos adaptativos de las formaciones de carácter. No se trata de un psicoanálisis en pequeño, sino de una

modalidad terapéutica derivada del mismo y que, aún cuando posee metas más restringidas, representa un tipo de tratamiento aplicable a gran número de pacientes, y que por tanto, aporta una contribución extremadamente valiosa.

Históricamente observamos que las secuelas de la segunda guerra mundial, que representaron nuevas demandas masivas de atención en salud mental, propiciaron la aplicación de la psicoterapia psicoanalítica en la terapia de grupos, lo que demostró en la práctica ser otra herramienta eficaz, al igual que la terapia de niños, por lo que en la medida que la psicoterapia se fue desarrollando y especializando, el psicoanálisis clásico se fue reduciendo, conservando en la actualidad indicaciones precisas que no incluyen la mayor parte de la patología que hoy presenciamos con mayor frecuencia a nivel internacional.

Puntualizaremos algunas de las diferencias principales entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica (PP):

- El psicoanálisis provoca el desarrollo de una neurosis regresiva de transferencia que debe ser resuelta únicamente por la interpretación. La PP evita una profunda regresión transferencial, y utiliza como herramientas importantes la confrontación, la clarificación y la interpretación.
- El psicoanálisis aspira a la más completa reestructuración de la personalidad, a través del despliegue y resolución de la neurosis transferencial. La PP intenta aclarar y modificar algunas áreas determinadas de la estructura mental del paciente, resolviendo las perturbaciones derivadas del conflicto intrapsíquico fundamental, aún cuando éste puede permanecer escasamente develado.

- Los síntomas y sufrimientos que aquejan al paciente, y que le condujeron al tratamiento, constituyen el foco de atención de la PP. Tal focalización sería impropia en el psicoanálisis, cuya atención se dirige al descubrimiento lo más completamente posible del inconsciente y de la transferencia, siendo la mejoría sintomatológica un simple resultado de tal comprensión.
- El psicoanálisis trabaja sobre la neurosis regresiva transferencial, mientras que la PP lo hace sobre reacciones transferenciales en momentos determinados.
- En la PP la neutralidad técnica queda matizada por la necesidad de intervenir para reforzar el contacto con la realidad para evitar una ruptura psicótica, aportar el interés por investigar o centrar la atención sobre determinados aspectos de la vida real o psíquica del paciente, etc.
- Los métodos y el encuadre (uso del diván, duración abierta del tratamiento, etc.) en psicoanálisis tiende a facilitar la regresión. En la PP el énfasis está puesto en la realidad en la que se halla inserto el paciente y en la que vive en su relación con el terapeuta.

Freud dedicaba normalmente seis sesiones por semana a sus pacientes y solía advertirles que un psicoanálisis eficiente requiere de un tiempo prolongado para lograr éxito. Sólo frente a casos leves o en la continuación de tratamientos muy avanzados consideraba suficientes tres horas semanales. Recomendaba una cuidadosa selección de los pacientes a fin de evitar fracasos terapéuticos, rechazando a aquéllos que no poseyeran un cierto nivel cultural y condiciones de carácter en las que se pudiera confiar. Frente a todas estas condiciones es

notorio que sólo personas pudientes podían soportar un tratamiento tan dispendioso en tiempo y en dinero.

No obstante la comprensión de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, deseamos subrayar que el proceso de trabajo en ambos casos involucra a los participantes en forma similar, siendo distinto primordialmente el manejo técnico de acuerdo a los **objetivos o metas** de cada una, pero permaneciendo comunes los fenómenos que las caracterizan, por lo que en la mayor parte de nuestro trabajo nos referimos a ambas como integrantes del campo psicoanalítico sin considerarlas por separado.

1.2. El objeto del trabajo.

El objeto de trabajo es la psique de la persona portadora de una necesidad o conflicto. Es portador de una necesidad en tanto se percibe como enfermo, o concibe como indispensable el recibir un servicio para resolver en mejor forma sus conflictos, o para alcanzar algún otro objetivo personal (por ejemplo conservar la inscripción en una escuela, satisfacer una situación legal, etc.).

Por tanto, dicha necesidad no debe ser comprendida como "natural", mucho menos si se acepta que le son inherentes las determinaciones sociales que conducen al individuo a percibir o no la enfermedad. Es decir, si se reconoce que la percepción de la enfermedad y simultáneamente la aparición de la necesidad están determinadas por la ubicación social del individuo, y que la teoría acerca del objeto define dónde y cuándo una necesidad se justifica; entonces la necesidad con la que se confronta la práctica psicoanalítica puede ser pensada como una particularidad históricamente determinada de su objeto. En este sentido se puede

afirmar también que la relación psicoanalítica toma para sí como objeto las estructuras de normatividad de las clases sociales, lo que se traduce en intervenciones diferenciales acordes con las necesidades asumidas y las formas de “andar en la vida” consideradas como deseables para cada grupo social.

Simultáneamente, al actuar sobre su objeto portador de una necesidad definida y normatizada socialmente, la relación psicoanalítica se convierte también en una práctica político-ideológica.

Así bien pronto en la historia del campo psicoanalítico, el psicoanálisis clásico se reserva para la gran burguesía y la psicoterapia psicoanalítica para la pequeña burguesía, siendo sus modalidades de grupo y de familia las que principalmente se ubican al alcance de los estratos bajos de la población. Las razones económicas de tal distribución pronto se confunden con la **falacia ideológica** de que el psicoanálisis es el ideal inalcanzable a perseguir, y que la psicoterapia psicoanalítica constituye un mero paliativo comparativamente muy inferior en eficacia al ideal ortodoxo.

1.3. Los medios de trabajo.

A diferencia de las grandes transformaciones tecnológicas y el giro organizativo que ha colectivizado el ejercicio de la medicina, la práctica psicoanalítica constituye hoy el bastión más incoercible de la medicina liberal. No han habido transformaciones mayores que la implementación colectiva de la cura en las terapias grupales, familiares o de pareja, en las que en ocasiones también pueden ubicarse dos profesionales, en vez de uno.

Por tanto, además del lugar en que se realiza el trabajo, que idealmente debe permanecer invariante, sólo se requieren algunos muebles que brinden un poco de comodidad y permitan el desarrollo de la asociación libre de la mejor manera posible.

La relación psicoanalítica es un proceso de trabajo sui géneris, pues utiliza como medio de conocimiento del inconsciente de la persona portadora de la necesidad, el propio inconsciente del psicoanalista, lo cual implica un desgaste durante el trabajo, a nivel emocional y psíquico en mucha mayor medida que en otros procesos de trabajo, ya que se constituye la propia psique en el principal instrumento de trabajo (ver capítulo 3b).

1.4. El resultado del trabajo.

El saber psicoanalítico clasifica las características de su objeto, en "normales" o "patológicas" y crea técnicas de instauración o recuperación de lo "normal". En esta forma obtiene como resultado una modificación en la normatividad de su vida por lo menos a nivel psicológico, aunque usualmente esto tendrá repercusiones también en el nivel biológico y social, es decir, en su propio cuerpo y en las relaciones sociales que el individuo establece.

Durante el proceso de trabajo, atiende las necesidades (socialmente definidas) del hombre que sirvió como objeto de trabajo, en formas diversas, acordes con su clase social de pertenencia. Así la curación puede ser concebida como la (re)conquista de un estado de estabilidad de las normas psicológicas valorizadas socialmente. El resultado de la relación psicoanalítica, siguiendo a Canguilhem (1966), conduciría a la obtención de "otro modo de andar en la vida".

Los resultados que el psicoanálisis puede brindar al paciente han sido ampliamente cuestionados, ya que la disciplina pretende un cambio en la estructura psíquica y no sólo la remisión de síntomas, por lo que a continuación esbozaremos el campo de discusión.

La mayoría de los psicoanalistas suponen que los trastornos neuróticos persisten en tanto no sean tratados mediante la terapia, por eso la mejoría de un paciente tratado durante muchos años se considera como un éxito atribuible al análisis. En contrario, cita Eschenröder (1984) que en aproximadamente dos tercios de los pacientes neuróticos cabe esperar una mejoría de su estado con independencia de que sean o no sometidos a tratamiento.

Muchos investigadores sostienen que el éxito de las psicoterapias no depende primordialmente de los métodos específicos que proponen las diferentes escuelas, sino más bien de características generales de la relación terapéutica.

Para Jerome Frank (citado por Eschenröder) existen cuatro elementos generales que desempeñan un papel importante, a saber, la confianza del paciente en la competencia del terapeuta y en su disposición para ayudarlo; la aprobación social que respalde la forma de terapia elegida; la compatibilidad ideológica entre la teoría terapéutica y la cosmovisión del paciente; y finalmente, la aportación que la terapia le brinde para su autoconocimiento y alternativas de cambio. Así, para este autor, la eficacia terapéutica radica en las funciones generales de la psicoterapia: ayudar al paciente a aclarar sus dificultades, a examinar sus creencias y a encontrar nuevas soluciones a los problemas; despertar la esperanza de una mejoría; conseguir que el paciente viva ciertas experiencias de

éxito; ayudarle a atenuar el alejamiento de sus semejantes; provocar una reanimación emocional que facilite cambios de actitud y de conducta.

Los resultados de algunas investigaciones comparativas concluyen que los factores terapéuticos generales son más importantes que los métodos específicos de las distintas corrientes de psicoterapia, al no encontrar diferencias significativas en los grupos estudiados. Esta conclusión es discutible ya que generalmente los estudios privilegian la remisión de síntomas y no necesariamente los cambios en la forma de enfrentar nuevos problemas.

Desgraciadamente son relativamente escasas las investigaciones controladas sobre los procesos y resultados terapéuticos en el campo psicoanalítico, en el que el énfasis no está puesto en la sintomatología.

Acerca de los fines del tratamiento, Freud (1904, El método psicoanalítico) afirma que...*"el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce. Cuando el tratamiento no ha sido suficientemente prolongado o no ha alcanzado éxito suficiente, se consigue, por lo menos, un importante alivio del estado psíquico general, aunque los síntomas continúen subsistiendo, aminorada siempre su importancia para el sujeto y sin hacer de él un enfermo"*.

En su artículo "Análisis terminable e interminable", Freud se pronuncia con mucha cautela sobre las perspectivas de éxito del psicoanálisis. Sólo en el caso de un trastorno neurótico atribuible fundamentalmente a sucesos traumáticos del pasado, afirma, cabe esperar un éxito duradero. Y añade: *"Si el paciente que ha sido curado nunca produce otro trastorno que necesite psicoanálisis, no sabemos*

hasta qué punto su inmunidad no es debida a un hado benéfico que le ha ahorrado tormentos demasiado graves”.

Fuerzas pulsionales demasiado intensas o la existencia de un yo limitado, son elementos señalados como limitantes de la eficacia del tratamiento y que pueden prolongarlo indefinidamente. Freud describe diversos casos en los que tras un análisis en apariencia positivo surgieron graves recaídas, entre ellos, el del llamado “hombre de los lobos”.

Freud desecha la hipótesis de que se pueda proteger al paciente mediante un análisis profundo, contra los trastornos futuros. Considera además poco viables los esfuerzos realizados para abreviar la duración de la terapia.

Este juicio extraordinariamente escéptico de Freud sobre los éxitos terapéuticos en psicoanálisis contrasta con las afirmaciones de otros psicoanalistas, según los cuales sólo el psicoanálisis puede llevar a cambios duraderos y profundos de la personalidad. Y tal parece que este juicio cauteloso y modesto de Freud, se ajusta mucho mejor a los resultados de las investigaciones empíricas sobre sus efectos prácticos.

2. DINÁMICA Y EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO PSICOANALÍTICO.

El psicoanálisis supuso en sus inicios que la curación era posible al hacer accesible a la conciencia lo inconsciente, lo cual se lograba con el vencimiento de las **resistencias** (mecanismos de defensa psíquicos tales como la represión, la escisión, o el establecimiento de la transferencia).

En el curso de tratamiento psicoanalítico el paciente debería conocer y superar sus resistencias a fin de poder disponer de nuevo, en forma consciente, de los impulsos y recuerdos reprimidos. La concienciación y la reelaboración del material reprimido conduciría a una mayor integración de la personalidad.

La supresión de las amnesias culminaría, según Freud, en el restablecimiento de la capacidad de disfrute y goce del sujeto, o por lo menos en un importante alivio del estado psíquico general. Para Freud, todo lo olvidado habría sido, por cualquier motivo, penoso para el sujeto; las aspiraciones de su personalidad al considerarlo como temible, doloroso o vergonzoso, habrían expulsado de la conciencia estas ideas o tendencias patógenas. Si el mecanismo de **represión** fue exitoso la persona no presenta síntomas, pero en la enfermedad, ante el debilitamiento de tal mecanismo, el deseo que permanece en lo inconsciente en espera de su realización, envía a la conciencia una camuflada formación sustitutiva de lo reprimido. Tal producto sustitutivo de la idea reprimida constituye el **síntoma**.

El psicoanálisis surgió así como un método terapéutico y una disciplina para la investigación de las leyes que rigen el devenir del inconsciente, leyes que sólo pueden inferirse a través de sus manifestaciones indirectas.

Los síntomas conforman el lenguaje en que se manifiestan las enfermedades psíquicas, su esclarecimiento sólo es posible mediante el análisis del discurso del paciente. A través del diálogo psicoanalítico se intenta la comprensión de las alteraciones en el funcionamiento psíquico, develando su significado inconsciente y la forma como llegaron a producirse.

Se trata de un diálogo con características especiales, que difiere de los contactos sociales comunes, por lo que al método psicoanalítico también se le conoce como "**asociación libre**". Para que el sujeto pueda asociar libremente, se le proporciona un lugar cómodo (diván) en que pueda relajarse, un medio constante (mismo consultorio y sin cambios en la decoración) para evitar distracciones y se le insta a seguir la "regla fundamental" (que persigue la exclusión de las intenciones y finalidades conscientes del paciente), la de comunicar todo lo que acuda a su mente aún cuando lo juzgue de trivial, impertinente, incoherente o vergonzoso.

El material así proporcionado por el paciente no aporta propiamente los elementos "olvidados activamente", pero sí claras alusiones que el médico puede reconstruir con el auxilio de ciertos complementos como la **atención flotante** (forma de escucha del terapeuta) y la **contratransferencia** (sentimientos, ideas y fantasías que despierta en el terapeuta la interacción con el paciente). (Lacan, 1979).

Así, a la asociación libre del paciente corresponde una forma de escucha particular en el analista, la atención flotante, que consiste en un seguimiento del discurso del paciente durante el cual el terapeuta debe abandonarse simultáneamente al curso de sus propias ideas inconscientes.

El descubrimiento y la traducción de lo inconsciente a través de la **interpretación** se lleva a cabo contra una continua resistencia del enfermo, ya que la emergencia de lo inconsciente va enlazada a sensaciones de displacer, en este conflicto anímico en que se debate el paciente, interviene el médico, quien debe conseguir llevarlo a aceptar algo que hasta entonces había rechazado (reprimido) a

consecuencia de la regulación automática determinada por el placer (Freud, 1904).

La resistencia es uno de los conceptos más importantes en la terapia psicoanalítica. Freud advierte que existe resistencia cada vez que el paciente se opone a seguir las reglas propuestas por el analista. La resistencia concede al yo protección contra los impulsos reprimidos (cuya aparición en la conciencia provocaría angustia) y conserva las ventajas secundarias que el paciente obtiene con su enfermedad. Las interpretaciones y construcciones del analista están destinadas entonces a dar luz al paciente sobre la realidad de sus resistencias.

El creador del psicoanálisis partió del estudio de los síntomas neuróticos, concluyendo que éstos son sustituciones del material psíquico reprimido que afloran a la conciencia lo suficientemente deformadas como para enmascarar su origen y el proceso de su formación, haciendo irreconocible su sentido y su estricta y real relación con la vida de la persona que los sufría; y al cuestionarse sobre cuáles serían los acontecimientos de la vida del sujeto susceptibles de promover la neurosis, sus investigaciones lo condujeron a responder que se trataba de sucesos acaecidos en la infancia, relacionados con impresiones de carácter sexual.

La capital importancia de los factores sexuales en la producción de la neurosis y la existencia de una auténtica vida sexual en la infancia son descubrimientos constantemente presentes en la historia del psicoanálisis - que han estimulado los rechazos más importantes, y - que continúan siendo firmes pilares en la elaboración de la teoría psicoanalítica.

Posteriormente surgen conceptos fundamentales en el logro de la cura, tales como los de **transferencia y contratransferencia**.

La transferencia es un concepto tan importante que puede afirmarse que el método psicoanalítico consiste en establecer una relación, entre analista y analizado, que permite el desarrollo y comprensión de la transferencia. Esta fue definida por Freud (1905) como *“un tipo particular de formaciones del pensamiento, las más de las veces inconscientes... reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos de 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 anteriores no es revivida como algo pasado, sino como un vínculo actual con la persona del médico”*. Así la transferencia, expresada en los deseos, fantasías y emociones dirigidos hacia la figura del terapeuta, da lugar a una reactivación de los procesos mentales antiguos y fijados, tendiendo a reintroducirlos en la realidad terapéutica presente e intentando satisfacer en ella las pulsiones reprimidas, por lo que constituye una fuerza movilizadora que intenta resolver los procesos psíquicos bloqueados. La transferencia es una forma de transmitir al terapeuta las fantasías inconscientes que, en cada momento, el paciente proyecta sobre el terapeuta, o dicho en otra forma, el tipo de objeto interno en que quiere transformarlo guiado por su deseo inconsciente (Corderch, 1990).

Desde el tratamiento de Dora (1905), Freud supo que las reacciones de transferencia y las resistencias del paciente proporcionaban el material esencial para la labor analítica. Debidamente manejado, el análisis de la transferencia

llevará a recuerdos, reconstrucciones, al insight y al cese de la repetición, ya que el paciente propende a "repetir en lugar de recordar". Freud empleaba la expresión "**neurosis de transferencia**" para designar la constelación de reacciones transferenciales en las que el analista y el análisis se han convertido en el centro de la vida emocional del paciente, y por lo que todos los aspectos importantes del mal del paciente se revivirán o repetirán en la situación analítica. La técnica psicoanalítica fue estructurada para garantizar el desarrollo máximo de la neurosis de transferencia: el anonimato relativo del analista, su no intrusividad, la llamada "**regla de abstinencia**" (basada en la importancia de no satisfacer los deseos infantiles y neuróticos del paciente) y el comportamiento "de **espejo**" (basado en la idea de que el analista debe ser "impenetrable" para el paciente y no imponerle sus valores y normas), concurren todos al propósito de ayudar al analista a proteger la transferencia de la contaminación excesiva. El psicoanálisis es la única forma de psicoterapia que trata de resolver las reacciones transferenciales analizándolas sistemática y completamente (Greenson, 1967).

La contratransferencia es definida como la totalidad de los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente. El analista no formula interpretaciones sobre una base puramente intelectual, sino que, gracias a su propio análisis, ha de ser capaz de contener los sentimientos que el paciente suscita en él, a fin de emplearlos en su tarea de comprender el inconsciente del analizando. Así, la contratransferencia puede constituirse en el máximo peligro (cuando se basa en los conflictos inconscientes del analista) y, a la vez, en una herramienta esencial y privilegiada para la comprensión del inconsciente del paciente.

Otro concepto importante es el de **"insight"**, que consiste en la claridad que consigue el paciente acerca de la génesis de algún conflicto o evento psíquico gracias a la integración de las interpretaciones del analista, integración que no se realiza desde lo cognoscitivo e intelectual solamente, sino que requiere de la recuperación de las emociones disociadas durante el proceso de represión. Para obtener la curación entonces no es suficiente ya con hacer consciente lo inconsciente, como afirmaba Freud, sino además es necesaria la **traslaboración**, (trabajo psicológico que se realiza después de obtenido un conocimiento por medio del insight) que conduce a cambios estables de comportamiento o actitud; se trata de exploraciones repetitivas, progresivas y elaboradas de las resistencias que se oponen a que el insight conduzca a un cambio. (Greenson, 1967).

Con el desarrollo de la corriente de **relaciones objetales** dentro de la teoría psicoanalítica, hay un alejamiento de la concepción del ser humano como un organismo movido únicamente por las pulsiones, para conceptualizar la existencia de una estructuración psíquica en la que cabe un **"mundo interno"**, que modula el trato del sujeto con los otros del "mundo externo". La conformación de este "mundo interno" comprende representaciones del **self** (el sí mismo, la vivencia del yo) y de los objetos interactuando, se trata de internalizaciones falseadas por las pulsiones y las ansiedades del sujeto, que convierten las imágenes "reales u objetivas" en **imagos** inconscientes que pueden hallarse muy alejadas de aquéllas. Sólo a través de la comprensión de estas imagos nos será posible entender cuáles son los vínculos establecidos entre el sujeto y el mundo que le rodea. En otras palabras, las relaciones que el sujeto mantiene con los otros, como una expresión de sus fantasías, ansiedades y defensas contra ellas, son las

que nos muestran cuál es la estructura de la personalidad, sus pautas de adaptación y formas de hacer frente a los conflictos. Si partimos de estas premisas es fácil entender por qué todo trastorno psíquico se actualiza en una perturbación del trato del sujeto con quienes le rodean y en forma privilegiada, con el terapeuta (Coderch, 1987). Y también que el análisis de la transferencia está destinado a poner de manifiesto modelos de interacción infantil que determinan la conducta actual.

Pero la corriente de relaciones objetales amplía y modifica los conceptos existentes, reconociendo a la relación médico-paciente un papel que no se restringe a facilitar el despliegue de la "neurosis de transferencia", o a proporcionar interpretaciones que posibiliten cambios a través de la traslaboración; sino que agrega la posibilidad de que el paciente integre funciones faltantes en su desarrollo psíquico merced a la **internalización de las funciones** que el terapeuta realiza para él. Con ello, amplía el campo de intervención antes centrado en las neurosis, hasta incluir una gama mayor de padecimientos caracterizados no ya por el conflicto psíquico, sino por fallas en la estructuración psíquica, debido a déficits en el desarrollo principalmente causados por insuficiencias o deficiencias en la función de maternaje.

En la relación analítica la dependencia toma la forma de la dependencia infantil, con la salvedad de que es posible que al paciente le lleve mucho tiempo llegar a ella, debido a las pruebas que tiene que hacer para que las experiencias pasadas dejen de preocuparlo. Esta preocupación está ligada al hecho de que el individuo no pudo organizarse contra las fallas ambientales debido, precisamente, a su situación de dependencia. Desde esta perspectiva, la regresión no consiste en

demandar algo que ya se tuvo sino en dismantelar el sistema defensivo de autocuración patológico.

Para Winnicott (1996) el área donde se lleva a cabo la psicoterapia proviene de la superposición de dos zonas de juego, la del paciente, y la del analista. En este terreno el analista debe trabajar, si el paciente no tiene esta posibilidad, para llevarlo a un estado en el que pueda jugar. Él ha extendido su experiencia en el tratamiento de niños al trabajo con adultos porque "el jugar" está íntimamente ligado a experimentar. Sólo cuando se despliega el campo del juego es posible la comunicación. Aunque la explicación que se le aporte al paciente sea correcta, ésta resulta insuficiente para la transformación del mismo. Necesitan una nueva experiencia en el marco de la transferencia, en el cual las interpretaciones puedan ser encontradas-creadas.

Según Zirlinger (2002), lo comprendido no se transforma directamente en representación sino que, siguiendo pautas de tiempo emocional, debe ser reconstruido o inventado en la transferencia para transformarse en representación. En esta zona de producción de conocimiento se hace subjetivo lo **intersubjetivo**. Por lo tanto, la tarea terapéutica no consiste sólo en interpretar procesos mentales sino también en ejercer funciones para que tengan lugar dichos procesos que, elaboración mediante, devendrán representativos.

A partir de todo esto, podemos comprender que los aportes del analista se hayan diversificado, **no es sólo quien develará el inconsciente** a través de la interpretación, sino quien cumplirá numerosas funciones, para Winnicott, tales como: aceptar la transferencia; sostener la situación y la paradoja; adaptarse a las necesidades de dependencia y contener la regresión; tolerar la no integración, lo

insensato y la no comunicación; presentar el objeto y la realidad; contener interpretaciones y emociones; posibilitar el estado de juego; espejear; sobrevivir a la agresión del paciente; ofrecer interpretaciones; rescatar los gestos reparatorios del paciente; o aceptar ser usado y olvidado.

A todas estas funciones, Korman (1996), agrega otra que considera central para el cambio, la función de "**siniestrar**", que consiste en favorecer el desanquilosamiento de los rasgos constitutivos del sujeto, para que éste llegue a vivenciar horror frente a ciertas características de sí mismo, donde lo propio devenga extraño, llevarlo a tal punto en el que resulte factible desprenderse de sus rasgos y síntomas constrictivos.

Este autor también subraya que el análisis no apunta básicamente a reconstruir el pasado del sujeto, el famoso llenado de las lagunas mnémicas que propone Freud. Aunque sabemos que en el análisis se producen con cierta frecuencia revivencias de aspectos importantes de la historia personal, interesa más poner este movimiento al servicio de la resignificación de dicha historia, que a los efectos de una minuciosa reconstrucción del contexto pretérito. Esta resignificación forma parte del gestar una nueva novela familiar, lo que posibilita el armado de otro andamiaje simbólico y ofrece al sujeto materiales psíquicos de una consistencia distinta. Los cambios subjetivos no se producen tanto por la reconstrucción del pasado como por la transformación, con vistas al futuro, de la dinámica psíquica actual.

Desde la visión de Winnicott, el paciente se modifica en el campo interpersonal e intersubjetivo a partir del entretendido de las intervenciones del analista y sus propias producciones, jerarquizando el aporte creativo y el autodescubrimiento del

paciente. Este autodescubrimiento, para ser genuino, tiene que emerger del psiquesoma y no ser producto de mecanismos intelectuales. Además la cura debe facilitar la apertura y ampliación de la zona intermedia de experiencia y la expansión de la personalidad integrando los aspectos femeninos y masculinos. Como resultado del cumplimiento de las metas ideales surgirá una mejor diferenciación entre lo interior y lo exterior, una mayor iniciativa con libertad interior y capacidad para tener experiencias culturales, una ampliación de la conciencia de la deuda con el ambiente y saber que se es "el diente de un engranaje". Esto permitirá la ampliación de la gama de soluciones alternativas a las restricciones del carácter.

Compartimos así con Winnicott la afirmación de que el psicoanálisis no cura, pero sí puede ser usado por los pacientes para obtener un grado de integración, comprensión y socialización que sin él no hubieran logrado.

3. ¿CÓMO ES EL PROCESO DE TRABAJO PSICOANALÍTICO EN MÉXICO HOY?

3.1. Contexto social, modelos de atención en salud mental y tendencias actuales del psicoanálisis.

En el México actual es posible encontrar una diversidad de respuestas ante los problemas de salud-enfermedad mental, sin embargo, dichas prácticas no se encuentran en una igualdad jerárquica, ya que el proceso económico-social ha conducido a la emergencia de un modelo de atención hegemónico, que se presenta como un intento de exclusión ideológica y jurídica de las demás prácticas, ya que por medio del consenso, de la imposición o ambas, ha sido

capaz de situarse en una posición de superioridad, en virtud de establecer las políticas nacionales y estructurar los recursos asistenciales en el terreno de la salud mental. Tal modelo es el aportado por la Psiquiatría.

La práctica psiquiátrica jugó un papel preponderante como instrumento de control social, económico y político, desde su tardío nacimiento, hasta su crisis como disciplina, que experimentara por el cuestionamiento de su alcance social, al fracasar el manicomio y denunciarse su carácter antiterapéutico, fuente de opresión para una minoría de sujetos considerados como desviados.

De esta crisis surgió una crítica, una psiquiatría de oposición o alternativa que se desarrolló en las décadas de los sesenta y setenta, en el Siglo XX. El impacto de tal movimiento, conocido como antipsiquiátrico, fue de tal magnitud, que la Psiquiatría actual ha debido incorporar modificaciones importantes y esto aunado al poder económico que promueve el uso de medicamentos, ha permitido que continúe conservando la hegemonía en nuestra sociedad.

Sin embargo, al evidenciarse las limitaciones del modelo psiquiátrico e incrementarse las necesidades en el sector de la salud mental, floreció en nuestro país el psicoanálisis como alternativa científica de atención. Representó una vía muy distinta de curación, por su carácter crítico y liberador. Pronto, la necesidad de su aplicación en sectores más amplios de la población, dio lugar al desarrollo de la psicoterapia de enfoque psicoanalítico en sus diversas modalidades (individual, de pareja, de familia, de grupo, de adolescentes, infantil, etc.).

En los años posteriores al auge del psicoanálisis en México, al crecer el debate ideológico y político sobre las respuestas asistenciales, al difundirse la necesidad de atender los problemas psíquicos entre la población, al complejizarse la

construcción de respuestas en salud mental, y propiciado por la cada vez más profunda crisis económica, surgen desde la década de los ochenta, una gama creciente de ofertas de atención.

Por ejemplo, sólo en el campo de la psicología, en la actualidad se practican más de 200 tipos diferentes de psicoterapias (tales como las conductistas, cognitivo-conductual, humanistas, gestalt, logoterapia, psicoanalíticas, etc.) y es posible que las investigaciones y las innovaciones en los tratamientos superen ampliamente este número durante los próximos años.

Las empresas y la industria privada están dispuestas a utilizar crecientemente los servicios de la psicoterapia breve. La asistencia sanitaria la está ocupando en centros médicos universitarios, hospitales privados y clínicas, al lado de médicos y enfermeras, para proporcionar un servicio más comprensivo y completo a los pacientes con cáncer, problemas cardíacos o neurológicos, enfermedades psicosomáticas y una amplia variedad de incapacitaciones físicas.

Sin embargo, la mayoría de psicoterapeutas que trabajan a nivel privado señala que la "edad dorada", con su flujo incesante de clientes, ha terminado. A pesar de los adelantos y el progreso alcanzados en la prestación de servicios, es evidente para la sociedad que la terapia no es la panacea que ha de curar sus males, ni puede ayudar a todos a superar la aflicción personal. No está ya de moda en algunos círculos emprender una psicoterapia y menos aún un psicoanálisis, mientras que sigue siendo embarazoso e inaceptable para otros. Además, ha habido junto con la disminución de clientes, un incremento del número de practicantes, de lo que resulta una competencia intensa.

Competencia que incluye a agentes no profesionales que también representan una alternativa para los sectores poblacionales que buscan respuestas inmediatas, espirituales, mágicas, o simplemente baratas. En efecto, asistimos diariamente a la fundación de nuevas respuestas sociales a la necesidad de compartir los problemas "privados" y encauzarlos por vías normatizadoras. Indiscutiblemente la fundación de Alcohólicos Anónimos en nuestro país es un ejemplo de cómo es posible la recuperación aún bajo un enfoque no científico sino eminentemente religioso, AA tiene la virtud de rescatar la capacidad terapéutica del grupo de semejantes y desmitificar la necesidad de agentes especializados en el tratamiento. Representa un modelo que ha dado lugar a la creación de otras asociaciones menos exitosas pero igualmente concurridas, tales como Neuróticos Anónimos y similares en el terreno de la drogadicción.

En la ciudad de México, con los gobiernos perredistas, también se ensayan formas de intervención más enfocadas hacia la prevención, sobretodo a nivel juvenil y comunitario. Se han tratado también de constituir grupos de autoayuda y autogestión (CORIAC, CIAM, etc.) que a nivel masivo puedan dar cierta salida a los problemas más apremiantes, tales como la violencia intrafamiliar y los delitos sexuales (Piña, 2000).

Para los estratos socioeconómicos bajos, los curanderos siguen representando una opción terapéutica, ya que a través de limpias y trabajos contra las envidias y el mal recibido, palián situaciones de estrés y brindan nuevas esperanzas a la población en su soledad, en su desempleo y en sus carencias cotidianas.

Al lado de todos estos recursos, también presenciarnos la emergencia de los nuevos "chamanes", que haciendo gala de una capacidad ecléctica sin

precedentes, combinan elementos científicos de múltiples corrientes psicológicas, con elementos religiosos y mercadotécnicos, para ofrecer curas ideológicas y catárticas inmediatas, y técnicas de preservación de la salud basadas en la sugestión, el voluntarismo y la fe. Tal es el caso del "cuarto camino" o de los múltiples sanadores del "new age", que constituyen para las capas medias y altas otra vía de "curación".

3.2. Características del proceso de trabajo psicoanalítico.

Se considera a menudo que el psicoterapeuta es el último descendiente de un largo linaje de curanderos, que podemos rastrear hasta los tiempos prehistóricos. Sobre el psicoterapeuta, como sobre el chamán ancestral, se posa una doble mirada que lo ubica como alguien digno de gran respeto y admiración, un ser especialmente dotado y confiable en la obtención de orientación y alivio; o bien como miembro de un grupo profesional marginal, portador de malas noticias, alguien a quien consultar sólo como último recurso, o como un personaje amenazante con poderes casi extrasensoriales que puede traspasar las defensas psíquicas a voluntad.

Al margen de la caricaturización que sobre este oficio existe, se han resaltado las satisfacciones que la profesión reporta, tales como: un amplio grado de independencia laboral; compensación económica por encima de la media de la población general; un lugar de reconocimiento social; el íntimo conocimiento de una asombrosa variedad de intentos humanos, experiencias, concepciones del mundo, emociones y conductas; una estimulación continua para la investigación y la creatividad terapéutica y humanística; un ejercicio constante de la introspección

y autorreflexión que posibilitan la flexibilización y la disposición para el cambio y el incremento de la propia sensibilidad.

Sin embargo, al lado de estos factores que constituyen el lado atractivo de la profesión, coexisten desventajas y riesgos laborales no menos considerables, tales como: la incertidumbre económica al no ser un oficio asalariado; el intenso aislamiento que provoca; la sobredemanda emocional que implica el concentrarse en las necesidades de los pacientes; la fatiga y frustración resultantes de interacciones sumamente intensas con gente perturbada y sobreexigente; las responsabilidades éticas y legales que conlleva; la constante crítica pública de este campo de la salud mental; o las dudas propias y ajenas sobre la eficacia de la técnica y la metodología utilizadas.

Subrayaremos enseguida algunas de las características del proceso de trabajo psicoanalítico (Guy, 1987) que a nuestro juicio se constituyen en verdaderos riesgos laborales.

3.2.1. *Práctica liberal con incertidumbre económica.*

Cuando los ingresos del terapeuta se relacionan directamente con el esfuerzo que empeña en su práctica, existe una presión evidente para limitar el tiempo dedicado al descanso o a la convivencia. Los ingresos disminuyen cuando el terapeuta se toma vacaciones o se reserva un día para sí. Además, cuanto mayor el tiempo de ausencia, mayores los temores de perder a los pacientes más dependientes emocionalmente. La resistencia a tener tiempo libre limita la capacidad para atender a las necesidades de su propia familia, reduce sus posibilidades de socialización y también las oportunidades de actualización académica.

3.2.2. El aislamiento en el proceso de trabajo.

El terapeuta permanece solo, separado y autónomo por la naturaleza misma del trabajo analítico: no existe el intercambio social que existe en la mayoría de los procesos de trabajo.

Cuando el psicoterapeuta trabaja, trata de dejar a un lado sus preocupaciones, sentimientos e intereses personales tanto como sea posible y de concentrarse en la subjetividad del paciente. La relación terapéutica exige que el terapeuta responda en un sentido limitado a la situación "real": se concentra en favorecer el proceso terapéutico, el contacto interpersonal es asimétrico lo que implica que haya limitaciones sobre la correspondencia o mutualidad, no existe una participación abierta sobre valores, intereses y puntos de vista debido a la regla de la "abstinencia", por tanto, la intimidad es unilateral.

En algunos terapeutas el papel de observador abstinentemente provoca la disminución de su capacidad para responder espontáneamente a los cuestionamientos, observaciones y experiencias de los pacientes, puede predominar entonces una interacción artificial y rígida, hasta es posible que paulatinamente pierda contacto con sus propias necesidades, sentimientos y creencias, como resultado de concentrarse intensamente en el análisis de los de sus pacientes, lo que agudiza el aislamiento emocional, el desapego y la distancia. Se afirma que puede llegar un momento para algunos, en el que casi desaparecen como individuos definibles, cuando la psicoterapia se practica cada día y durante demasiadas horas.

Además, existe en muchos la tendencia a afrontar todas las interacciones personales de forma terapéutica e interpretativa, intentando "comprender", en vez

de entablar una interacción verdaderamente recíproca, lo que hace que adquieran una cualidad del tipo "como si".

La frecuente idealización del paciente sobre la figura del terapeuta favorece la emergencia de sentimientos de superioridad y omnipotencia, grave riesgo que suele apartarlo aún más de las personas que le rodean. El hecho de ser constantemente admirado puede distorsionar la percepción sobre sus propias capacidades, lo que se agudiza ante la falta de contactos significativos que se da entre psicoterapeutas, mismos que facilitarían la sana comparación con capacidades e índices de curación de otros colegas. Para colmo, el número siempre creciente de psicoterapeutas en activo hace que el profesional se presente como competente, equilibrado y maduro, con el objeto de proyectar una imagen que le asegure un flujo de pacientes adecuado; en consecuencia, suele ser reservado sobre sus problemas físicos o mentales, desaciertos en los tratamientos o limitaciones personales, lo que ahonda la separación con respecto a sus compañeros y socios.

Si bien muchos pacientes tratan al psicoterapeuta con respeto y admiración, no pocos intentan también activamente criticarlo, devaluarlo, atacarlo y desafiar su competencia profesional o su personalidad individual, de maneras sutiles o bien francas; estas reacciones también contribuyen a su aislamiento emocional.

El terapeuta debe encontrar un equilibrio entre el desapego objetivo y la atención y preocupación que nacen del compromiso personal. Los objetivos del tratamiento (individuación del paciente, autonomía e independencia crecientes y la conclusión del proceso) configuran ciclos que el terapeuta puede experimentar como sentimientos de pérdida, soledad y abandono repetitivos. Una y otra vez siente

afecto por sus pacientes, ve que dependen de él, lucha contra su propia dependencia hacia ellos, efectúa despedidas. Estos ciclos de apego y pérdida cifran también la soledad esencial de su vida laboral.

El anhelo de proximidad, intimidad y apego significativos debe satisfacerse fuera de la relación terapéutica, de modo que no determinen el aferramiento a los pacientes o la perversión del vínculo. Cuando los terapeutas dan prioridad a sus propias necesidades de apego pueden cruzar la "barrera del incesto". No tolerar el aislamiento inherente a la práctica de la psicoterapia puede conducir a intentos de abordar a los pacientes en busca de la satisfacción, las atenciones y el apoyo de que carecen.

Por el contrario, algunos terapeutas necesitan crear una mayor distancia de lo terapéuticamente conveniente debido a sus propios miedos a la intimidad o a la vulnerabilidad, o bien a temores ante la propia emotividad y expresión de sentimientos, por tanto desarrollan una actitud fóbica que les impide ser empáticos frente a las emociones de sus pacientes. Tales terapeutas se refugian en la regla de la "abstinencia" para permanecer mucho más invisibles de lo necesario y condicionan así también la distancia emocional del paciente.

3.2.3. Borramiento de los límites de la vida personal del terapeuta.

La práctica de la psicoterapia conlleva ciertos elementos que tienen la capacidad de entorpecer el funcionamiento interpersonal dentro y fuera del trabajo, al afectar la capacidad relacional del terapeuta. Por ejemplo, los cónyuges de los terapeutas saben que al volver a casa éstos suelen oscilar entre dos estados: el primero, la tendencia a ensimismarse con el objeto de volver a llenar sus fuentes personales

después de sentirse exhaustos y consumidos por las demandas de sus pacientes. El segundo, la necesidad de charlar, ya que han estado reprimiendo la conversación durante todo el día. Los problemas de su familia y de su pareja pueden parecerles triviales comparados con los problemas en los que han estado concentrados.

La naturaleza absorbente del trabajo psicoterapéutico puede llegar a ocupar el lugar de su vida privada, apareciendo la tendencia a vivir indirectamente a través de las vidas de los pacientes.

La idealización constante por parte de los pacientes y la autoridad que posee el terapeuta sobre sus vidas, pueden crear un sentimiento de superioridad que se traslade a las relaciones familiares por lo menos en dos sentidos: la expectativa de que la familia le ofrezca la misma admiración que sus pacientes; y la exigencia de tener una familia con relaciones conyugales y filiales "perfectas". Puede existir una incapacidad para aceptar las limitaciones o fracasos de los hijos, como si la familia del psicoterapeuta fuera considerada el modelo viviente de la naturaleza de su actividad y la prueba de su aptitud profesional.

Kohut (1977) menciona que al analizar a muchos hijos de psicoterapeutas, observó la influencia negativa de la tendencia de sus padres a sobreanalizar e interpretar conductas, lo que incapacita al niño para explorar plenamente sus propios sentimientos o procesos interiores, impidiendo el desarrollo de su conciencia en el ritmo adecuado.

No sólo el proceso de trabajo incidirá sobre la vida familiar del psicoterapeuta, sino que a la inversa, los acontecimientos significativos en la vida personal del profesional afectarán también al propio proceso de trabajo. Aunque el profesional

intente permanecer estable, neutral y anónimo en sus relaciones terapéuticas, hay acontecimientos en su vida que no pueden ocultarse porque lo afectan profundamente. Tal es el caso del matrimonio, el divorcio, el embarazo o la paternidad, las mudanzas, la partida de los hijos, los fallecimientos de seres queridos, las enfermedades o accidentes personales, el envejecimiento, etc., que pesan tanto sobre su vida privada, como sobre sus encuentros profesionales.

Además de que no existen reglas unívocas que guíen al terapeuta, quien debe decidir cómo, cuándo y qué compartir con un paciente acerca de los acontecimientos personales que tienen conexión con la relación terapéutica, es indudable que todos estos eventos minan la capacidad emocional del terapeuta quien transitoriamente pierde el foco central del tratamiento.

3.2.4. Sobredemanda emocional, fatiga y frustración.

El número sorprendente de psicoterapeutas que se sienten insatisfechos con su trabajo indica que los factores que llevan al agotamiento y a la insatisfacción laboral justifica su urgente consideración.

Guy (1987), al medir el grado de satisfacción de los psicoterapeutas en los Estados Unidos, encontró que el 36% de los encuestados expresaron insatisfacción con el ejercicio de la psicoterapia después de 10 años de práctica. La cifra ascendió al 46% tras ejercer 25 años. Más del 40% refirieron que no elegirían la misma profesión si tuvieran oportunidad de vivir de nuevo. Los psiquiatras fueron los más insatisfechos con su carrera, seguidos por los psicólogos.

Las fuentes de insatisfacción, tensión y desilusión son el resultado directo del contacto con pacientes y con otros factores del proceso de trabajo.

Con respecto a los pacientes se menciona que el peligro de suicidio, las expresiones de hostilidad abierta o encubierta (idealización excesiva, resistencias incoercibles, faltas o demora en las sesiones, pago irregular de honorarios), la sobreexigencia (reticencia a marcharse al terminar la sesión, llamadas telefónicas fuera de horarios de trabajo, demandas de solución y auxilio inapropiadas) y la conclusión prematura del tratamiento, son las fuentes más importantes y cotidianas de tensión.

Entre los factores del terapeuta se mencionan la sensación de vacío emocional, de aislamiento, la propensión a lo psicológico, la vida "indirecta", las prioridades conflictivas, el agotamiento y el agitado horario laboral por razones económicas.

También son importantes las dificultades asociadas con el aprendizaje del arte y la ciencia de la práctica de la psicoterapia. Dudas sobre la eficacia del tratamiento y las dificultades con que se topa cuando se intenta evaluar el progreso del paciente o la propia competencia, frustraciones producidas por un éxito insuficiente y un ritmo de trabajo lento y desigual, son fuentes de grave aflicción, sobretodo para aquéllos con menor experiencia.

El sentirse responsables por la vida del paciente, la necesidad de controlar las emociones propias, la monotonía del trabajo, la dificultad para relacionarse con gente perturbada y la falta de gratitud de algunos pacientes contribuye a incrementar la insatisfacción.

3.3. Evolución del saber psicoanalítico, institucionalización en México y formación de recursos humanos.

3.3.1. Psicoanálisis e Institucionalización.

Se ha dicho muchas veces que Freud y el psicoanálisis fueron revolucionarios, y sin duda alguna modificaron profundamente nuestro conocimiento del hombre.

La hipertrofia de la represión sexual del individuo, típica del capitalismo europeo del Siglo XIX, le brindó las condiciones necesarias para que la descubriera y estudiara a fondo. Pero Freud mismo fue prisionero de los prejuicios de su época al perpetuar la reproducción del patriarcado en una ideología machista y burguesa. Además, la ruptura operada por él con relación a la concepción positivista de la enfermedad mental no fue total, si bien ésta dejó de considerarse como una avería que afecta el buen funcionamiento de un organismo ahistórico e impersonal.

La universalidad del inconsciente, que está en la base de toda su teoría, permitió apreciar a la enfermedad no ya como una cualidad diferente del ser, (especie de demonio que invade el organismo y lo corrompe bajo la forma de una desintegración de la voluntad o de un desperfecto que paraliza la actividad normal de la mente), sino como un desequilibrio que todos experimentamos en mayor o menor medida, y cuyas causas deben buscarse simultáneamente en la historia personal del sujeto y en el entorno que lo rodea, sin embargo, tendió a reducir el desarrollo del disturbio a un conflicto interior y privado del sujeto.

Uno de los grandes méritos de Freud fue precisamente el de haber prestado oído al disturbio mental y, a fuerza de interrogarlo, haber develado su íntima coherencia, con lo que se empieza a adjudicar al enfermo mental una razón propia y comprensible. Señala Perrés (2000) que al introducir en el campo de la

psicopatología la necesidad de la "escucha", al valorizar la palabra como expresión simbólica y, a través de ella, penetrar la "realidad psíquica" del hablante, el análisis de la subjetividad se convirtió en esencial e imprescindible en la producción de conocimientos, lo que hace la especificidad de la "epistemología freudiana". Curiosamente quien generó esa verdadera ruptura epistemológica, abriendo rigurosamente a las ciencias sociales el "campo de la escucha", en cuanto "campo de subjetividad", quedó atrapado en la misma subjetividad que había instaurado, en el momento en que intentó conceptualizar los fenómenos institucionales y sociales.

Freud no valora en su completud los aspectos sociohistóricos en que se desenvuelve el hombre, y cuando intenta comprender fenómenos grupales, institucionales y sociales, peca de reduccionista, pues extrapola a estos niveles el conocimiento que sobre el sujeto psicológico y sus vínculos intersubjetivos, brinda el psicoanálisis.

También se ha criticado insistentemente al psicoanálisis su resignación frente al medio social, que es admitido tal como es, promoviendo en cambio, la modificación del sujeto en su manera de percibir y asumir esa realidad.

Por tal razón, tempranamente dentro de esta disciplina surgen intentos por comprometer la nueva ciencia con las causas sociales.

Según Suárez (1975), el freudomarxismo fue un movimiento ideológico crítico y práctico protagonizado por un grupo no organizado de psicoanalistas de la "segunda generación", iniciado entre 1926 y 1933, en el ámbito austro-alemán. Sus principales protagonistas fueron Sigfried Bernfeld, Wilhelm Reich, Otto

Fenichel y Erich Fromm, y secundariamente Paul Federn, Annie Reich, Richard Sterba y Georg Simmel.

Las líneas fundamentales de la teoría y técnica psicoanalíticas estaban ya sentadas por la obra de Freud en el momento en que los protagonistas de este movimiento se incorporan al psicoanálisis. Su adhesión a este campo es en principio sin reservas, pero la comprensión de sus premisas o de la indole y alcances de la revolución freudiana son variables. Mucho más débil e incompleta es su asimilación del marxismo, al que acceden dentro del marco de interpretación dominante en la II Internacional: positivista, mecanicista, economicista y voluntarista. Por tanto, su praxis política se desarrolló contra la oposición desconfiada e incomprensiva de los cuadros de sus dos movimientos de referencia.

La empresa freudomarxista se sustentaba en ciertas analogías que permitían establecer paralelismos y convergencias. En primer lugar, psicoanálisis y marxismo perseguían propósitos similares, ya que ambas representaban movimientos críticos y desmistificadores (de ilusiones en Freud, de ideologías en Marx) y también emancipadores (del neurótico reprimido y del proletariado oprimido).

En segundo lugar, ambos utilizaban como medio la toma de conciencia (de los mecanismos represores que obligaban a lo reprimido a retornar como síntoma, y de las relaciones de producción opresoras que mantenían al proletariado en la explotación) para que el sujeto recuperara el dominio sobre lo que lo enajenaba.

En tercer lugar, ambos utilizaban el método materialista (las pulsiones eran el motor de la historia individual y la producción el motor de la historia colectiva),

dialéctico (había una lucha de contrarios entre instinto y defensa, y entre explotadores y explotados), e histórico (devenir de las pulsiones hasta el drama edípico, y devenir por diversos modos de dominación y explotación).

Por último, ambos utilizaban el modelo tópico (inconsciente, preconsciente, consciente o ello, yo, superyó; e infraestructura económica, superestructura ideológicopolítica) y dinámico (pulsiones antagónicas, y lucha de clases).

Por otro lado, ambos campos exigían complementariedades. La práctica clínica descubría la acción patógena de estructuras familiares patriarcales, métodos pedagógicos autoritarios y condiciones de vida que ameritaban transformación. A nivel de la terapia, si el psicoanálisis lograba liberar al individuo de sus síntomas e inhibiciones permitiéndole recuperar su capacidad de trabajo y de goce, la estructura social imperante le ofrecía oportunidades de trabajo inseguras y posibilidades de goce limitadas e inciertas. En la práctica política, quedaba sin politizar un amplio sector de la vida cotidiana: la miseria sexual y toda la psicopatología ligada a la pobreza; por tanto, el movimiento obrero marxista requería del psicoanálisis como "ciencia auxiliar" e "instrumento de concientización".

Sin embargo, el proyecto freudomarxista resultó inviable ya que las analogías formuladas eran más bien formales y superficiales, y reflejaban su desconocimiento del núcleo epistemológico de ambas teorías. El movimiento psicoanalítico, que apenas había recuperado su etapa de ostracismo y marginación empezaba a consolidar posiciones y estaba aún demasiado fascinado por su propio descubrimiento y cuidadoso de su autonomía, como para permitirse confrontaciones con una teoría de la sociedad y de la historia.

Pero sobre todo, el freudomarxismo fue abortado por la aparición del nacionalsocialismo. Para prevenir la aniquilación del movimiento psicoanalítico, Freud llegó a pedir a los analistas que no tomaran en análisis a militantes o, en caso de aceptarlos, les prohibieran continuar su militancia. De nada sirvieron estas medidas, Freud vio saqueada y destruida la editorial psicoanalítica, disuelta la sociedad psicoanalítica vienesa, y amenazada su vida, para finalmente morir en el exilio. La mayoría de los analistas tuvieron que exiliarse igualmente y durante todo el periodo nazifascista, el psicoanálisis freudiano (no así el junguiano) fue proscrito en Europa.

Después de la segunda guerra, Estados Unidos se convirtió en el epicentro del movimiento psicoanalítico. Sus teóricos introdujeron en la metapsicología el "enfoque adaptativo" y en la terapia el concepto de "normalización". La Asociación Psicoanalítica Internacional (API) extendió sus redes por todo el mundo "libre", infiltró ideológicamente el aparato psiquiátrico y la figura del psicoanalista dejó de ser la de un marginal sospechoso, para convertirse en un sacerdote del nuevo culto a la salud mental. Se desarrolló una sociología psicoanalítica, una antropología psicoanalítica, una criminología psicoanalítica...y al ser proscrito por ello en los países socialistas, el psicoanálisis relegó al interlocutor que hubiera podido ponerlo radicalmente en tela de juicio.

En Estados Unidos el psicoanálisis sufrió una degradación general como teoría y como práctica, simultánea al incremento de su poder social y de su recuperación frente a la psiquiatría. La teorización de los psicólogos del Yo (Hartmann, Kris, Loewenstein, Rappaport), hegemónica de los cuarenta a los sesenta (o aún en los ochenta en nuestro país), significó una desvirtuación, desde su epistemología

positivista, la introducción de nociones ideológicas como el "punto de vista adaptativo", pasando por la complaciente anexión de la antropología culturalista (Margaret Mead, Abram Kardiner), la sociología funcionalista (Parsons) o la psiquiatría dinámica (Alexander, Menninger). El balance resultante fue la pérdida de especificidad del discurso psicoanalítico, la amputación de su dimensión crítica, la complicidad con el aparato médico-psiquiátrico en su función adaptativa y de control, esterilidad clínica, eclecticismo y pragmatismo a todos los niveles.

En Alemania, Austria, Italia y España, el fascismo no sólo determinó el exilio o la muerte de los analistas, sino que logró las condiciones ideológicas para hacer prácticamente imposible el ejercicio profesional y crítico del psicoanálisis, que tardó varias décadas para reorganizarse, desarrollarse y recuperar un mínimo de productividad clínica y teórica. Y aún hoy la teoría más extendida en esos países es la junguiana.

Inglaterra produjo con la obra de Melanie Klein, Fairbairn y Winnicott, audaces innovaciones en la clínica psicoanalítica, y secundariamente en la teoría, aunque su aplicación social fue más bien reducida.

Quizá fue en Argentina y Uruguay, beneficiadas por la migración europea, donde el psicoanálisis logró un florecimiento sin precedentes, particularmente de la clínica que, a través de la práctica hospitalaria, nunca perdió contacto con la problemática de la población, ampliando la técnica (terapia de grupo, de familia y pareja, institucional) y conservando un compromiso político fecundo en prácticas y escritos.

En Francia, Lacan encabeza un movimiento psicoanalítico de amplio espectro, enriquecido por la lingüística de Saussure y la antropología cultural de Levi-

Strauss. La renovación del materialismo dialéctico por la obra de Althusser propició un nuevo acercamiento de intelectuales marxistas a Freud via Lacan, que brindó notables frutos en el campo de la epistemología y en el del psicoanálisis institucional. Y ya en la década de los setenta Deleuze y Guattari se rebelan contra Lacan y Althusser, denunciando a Marx y a Freud como los máximos mistificadores de la historia reciente.

En general se afirma que los psicoanalistas al institucionalizarse se transformaron en pilares de la superestructura del sistema, convirtiendo al psicoanálisis en un aparato ideológico de Estado, lo que merece una revisión de este fenómeno.

La Asociación Vienesa de Psicoanálisis (AVP) surge en 1907, al disolverse el "grupo de los miércoles", que se reunía en la casa de Freud. En ese mismo año se funda la asociación de Zurich, encabezada por Jung, al siguiente la de Berlín cuyo líder fue Abraham, posteriormente la de Nueva York fundada por Brill, y en 1911, la americana a través de Jones. El primer congreso, realizado en Salzburgo, pasó relativamente inadvertido en la época, pero el psicoanálisis, de la noche a la mañana, entraba en el circuito internacional (Rodrigué, 1996).

En el Congreso de Nuremberg, Freud se refiere a las perspectivas futuras de la terapia analítica, señalando la necesidad de una espera y marcando un camino para dar fuerza institucional a sus descubrimientos. Ferenczi resume la propuesta señalando la necesidad de una asociación que garantizara la aplicación del método psicoanalítico según Freud y que promoviera una selección rigurosa para admitir nuevos miembros que admitiesen sus tesis fundamentales. La creación de esta asociación internacional incluiría dejar el centro de la futura administración en Zurich, con Jung como presidente, y someter todos los artículos y comunicados

que habrían de presentarse en lo venidero, a la aprobación del presidente de la asociación.

Esta propuesta despierta un gran malestar que favorece la emergencia de divisiones internas que Freud debe conciliar, por lo que posteriormente acepta de Jones la idea de conformar un "comité secreto", un pequeño grupo de analistas de confianza con una sola obligación: si alguien decidiera apartarse de los principios fundamentales de la teoría, se comprometía a no hacerlo públicamente sin discutir antes sus ideas con los otros miembros del grupo.

La constitución de este comité denuncia un fracaso en la creación de la institución psicoanalítica: la cofradía debía defender los pilares fundamentales de la teoría, a riesgo del exceso y la ortodoxia asfixiante. Se inaugura así un mecanismo de "doble poder": la API continuaría encabezada por Jung, la tarea burocrática, administrativa y de difusión; y la asociación secreta dirigiría en la clandestinidad los asuntos del movimiento, pugnando por purgar las excrecencias teóricas. Además, condena por su condición secreta, al silenciamiento de la verdad, y marca una modalidad de tratamiento de la diferencia que hace pie en la ortodoxia para invalidarla, o bien la convierte en blanco de la "interpretación" (resulta significativo cómo algunos biógrafos de Freud interpretan casi todos los disensos de los discípulos como alguna variación del conflicto edípico y de sus avatares libidinales con el padre, mismo que queda libre de tales interpretaciones). El comité funcionó desde 1912 hasta 1927, fecha en que se funde con la dirección oficial de la IPA, es decir, el grupo abandonó la clandestinidad y pasó a constituir una línea dirigente en la asociación. En ese lapso tuvo lugar la renuncia de Jung al cargo de presidente en 1914, la primera guerra mundial y los reencuentros a su

término, las nuevas disidencias, la salida de Otto Rank y del mismo Ferenczi de la ortodoxia freudiana (Waisbrot, 2000).

No obstante, a partir de su fundación en 1910, la Asociación Internacional de Psicoanálisis jamás se podrá disolver y desde que nace, el psicoanálisis deja de existir como movimiento de vanguardia (Roudinesco, 1986). Desde la institucionalización del psicoanálisis, la promoción, transmisión, administración y vigilancia del ejercicio práctico, del saber psicoanalítico y su destino, han sufrido todos los avatares de esta institución: burocratización, dogmatismo, luchas por el poder y el prestigio, en su seno y frente a otras instituciones (institutos psicoanalíticos rivales, universidades, aparato de salud mental, etc.) y también escisiones, segregaciones, rivalidades, monopolios y oligopolios, han sido sus estigmas (Langer 1975, trabajo compilado por Suárez).

Como pensamiento instituyente, el psicoanálisis necesitaba presentarse como pensamiento homogéneo, carente de contradicciones internas, de líneas divergentes, de puntos de inconsistencia. Todo movimiento de creación de una disciplina, ciencia o conjunto de teorías, requiere un momento de cierre necesario para afianzar sus pilares. En ese contexto, todo discurso que cuestionara alguno de los pilares fundamentales corría el riesgo de ser advertido como una amenaza (Waisbrot, 2000).

Tampoco hay que negar la importancia del hostigamiento del que el psicoanálisis fue objeto, mientras surgía, por parte de las ciencias más conservadoras, es indudable que la estructura social enfrentó desde sus orígenes a una ciencia que develaba la clave del proceso de sujeción del individuo, una teoría que puso al

desnudo la maquinaria de represión montada dentro de cada sujeto singular (Braunstein, 1975).

3.3.2. Salud mental e institucionalización del psicoanálisis en México.

Ciertamente el psicoanálisis constituye una práctica altamente elitista tanto si se considera a quienes lo practican, como a quienes demandan sus servicios.

Y es que el psicoanálisis es la única disciplina definida a través de una pertenencia institucional: solamente es psicoanalista y tiene el derecho de llamarse así, quien pertenece a una sociedad psicoanalítica miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API). Esta norma es la base del prestigio científico y poder económico que ofrecerá y manejará la institución (Langer 1975, trabajo compilado por Suárez).

La Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), reconocida por la Internacional, solamente aceptaba a psiquiatras para ser formados como psicoanalistas, y en sus orígenes fracasó en su intento de agrupar a las corrientes frommiana y ortodoxa, por lo que esta última prosiguió su camino independiente (Ramírez, 1979).

Frente al monopolio del saber y del quehacer psicoanalíticos detentado por la APM, fueron surgiendo en México diversas instituciones con el objetivo de formar recursos para ejercer una psicoterapia psicoanalítica, lo que requeriría teóricamente de una "menor especialización", por lo que podrían aceptarse a otros profesionales, y en su aplicación podría ser asequible ya no sólo a la alta, sino también a la pequeña burguesía. Así surge en 1965 la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica (AMPP), que amplía el campo incluyendo en su

formación a psicólogos y licenciados del área humanística. Posteriormente el ámbito de la psicoterapia psicoanalítica se especializa y aparece en 1967 la AMPAG (Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupos) y en 1977 el IMPPA (Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia), ambas instituciones con proyectos teóricos y prácticos más abiertos y democráticos, que se abocan de hecho a atender a estratos más amplios de población.

Vale decir que estas instituciones que representaron la punta de lanza en una lucha por hacer asequible el conocimiento psicoanalítico a profesionales no médicos y por democratizar no sólo la enseñanza, sino también la práctica clínica, fueron señaladas por atentar contra el orden establecido por la APM, fueron estigmatizadas como de "bajo nivel" y "caóticas" por no apearse a la ortodoxia psicoanalítica más pura (a pesar de que su curricula era similar y sus profesores pertenecían al inicio en su mayoría a la APM), se les negó el derecho de portar la palabra "psicoanálisis" en sus nombres o congresos, tal fue el precio por realizar la hazaña prometeica de "robar el fuego divino" (Piña, 1997).

En 1989 a estas tres instituciones se agrega IFAC (Instituto de la Familia, A.C.) y el Círculo Psicoanalítico Mexicano, para conformar el Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, como un intento de "fortalecimiento de la comunicación y cohesión intra e interinstitucionales y de la identidad socioprofesional de sus miembros", esto en un contexto en el que la oferta de psicoterapias se había multiplicado exponencialmente, y en el que el Tratado de Libre Comercio implicaba ya una amenaza para el reconocimiento social de la práctica psicoanalítica, no avalada por las universidades o por el Estado (SEP), lo

que deja a sus agentes en la "tierra de nadie" frente al embate de la competencia internacional de intelectuales.

En efecto, desde la década de los ochenta, hasta hoy, se da en México un fenómeno de proliferación sin precedentes de escuelas formadoras de recursos humanos en "salud mental". La mayoría de ellas no cubre ni con el requisito mínimo de una licenciatura como formación previa y ofrecen un plan curricular a cursar en unos cuantos meses y sin un sustento teórico científico. Esta situación es favorecida por un lado, por el carácter elitista y el desprestigio social del psicoanálisis y también de la práctica psiquiátrica, y por el otro, por el aumento de la demanda de los servicios de salud en el contexto del ascenso de la prevalencia de problemas tales como la depresión y la elevación de la tasa de suicidios, el alcoholismo y la drogadicción que afectan en forma epidémica a la población juvenil e infantil, o el aumento de la psicopatía como terreno privilegiado de expresión para la población inmersa en la falta de oportunidades educativas, el desempleo, y la carencia de canales constructivos de protesta y modificación de las estructuras sociales cada vez más comprometidas en la construcción del neoliberalismo.

Frente a toda esta problemática, la práctica de las psicoterapias psicoanalíticas se ha modificado y sólo aquellas instituciones que han podido dar una cierta respuesta a las nuevas demandas, abandonando su ostracismo dogmático, han experimentado un enriquecimiento teórico y un crecimiento en sus miembros y en sus estructuras internas; las otras se debaten en una lucha cotidiana contra su desaparición, nutrida fuertemente por escisiones continuas. También se está ensayando la fórmula de insertar la formación psicoanalítica en los ámbitos

universitarios, en los que teóricamente hay mayor probabilidad de entablar diálogos sistemáticos con profesionales de otras áreas y latitudes, y el riesgo de anquilosamiento pudiera ser menor.

3.3.3. La formación del psicoanalista.

Muchos caminos llevan a la práctica de la psicoterapia en México: la licenciatura en psicología ofrece la materia y muchos egresados la practican sin especialización, o bien, la especialización médica en psiquiatría incluye una cierta formación al respecto. La mayoría de practicantes opta por ingresar a un posgrado - hasta hace unos 15 años casi siempre sin reconocimiento oficial - ofrecido por algún instituto. La formación requerida abarca de 1 a 2 años si el enfoque no es psicoanalítico, y de 2 a 6 años en este último.

La formación en psicoterapia psicoanalítica suele tener comités de selección que limitan el ingreso de los aspirantes, y por incluir además como ejes formativos el análisis didáctico, y un rango promedio de 120 a 200 horas de supervisión de casos en tratamiento, se convierten en los espacios más restringidos, caros, prolongados y demandantes.

El aspirante a psicoterapeuta debe poseer ciertas características de personalidad básicas que posibilitan - o no - su real vocación para el oficio. En muchas instituciones éstas se plantean como parte de los requisitos para ser aceptado en la formación, pues durante la misma se espera un incremento de sus capacidades latentes, pero no se considera viable que surjan capacidades antes inexistentes. Se requiere, por ejemplo, que la persona sea curiosa y con carácter inquisitivo, que disfrute escuchando y conversando, que sea capaz de brindar calor humano y

atención, que tenga capacidad empática, de introspección y de autonegación (dejar de lado temporalmente las propias necesidades para anteponer las de sus pacientes), que tenga tolerancia ante la expresión de emociones intensas, ante la ambigüedad o la incertidumbre, que sea capaz de establecer vínculos con intimidad, que tenga un buen manejo de las situaciones de poder, que posea sentido del humor, flexibilidad y una experiencia vital significativa que le posibilite la comprensión de los demás.

Isaías López (2003) considera que el aspirante debe mostrar además de una fascinación prominente por el entendimiento del fenómeno psicológico, una inquebrantable disposición para aprender, lo que implica que debe tener "humildad" (virtud que consiste en advertir las propias limitaciones y debilidades, y en obrar de acuerdo con este conocimiento).

Estela Hazán (2003) privilegia las características de personalidad necesarias, a saber, integridad de carácter, madurez de personalidad, capacidad de introspección y de regresión, buen manejo afectivo, del estrés y de la autoestima, así como calidad de relaciones que establece (con mutualidad, profundidad, confianza básica, tolerancia, capacidad de reparación) que se traduzca en una vida personal, familiar y social enriquecidas.

Otras características deseables que se han explorado en los candidatos son: permeabilidad ante nuevas experiencias o conocimientos que cuestionan el propio esquema referencial, flexibilidad corporal y expresividad analógica, independencia en juicios y percepciones que resista a la sugestión y al efecto grupal, capacidad de holding, creatividad y capacidad lúdica, consolidación de metas y roles, constancia en la realización de proyectos de vida, vitalidad y experiencias de vida

significativas y finalmente, capacidad para trabajar en equipo cohesivamente y con lealtad. (AMEPPA, 1984).

Puede decirse que en cualquier profesión existe una especie de "autoselección" o "selección natural" consistente en que los individuos con ciertas capacidades e intereses idóneos para su ejercicio, son los que desean ingresar. Pero indudablemente también es cierto que la "vocación" deriva de conflictos no resueltos que el "yo inconsciente" intenta resolver mediante su abordaje continuo - la vocación se define al término de la adolescencia y provoca una selección de actividades a desarrollar generalmente para el resto de la vida - , por tanto, existe también una especie de "selección natural negativa", en la que los individuos más involucrados conflictivamente, son precisamente los aspirantes.

De manera simplista, la pregunta clave sería: ¿por qué necesitas dedicar tu vida a...(por ejemplo: curar, construir casas, vigilar al prójimo, cocinar, etc.)? Si formuláramos tal pregunta en el campo médico, tal vez la respuesta más general sería: porque no soporto el dolor físico o la muerte y quiero librar al mundo de tales azotes, y si la hiciéramos en el campo psicológico, sería: porque no soporto el dolor psíquico o la locura. El conflicto salta a la vista: ¿puede alguien ser buen médico si no soporta el dolor y la muerte, o puede ser buen psicoterapeuta si no soporta el sufrimiento y la locura?

Así, la vocación se erige sobre un reto, el de lograr el dominio de situaciones conflictivas, convirtiéndolas en modificaciones, "reparaciones" o logros sobre la realidad que se experimentan al mismo tiempo como autoafirmativos. Por ello cada gremio maneja valores compartidos que en forma consensual, indican lo que

constituiría una “buena práctica profesional”, y traducirían el logro en la “sublimación” de los conflictos personales involucrados.

En el sentido común se maneja la noción de que una motivación personal frecuente para ingresar al área de la salud mental, es el intento de entender y manejar perturbaciones emocionales propias. El deseo de poder, la necesidad de amor y reconocimiento, la carencia de vínculos personales satisfactorios, o el miedo a manejar la vida y descontentos propios, en grado patológico, conforman otra serie de motivaciones, muchas veces inconscientes, que pueden conducir a la perversión de las futuras relaciones terapéuticas. Por tal motivo, son elementos que se busca detectar en los aspirantes y constituyen criterios para su exclusión en muchos de los institutos que forman psicoterapeutas.

Con todo lo discutible que puede resultar el hecho de tener que someterse a un comité de profesionales graduados que dictamine sobre la “adecuación de las motivaciones personales” o el “grado de salud mental” de que se dispone para emprender una formación, tenemos que reconocer que el campo de la psicoterapia, donde el acto clínico ocurre en completo aislamiento, no cuenta con suficientes espacios que permitan la crítica a las actuaciones del profesional una vez graduado, por lo que la selección se convierte en uno de los pocos mecanismos de control disponibles sobre la posible calidad futura del agente del servicio.

Sabemos que este recurso adolece de serias limitaciones que incluyen la subjetividad inherente al comité de selección, la necesidad de reclutamiento institucional que haga rentables los procesos de enseñanza, o la capacidad de camuflaje del aspirante, por mencionar los más frecuentes. También es cierto que

otros espacios, como universidades en el nivel de licenciatura por ejemplo, donde el criterio de selección es académico en forma exclusiva, y por tanto, se pudiera pensar como más objetivo o justo, logran un reclutamiento también insatisfactorio, lo que es constatable en la amplia psicopatología que se detecta mediante los tests de personalidad que se aplican a los alumnos de primer ingreso en forma rutinaria, en una deserción elevada, o en una incidencia superior de enfermedad mental durante la formación, si se compara con la registrada en otras áreas profesionales (alcoholismo, depresión y suicidio, caracteropatías, etc.).

La preocupación por estos aspectos ha inspirado multitud de investigaciones que buscan caracterizar un perfil motivacional del aspirante. Existen evidencias de que experiencias emocionales tempranas de rechazo, soledad y aislamiento, disfunciones en la familia de origen y el desempeño en la misma de un rol de "cuidador o confidente", son los principales elementos compartidos por el gremio, por lo que al parecer "predisponen" para seguir esta vocación (Guy, 1987).

La carrera de un profesional dedicado a la tarea terapéutica directa, requiere del compromiso con un estilo de vida que concede un lugar destacado a la autoconciencia y a la exploración de los procesos internos, lo que lo obliga a salir al encuentro de sus propias debilidades y dolor personal, desde el inicio de su formación. El "análisis didáctico" es por tanto un requisito indispensable que sensibiliza al estudiante ante sus conflictos, traumas y obsesiones sin resolver; y aunque estos no se resuelvan nunca completamente, deben integrarse en la personalidad del terapeuta de modo que obstaculicen lo menos posible sus relaciones interpersonales. Otro motivo para recomendarlo es que el experimentar el rol de paciente aumenta su conciencia sobre el proceso

terapéutico y le ayuda a identificarse con los miedos, las preocupaciones y las perspectivas de sus futuros pacientes.

Farber (citado por Guy) afirma que uno de los cambios más importantes de la persona en proceso de convertirse en psicoterapeuta es el paso de "estar enterado de" a "saber sobre" las cuestiones psicológicas, lo que es resultado de su propio análisis y refleja una conciencia y una integración internas que alteran la perspectiva misma que se tiene sobre la vida. No es sorprendente que durante la formación se produzcan cambios de personalidad, no sólo detectables a nivel de la conducta exterior, sino que suelen incluir la modificación de los valores y perspectivas sobre el mundo.

Lo más importante no es ya lo que el aspirante sabe, sino lo que es como persona y en lo que se está convirtiendo, ya que su personalidad es un instrumento primordial de cambio. La naturaleza única e intensamente personal de la formación requerida para convertirse en psicoterapeuta psicoanalítico conlleva un amplio despliegue de agentes de tensión y riesgos asociados, que a continuación esbozaremos.

Los estudiantes suelen experimentar graves situaciones de estrés como consecuencia de las demandas del trabajo y la formación, y de los cambios necesarios en las condiciones económicas, en la vida personal y en las relaciones familiares.

Inicialmente la cualidad más bien indefinida, compleja y efímera de la teoría psicoanalítica es una fuente de tensión. Marmor (citado por Guy) afirma que: *"la falta de normas fijas, la necesidad de adaptarse a problemas en constante cambio, la complejidad del material, las dificultades reales que implica la obtención de un*

éxito (terapéutico), la necesidad constante de hacer correcciones para cubrir puntos oscuros subjetivos, la disparidad entre las limitaciones humanas del terapeuta y las expectativas de sus pacientes y la sociedad son una constante fuente potencial de ansiedad para el psicoterapeuta". Además, la amplia variedad de sistemas de diagnóstico, orientaciones teóricas y técnicas terapéuticas, suele resultar confusa y desazonadora.

La intensa concentración en el mundo interior que la formación requiere, puede revelar o exacerbar la psicopatología personal subyacente. También suele provocar que el estudiante analice casi todas las interacciones personales, tanto dentro del rol psicoterapéutico como fuera de él, lo que puede repercutir negativamente sobre sus relaciones interpersonales. Los años de formación se caracterizan por no pocos conflictos y discordias de pareja y familiares, en tanto los estudiantes integran los descubrimientos y cambios internos en su forma de relacionarse.

Por otro lado, el sentido de competencia antes sustentado en el terreno académico, se modifica, pues en el proceso de formación se mide en función de la "aptitud psicoterapéutica", - lo que evidencia destrezas y aptitudes ausentes o poco desarrolladas en los menos aptos a este rol - siendo la capacidad cognoscitiva tan sólo un elemento más de los necesarios para lograr un buen desempeño, lo que obliga a un cambio de perspectiva sobre el mismo autoconcepto.

Los profesores y supervisores, en tanto que su función es la de enseñar y criticar (asegurar al estudiante en cuanto a sus capacidades y destrezas, a la vez que detectar y exponer sus inconvenientes, puntos débiles y errores), son

frecuentemente investidos en forma ambivalente (al movilizar los sentimientos del alumno en relación con figuras de autoridad en su pasado), lo que suele ser otra fuente muy importante de tensión, ansiedad y depresión para el aspirante.

Los alumnos experimentan un cierto grado de regresión (que en ocasiones resulta desestabilizante) como resultado de su proceso terapéutico personal, la revisión de contenidos teóricos y la realización de prácticas terapéuticas que los involucran emocionalmente. La experiencia clínica supervisada obliga al aspirante a asumir la condición de aprendiz y lo confronta con problemas semejantes a los suyos, que en ocasiones aún no han sido ni siquiera advertidos, por lo que su personalidad completa es puesta a prueba.

Todas estas fuentes de tensión, además de las características del entrenamiento, (caro, prolongado, complejo y demandante), provocan numerosas deserciones (hasta del 50% en algunos institutos psicoanalíticos). Desde luego, no es posible afirmar que culminan el proceso los mejores elementos, pues muchas bajas se explican por razones económicas y familiares, otras se deben a que los aspirantes no desean adoptar el nuevo estilo de vida ensayado, o no les convencen las teorías y técnicas ofrecidas.

Se ha hecho mención de que la institucionalización del psicoanálisis ha provocado su monopolio y la ubicación marginal de las asociaciones psicoterapéuticas con orientación psicoanalítica. Ello se refleja tanto en el estancamiento teórico-práctico de la disciplina, como en la formación de recursos humanos. Los planes curriculares, por ejemplo, son sistemáticamente rebasados, pues el afán de ortodoxia obliga al estudio de los viejos fundadores del psicoanálisis, en

detrimento de la introducción de las nuevas corrientes y descubrimientos que podrían introducir elementos en pugna.

La situación plantea, por tanto, una serie de retos a las escuelas formadoras de recursos: la necesidad de actualizar los planes curriculares y someterlos a revisión crítica continua, de disponer de mejores métodos de selección de aspirantes, de instrumentar procesos de enseñanza en los que las tensiones sean manejadas de la forma más constructiva posible, de encontrar formas eficaces de evaluación del proceso de aprendizaje, de fomentar una actitud crítica y autocrítica en los estudiantes, de erradicar dogmatismos, de fomentar modificaciones ideológicas que los acerquen a una postura humanista, de promover la formación sobre la ética de la práctica de la psicoterapia, de propiciar el diálogo con otras áreas del conocimiento, o de impulsar el ejercicio de la investigación teórica y clínica.

III. EL ACTO IATROGENICO.

1. DEFINICIÓN Y CAUSAS.

Como anticipamos en la Introducción, conceptualizaremos a la iatrogenia, como: **“el conjunto de daños o el agravamiento de las enfermedades preexistentes, resultantes de la intervención con fines terapéuticos de cualquier trabajador de la salud mental, emprendida individual o colectivamente, y que no necesariamente traducen una mala práctica profesional”.**

La **iatrogenia** (de *iatrós*, médico, y *gennao*, engendrar) es el término griego que define las alteraciones del paciente producidas por el médico.

En medicina la palabra designa aquellas alteraciones o enfermedades indeseables secundarias a su intervención y que son producidas ya sea por una mala práctica, o como resultado de un procedimiento curativo (por ejemplo la administración de fármacos, o intervención quirúrgica), que se acompaña de procesos secundarios nocivos al organismo. Es decir, las causas de la iatrogenia no se ubican solamente en la mala práctica, sino que se reconoce que la terapéutica empleada conlleva siempre efectos secundarios indeseables que son necesarios de ponderar eligiendo siempre el riesgo menor para el paciente.

Los médicos no desconocen los riesgos de sus remedios, tan es así que la frase lema del gremio: ***primum non nocere***, sólo cobra sentido ante esta aceptación de sus limitaciones curativas.

Los psicoanalistas y psicoterapeutas, como todos los profesionales, a menudo preferimos pensar que la ciencia, arte o técnica a la que hemos consagrado nuestras vidas, constituye una herramienta que garantiza la consecución de nuestros objetivos y el desempeño benéfico para los que solicitan de nuestros

servicios. Usualmente la experiencia nos lleva a reconocer en nuestra práctica que existen limitaciones en cuanto a nuestra capacidad de cura, pero difícilmente estamos alertas frente a la posibilidad de producir un empeoramiento de la condición psíquica del paciente. Poco hemos aprendido en las escuelas acerca del otro rostro posible de nuestras intervenciones: aquél que puede generar sufrimiento, sometimiento, pasividad, actitudes regresivas, repetición de daños y empeoramiento de la enfermedad mental.

A menudo creemos que basta con un diestro manejo de lo aprendido y que somos incapaces de provocar daños si nos guía el sano propósito de ayudar al prójimo. Otros, más críticos, reconociendo el problema, han creído encontrar la respuesta protectora en la cuidadosa selección de unas disciplinas sobre otras, y se solazan pensando en la superioridad del psicoanálisis sobre la psiquiatría, o en la ventaja de la propia perspectiva correspondiente a una corriente teórica por sobre las demás. Sin duda subyace a esto un elemento de verdad, pues profundizar sobre las premisas que apuntalan los sistemas teóricos que utilizamos en nuestra práctica es imprescindible, pero no es una tarea que termina con la elección de una disciplina o corriente, pues ninguna de ellas garantiza un desempeño exento de riesgos.

Tradicionalmente en el terreno psicoanalítico se ha señalado que pueden existir fallas técnicas y fallas éticas, ambas serían responsables de desvíos y atropellos generadores de iatrogenia dentro de los tratamientos. A mi juicio tal clasificación señala al trabajador individual como el directamente responsable de la iatrogenia, ya sea por mala aplicación de la técnica, supuestamente exenta de riesgos, o bien por infracción en el acatamiento de normas consensuadas entre el gremio.

Adicionalmente a este planteamiento parcial, los límites entre el ámbito de la ética y de la técnica son a menudo difusos, pues se piensa a menudo que basta con respetar los "principios técnicos" para conservar una ética impecable. En esta línea de pensamiento podemos ubicar a Carpintero (2000), quien afirma que *"La ética que comporta la práctica del psicoanálisis implica respetar la ética de cada sujeto, está basada en el respeto de las diferencias. Para ello el analista debe actuar a partir del principio de abstinencia y neutralidad. El concepto de abstinencia establece que la cura analítica debe estar dirigida de tal manera que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas. Implica no satisfacer la demanda del paciente, ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponer. Con el término neutralidad me refiero a que el terapeuta no dirija la cura en función de un ideal cualquiera, a no dar consejos y a tener en cuenta el discurso del paciente"*.

Se ha señalado que es un error considerar que la ética y el psicoanálisis forman parte de la misma categoría, aún cuando éste no puede llevarse a cabo sin tomar en cuenta criterios normativos estrictos. Según Vives (2003), *"Esto es así no sólo por el respeto que se debe al paciente y su singularidad, sino también por el hecho de que la técnica psicoanalítica es, de hecho indisoluble de cierta preceptiva; es decir, la técnica está entramada con una ética en la que el psicoanálisis se fundamenta. Por ejemplo, se parte de la premisa de que la vida se contempla como preferible a la muerte; de la primacía de la verdad psíquica, de la honestidad en el logro del autoconocimiento, que se originan en la regla fundamental de la asociación libre, la libertad y la responsabilidad sobre el deseo, en las reglas de atención libremente flotante, neutralidad y abstinencia en el analista, etc."*

Al hablar de iatrogenia, Palacios (1999) señala como causa principal a los procesos inconscientes que se verifican en el terapeuta: *"El proceso psicoanalítico es un viaje compartido lleno de escollos. Los desvíos menores son habituales pero no suelen afectar el desenlace terapéutico; pero cuando se prestan oídos a los cantos de las sirenas de la gratificación instintiva, de la actuación patológica o de la imposibilidad de renunciar a la satisfacción de rasgos de carácter urgidos de expresión irrestricta, se incurre en graves violaciones de las normas; el proceso entonces se perturba y la iatrogenia asienta sus reales; y no nos referimos solamente a aquellas actuaciones burdas claramente reconocibles por un observador poco avezado, tal vez son peores las silenciosas, como el mantenimiento de una transferencia erótica o la gratificación de impulsos sádicos no manifestados en franco comportamiento de parte de un analista con sentimientos inconscientes de culpa. Las trampas suelen no ser obvias, aquéllas derivadas de la satisfacción de impulsos groseros como la lujuria y la codicia; las menos evidentes no podrían calificarse como pecados éticos para la normatividad consensuada, ni delitos del fuero común, pero son fatalmente dañinos para el proceso analítico porque ambos participantes permanecen varados en el camino y desviados irremisiblemente de un final satisfactorio. El psicoanálisis cuenta con una deontología que le es propia en virtud de la especificidad de sus aplicaciones"*.

De la lectura de este fragmento se desprende que la iatrogenia en el análisis es posible tanto cuando se violan las normas (éticas y técnicas) de manera consciente, como cuando los deseos y rasgos del carácter inconscientes del analista permean y desvían la relación terapéutica, lo que torna extraordinariamente compleja la delimitación del campo, pues se trata de un

proceso en el que el analista también se encuentra profundamente afectado por la misma situación en la que debe intervenir, de un enlace necesario de subjetividades que deben ser develadas continuamente, y en el que la obediencia de las normas representa sólo una guía - importantísima, pero insuficiente - , que orienta hacia la consecución de la meta.

En aras de clarificar los conceptos en este campo, Lander (2003), afirma que hoy en día existe una diferencia entre lo que podríamos llamar una "falla o ruptura ética", una "falla o dificultad técnica" y aporta por último una "falla estética". Para este autor:

- Las fallas éticas se refieren específicamente a la violación o ruptura con algún punto del **Código de Ética de la IPA** (Asociación Psicoanalítica Internacional). Por ejemplo, la violación de la confidencialidad de lo escuchado en análisis, contemplado en el primer acápite de dicho código.
- Las fallas o dificultades técnicas se refieren a la ruptura con los principios generales de la técnica psicoanalítica. Por ejemplo, analizar simultáneamente (en forma individual) a dos o más miembros de la misma familia, es una falla técnica mas no ética.
- Las fallas estéticas se refieren a los actos que el analista realiza, que son impropios para los usos y costumbres del lugar. Por ejemplo, publicitar cartas escritas por el analizando, agradeciendo y reconociendo las habilidades y los talentos del analista. Esto constituye una falla estética, mas no una falla técnica o ética.

Este último grupo de fallas a nuestro juicio no genera iatrogenia, por lo que no lo incluiremos en nuestra propuesta.

Analizaremos a continuación las definiciones y clasificación alternativa de las fallas responsables de la iatrogenia, desde nuestra perspectiva.

1.1. Fallas éticas.

Para nosotros falla ética sería la infracción de la normatividad que se reconoce en nuestro gremio como deseable guía de nuestro comportamiento profesional. Una falla ética implica la desobediencia consciente de dicha normatividad consensuada, haciendo uso del libre albedrío en la determinación de nuestras acciones.

Salta a la vista que definir falla ética en el ámbito psicoanalítico como la desobediencia del Código de la IPA nos remite a los vicios añejos que aquejan a nuestro gremio, de considerar que determinada teoría o institución son los poseedores de verdades aplicables a nivel universal. En este sentido convendría recordar las palabras de Savater (1998): *"La ética no es un código sino más bien una perspectiva para la reflexión práctica sobre nuestras acciones"*.

Cuando la Etica no es un conjunto de reglas sino una perspectiva normatizadora, resulta claro que ésta se constituye en una especie de lente que se adiciona o superpone, mas no se confunde, con la perspectiva técnica del profesional. Así pues, si un analista decide por ejemplo, analizar con el encuadre ortodoxo individualmente a dos miembros de una misma familia, según el gremio estaría incurriendo en una falla técnica, pero si él acepta que estos tratamientos tienen altas probabilidades de fracasar y sin embargo los aborda por así convenirle a su economía, está incurriendo también en una falla ética.

1.2. Fallas técnicas.

Conceptualizaremos las fallas técnicas como las que derivan de la ignorancia, desobediencia, o mala aplicación de las teorías y técnicas que la psicoterapia define como válidas según el encuadre seleccionado para el tratamiento. También incluiremos las fallas diagnósticas que obligan a la selección de técnicas inadecuadas, o bien a las fallas en la selección de encuadres que no benefician o incluso están contraindicados para el paciente.

Los psicoanalistas tradicionalmente han integrado dentro de este grupo de fallas a las que derivan del "mal manejo" de la contratransferencia, refiriéndose a actitudes y/o conductas inadecuadas del terapeuta resultantes de aspectos conflictivos básicamente inconscientes que se movilizan debido a la interacción con el paciente. La razón de esta inclusión para mí es ideológica, ya que permite señalar a la teoría y a la técnica como acabadas e idóneas, siendo sus agentes los falibles y defectuosos. La conflictiva inconsciente movilizada puede conducir al terapeuta tanto a actuaciones claramente infractoras de las normas técnicas y éticas, como a otras más sutiles y sólo advertidas bajo el lente analítico de los impasses (estancamientos) o las reacciones terapéuticas negativas (ver más adelante iatrogenia generada en la relación terapéutica).

A mi juicio, genera confusión el clasificar como falla técnica a estas actuaciones generadas desde lo inconsciente, creo que sería más claro considerar así a los aspectos técnicos que se implementan desde el **saber consciente** o desde el bagaje cognoscitivo del terapeuta.

Por ello propongo un tercer grupo de fallas en las que incluir este grupo tan específico del objeto y del quehacer psicoanalítico, una tercera opción que se

refiere a la unidad constitutiva del proceso de trabajo y que constituye los riesgos específicos de la profesión.

1.3. Fallas del oficio o del proceso de trabajo.

Propongo este nombre genérico considerando que normalmente asociamos los oficios o los procesos de trabajo con su contexto histórico social (no es igual visualizar el trabajo del sastre Pietro en la edad media, que el del diseñador Versace en el Siglo XXI), lo que impediría la tan nociva disociación de tales elementos. Además lo propongo porque la iatrogenia no depende única ni fundamentalmente, a mi parecer, de la voluntad y habilidad teórico-técnica de los individuos que practican un oficio, sino aún más, del papel que socialmente se adjudica a la disciplina, y de la forma en la que la sociedad organiza su quehacer. Así, este grupo estaría integrado por las fallas generadoras de iatrogenia derivadas de las particularidades de la relación terapéutica psicoanalítica.

Consideraremos aquí los actos iatrogénicos que resultan de algunos de los elementos ideológicos y políticos que permean el saber del profesional en un contexto histórico social determinado.

Incluiremos también la iatrogenia generada en la dinámica intersubjetiva, cuyo establecimiento posibilita tanto la curación como la perversión del acto terapéutico. Finalmente incluiremos los actos iatrogénicos derivados del desgaste y deterioro del terapeuta, riesgo laboral vergonzante y difícil de asumir para profesionales cuya premisa ideológica mayor es que gozan de, y promueven en los pacientes la salud mental.

Las fallas éticas, técnicas y del oficio se presentan a menudo, como hemos ilustrado, mezcladas. La utilidad de clasificarlas en la forma propuesta radica en la posibilidad de discriminar las diferentes causas subyacentes, a fin de implementar medidas preventivas específicas según su importancia relativa. Por otro lado esta clasificación permitirá demarcar los errores que traducen necesariamente fallas morales individuales o bien una mala preparación teórico-técnica (fallas éticas y técnicas), de otros en los que puede incurrir aún el profesional mejor intencionado y capacitado, debido a los riesgos profesionales de los que nadie está exento por el solo hecho de exponerse al mismo proceso de trabajo.

Hemos mencionado que en los institutos que enseñan el oficio, el acento está puesto en que los egresados tengan una adecuada capacitación. En algunos de ellos además se presta atención a la formación ética de los candidatos. Lo que encuentro absolutamente ausente es una actitud reflexiva, crítica y de discusión abierta acerca de las fallas del oficio, que en vez de ser presentados como tales, se muestran como errores adjudicables a la falta de destreza técnica o de autoconocimiento personal, lo que sin ser completamente erróneo resulta insuficientemente explicativo.

Para llenar este vacío concentraremos enseguida nuestra atención en los actos iatrogénicos derivados del oficio o del proceso de trabajo psicoanalítico.

2. IATROGENIA DERIVADA DEL OFICIO O DEL PROCESO DE TRABAJO.

2.1. Acto iatrogénico generado en el saber psicoanalítico.

El saber psicoanalítico, como cualquier otro constructo social, está permeado por elementos ideológicos y políticos. Afirmar que ellos son capaces de producir

iatrogenia es equivalente a pensar que la depuración de la teoría y la técnica validadas hoy es necesaria tanto para ampliar el potencial liberador del psicoanálisis, como para señalar y corregir desvíos que ubican algunas de sus posturas teóricas y metodológicas como adaptativas al statu quo y en la línea del sometimiento del sujeto.

Por citar un ejemplo, se ha señalado que el psicoanálisis en sus primeros pasos descuidó la visión del individuo como ser histórico y relacional, concentrado como estaba en desentrañar el impacto que la vida instintiva tenía en sus motivaciones y conducta. Pero aunque han surgido corrientes menos sesgadas en ese sentido, aún hoy es necesario asumir más cabalmente que la salud mental forma parte de las condiciones generales de bienestar, está estrechamente ligada a las condiciones de vida. Es decir, la pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política..., no es que condicionen o sean el contexto del bienestar psicológico, sino que son el ámbito mismo de producción de valores de felicidad o sufrimiento y ellos son propios de cada cultura en cada momento histórico de su devenir.

Las cuestiones relativas a la salud y la enfermedad mental no tienen su origen en datos naturales, es decir, las normas de relación en las cuales se producen estos valores, no son normas biológicas, sino sociales. No hay una representación de la salud mental, tanto en quien la padece como en quien construye saberes y prácticas sobre ella, que no esté sustentada en un orden de lenguaje y significación socialmente consensuada. Los modelos causalistas de la psiquiatría biologicista, postulan una generación de la enfermedad en un orden natural, pero

tal causalidad, de ser cierta, no eximiría de comprender que todo sufrimiento subjetivo está mediatizado por la inserción social del individuo.

Deseo subrayar a continuación solamente algunos elementos de articulación con el cuerpo social, elementos ideológicos y políticos que permean nuestro saber y estructuran nuestras prácticas generando iatrogenia. Me motiva en tal recorrido también la importancia de hacer patente la relatividad de los supuestos que son manejados por los trabajadores de la salud mental como absolutos implícitos y naturales que una vez aprendidos en las aulas, son difícilmente cuestionados, conservándose como reliquias o dogmas que los protegen de sentir que cada acto clínico implica también la toma de una postura política y de una definición ideológica y vital.

2.1.1. Corrientes teóricas en la causalidad de la enfermedad mental.

En el vasto terreno de la salud mental en México coexistieron en el siglo pasado tres grandes corrientes en cuanto a la causalidad de la enfermedad: la del biologicismo, la del psicologismo y la del sociologismo.

El biologicismo intentó comprender a la enfermedad mental con base en las perturbaciones físicas, dejando completamente de lado los factores psicológicos y sociales. El psicologismo pretendió comprender todas las actitudes y estructuras de la personalidad sólo en función del sujeto y su historia personal. El sociologismo invirtió los términos por completo partiendo de una válida actitud de comprender al hombre como producto social, pero desvalorizó o incluso negó los aspectos psicológicos individuales o bien los redujo a categorías esquemáticas infértiles (decir por ejemplo que la problemática individual es expresión de la lucha

de clases es cierto, pero no resulta suficientemente explicativo si se olvidan las mediaciones que operan sobre los individuos y que actúan de distinta manera en cada uno de ellos, tales como su familia particular, los componentes temperamentales, o el significado psicológico de los hechos en su forma de aprehensión personal).

El desarrollo de estas tres corrientes se dio en forma paralela y casi por completo independiente, representando la psiquiatría los avances en el conocimiento orgánico y farmacológico; el psicoanálisis la comprensión de la dinámica inconsciente y su influencia en la psique; y la antipsiquiatría el movimiento reivindicador de la locura como un producto social.

La lucha por la hegemonía de las tres corrientes se dio en el contexto social del auge de la medicalización de la salud mental, con una marcada tendencia a la extrapolación de las técnicas de control y reeducación que se llevaban a cabo en la institución manicomial, hacia el conjunto de la sociedad. El discurso terapéutico invadió todos los rincones de la sociedad; la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis prestaron sus técnicas, sus procedimientos y vocabulario a una multitud de prácticas que van desde la pedagogía hasta la selección de personal por medio de tests que miden el grado de adaptación del sujeto a su medio.

La psiquiatría incapaz de responder a las nuevas necesidades sociales, se encontraba en crisis gracias a su pobre alcance social. En las décadas de los setenta y ochenta, la antipsiquiatría tomó fuerza en México, evidenciando el fracaso del manicomio y su carácter antiterapéutico, fuente de opresión para una minoría de sujetos considerados como desviados y fuente de mistificación para toda la sociedad. La "nueva ciencia" postulada representaba la voluntad de hacer

intervenir el saber de la colectividad en la explicación y tratamiento del sujeto psicológicamente perturbado, lo que transformaría automáticamente su posición y función en el seno de la comunidad: no excluido, satanizado o secuestrado, sino convertido en un protagonista social que catalizaría en su persona una serie de problemas compartidos. La recuperación del loco por parte de la comunidad rompería la frontera tradicional entre sanos y enfermos, hacer lugar a la locura ensancharía el espectro de los lenguajes sociales posibles, y así la terapéutica del trastorno mental se modificaría perdiendo su carácter médico.

El psicoanálisis retomó algunos de los postulados del movimiento antipsiquiátrico, e incluso el IMPPA ensayó coyunturalmente en Michoacán la instalación de una "comunidad terapéutica" pionera, para el tratamiento de las psicosis en adolescentes. Desgraciadamente el proyecto no pudo incrustarse, por razones políticas, en el sistema sanitario estatal a la salida del gobernador Cuauhtémoc Cárdenas. Pronto se amplió la experiencia en la ciudad de México únicamente a nivel privado (Casa de Medio Camino y Hospital Psiquiátrico Mendao). A la vuelta de los años estas experiencias naufragaron, legando ricas aventuras privadas, pero con limitadas repercusiones sociales.

Hoy puede afirmarse que aunque este gran movimiento alternativo no logró sustituir al saber y prácticas psiquiátricas, sí logró a través de su cuestionamiento y desafío frontal, imprimirles una cierta apertura y flexibilización a sus posturas. Si la práctica alternativa que proponían ha desaparecido casi por completo (vale decir que en Argentina aún existen proyectos similares), ello se debe a que constituía una trasgresión demasiado radical para los valores sociales entonces vigentes, o bien a su falta de viabilidad técnica.

Las principales disciplinas en pugna por la hegemonía en salud mental se dimensionaron como aparatos ideológicos de Estado, en la acepción de Althusser (1970). Son múltiples los puntos de contacto entre estas disciplinas y la ideología capitalista, según Jervis (1980): *"la tendencia a ocultar los problemas sociales enmáscarándolos con problemas individuales y privados (y haciendo derivar los primeros de los segundos); la tendencia a negar los conflictos objetivos (entre las clases sociales por ejemplo) haciéndolos pasar por conflictos psicológicos; a explicar los hechos sociales (e intentar modificarlos) recurriendo a las motivaciones irracionales del inconsciente; a reducir a abstractas dinámicas de grupo los problemas concretos de poder que surgen entre las personas y en las masas; a reducir el problema colectivo de la libertad a la adaptación personal"*.

En resumen, la tendencia a reducir todo problema individual a un problema científico o técnico, cuya solución debe delegarse, por consiguiente, a un especialista. *"La ideología burguesa tiende a obligar a los individuos a concebir su libertad como una dimensión privada donde, una vez más, serán los técnicos de la manipulación psicológica los encargados de remover los obstáculos más molestos, con instrumentos que van desde el uso sistemático y masivo de pastillas y tranquilizantes hasta las propuestas incesantes de interpretaciones psicologizantes y evasivas de problemas políticos personales, hasta, por fin, la aplicación de técnicas de manipulación sofisticadas"*.

Paulatinamente el control ejercido por el poder sobre el conjunto de la sociedad a través de la psiquiatría hegemónica realizó el pasaje desde los procedimientos de represión brutal hacia las técnicas más sutiles y sofisticadas que tienden no ya al

"castigo" o segregación del sujeto (en el manicomio), sino a su "recuperación terapéutica".

Indiscutiblemente todo este clima social impactó al psicoanálisis también en términos negativos, floreciendo en su interior corrientes de pensamiento y desarrollos técnicos que subrayan la necesidad de adaptación e "integración social" del paciente (psicología del yo, terapia expresiva, etc.).

Mientras tanto, en las dos últimas décadas del siglo, el proceso de medicalización agotó hasta la casi extinción el modelo ortodoxo de psicoanálisis, catalizó la ya de por sí acelerada evolución de la psicoterapia psicoanalítica con la aparición de sus diversos encuadres y su simultánea competencia impuesta para la captación de usuarios con innumerables modalidades de psicoterapia no psicoanalítica y otras modalidades terapéuticas alternativas.

2.1.2. Conceptualización de la salud mental.

Cualquier intervención sobre la salud mental individual se basa en tres supuestos fundamentales: la existencia de un criterio de enfermedad psíquica; la existencia de un criterio de salud mental e, incluso, de un estado "ideal" de salud mental; y la existencia de posibilidades de brindar una mejoría al paciente, es decir, procurar la disminución de la distancia existente entre su estado de enfermedad mental antes de iniciar el tratamiento y el estado de salud mental "ideal".

De los tres criterios mencionados el psicoanálisis sólo ha abordado el primero de ellos en forma sistemática y con grandes limitaciones, pues pese a fundarse en todo un cuerpo de conocimientos psicopatológicos y dinámicos, se halla continuamente expuesto a críticas (ver etiquetamiento versus diagnóstico).

Por otro lado, las teorías y puntos de vista acerca de qué define la salud mental, o cuáles son los rasgos que debemos considerar como característicos de ella, se nos muestran inciertos y sujetos a controversia.

La definición de salud mental ha derivado de la utilización de básicamente tres criterios: el estadístico, el adaptativo y el normativo.

De acuerdo al criterio **estadístico**, sería "normal" toda aquella persona que responda a las características que reúna la mayoría de los individuos de su sociedad. Este criterio no es prácticamente utilizado por el psicoanálisis.

El criterio **adaptativo** surgió por vía de la antropología cultural y partió de la aceptación de la existencia de diversos criterios sobre salud y enfermedad mental, en distintos contextos sociales. Este criterio juzga la adecuación de la conducta individual a las normas y valores de la sociedad. Se establece entonces una relación entre adaptación y conformidad, ya que estar adaptado a una sociedad implica conformarse con sus pautas.

Dentro del psicoanálisis, la psicología del yo emplea este criterio, a pesar de que a nuestro juicio, no nos informa mucho sobre la salud mental de un individuo, puesto que la experiencia ha demostrado sobradamente que con frecuencia tal adaptación es, precisamente, el resultado de determinados rasgos patológicos que llegan a mantenerse en un estado de relativo equilibrio gracias a los efectos compensatorios, o, por el contrario, encubridores, por parte del medio ambiente. Así por ejemplo, la frigidez sexual favorecerá la adaptación del sujeto obligado a vivir en un medio cultural en el que se considere la supresión de toda actividad sexual como un objetivo altamente valioso.

Erich Fromm (1962) considera que existen dos maneras de concebir a la normalidad: desde el punto de vista de la *sociedad*, si el individuo puede cumplir un papel aceptable dentro de ella; y desde la perspectiva del *individuo*, si puede alcanzar el grado óptimo de expansión y felicidad. En una sociedad óptima coincidirían ambos aspectos, pero eso no existe. Por el contrario, en nuestras sociedades occidentales, *"la persona considerada normal en razón de su buena adaptación, de su eficiencia social, es a menudo menos sana que la neurótica cuando se juzga con una escala de valores humanos"*. El hombre así enajenado y conformista con la sociedad conlleva "defectos socialmente modelados" de los cuales no se percata pero que igualmente soporta en sus consecuencias.

La oposición individuo-sociedad para Freud es irreductible, conflictiva y generadora de sufrimiento, y está ligada al principio mismo civilizador. El concluye en *El malestar en la cultura*, que sólo cabe esperar que el individuo encuentre alguna forma de equilibrio en su economía libidinal personal y que la formación social logre un funcionamiento que haga más soportable la amplitud de la represión y la renuncia que impone a sus miembros.

Si bien lo ideológico está claramente presente en las concepciones adaptativas de salud mental, esto no desaparece en los criterios **normativos**, que establecen como parámetros a determinados valores o normas, fuera de los cuales se encuentra lo anormal o patológico. Unos privilegian la utilidad social, otros la capacidad de dicha y de realización, otros la armonía de las cualidades del individuo, o bien consideraciones de tipo genético o evolutivo, etc.

Con respecto a estos últimos, al demarcar cómo es la evolución normal de una función, o el proceso de constitución de la personalidad, es posible señalar como

normal al proceso que corresponda a los lineamientos que se considera deben darse en cuanto a formas, edades, etc. Aquí puede ubicarse también a la teoría psicoanalítica, para el cual es normal la evolución de la libido a través de distintas etapas: la normalidad resultaría de la represión de ciertos impulsos parciales y determinados componentes de las disposiciones infantiles y su subordinación a la primacía de la genitalidad. La perturbación mental sería entonces consecuencia del conflicto entre los impulsos biológicos del hombre, con los factores que impiden o limitan su acción, factores derivados de causas sociales.

Freud definía la salud mental como **la capacidad de amar y trabajar** del individuo, utilizando también criterios normativos.

Coderch (1975), uniendo conceptos freudianos y de la corriente de las relaciones objetales, plantea que la salud mental depende de la capacidad personal para manejar adecuadamente los procesos psíquicos inconscientes. Considera que el grado de salud mental depende de la capacidad para conocer las fantasías mentales inconscientes y de cómo éstas son elaboradas por el yo para intentar obtener una satisfacción de los deseos implícitos en ellas. Asimismo la salud depende del trato que tengan los objetos internos entre sí y entre éstos y el yo. En resumen, el ser humano gozará de tanta salud mental cuanto menor sea la discontinuidad existente entre los niveles de funcionamiento consciente e inconsciente en su vida psíquica. Una menor discontinuidad da lugar a una menor necesidad de utilizar mecanismos defensivos y favorece la gratificación satisfactoria de los impulsos dentro de las circunstancias reales que enmarcan la vida del sujeto.

Desde su punto de vista no debe entenderse que la presencia de una buena salud mental garantice la ausencia de conflictos. Por el contrario, en muchas ocasiones dicha ausencia podría ser el índice de una escasa salud mental, como puede ocurrir en los casos de excesivo conformismo a las presiones ambientales, o en aquellos sujetos en los que una casi total carencia de tensiones internas revela un apagamiento de las pulsiones de vida. Lo que distingue a un sujeto mentalmente sano no es la ausencia de conflictos, externos o intrapsíquicos, sino la capacidad para afrontar unos y otros, y de resolverlos de manera que sean las pulsiones libidinales de amor y crecimiento quienes regulen el comportamiento y adaptación, o, en su caso, la lucha contra las circunstancias que se oponen al desenvolvimiento y a la vida.

Finalmente todos los criterios normativos que no apuntan al conformismo o a la adaptación plantean lo que consideran que el hombre *debiera ser*, tal es el caso de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, que nos arroja directamente a la utopía al definirla como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

El problema de definir la salud con base en los valores es que dificultan el empeño en definirla. Resulta prácticamente inevitable considerar que aquellos atributos que le son propios son "buenos"; pero entonces surge, desafiante, la pregunta: ¿buenos para qué?, ¿buenos en términos de la ética dominante?, ¿buenos para el mantenimiento del statu quo social?, ¿buenos para la humanidad?, ¿buenos para la felicidad individual?, ¿buenos para la supervivencia?, ¿para la continuación de la especie?, ¿buenos para la mediocre adaptación a las circunstancias sociales envolventes?, ¿buenos para el genio y la creatividad?... El etnocentrismo, el

universalismo, o el ideologismo son las variables que comúnmente invalidan las consideraciones elaboradas bajo criterios normativos, no reconociéndose en la mayor parte de los casos la relatividad histórica y social de cualquier definición sobre el tema.

En efecto, cada sociedad comparte valores sobre el tipo de personalidad, conducta y relaciones adecuadas para todos sus miembros (aún si éstos se ubican en diferentes jerarquías y estratos, castas o clases), y los individuos catalogados como “desviados” de la normalidad socialmente determinada representan un peligro que debe ser aislado o normalizado, para lo cual existen dispositivos particulares en todo grupo.

Esta afirmación de una modalidad histórica de producción de valores de salud mental - y por lo tanto de la definición de enfermedad - no debe entenderse únicamente en el sentido de un relativismo cultural. Es necesario entender también que el daño mental sólo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego. Desde Freud sabemos que el sujeto normal - aquél capaz de actuar y transformar la realidad displacentera - es un logro posible del hombre, no un dato espontáneo del desarrollo humano. Todo está dispuesto socialmente para que el sujeto adopte el desvío patológico que lo aparta de su cultura debido a una crisis en sus posibilidades de adaptabilidad. Pero si el sujeto es normal por referencia a una norma, debemos subrayar que no hay normas absolutas, lo que es absoluto es la necesidad histórica de la existencia de normas, en tanto éstas son constitutivas de la subjetividad.

Así como toda cultura pone a disposición de sus miembros cojinetes de amortiguación de lo real, algunos de los cuales pueden ser francamente patológicos, también elimina o margina sus desechos, crea sus propias plagas patológicas y las representaciones adecuadas a sus valores.

Hoy el panorama de salud mental se caracteriza en México por la coexistencia de diversas concepciones del trastorno mental (psiquiátricas, psicoanalíticas, comunitaristas, sociológicas, antropológicas), multiplicidad de tratamientos sumamente heterogéneos sin la necesaria fundamentación teórica, y también la configuración mixta de modelos de asistencia. Lo mismo ha sucedido al interior del psicoanálisis, disciplina que alberga distintas corrientes y supuestos teórico-técnicos aún contradictorios. Cada una de las concepciones, con sus tratamientos y modelos de asistencia, no es reconocido como enfoque o tratamiento parcial, sino que tienden más bien a configurarse como totalizantes, por lo que su confrontación con otras concepciones mantiene abiertas las polémicas y las luchas por cierta hegemonía. No se trata de un estado caótico, sino por el contrario, de la impregnación de este sector por lo que caracteriza los procesos sociales, ya que cada concepción refleja una manera de pensar al hombre y su relación social. Por otro lado hay ventajas de que se mantenga abierta esta situación polémica, la imposición de una concepción no puede sino reflejar un modo autoritario y excluyente de cierre de los problemas de salud mental a su relación con la vida social.

La ambición de la psiquiatría de constituir una ciencia positiva sobre la enfermedad mental, ideal nunca realizado, se ha visto suplantada progresivamente por una concepción de los problemas de la salud mental que ha

complejizado su objeto, poniendo en evidencia las dificultades en la comprensión del proceso de salud-enfermedad en los individuos y en los grupos humanos.

Desde la Medicina Social se ha señalado la necesidad de partir de un concepto adecuado de lo que salud significa, intentaré resumir las contribuciones que aporta esta disciplina para su construcción.

- La salud y la enfermedad no son estados absolutos ni excluyentes entre sí, sino componentes tendencialmente opuestos de un mismo proceso siempre cambiante, que determina la forma específica de manifestarse de un individuo o de un grupo humano, en los terrenos biológico, psicológico y social.
- La salud requiere de una doble definición, desde una perspectiva "objetiva" y desde otra "subjetiva". La primera se fundamenta en la delimitación de los valores biopsicosociales que una sociedad determinada asume como normales de acuerdo con el avance científico alcanzado y con su cultura. La definición subjetiva es elaborada por el individuo con base en sus percepciones y en las concepciones que, por su situación biopsicosocial, le obligan a identificar un dato relativo a sus capacidades vitales o de relación, como normales o no.
- La definición de salud debe fundamentarse a partir de situaciones específicas, es decir, considerando la variabilidad de características o respuestas posibles del individuo en su relación con el medio; el estar sano no se restringe a ser "normal" desde el punto de vista estadístico, sino que traduce la posibilidad de ser normativo en esa y otras situaciones eventuales.

- La enfermedad constituye una nueva dimensión de la vida, otra "forma de andar" en ella, al haberse perdido la capacidad normativa y adquirirse una nueva normatividad rígida, lo que conduce al organismo a una necesidad de estrechamiento en su comportamiento interno y externo.
- El proceso de salud-enfermedad refleja un cierto proceso normativo, el que en los casos de patología implica una sumisión pasiva a ciertos estados fisiológicos, condiciones ambientales o metas de la sociedad (adaptación lograda), y en la salud traduce un proceso activo que mediante operaciones aloplásticas y autoplásticas consigue interacciones exitosas para la supervivencia o el bienestar del individuo, de su grupo o de su especie.

Intentando concluir este capítulo integrando sus aportes más significativos en una definición operativa útil, propongo que:

"El proceso de salud-enfermedad del individuo traduce su capacidad para instaurar su propia normatividad en las dimensiones biológica, psicológica y social, lo que le permite, mediante operaciones autoplásticas y aloplásticas, interacciones exitosas para la supervivencia y el bienestar propio, de su grupo, de su especie y de su hábitat, así como la realización de sus capacidades vitales, de productividad creativa, de relación y de disfrute, en un contexto social que lo influye causalmente y lo define como normal o patológico".

2.1.3. Etiquetamiento versus diagnóstico.

La palabra **diagnóstico** deriva de la raíz griega *gnosis*, que significa conocimiento, anteponiéndosele el prefijo *diá*, a través de. Su significado entraña un proceso de

comprensión del fenómeno y no sólo el reconocimiento mecánico de síntomas que al unirse conforman enfermedades reconocibles.

Todos sabemos que el médico capaz de diagnosticar, es capaz de aliviar. Un diagnóstico certero es el primer paso para poder emprender acciones terapéuticas correctas. Sin embargo en el campo de la salud mental, en el que la materia de trabajo está constituida por la **problemática relacional humana**, el diagnóstico del proceso patológico y su clasificación, es un asunto sumamente complejo y riesgoso.

Debemos aprender de nuestros errores históricos. En la Edad Media, los epilépticos fueron condenados a padecer graves torturas por considerárseles poseídos por el demonio. No se trataba pues, de un diagnóstico, sino de un etiquetamiento que estigmatizaba a la persona, marginándola y brindando a la sociedad el derecho a detentar sobre él prácticas de sometimiento supuestamente redentoras. Hoy no vivimos tan alejados de esa situación, pues cada vez que una persona es clasificada como portadora de psicosis, es enmarcada en otra cualidad relacional en la que sus derechos son restringidos sistemáticamente.

Por **etiquetamiento** entenderemos no la comprensión de un proceso patológico, sino una nominación del mismo que estereotipa a su portador, pues define de una vez y para siempre las expectativas de los otros con respecto a sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Para evitar etiquetamientos los terapeutas familiares insisten en considerar a la persona que presenta síntomas, como develadora de un contexto relacional que lo ubica como "paciente identificado", en un intento para conservar sus relaciones patógenas inalteradas. Si este paciente permanece "identificado" con la

enfermedad, será imposible analizar y desmontar el contexto generador de expresiones distorsionadas. La terapia sistémica nos ha mostrado que cuando la familia "requiere" para su conservación de individuos enfermos, no basta con el trabajo sobre el individuo sintomático, pues secundariamente a su "curación", surgirán otros miembros emergentes que adopten el síntoma, como sucede por ejemplo en los casos de codependencia en familias "alcohólicas".

Así pues, la capacidad de diagnosticar no debe ser confundida con la capacidad de engarzar un cierto conjunto de síntomas en categorías denominativas, o de evaluar y contrastar ciertas cualidades fijas de comportamiento y defensivas para ubicarlo dentro de ciertos tipos de estructura psíquica o personalidad descritas como típicas. El diagnóstico debe en cambio, traducir la comprensión del profesional sobre los problemas que conducen a la persona a buscar ayuda, la crisis vital específica que torna esta problemática inmanejable desde sus propios recursos, y los defectos estructurales psíquicos que han posibilitado la emergencia de sus síntomas. En otras palabras, el diagnóstico que se requiere en la práctica psicoanalítica se basa en la comprensión de la psicodinamia del paciente.

En cambio el etiquetamiento de la persona provoca con mucha frecuencia que se estereotipen las expectativas del terapeuta con respecto al tratamiento, y generalmente conduce a la selección de teorías explicativas preestablecidas sobre la génesis del trastorno, sin considerar que la teoría sólo es capaz de dar cuenta de las formas más generales de determinación y expresión, o también a la adopción mecánica y puntual de técnicas o intervenciones que no contemplan la especificidad e idiosincrasia del sujeto.

Recordemos lo que contestaba el Dr. Santiago Ramírez cuando se le cuestionaba sobre cuál era la teoría y la técnica a la que se apegaba en sus tratamientos (freudiana, frommiana, etc.), él afirmaba "soy pacientista", para resaltar como prioritarias la comprensión y la preocupación por los intereses del paciente, por encima de cualquier consideración teórica o técnica.

Siempre ha llamado mi atención el hecho de que los alumnos durante la formación en psicoterapia tienden a rechazar los diagnósticos clínicos de los pacientes porque se atemorizan frente a la posibilidad de ser conductores del tratamiento de un paciente por ejemplo, "con estructura borderline de bajo nivel", "con rasgos paranoides", "con importantes núcleos psicóticos", u otras florituras de la jerga psicoanalítica. Cuando el diagnóstico es puesto de lado y se concentra su atención sobre el significado de dicha nomenclatura en términos de la descripción específica de la realidad relacional y psíquica del paciente, así como de la génesis de los síntomas en su contexto histórico particular, pueden aceptar sin reservas la adecuación de la propuesta, pero tienden a pensar que si la problemática descrita puede ser comprendida como derivada de las vivencias significativas de la persona, entonces no representan conductas patológicas, sino reacciones esperables en cualquier sujeto, por lo tanto tienden paradójicamente a negar la presencia de patología en la medida en la que la diagnostican.

Este tipo de reacciones – que no es exclusiva de los psicoterapeutas novatos - , devela un pensamiento ideológico generalizable en nuestro medio, que podría resumirse en que sólo consideramos como "locura" o "patológico", aquello que no podemos entender en sus orígenes o en su lógica específica. Por eso los

pacientes nos parecen más "sanos" en la medida en que vamos descubriendo los porqués de su comportamiento.

Pero si estos factores pesan sobre las concepciones de los terapeutas, son aún más importantes para los pacientes y sus familiares, para quienes el estigma de una etiqueta puede resultar devastadora en el plano emocional y social. Sin entrar ya al campo de las consecuencias legales que las "denominaciones científicas" pueden provocar.

Si actualmente la salud mental cubre prioritariamente tres conjuntos de demandas:

- Aquéllos que se desmarcan del comportamiento social, o se definen por su diferencia con el conjunto (psicóticos, homosexuales, drogadictos, psicópatas).
- Los que por distintas razones fracasan en sus condiciones o capacidad adaptativa, haciendo que necesiten ayuda especial para sostenerse en la vida (neuróticos, depresivos, trastornos de personalidad)).
- Las personas con mayor riesgo de enfermar (ancianos, niños, adolescentes, personas en crisis vitales, etc).

Cualquiera de los padecimientos de estos grupos pueden ser aislados y tratados como enfermedades o, por el contrario, ser pensados como desarrollos conflictivos, regresivos, en la relación de éstos con el conjunto familiar y social. Estas posibilidades representan la respuesta psiquiatrizante, marginadora y estigmatizante; o la respuesta incluyente e integradora que requiere el campo de la salud mental actual. Cada una parte de concepciones distintas acerca de las definiciones, características y determinaciones de la enfermedad mental. El psicoanálisis ofrece retomar ese espacio posible si privilegia su capacidad

comprensiva de los procesos patógenos y elimina su capacidad de control y adaptación mediatizadora del individuo que exhibe los fenómenos mórbidos.

2.1.4. Interpretación e ideología.

En la transferencia radica un poder, es una fuerza que actúa a manera de palanca en la producción de transformaciones subjetivas, y ese poder es otorgado al psicoanalista en la relación terapéutica. La transferencia coloca al terapeuta en el pedestal de la autoridad; los efectos de la interpretación alcanzan una buena cuota de su eficacia al provenir de ese lugar, cuestión que amplifica el poder de nuestra palabra. Conviene no desconocer el estado de sugestibilidad propia del analizante en esta situación.

La palabra del analista tiene un efecto especial por ser pronunciada en el seno de la transferencia, es decir, en una relación de dependencia, violencia, amor, creencia, de intimidad y de alteridad sui géneris. El poder conferido por el analizante le otorga a la palabra del analista un valor y fuerza extraordinarias, potencia de la que carece en otros contextos transferenciales débiles. Tanto es así que cuando por cualquier motivo caemos del lugar de autoridad, de sujeto "supuesto saber", nuestra palabra deja automáticamente de producir efectos.

El fenómeno de la resistencia a los nuevos enfoques y al cambio tiene lugar en todas las formas de psicoterapia. Pero es importante distinguir entre la resistencia efectiva a la aceptación de ideas desagradables, y la justificada oposición a interpretaciones y construcciones erróneas. Algunas de las supuestas resistencias a interpretaciones son en realidad la recusación justificada de problemáticas especulaciones e hipótesis. Las interpretaciones equivocadas no

sólo provocan fuertes resistencias, sino que también suelen ser fuente de iatrogenia debido precisamente al alto valor de la palabra del analista..

Hemos afirmado que es muy importante entender el concepto de transferencia como una hipótesis útil para la explicación de determinados fenómenos y no como un hecho que da cuenta de la totalidad de la relación terapeuta-paciente. Cuando un analista considera la transferencia como un hecho y no como un concepto teórico, puede ocurrir, por ejemplo, que frente a la expresión de hostilidad y rechazo hacia sus interpretaciones, concluya que los sentimientos del paciente no van con él, sino con una persona del pasado biográfico del paciente. Caben otras posibilidades de explicación de la conducta del paciente, por ejemplo, la indignación porque las interpretaciones le parezcan arbitrarias y problemáticas. En este caso una interpretación de la transferencia alejaría al paciente de su vivencia inmediata, lo reduciría a la posición del niño irresponsable y se reforzaría la posición superior del terapeuta dominante.

Es fácil considerar la crítica explícita a la interpretación transferencial como una racionalización y la crítica no explícita como una reacción de terquedad infantil. Si se interpretan reiteradamente las percepciones objetivas como transferencias desde un pasado, puede provocarse una gran inseguridad en el paciente y llevarlo a neurosis caóticas de transferencia o incluso a psicosis de transferencia. El analista debe reconocer obviamente que el paciente puede tener razón en sus observaciones del aquí y ahora, y en caso de duda, debe creer que el paciente ha hecho observaciones atinadas. Debe partirse de la base de que son más útiles las construcciones que el propio paciente haga, que las que hace el analista.

Por ejemplo, Eschenröder (1984) señala que Freud se lamenta así en su artículo "Análisis terminable e interminable"(1937): *"En ningún momento del trabajo psicoanalítico se sufre más de un sentimiento opresivo de que los repetidos esfuerzos han sido vanos y se sospecha que se ha estado "predicando en el desierto" que cuando se intenta persuadir a una mujer de que abandone su deseo de un pene porque es irrealizable..."* A su juicio, los pacientes de Freud "ofrecieron sin duda una fuerte resistencia a la aceptación de estas peregrinas interpretaciones".

Hay que recordar que tanto la asociación libre como la atención flotante apuntan a un mismo fin: ambos partícipes de la experiencia analítica deben dejar de lado sus saberes previos, llevando a cabo una compleja suspensión del valor referencial de la palabra, cosa que la aleja del eje verdadero-falso como correspondencia con el mundo y abre la dimensión de la verdad subjetiva. Si el analista en ese momento no trata de alejarse de sus prejuicios teóricos, lo único que estará haciendo será el reconfirmar sus hipótesis y no estará realmente involucrándose en la intersubjetividad abierta, que es la única que momentáneamente podrá dar luz sobre el conflicto psíquico que se despliega.

Si bien la interpretación es el instrumento mayor de la cura psicoanalítica, existen muchas situaciones en que puede tornarse un instrumento de dominación, cuando ésta no refleja una realidad psíquica inteligible, sino una construcción teórica injertada - no sólo por su falsedad, sino aún por su presentación inadecuada o a destiempo -. Es decir, el descubrimiento del inconsciente no es algo que puede ser "otorgado al paciente", sino una acción propositiva del sujeto que se analiza, un descubrimiento de él, que el terapeuta solamente favorece, a veces mediante

cuestionamientos - expresados en palabras, en silencios, en interjecciones, en gesticulaciones - , a veces mediante construcciones en las que el paciente reconoce una disposición afín con las piezas faltantes en su propio rompecabezas, tal es el arte de la mayéutica.

Si efectivamente la interpretación es el instrumento de la transformación subjetiva del analizante, ella debe producir una modificación en la "materialidad" psíquica, y no es fácil dar cuenta de cómo se produce ésta. Strachey calificó de mutativa la interpretación generadora de cambios psíquicos estables y duraderos.

Antes, cuando se pensaba que lo curativo del análisis consistía en hacer consciente lo inconsciente, las interpretaciones se concentraban en hacer ver al paciente las distorsiones de la realidad que sus fantasías arcaicas originaban, y en términos más generales, en hacerle comprender sus modos de funcionamiento y sus repeticiones. Mediante el concepto de repetición hacemos referencia a las modalidades de funcionamiento estereotipadas y habitualmente inconscientes del sujeto, quien no puede funcionar de otro modo de como lo hace, por estar estructurado de una manera precisa y singular, en la que existe un trasfondo pulsional que otorga fuerza y constancia a tal compulsión.

Sin embargo, la comprensión intelectual, el saber cómo funciona psíquicamente no hace surgir una nueva dinámica mental. Si el analista se centra en preguntarse ¿de dónde provienen estas actitudes del paciente? y descuida el cuestionamiento de ¿cómo podrá abandonar esta manera de actuar?, su trabajo se vuelve atrapante y estéril para el paciente. Así, es necesario apuntalar todo lo que represente una apertura y una ruptura con respecto a sus repeticiones habituales. El trabajo psicoanalítico no es sólo una arqueología del pasado perdido, sino

además y sobretodo, una arquitectura del porvenir que otorga un lugar habitable al deseo.

Por otro lado, la interpretación se elabora no sólo desde una teoría específica, sino también desde una manera particular de asimilar dicha teoría que está determinada por la propia ideología y perspectiva vital.

El psicoanálisis llama a practicar una espera para ver hasta dónde y hacia qué llega el paciente con su propio trabajo, a que sea él mismo quien defina y decida en qué emplear su energía, sin que el analista marque cuáles le parecen los caminos más favorables. La tarea no consiste en orientar la vida del analizante, sino en dirigir la cura de tal manera que respetando su singularidad – aunque genere discrepancias con los valores y esquemas del analista – éste tenga más posibilidades de tomar sus propias decisiones. En un psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica no cabe convencer, ni orientar, ni sugerir, ni enseñar.

Se podría pensar por tanto que con seguir estas recomendaciones estaríamos al margen de influir o conducir los tratamientos por las vías que nuestra propia perspectiva marca. Nada más alejado de la realidad.

Adoptamos una postura ideológica, por ejemplo, cuando conocemos la vida sexual de nuestros pacientes, consideramos "promiscuas" o "perversas" ciertas relaciones que no van con nuestra forma de concebir la sexualidad, o como "precoces" las actuaciones adolescentes antes de cierta edad o madurez sólo necesarias en nuestro propio marco referencial, o bien como "inhibiciones" la falta de acercamientos sexuales después de cierta edad. Al hacerlo, nuestras intervenciones no son ya neutrales, puesto que tomamos por síntomas dichos fenómenos. En otro trabajo (Piña 2001) cité el caso de iatrogenia en una

adolescente, a quien el terapeuta incitaba a iniciar una vida sexual activa bajo su propio paradigma de normalidad, lo que la paciente vivió como negativo al no estar preparada para hacerlo.

Hay también ejemplos de iatrogenia compartidos por todo el gremio, como los provocados al considerar la homosexualidad como una enfermedad y trabajar para que se volviese "egodistónica" y se intentase eliminar mediante el análisis.

Género e interpretación.

Annie Anzieu (1993), al bordar sobre la influencia que tiene el sexo del analista, señala que *"Nada se dice verdaderamente si no se dice a través del cuerpo del analista mismo. Son inseparables mi cuerpo de mujer y mi discurso de analista, estructurado según la misma imagen. El análisis lingüístico de mi cuestión aspiraría a escindir artificialmente mi ser físico y mi funcionamiento mental. Sentado cerca de su paciente, el analista está vivo en su totalidad"*.

En efecto, la perspectiva vital del analista incluye el hecho físico de ser hombre o mujer, física y psíquicamente. La perspectiva cambia desde el género del analista, permeando su inconsciente y sus interpretaciones, e igualmente influye sobre la transferencia del paciente.

Desde cada género, analizar a alguien del sexo opuesto implica un esfuerzo en el que siempre hay que considerar los mitos y realidades socialmente impuestos a cada uno, pero esto implica en la práctica una trama de sutilezas que no siempre es posible advertir. A la mujer analista suelen pasar inadvertidas al inicio, algunas actitudes sutiles de amaneramiento femenino en el paciente, o puede creer en la aparente seguridad de su satisfacción sexual, o bien no advertir el nacimiento de

una transferencia erotizada fácilmente camuflada como cortesía, puesto que todas ellas son señales que la mujer no necesita decodificar en su vida cotidiana, al contrario de lo que sucede con un analista masculino.

Mucho se ha hablado en torno a que la teoría psicoanalítica ha sido incapaz de develar la sexualidad femenina, en tanto ha sido elaborada primordialmente desde la perspectiva masculina. Es sólo hasta las últimas décadas que el denominado por Freud "continente negro", ha comenzado a ser colonizado por las propias mujeres principalmente como resultado de las presiones del movimiento feminista, antes que del mundo del psicoanálisis. Así por ejemplo se han puesto en evidencia el carácter falocéntrico de la teoría, y la existencia de esquemas idealizados acerca de la maternidad.

Estela Welldon (1988) estudia el área abandonada de las perversiones femeninas, señalando que como la teoría de la perversión masculina se basa en el temor de castración, la mujer quedó en una posición en la que las perversiones no estaban disponibles para ellas, como si las mujeres no pudieran tener perversiones "porque pueden tener bebés". Así, subraya el poder que la mujer detenta por el hecho de tener senos y el poder que la maternidad le otorga, revisando múltiples casos de maternidad perversa.

Otro ejemplo de idealización de la maternidad lo hallamos en la afirmación de que el aborto provocado deja inevitablemente un sentimiento de culpabilidad en la mujer que limita sus capacidades creativas en lo sucesivo, considerando las evidencias clínicas de manera universal y descontextualizada, como si se tratasen de hechos de carácter natural y no sociocultural.

En resumen, tanto en el ámbito teórico como en nuestra práctica clínica, las cuestiones de género deben seguir siendo interrogantes abiertas a la exploración, y no supuestos de verdad que sólo reflejan nuestros prejuicios más acendrados.

2.2 Acto iatrogénico generado en la relación terapéutica.

La situación analítica sostiene en transferencia un pasado-presente, precipita un aspecto incierto que aspira a una producción de sentido. Se trata de sentidos no dados previamente por la teoría, sino a construirse en ese peculiar vínculo entre analista y paciente, vínculo que convoca al inconsciente a manifestarse. No sólo al del paciente, que es el objeto a develar, sino también al del terapeuta, que es instrumento esencial para la realización del trabajo.

Enseguida revisaremos los actos iatrogénicos que pueden generarse en esta interacción.

2.2.1 Iatrogenia y encuadre psicoanalítico.

El encuadre es el conjunto de reglas y especificaciones que delimitan el campo y regulan el intercambio que se produce en el diálogo psicoanalítico, posibilitando su surgimiento y desarrollo. Así se puede pensar que la función del analista consiste en construir, que no traducir, sentidos acerca de lo que produce el paciente por efecto del dispositivo implementado.

Los elementos del encuadre incluyen:

- Especificaciones sobre el tiempo (frecuencia de sesiones, interrupciones por vacaciones, conducta ante las interrupciones imprevistas de ambos elementos, duración del tratamiento).

- Estipulaciones sobre el costo del tratamiento (honorarios por sesión, periodicidad de pagos, etc.)
- Delimitación de objetivos y forma de trabajo (principios teórico-técnicos que rigen la interacción: como la especificación del material que el paciente aportará - asociación libre, sueños, etc.- atención flotante y la regla de abstinencia y neutralidad en el terapeuta).
- Disposición del setting (lugar, mobiliario y utilización del mismo – uso de diván, trabajo cara a cara, uso de materiales para juego, etc. -).

Hoy se afirma que el encuadre psicoanalítico, tal como fue pensado y sostenido es difícil de implementar y que es necesario repensarlo en función también de los cambios en la clínica de hoy. Entre los cambios reconocidos al encuadre, aún cuando frecuentemente categorizados como indeseables por el psicoanálisis ortodoxo, se han impuesto como realidades de los usuarios, los siguientes:

- Suspensión de sesiones frecuente y petición de su reposición. Debido al tráfico, cuestiones laborales, etc.
- Retrasos en el pago, imposibilidad de seguir pagando el mismo nivel de honorarios o de mantener la frecuencia acordada de sesiones. Ello ha llevado a la proliferación de tratamientos que tienen una periodicidad semanal.
- Inclusión de sesiones extras debido a recurrencia de situaciones críticas a nivel clínico.
- Dificultad para acordar el momento de interrupción por vacaciones.
- Uso del teléfono y del internet como forma de sustitución de las sesiones en situaciones críticas o distanciamiento potencialmente traumático del paciente.

Las especificidades en cuanto a la problemática a atender han provocado también cambios importantes, tales como:

- Trabajo cara a cara y abandono del diván.
- Atención en grupo.

Todo ello nos obliga a preguntarnos si las variaciones del encuadre transforman el método psicoanalítico, o qué es lo específico del método, qué es lo variable y lo invariante.

Según Etchegoyen (1987), es posible diferenciar dos conjuntos de condiciones o factores en el encuadre, los absolutos se desprenden directamente de los principios teóricos básicos del psicoanálisis, y son la atención flotante, la asociación libre y la abstinencia. Entre los relativos considera los honorarios, la frecuencia, la duración de las sesiones, las interrupciones y la posición en el espacio de los participantes. La confluencia ambos factores configura el espacio y el tiempo donde se genera y anuda la transferencia, pero su valor no es idéntico, ni igual su incidencia en el despliegue de dicho fenómeno: los factores absolutos son constitutivos, fundantes de la experiencia analítica, en tanto que los relativos complementan a los primeros, acotando la situación.

Según Levy y cols. (2004), la concepción y manejo del encuadre es efecto no sólo de una particular conceptualización teórica, sino también de la transferencia que el analista establece con la teoría y con la pertenencia institucional, con sus maestros y emblemas, con la realidad externa y con cada uno de sus pacientes. Nosotros agregaríamos que no existen análisis serios y suficientes acerca de los efectos de los diversos tipos de encuadre, también como resultado de una lucha por el poder entre las distintas corrientes y asociaciones psicoanalíticas, que han detentado la patente de su utilización como piedra angular y base dogmática de su identidad y eficacia. Así hoy la introducción de otras situaciones que favorecen la introspección o que convocan al inconsciente son descartadas sistemáticamente si no siguen las rígidas formalidades que dicta la ortodoxia.

En su nacimiento la mayoría de las modificaciones a la técnica (análisis grupal por ejemplo) fueron calificadas de "perversiones o distorsiones" que por tanto debían de perder el apellido (psicoanalítico), o bien debía reajustarse al usuario, por ejemplo se postulaba que la terapia con adolescentes sólo sería psicoanálisis si se efectuaba en diván y por lo menos 3 veces por semana, como si fuese recomendable marchitar así la espontaneidad del joven.

Al encontrarnos en la actualidad con diversas orientaciones dentro del campo del psicoanálisis, cada vez es más patente que no existe un único psicoanálisis, ni una única lectura de su objeto: cada teoría psicoanalítica lo construye en una forma específica y de ello deriva una particular concepción de la psicopatología y de la cura. No es posible tampoco seguir desconociendo la apoyatura ideológica de las teorías, así como el factor personal de apropiación de la teoría por el analista, que si es ubicada en el lugar del ideal puede eclipsar el espacio para la duda y el interrogante.

Además, a pesar de que cada análisis es la puesta en acto de una relación transferencial única y original, los analistas tienden a homogeneizar a sus pacientes, imponiéndoles el mismo tipo de cláusulas más allá de su singularidad, sujetándolos a su propio deseo, en vez de acompañarlos en la búsqueda y desarrollo de su propia subjetividad, generando con esto iatrogenia. La extraordinaria diversidad de las constelaciones psíquicas dadas, la plasticidad de todos los procesos psíquicos y la riqueza de los factores que hemos de determinar, se oponen a una mecanización de la técnica, promotora de daños.

Por ejemplo, la posición diván-sillón propia del encuadre clásico, permite una adecuada regresión que fomenta que el paciente asocie libremente, en tanto

favorece que el analista lo escuche con una atención parejamente flotante. Se ha demostrado sin embargo, que la posición cara a cara es una de las variaciones que debemos incluir en los casos en los que la persona real del analista juega un rol importante, para reparar las tempranas fallas en la narcisización del sujeto, por ejemplo, ya que el encuadre cara a cara permite el intercambio de miradas que ofrece el ámbito para que se despliegue una transferencia de carácter narcisista, en la que la mirada del analista sostiene y unifica al self. Y también en pacientes para quienes la deprivación sensorial propia del encuadre clásico, lejos de promover una más profunda labor asociativa, puede llevar a producir una indeseada desestructuración, ya que la posibilidad de aprehensión del objeto se halla en relación directa con su percepción.

Este cambio en el encuadre inicialmente fue acompañado de una sensación de no estar trabajando psicoanalíticamente, confundiendo lo esencial con lo secundario y estigmatizando la labor como de menor profundidad o valor terapéutico, lo que traduce una postura ideológica en detrimento de las necesidades del analizando.

Después de Freud los psicoanalistas han tenido severas dificultades para validar nuevos dispositivos, para buscar las organizaciones del espacio imaginario y simbólico que mejor correspondan al tratamiento de cada estructura psicopatológica o problema psíquico.

Al respecto, opina Anzieu (2001), *"Un trabajo de tipo psicoanalítico debe realizarse allí donde surge el inconsciente: de pie, sentado o tumbado; individualmente, en grupo o en familia; durante una sesión, en el dintel de una puerta, al pie de una cama de hospital, etc., en cualquier parte en donde un sujeto pueda dejar hablar a sus angustias y sus fantasías a alguien que se supone las comprende y es apto*

para informarle. El inconsciente no responde necesariamente a las convocatorias regulares de hora y lugar y la duración de las curas que se alargan cada vez más esperando su llegada, desde Freud que sabía ser activamente interpretante y no dejarse engañar por las resistencias (es curioso comprobar que nosotros lo imitamos ahí donde ha caducado y lo criticamos ahí donde era eficaz)".

Información al paciente.

A menudo surge la interrogante de qué aspectos deben ser comunicados al paciente, bajo la costumbre de ser el psicoanalista el portador único del saber, pues incluso se habla de un encuadre "democrático" cuando se consideran las necesidades del usuario y el encuadre no se dicta considerando sólo las del terapeuta. Por tanto, sería deseable subrayar los aspectos que deben considerarse derechos del paciente.

- El terapeuta debe comunicar al paciente, una vez que se ha completado la evaluación de su problemática y antes de que inicie el proceso terapéutico, las indicaciones de la psicoterapia, el por qué se decide ofrecerle una modalidad específica de tratamiento, y las metas a perseguir durante el mismo. Es necesario informarle asimismo acerca de otros tratamientos alternativos - o si se requieren simultáneos - existentes (fármacos u otras modalidades de psicoterapia), y las limitaciones o ventajas que representan. Por último, debe delimitarse lo que puede esperar del tratamiento y lo que éste requiere de él.
- En todo momento debe brindarse al paciente la confianza para cuestionar o hacer preguntas, y las respuestas del médico no deben ser formuladas en un lenguaje técnico ininteligible.

- Si bien es difícil predecir la duración del tratamiento, conviene dar una idea aproximada de su duración, pues las expectativas del paciente muchas veces no son realistas.
- En ocasiones, cuando el tratamiento se realiza en alguna institución, es deseable que las entrevistas o aún el tratamiento sean videograbados u observados en cámara de Gessell, con fines de facilitar la enseñanza o la supervisión, o por razones de investigación. En tales casos es indispensable contar con la aprobación por escrito del paciente, quien no debe ser coaccionado, engañado o seducido para brindar su aceptación.

En resumen, es el paciente, y no el terapeuta, quien debe decidir si va a involucrarse en la psicoterapia que se le ofrece, para lo cual es necesario que disponga de la información pertinente.

Secreto profesional y confidencialidad.

- El paciente debe saber que todo lo que diga durante el tratamiento es confidencial y no podrá ser revelado por el terapeuta a otras personas, ni aún con fines de supervisión, investigación o publicación, o en casos de tratamientos que utilizan otras modalidades simultáneas (por ejemplo terapia individual y de familia, o individual y de grupo), sin su consentimiento.

Esta norma que suele ser fácil de respetar en el caso de los adultos, tiene sin embargo sus dificultades cuando se trata de pacientes en edad infantil o en la adolescencia, en los que el contrato se establece con los padres, quienes continuamente requieren al terapeuta de información sobre los tratamientos. Además, por tratarse de menores, que aún no miden cabalmente las consecuencias de sus actos, se presentan con frecuencia situaciones en las que la confidencialidad puede implicar una complicidad con actitudes autoagresivas o

peligrosas (por ejemplo si el adolescente confía al terapeuta el consumo de drogas, o su asistencia sin permiso a lugares peligrosos, su trato con delincuentes, una intención de suicidio ocultada, su preferencia homosexual, o simplemente la iniciación clandestina de su vida sexual activa). En tales casos las opiniones acerca de la conveniencia de la preservación del secreto se tornan discrepantes, de acuerdo a la ideología y perspectiva vital del terapeuta.

Seguramente habrá situaciones con los menores en las que el secreto deba ser revelado, pero lo importante es que el paciente sea advertido desde el principio que hay casos en los que sí existe riesgo inminente para su persona a juicio del terapeuta, la información será proporcionada a sus familiares, no sin antes discutir con él ampliamente los motivos de tal infracción. En caso de que simplemente haya ventajas de que se abra un secreto (como en el caso de una elección homosexual), será el propio paciente quien determine si desea abrirlo por sí mismo o dentro del ámbito de la terapia, y el momento en que esto pueda ocurrir.

Es muy importante que el paciente se comprometa también a guardar confidencialidad acerca del material que otros pacientes aportan por ejemplo en la modalidad grupal de tratamiento, pues sin este ingrediente no existirá la apertura suficiente que permita realizar un trabajo colectivo a profundidad.

Anonimato relativo.

Tradicionalmente se afirma que el médico debe evitar que el conocimiento de los datos acerca de su vida y de su personalidad contaminen el proceso de manera que lleguen a condicionar las respuestas del paciente y eviten así el despliegue de su transferencia. Por ello el silencio del terapeuta y su falta de reactividad

emocional frente a los asuntos de la vida o las conductas del paciente, son instrumentos útiles que además de traducir un respeto básico por sus diferencias, facilitan la reflexión sobre tales cuestiones. Sin embargo, demasiados analistas usan tales recomendaciones para construirse una máscara enigmática que los ubica como inaccesibles y contribuye a una idealización sobre su persona y su supuesto saber. Adicionalmente es necesario aclarar que hay datos que el terapeuta no debe negarse a declarar, como son los que se refieren a su formación profesional, pues

- El paciente tiene derecho a preguntar sobre la formación del psicoterapeuta, pues debe verificar si la persona que va a atenderlo está suficientemente calificada para ello.

Anzieu también critica esta actitud ceremoniosa del médico silente hasta el ridículo, *"En nuestros días, a demasiados psicoanalistas les falta libertad de tono, de estilo, de aspecto. Un psicoanalista paralizado en sus curas en las que invita a los pacientes a la libertad de palabra, no hace otra cosa que meterles en la situación paradójica de la doble coacción... Se trata de rigores mortíferos: matan el proceso analítico, la realidad psíquica, el proceso de interpretación, a veces matan a secas. Los suicidios repetidos de enfermos, solamente suceden a los facultativos que ordinariamente responden con la indiferencia, el mutismo, la evitación distante."*

El problema no es repetir lo que encontró Freud como útil frente a las crisis de la era victoriana. Es el de encontrar una respuesta psicoanalítica a la enfermedad del hombre en nuestra sociedad actual. Toda regla y actitud analítica no debe ser erigida en absoluto, su buen uso requiere una concepción relativista y contextual.

Una consigna, una actitud, un elemento del setting analítico, si dificultan el avance del proceso, demanda que se les suspenda. Según Anzieu, *"toda parte del dispositivo que haga que el psicoanalista o la situación repitan para el paciente la actitud patógena de su medio familiar de origen, debe ser abandonada (por lo menos durante todo el tiempo en que esta parte del dispositivo produzca este efecto)"*.

Con todo lo anterior intentamos dejar en claro que no solamente la desobediencia de las normas, sino muchas veces el sometimiento rígido a normas descontextualizadas de su función, puede producir efectos iatrogénicos. Desde este punto de vista, una práctica exitosa es la que libera en el facultativo las disponibilidades creativas, lo que permite brindar al paciente condiciones más apropiadas al despliegue de su autoconocimiento.

Honorarios razonables.

Generalmente el analista define en la primera sesión el monto del pago de sus honorarios. Esto lo hace de acuerdo a la cotización de la asistencia psicoanalítica en el contexto sociocultural en que se desenvuelve y también considerando la situación financiera de los pacientes, el número de ellos que puede tratar, y la existencia o no de otras fuentes de ingresos para sí mismo. (Delahanty, 1993).

El pago de una cuota uniforme para todo paciente tratado por el profesional es infrecuente, ya que - a diferencia del tratamiento médico - , el proceso requerirá de la asistencia durante meses o años, por lo que el monto debe ser proporcionado a las posibilidades económicas de cada persona, tomando en cuenta sus ingresos,

sus ahorros, sus perspectivas, las responsabilidades que tiene y las fuentes secundarias de recursos procedentes generalmente de la familia.

Estas consideraciones en la práctica implican necesariamente la personalidad del analista, pues éste debe procurarse una posición económica razonablemente cómoda, lo que con frecuencia se hace en detrimento de las posibilidades reales de los pacientes, o a la inversa, existen terapeutas que intentando realizar una acción social más abarcativa, estipulan cuotas demasiado bajas favoreciendo el parasitismo y la voracidad de los analizantes.

El intercambio monetario finalmente es una relación social que implica significados inconscientes. Así se ha señalado que un tratamiento demasiado caro conlleva para el paciente ciertas consecuencias indeseables, tales como: impedir su acceso al análisis o deteriorar su calidad de vida; generar expectativas mágicas de curación; considerar que es o debe ser el paciente favorito; concebir o utilizar la situación como un acto agresivo contra sus familiares al forzarlos a grandes sacrificios, lo que puede incrementar sus sentimientos inconscientes de culpa; proporcionar satisfacciones masoquistas; o finalmente incrementar su dependencia pasiva-infantil, aunada a la actitud de encontrarse "enfermo" y en situación de ameritar ser cuidado. Para el psicoanalista, los tratamientos demasiado caros también pueden: condicionar la preferencia por estos pacientes; generar sentimientos inconscientes de culpa o la presión de tener que hacer más por ellos como compensación; si el análisis fracasa, el sentimiento de derrota y los reproches superyoicos suelen ser más abrumadores.

En el caso de costos demasiado reducidos, los pacientes: pueden no tomar en serio el tratamiento; sentir una gratitud hacia el psicoanalista que condiciona

sentimientos de culpa; distorsionar las reacciones transferenciales, pues se pensará que el psicoanalista tiene demasiado interés, o bien pedirá cosas a cambio para compensar la dádiva; finalmente también puede haber una sensación de triunfo sobre el psicoanalista. En el psicoanalista tales tratamientos: revelan el deseo de gustar, de ser agradable, de dar aparentando que no se pide nada; o bien delatan sentimientos de culpa por recibir honorarios; hacen creer que el paciente está agradecido y por ello debe apreciarlo, por lo tanto es difícil tolerar sus reacciones de transferencia negativa; también crean resentimientos que se manifiestan en desinterés, aburrimiento y alivio cuando el paciente falta.

A todo este panorama hay que agregar que el paciente genera una demanda que implica que el terapeuta reserve un tiempo inalterable para su tratamiento, por lo que si el paciente falta a una sesión, deberá pagarla. Esta norma instituida por Freud, que en el contexto médico sería inadmisibile, se sostiene por tres razones (Sánchez y Brown, 1993) fundamentales: la primera es que el analista está asignado para el paciente en días y horas específicos, la hora es pues de su "propiedad", el terapeuta está ahí, aún en su ausencia, trabajando para el analizado; la segunda es que el cobro de estas sesiones evita el surgimiento de "resistencias innecesarias", que se presentarían si hubiese la oportunidad de no cumplir con la tarea en forma gratuita; la tercera es que el tratamiento se basa en buena parte en la constancia y continuidad que el encuadre brinda al inconsciente del paciente, así que durante las ausencias, es posible que el analizado "siga trabajando" en forma inconsciente.

2.2.2. La repetición del daño.

Gran parte de la iatrogenia que se produce en la clínica se explica a partir de las complejas interacciones paciente-terapeuta que cristalizan en la contratransferencia.

“Reparar” en el terreno de la salud mental implica brindar al enfermo una experiencia correctiva que no “repita” las situaciones que lo enfermaron. Sabemos que el propio paciente presentará resistencias inconscientes a curar y que éstas se encargarán de inducir en el terapeuta las mismas respuestas u omisiones que fueron traumáticas y determinaron conflictos y defensas patológicas. Nuestro quehacer cotidiano consiste precisamente en convocar y resistir tales fuerzas, y sabemos que no es tarea fácil.

Nos referimos en este apartado solamente a la iatrogenia derivada de la ignorancia del terapeuta acerca de su propio inconsciente, ya que como hemos dicho, existen otro tipo de fallas que pertenecen al ámbito ético o del técnico.

Diversos autores han distinguido entre los aspectos obstaculizantes y los benéficos de la contratransferencia: se dice que hay una adhesión del analista al analizando cuando el primero se adapta emocionalmente a las necesidades del paciente conforme a las demandas (infantiles) de éste. Semejante modo reactivo le permite al analista, como observa Freud, contestar con su inconsciente al inconsciente del paciente, al margen de los elementos falsificadores que proceden de las propias tendencias inconscientes. Esta actitud facilita una mayor comprensión del paciente, mientras que la postura contraria, basada en los impulsos infantiles obstaculizantes del propio analista, bloquea la comprensión porque hace del paciente la pantalla de proyección de los procesos psíquicos del

analista, invirtiendo así el orden del análisis. El analista tiene pues, que analizar y controlar constantemente sus actitudes y sentimientos hacia el paciente a fin de no incurrir en el peligro de una contratransferencia obstaculizante.

Según Márquez (1996), el terapeuta sufre constantemente los embates de las comunicaciones dolorosas de sus pacientes que, aún bien comprendidas y separadas de sí mismo, tocan directamente sus emociones, recuerdos, anhelos y necesidades, que en la imposibilidad de ser actuados, verbalizados o dirimidos en su momento, van formando un sedimento producto de la supresión o de la represión, lo que puede ocasionar un debilitamiento de su yo. No olvidemos que él también se encuentra en la persistente tentación de caer en técnicas y objetivos infantiles por el simple hecho de contar con un inconsciente. En determinados momentos estos estímulos pueden tornarse inmanejables, sobretodo si permanecen inconscientes. El resultado entonces es la inadvertencia de los fenómenos transferenciales, ya que se encuentra tan invadido de lo que éstos le producen, que sólo escucha sus voces internas, lo que representa un riesgo para el tratamiento porque propicia intervenciones inadecuadas, o bien el despliegue de actuaciones incomprensibles o bizarras tanto dentro como fuera del setting. La contratransferencia inconsciente se constituye en estos casos como un fenómeno obstructor y dañino para la relación analítica.

Bien señalaba Freud (1910), que los límites terapéuticos específicos de cada analista están delimitados por el saber del propio inconsciente *"Hemos notado que las realizaciones de los analistas están limitadas por lo que les permitan sus propios complejos y resistencias"*.

Tradicionalmente se considera que el analista es sólo un objeto sobre el cual el paciente proyecta continuamente sus propios introyectos, o sea, aquéllos objetos tempranos con los cuales tuvo relaciones significativas y que dejaron tanto estructuras psíquicas útiles, como también huellas generadoras de patología. Para Racker (1990), la situación es más compleja, pues el analista es un sujeto también capaz de realizar transferencias sobre el paciente. Así postula que cuando el terapeuta se identifica transitoriamente con las primeras (contratransferencia "concordante"), se produce una especie de borramiento de la frontera entre paciente y terapeuta, lo que optimiza la empatía y produce un eco de resonancia útil al proceso terapéutico. Cuando por el contrario, el analizado representa objetos internos de analista, en virtud de establecerse una verdadera transferencia en sentido inverso al habitual y útil, se establece una contratransferencia "complementaria", en la que el terapeuta suele reproducir los efectos patógenos de las vivencias del paciente acaecidas con objetos propios de cualidad nociva (con los que el terapeuta se halla identificado parcialmente).

Estas consideraciones nos conducen a subrayar la importancia del campo de la intersubjetividad, que nos advierte que en cualquier proceso terapéutico lo que está en análisis es la dupla terapéutica, que solamente devela lo que del inconsciente de ambos es cognoscible y manejable por ambos. En condiciones favorables, el analizando se apropiará de la intersubjetividad de la pareja analítica y ésta se transformará en un diálogo interno, es decir, la expansión y el enriquecimiento de la subjetividad del analizando se alcanzarán mediante el reconocimiento de la subjetividad del analista y a través del hecho de compartir con éste el espacio interpretativo. (Coderch, 2001).

La corriente de la intersubjetividad rechaza el paradigma del borramiento del analista que se constituiría en una simple pantalla o espejo donde el paciente habría de proyectar sus objetos internos, aunque no descarta la necesaria abstinencia del terapeuta que haga posible que las sesiones puedan estar saturadas por el material que aporta el analizante. Así, sostiene que el análisis del paciente con un analista no sería igual al análisis de ese mismo paciente con otro analista. Existirán ciertas invariantes atribuibles a la estructura psíquica del analizante, que se harían igualmente presentes en una u otra alternativa; pero si esto se pensara de manera absoluta, estaríamos negando el carácter relacional de la vida psíquica y afirmando simultáneamente que todas las escuchas analíticas son iguales.

Así, todos los esfuerzos por anular, por alejar en la práctica de la psicoterapia cualquier influencia del analista sobre el analizante son relativas. Lacan ubica al analista como activador de la transferencia y habla incluso del deseo del analista, pero al hacerlo se refiere a ese deseo que permite sostener la función analítica, que posibilita colocar el saber en lugar de la verdad. Habría que hablar también del hecho de que el analista arrastra consigo sus fantasmas y sus síntomas, pues aún con el mejor de los análisis, la dimensión inconsciente no deja de operar en nadie, tampoco en el analista.

Conviene pues tener presente, como recomienda Korman (1996), que cada analista está metido de cabo a rabo en el análisis de sus pacientes y lo está con sus características propias; en vez de seguir proponiendo ideas inalcanzables que pretenden mantener una pureza teórica en aras de presumir una objetividad y científicidad en nuestra tarea.

Asumir lo anterior implica responsabilizarnos de analizar nuestra contratransferencia no como un mero producto reflejo del paciente, sino como una resultante de nuestros propios conflictos psíquicos, puestos en juego en la relación. Y aceptar que somos tanto condición de posibilidad como obstáculos de la cura.

El reconocimiento de estos hechos también permitiría al paciente hacer un cuestionamiento permanente de su propio análisis, preguntarse sobre la marcha del mismo, interrogarse sobre por qué toma tal o cual curso, o por qué se estanca o desbarra en alguna oportunidad, y no asumir como "palabra santa" el decir del analista. Le abriría las puertas para expresar sus críticas sobre las intervenciones necesarias que no llegaron, o las que fueron valorativas, prejuiciosas, inoportunas o francamente erróneas.

Abrir la posibilidad de que el paciente cuestione y garantizar que sea escuchado, sin que se cargue sistemáticamente tal cuestionamiento en la cuenta de sus "resistencias", abriría la posibilidad de ejercer una práctica más igualitaria y reduciría las posibilidades iatrogénicas del tratamiento.

He aquí algunos ejemplos posibles de iatrogenia que habría que mantener siempre presentes.

Hemos afirmado que las resistencias del paciente conducen al terapeuta a repetir las actitudes de los objetos significativos que fueron nocivas en la constitución de su aparato psíquico y sus reacciones defensivas. Tanto es así que en la enseñanza de la psicoterapia psicoanalítica se invita a pensar desde el inicio del tratamiento: "¿cómo va a lograr el paciente que uno le repita el daño que ha sufrido antes?".

Con esta pregunta en mente advertimos que los pacientes que han sido reiterativamente abandonados, tienden a manipular el medio consciente e inconscientemente para ser nuevamente ignorados; los que han sido maltratados inducen al otro al atropello; los rechazados tienden a provocar en forma difusa y generalizada su marginación; los carentes de figuras empáticas, son en términos generales, difíciles de entender y de acompañar emocionalmente, etc.

Frecuentemente la estrategia del paciente que hace posible la repetición del daño consiste en tratar a la persona – del terapeuta u otras - como si fuese el objeto primario con el cual hubo conflicto, logrando por medio de la identificación proyectiva su identificación parcial. Desde luego que esto sólo es posible si la otra persona realiza una contraidentificación a nivel inconsciente, lo que requiere de la existencia en ella de conflictos no resueltos.

Es muy común presenciar cómo los psicoterapeutas novatos se embarcan fácilmente en actuaciones que remedan las actitudes de una madre regañona, intolerante, o de un padre sádico o lejano. En alguna supervisión he constatado cómo hubo ausencias por parte del terapeuta, que a pesar de estar plenamente justificadas en términos reales (por enfermedad de un familiar cercano), repetían una historia de abandonos también justificados en la vida del paciente. Personalmente me ha pasado el olvidar una cita, permaneciendo en el consultorio sólo por estar embebida en una lectura, y percatarme a la llegada de la paciente que mi olvido correspondía a una contratransferencia complementaria que de otro modo no habría sido descubierta, pues la primera frase de la paciente fue: "acabo de saber que mi madre no me esperaba, fui el pión, me lo dijo ella misma".

En nuestros días es quehacer cotidiano el tener que aceptar y conducir la transferencia negativa (aquella en la que el paciente proyecta en el analista sus objetos rechazantes o rechazados), cuestión que reviste a veces graves dificultades. Por ejemplo, acoger la violencia del paciente como saludable, levantar los obstáculos para su apropiación por el sujeto y hacerla que desemboque en una toma de conciencia no es tarea fácil, por lo que algunas corrientes recurren sistemáticamente al manejo de normas coercitivas para eludir la tarea, pensando que contribuyen a la reeducación de un sujeto que ha sido históricamente atropellado en las contradicciones educativas y afectivas de su entorno, y para quien la agresividad ha constituido un verdadero sobresalto vital que le ha permitido liberarse de la trampa y fiarse de lo que sentía en su fuero interno como profundamente sano o verdadero. Quien solamente ha podido conquistar sus derechos a través de cierta violencia no debe recibir un análisis que culpabilice tal violencia, pues ello representa repetir el daño de un medio que después de haber llevado al niño a situaciones extremas, reprocha su ingratitud y su maldad (Anzieu, 2001). Por otro lado, quien decide no emplear jamás métodos coercitivos debe cuidarse de su propio masoquismo o de sus tendencias psicopáticas inconscientes.

Por último, existen situaciones terapéuticas donde una lucha por el poder se expresa con tintes desgarradores, como en la llamada "reacción terapéutica negativa", que frecuentemente logra que el terapeuta decrete la inanalizabilidad del paciente y lleve al tratamiento a su conclusión. Según Anzieu esta situación no se presenta en cualquier tratamiento, sino en los casos en los que la parte megalomaniaca del self del paciente es proyectada sobre el terapeuta, donde el

déficit narcisista del yo se radicaliza, y donde la agresividad constituye el modo arcaico de la destrucción del objeto de amor. A partir de ahí se muestra la trampa: fracasando el paciente confirma ante él mismo su impotencia, al mismo tiempo que ataca al objeto omnipotente proyectado sobre el psicoanalista. El fracaso del paciente es un fracaso del psicoanalista, es también el único poder que el paciente llega a arrogarse sobre éste; él se destruye destruyendo al psicoanalista, tales son los núcleos alocados que se agarran a su salvador y le arrastran en su propia muerte. No solamente la trampa demanda ser cuidadosamente desmontada por el analista (la translaboración es frecuentemente larga), sino el rechazo por su parte a entrar en ese juego debe eventualmente significarse con tanto acogimiento como firmeza.

2.2.3. El Abuso de Poder.

El poder que detenta el terapeuta se fundamenta en el establecimiento de un vínculo de confianza facilitado por el saber que posee, o el paciente supone que posee; también por su actitud de escucha empática y aceptante, sin embargo este poder puede adquirir dimensiones divinas y/o satánicas en la persona que atraviesa por situaciones emocionales críticas, dado que éstas implican estados regresivos en los que se transfieren al terapeuta las imagos parentales arcaicas. Es en estas situaciones en las que el paciente se ubica como un menor frente al objeto que juzga como más confiable en su mundo interno (y a veces también externo): el terapeuta, y puede resultar víctima tanto de su ignorancia – no sólo la referente a su saber, sino más importantemente al no saber de su propio inconsciente - , como de su franco abuso.

En este campo es muy difícil trazar la línea que separa las fallas técnicas, de las fallas de oficio y las éticas. Lo cierto es que tradicionalmente el gremio pretende explicar los abusos de poder apelando a la fuerza de la transferencia, que genera una contratransferencia "inmanejable" por el terapeuta, se culpa así cómodamente al paciente de las fallas en su tratamiento y también del debilitamiento del terapeuta incapaz de resistir los embates de la fuerza transferencial. Como generalmente el paciente cuenta con una historia en la que ha sido objeto de daño y adicionalmente ha sido culpado por ello, la situación culpabilizadora resulta una trampa exitosa que usualmente lo paraliza.

Mi postura es que **la mayoría** de las actuaciones en las que el terapeuta abusa de su poder, sólo se toman posibles merced a encuadres autoritarios y prácticas de dominio y control cotidiano sobre el paciente, dada la ideología de superioridad del terapeuta (único portador del conocimiento y la salud mental) y el machismo existentes en el gremio (e internalizado en las y los usuarios). Estas condiciones ideológicas estiran las márgenes de la ética, además de que el narcisismo patológico y la psicopatía del terapeuta se encargan de contribuir también a la iatrogenia, lo mismo que en otros casos, el debilitamiento o deterioro coyuntural del profesional.

Intrusión, explotación narcisista y adoctrinamiento.

Hemos mencionado la necesidad de que la relación del terapeuta con el paciente se verifique únicamente en el ámbito del setting terapéutico, sin embargo, los terapeutas a menudo se involucran en violaciones al vínculo predeterminado, cuando participan en encuentros sociales, o establecen relaciones en las cuales al

tiempo de ser terapeuta, son empleadores, profesores, caseros u otras situaciones no éticas, debido a las ventajas injustas que el psicoterapeuta tiene sobre el sujeto en virtud de la situación terapéutica.

El psiquiatra Robert Simon (citado por Sutherland, 2001), ha detallado los daños psicológicos causados por las violaciones a los límites, e incluye: "...daño psicológico causado por la interferencia con su juicio profesional, lo que conduce a fallas en el diagnóstico y tratamiento del paciente. Las violaciones de los límites también causan daño creando confusión en el paciente en el contexto de la psicoterapia, lo que es de difícil manejo para el mismo".

El abuso de poder del terapeuta se manifiesta también cada vez que éste deja de ser consciente de que es un soporte de la transferencia y supone que los sentimientos del paciente se dirigen sólo a su persona, o bien decide explotarlos para su satisfacción. Puede así, por ejemplo, solazarse en la idealización y adoración que el paciente le procura, dada la superposición que realiza entre el analista y el Ideal del Yo. Cuando esto ocurre, hay un cese del trabajo analítico si no se desmonta esta idealización y se contrarresta el movimiento que conduce a la identificación con él. Esta es una de las vías más frecuentes que posibilitan el adoctrinamiento del paciente y cuando la relación se constituye en el soporte narcisista del terapeuta, el paciente puede convertirse aberrantemente en un objeto indispensable para el terapeuta.

Explotación sexual.

Aunque Freud advirtió a sus discípulos que debían luchar en contra de su contratransferencia y no abusar de los pacientes que desarrollan enamoramientos,

y combatió vehementemente tal conducta, la historia del psicoanálisis incluye a personajes renombrados que trasgredieron las normas, como Carl Jung, quien tomó a dos pacientes como amantes (Sabina Spielrein y Toni Wolf); Otto Rank quien tuvo un largo romance con su paciente Anaïs Nin; o Sandor Ferenczi quien se involucrara con Elma (paciente e hija de su pareja) y creía que sus pacientes necesitaban que los confortara físicamente por lo que abiertamente acariciaba a algunos. Reich, Bernfeld, Rado y Fenichel, se casaron con sus pacientes, lo mismo que Frieda Fromm.

Lo anterior ha llevado a formular diversos cuestionamientos: ¿Son más aceptables los romances con pacientes dados de alta? Los puristas se adhieren a la máxima: "una vez paciente, siempre paciente", ya que la transferencia suele perdurar por años después del fin de la terapia, y el establecimiento posterior de un romance puede subvertir el proceso terapéutico (Newsweek, 1992).

Para Freud, la intimidad sexual entre terapeuta y paciente lleva inevitablemente a la destrucción de la terapia y sus metas, como señala desde 1914, en "Observaciones sobre el amor de transferencia": *"Si el analista respondiera a su paciente, ella lo viviría como un gran triunfo edípico, pero sería una derrota para la cura...La relación amorosa destruye el tratamiento analítico de la paciente; la intimidad sexual y la terapia son incompatibles"*.

Diversos autores han tratado de entender por qué aparece la transferencia erótica en el marco de la relación terapéutica. Trop (1988, citado por Scott, 2002) hace la distinción entre la transferencia erótica y la erotizada. En la primera, propone que los sentimientos del paciente por el terapeuta representan la revivencia del anhelo por una respuesta especular a los aspectos sexuales del self que fueron coartados

durante los años formativos. Entonces la transferencia erótica representaría un esfuerzo del paciente para recuperar una vía de desarrollo hacia la consolidación del sentido sexual del self.

En la transferencia erotizada, los sentimientos eróticos representan algo completamente distinto, ya que los aspectos no sexuales del sentido del self del paciente fueron repetidamente rechazados o no reconocidos suficientemente durante las fases tempranas del desarrollo, mientras que experimentó espejeo excesivo y sobrestimulante de los aspectos físicos o sexuales del self. Consecuentemente, la autoestima del paciente se organizó alrededor de su habilidad para evocar una respuesta sexual en los otros, más que en los atributos personales no sexuales. Así la demanda de amor y correspondencia sexual del paciente emerge como un sustituto sexualizado, ya que el espejeo no sexual del self no fue suficientemente internalizado en el curso del desarrollo.

Por otro lado, la psicología del conflicto intrapsíquico sitúa tanto el origen de la problemática de los pacientes, como los principios organizadores de la transferencia, como enraizados en conflictos internalizados, es decir, como formaciones de compromiso que involucran deseos de la infancia y las defensas resultantes que se re-actúan en la transferencia.

Al parecer, para capturar una apreciación más holística de los sentimientos eróticos que el paciente trata de comunicar, la dicotomía déficit versus conflicto deberá ser reemplazada por un modelo unificado. En este sentido, la lectura correcta del significado debe desprenderse del contexto en diferentes momentos de la terapia.

Mientras tanto, expandir el campo desde el de la teoría del conflicto, al de las relaciones objetales, nos permite postular que dichos sentimientos eróticos pueden ser en parte, un esfuerzo para recrear y renegociar relaciones objetales arcaicas, eróticamente cargadas, traumáticas, acompañadas por ideas y sentimientos conflictivos. En este contexto, la transferencia puede funcionar como fantasía/recreación sadomasoquista. A través del proceso de identificación proyectiva, el paciente detentaría el rol de un poderoso seductor y simultáneamente transformaría la imagen del terapeuta en la víctima sentimientos inmanejables de desamparo y vulnerabilidad. Visto desde otro ángulo, la emergencia de sentimientos eróticos puede ser vista como un camino para aprender y practicar patrones amorosos con el terapeuta, que estuvieron antes inundados por dolorosos conflictos (Scott, 2002).

Es indudable que las transferencias erótica y erotizada tienden a despertar una contratransferencia similar en el terapeuta, misma que hay que distinguir de la actuación sexual. La primera ocurre en el ámbito de la fantasía; la segunda sucede en el terreno de los hechos. El tema de la explotación de la transferencia erótica es un secreto a voces que las instituciones y los profesionales suelen denegar, pues constituye una respuesta común que produce malestar ante el superyó y ante el temor de la censura de la comunidad. Sin embargo, la mayoría está de acuerdo en que la actuación sexual con un paciente es una expresión de las necesidades emocionales del terapeuta, que se manifiestan en la relación terapéutica en perjuicio del paciente.

Prácticamente todas las disciplinas y grupos profesionales en el campo de la psicoterapia convienen en que cualquier clase de intimidad sexual entre el terapeuta y el paciente es no ética, inadecuada y constituye una perversión del vínculo. Por tanto, existe la creencia de que para que el terapeuta incurra en una conducta tan universalmente condenada por la profesión, tiene que estar padeciendo una aflicción emocional lo bastante grave como para que se le obnuble el juicio y se reduzca su control de impulsos (Wood, 1985, citado por Guy). El interés creciente en determinar las causas que contribuyen a esta conducta, aporta hallazgos en los siguientes aspectos:

Predisposición personal. La reactivación de necesidades (deseo de intimidad, aceptación, amistad, comodidad y apego) y conflictos sin resolver del terapeuta lo predisponen a su reactuación en la relación terapéutica. Las actitudes profundamente arraigadas sobre el poder, la jerarquía y los roles sexuales, desempeñan un papel importante en la decisión adoptada de relacionarse sexualmente con los pacientes. Existe una lista de características de personalidad que pueden contribuir al problema: desde el "síndrome de Don Juan", las dudas sobre la sexualidad y la identidad sexual, la curiosidad sobre el desempeño sexual del otro, tendencias masoquistas o sádicas, experiencias previas de tipo incestuoso, hasta una marcada tendencia a la explotación.

Factores derivados del trabajo. El aislamiento emocional facilitado por el trabajo terapéutico; los repetidos encuentros íntimos con otros seres humanos que despiertan deseos y necesidades; la falta de supervisión o vigilancia del trabajo profesional; la influencia y poder sobre el paciente cristalizado en el sentimiento de

superioridad del terapeuta (idealizado y admirado por el paciente). Además la tendencia de ciertos pacientes a reavivar pasadas experiencias incestuosas, y a cooperar en forma masoquista con la conducta abusiva y explotadora de los demás, los alienta a entablar intimidad sexual. Algunos pacientes pueden aún tender a seducir a sus terapeutas neutralizando de ese modo su capacidad terapéutica.

Influencia de los acontecimientos de la vida. La discordia matrimonial, separaciones recientes y/o divorcio, sentimientos de extrema vulnerabilidad o soledad, son factores también declarados por los terapeutas infractores.

La Dra. Berman (2003) afirma que los terapeutas en riesgo de incurrir en intimidad sexual con las pacientes se pueden clasificar en dos grupos: los terapeutas estresados (o vulnerables) y los explotadores. Los vulnerables son terapeutas que tal vez sólo una vez en la vida quebranten la norma. En estos casos la actuación sexual suele constituir una defensa maniaca ante un estado depresivo subyacente causado por razones personales tales como el divorcio, viudez, enfermedad, burn out, crisis de la edad media de la vida o miedo a envejecer y perder la potencia sexual, entre otras situaciones. En contraste, los terapeutas explotadores incurren en la trasgresión reiterativamente, presentando frecuentemente una patología narcisista severa. Estos analistas se sienten engrandecidos narcisísticamente por ser el blanco de la transferencia erótica de sus pacientes, fomentan sistemáticamente la sobreidealización y niegan el carácter transferencial del fenómeno, alimentando así su superioridad, su dominio, su control y su hambre desmedida de poder. Ellos casi nunca recurren a un reanálisis si su poder

profesional continúa intocable o si son impunes profesionalmente, además de que su severa patología y su falla superyoica no suelen ser rectificables a través del psicoanálisis.

Según un estudio de Zelen (1985), la mayoría de terapeutas que entablaron relaciones sexuales con los pacientes no respondían a variables y realidades exclusivas de la relación concreta, sino que estaban empeñados en una conducta que servía y satisfacía sus necesidades, con alto grado de refuerzo para ellos, lo que se traducía en un índice de reincidencia alarmante (80% de los que admitían haber incurrido en esa conducta, lo habían hecho en múltiples ocasiones). En algunos casos, tenían intimidad sexual con el paciente de varias semanas hasta años enteros; o bien con pacientes distintos a lo largo de temporadas de diversa duración, durante el curso de su vida laboral. Estas pautas parecen indicar que las variables de los pacientes desempeñan un rol menor en la etiología del problema.

En los Estados Unidos de Norteamérica, las estadísticas de las compañías de seguros señalan que un 20% de los terapeutas tienen relaciones sexuales por lo menos con una paciente durante el transcurso de su carrera (Berman, 2003). Sin embargo, debido a la creciente penalización de la conducta, las investigaciones actuales basadas en encuestas a los profesionales, tienden al subregistro del problema. En uno de los estudios estadounidenses más autorizados, conducido por la psiquiatra Nanette Gartrell en 1986, el 7% de los psiquiatras y el 3% de las psiquiatras mujeres admitió haber tenido relaciones sexuales con sus pacientes (Newsweek, 1992). En un estudio realizado en California en 1973, un número mayor de ginecólogos y médicos generales, que de psiquiatras, admitieron tener

dichas relaciones; pero muchos expertos creen que la tentación de rebasar los límites es mayor entre los trabajadores de la salud mental, donde los pacientes suelen idealizar a sus terapeutas.

Sutherland (2001) afirma que a pesar de las prohibiciones, la conducta continúa: Un estudio que utilizó un test autoaplicable, reportó que el 13.7% de los psicoterapeutas varones y el 3.1% de las mujeres respondientes se habían involucrado en alguna forma de contacto erótico con un paciente cuando menos. Otro estudio de terapeutas practicantes encontró que el 70% estaban enterados de cuando menos un paciente que se había involucrado sexualmente con un terapeuta previo.

La conducta se ha explorado ampliamente también en el ámbito de otras profesiones, tratando de comparar su frecuencia y las posibles diferencias en las secuelas que provoca.

Así, Campbell (1989) menciona que Wagner (1972) en un estudio realizado en estudiantes médicos del primer grado, observó que el 25% consideraron que el contacto sexual podía ser apropiado con un paciente si el doctor era genuino y las circunstancias eran correctas. Kardener y colaboradores (1973) utilizando un cuestionario anónimo, reportaron que el 13% de los 460 médicos respondientes, se habían involucrado en conductas eróticas, y el 7.2% admitieron haber tenido relaciones sexuales con sus pacientes.

Disch, y Avery (2001) comparan a los sobrevivientes de abuso perpetrado por clérigos y médicos (incluyendo a los especialistas en salud mental), en términos de los efectos del abuso y de sus implicaciones para el tratamiento futuro. En su revisión bibliográfica, las autoras citan que los estudios disponibles han reportado

daño severo a los pacientes, incluyendo vergüenza, depresión, culpa y respuestas post-traumáticas, aún en pacientes que fueron abusados sexualmente bajo anestesia. Contrariamente al supuesto lógico de que los pacientes en psicoterapia presentarían efectos mayores que los correspondientes a abusos de otro personal de salud, - dado que tienen dificultades emocionales y desarrollan más intensamente relaciones transferenciales con el psicoterapeuta, - su estudio reporta similar distrés; y al parecer otros factores, tales como abuso sexual anterior al tratamiento, serían más predictivos de desenlaces negativos.

Los datos demuestran que los usuarios de atención médica abusiva experimentaron los mayores daños, a pesar de la brevedad de las relaciones. Además las víctimas mostraron los problemas específicos derivados de la experiencia con cada tipo de profesional: en el abuso médico, las víctimas presentan dificultades con lo relativo a dichos cuidados, y en el caso del clero con las situaciones relativas a la espiritualidad y a su relación con Dios.

Con respecto al abuso sexual previo, Pope y Vetter (1991), en un estudio de 958 pacientes en psicoterapia, que habían estado involucrados sexualmente con psicoterapeutas previamente, reportó que el 32% de ellos había sido víctima de abuso sexual en la infancia. Luepker (1999) en una muestra similar de 55 mujeres de su propia consulta, encontró que el 60% habían sufrido abuso antes de los 18 años, y que el 18% habían sufrido abuso por más de un profesional.

La definición de abuso sexual de Disch y Avery, incluyó violación, al mismo tiempo que sexo consensual, o atmósfera sexualizada (solicitud sexual por el profesional, discusión de lo que debe ser la relación sexual, interés voyeurista en la vida sexual del paciente). Los datos se recolectaron entre 1992 y 1995, e incluyen una

muestra de 149 (131 mujeres y 18 hombres), de un total de 600 invitados a participar. Sus resultados pueden ser divididos en los siguientes aspectos:

Revictimización. El 77.9% de la muestra habían sufrido revictimización. El 62.4% sufrieron abuso sexual infantil y luego del profesional en la adultez. El 7.4% sufrieron abuso de un profesional y de alguien más durante la infancia. El 8.1% sufrieron abuso sexual de profesionales en la adultez.

Características de las relaciones sexualizadas. La duración media de las relaciones entre los sobrevivientes de abuso de médicos fue de 12 meses; de 30 meses para sobrevivientes de trabajadores en salud mental; de 32 meses para los del grupo de abuso por clérigos. El abuso en los tres casos se inició en promedio al tercer mes y duró 6, 22 y 11.5 meses respectivamente para cada grupo, en promedio.

Los datos sugieren una vulnerabilidad diferencial: los sobrevivientes de clérigos y médicos resultaron especialmente vulnerables debido a su edad. Los sobrevivientes de abuso por trabajadores de la salud mental resultaron vulnerables porque la mayoría habían sufrido abuso sexual antes de ver al profesional y porque la relación establecida fue más larga ya que incluía un mayor número de reuniones, lo que sugiere mayor dependencia hacia este profesional.

Los sobrevivientes de trabajadores de salud mental y del clero reportaron que el profesional alentó una alta dependencia y entonces trató de convencerlos de hacer cosas contra su deseo (41.1 y 28.9% respectivamente, versus un 9.5% entre los sobrevivientes de abuso del gremio médico).

Una mezcla de sentimientos positivos y negativos caracterizó la mayoría de estas relaciones. Del lado positivo, los respondientes reportaron que se sintieron de

alguna forma especiales (75%), cuidados (56%), excitados (54%), amados (47%), enamorados (46%), y como si hubiesen encontrado al amor de su vida (44%). En el lado negativo, aún al inicio de la fase sexual, 81% reportó sentirse confundido y el 57% sentía que debía continuar permitiéndolo; el 54% sentía que la sexualización era inapropiada (con clérigos 76%, con médicos 45% y con trabajadores de salud mental el 48%); el 41% refirió sentirse peor acerca de sí mismos cuando comenzó la fase sexual. Cerca de dos tercios de la muestra tomó la iniciativa de terminar la relación.

Evitación e intrusión. Cerca del 40% reportaron un periodo en el que no podían recordar lo que había pasado entre ellos y el profesional. Más de la mitad reportaron un periodo en el que no se permitían pensar acerca de lo ocurrido: 74% entre las víctimas de médicos, 54% entre los victimados por trabajadores de la salud mental y 57% entre los sobrevivientes de abuso por clérigos.

En los tres grupos reportaron pesadillas (51%) y ataques de pánico (48%). Estos últimos con distribución diferencial: 65% del grupo médico, 46% del de trabajadores de la salud mental y 45% del grupo del clero.

Otros efectos. En la mayoría de ellos, se observa un daño mayor entre los sobrevivientes de abuso por médicos, con excepción de menor esperanza de recibir ayuda, que fue superior entre los afectados por trabajadores de salud mental, y vergüenza, más importante entre los afectados por el clero. Sentimientos de duelo o pérdida (68%). Disminución en la capacidad de trabajo (63%), cuya explicación más frecuente fue la depresión y la incapacidad de concentrarse o pensar claramente. Pérdida de esperanza (61%), a menudo centrada en la intimidad a futuro. Disturbios emocionales, en especial accesos de

emociones difíciles de controlar, (66%). Deseo de no estar vivo (70%), en el periodo siguiente a la sexualización. Hospitalización (38%); el 62% fueron hospitalizados aún bajo el cuidado del profesional o inmediatamente después de la ruptura. Sentimiento de vacío y aislamiento (70%). Culpa, vergüenza y humillación (90%). Miedo, a ser acosado (55%), a ser herido (51%), a ser asesinado (30%), a ser desacreditado (29%). Ira o coraje (80%). Incapacidad para confiar, en profesionales (85%), en la gente en general (70%), dificultad para establecer relaciones cercanas (66%); la desconfianza centrada en los hombres y el impacto en la sexualidad fue de igual importancia. Confusión: el (85%) reporta un periodo en el que no podía entender cómo la relación les había afectado.

Sutherland (2001) reporta que entre el 87 y el 90% de los pacientes que tuvieron la experiencia de abuso sexual sufren secuelas. Tales incluyen disfunción sexual, desórdenes ansiosos, hospitalizaciones psiquiátricas, riesgo mayor de suicidio, depresión, comportamiento disociado, sentimientos internalizados de culpa, vergüenza, ira, confusión, odio, incapacidad para confiar y sentimientos de falta de valía. Además para muchas víctimas darse cuenta de que fueron dañados y de que su terapeuta fue la causa, es un proceso que toma años. Los pacientes parecen más propiamente sobrevivientes de incesto.

En otro estudio a nivel nacional, Pope encontró que el 11% de los pacientes que sufrieron abuso requirieron hospitalización; el 14% intentaron el suicidio, y el 1% lo logró, por lo que afirma que cuando un terapeuta hombre o mujer, se involucra sexualmente con el paciente, se está involucrando en una actividad potencialmente homicida.

Por último, la asociación: "Task Force on Sexual Abuse of Patients", reporta que el **23% de los sobrevivientes de incesto que acuden por ayuda, terminan sufriendo el abuso de sus "ayudadores"**. Los resultados son devastadores para los pacientes, quienes en virtud de su necesidad y vulnerabilidad proveen al terapeuta con un poder ilimitado. Por ello, cuando el abuso ocurre en la psicoterapia, el daño es particularmente venenoso. El paciente no sólo no recibe ayuda apropiada y efectiva por los motivos que lo llevaron hacia el tratamiento, sino que su sintomatología se ve exacerbada y malizada por el abuso reiterativo. El daño comprende las esferas física, emocional, psicológica y espiritual. Además de los síntomas esperables del abuso sexual, los pacientes desarrollan miedo y desconfianza hacia los proveedores del cuidado, haciendo excepcionalmente difícil que reciban posterior auxilio. El proceso de confianza en la terapia se aniquila. A menudo pierden también la confianza en sí mismos, y en la propia habilidad para reconocer el daño, para hacer buenas elecciones y para protegerse a sí mismos. La confusión, la ambivalencia, la vergüenza y la necesidad de que el abuso no sea visto como real, sirven para mantener el silencio e impiden al paciente buscar ayuda en otra parte. Aún cuando reúna fuerzas para eventualmente regresar a terapia, la naturaleza del daño torna la subsecuente terapia problemática y aplastante en el mejor de los casos. La terapia se vuelve estresante más que continente. Así, es digno de encomio y aplauso el que alguien continúe acudiendo a consulta.

Los sobrevivientes de cualquier abuso sexual, pero particularmente los que lo sufrieron en la terapia, necesitan tener el control de su terapia. Requieren de la aceptación, paciencia, facilitación y oportunidades para encontrar maneras seguras

de efectuar sus propias decisiones. Necesitan aprender a escuchar de nuevo su voz interior, a confiar en sus percepciones y a usarlas para tomar el control de su propia seguridad en la terapia. Requieren ser realmente aceptados, escuchados y no juzgados, no dirigidos.

Según Berman (2003), la condición de mujer de las pacientes representa un elemento adicional de vulnerabilidad, pues además de su patología, en nuestra sociedad, ellas traen a la situación terapéutica una autoimagen femenina devaluada en la que la única forma de relacionarse es a través de la idealización de la autoridad poderosa, la sumisión, la seducción y la entrega masoquista. En este contexto, la relación sexual, ofrecida o sumisamente aceptada, puede ser vivida como un triunfo que la narcisiza momentáneamente y borra, también momentáneamente, su autoimagen devaluada. Es además un triunfo edípico porque significa inconscientemente, el matricidio y la fusión con el padre todopoderoso.

Esta autora también puntualiza tres niveles de riesgo en las mujeres. El riesgo menor corresponde a las pacientes que han alcanzado un buen desarrollo psicológico y tienen un superyó integrado; sin embargo, cuando estas mujeres experimentan sucesos traumáticos pueden sufrir una regresión depresiva. En el segundo nivel de riesgo ubica a las mujeres con desórdenes de personalidad, que tienden a simbiotizarse con el hombre idealizado, carecen de un centro propio y tienen una autoestima baja. A menudo ellas tuvieron una deficiente narcisización por parte de la madre y para compensarla desarrollaron una intensa fijación edípica con el padre, de difícil resolución. En el riesgo máximo están las mujeres con una historia de intentos suicidas e incesto real con el padre. Ellas repiten con

el terapeuta varón la modalidad incestuosa de la relación objetal con el padre. La intimidad sexual con este tipo de mujeres constituye una falla ética muy seria, ya que, a pesar de darse cuenta de la gravedad de la enfermedad emocional de la paciente, comete el abuso, repitiendo con ello el incesto que cometió el padre. La falla es exclusivamente del terapeuta y él es el único responsable de la violación ética en la que incurre.

2.3. Acto latrogénico generado en el deterioro del terapeuta.

Un examen exhaustivo de la literatura, realizado por Pfifferling (citado por Guy) concluye que los profesionales de la salud mental experimentan distintas formas de enfermedad mental en un índice más elevado que el de la población general. Dado que la personalidad del terapeuta es "la herramienta" de la que depende la eficacia de su práctica, la presencia de enfermedad mental entre los clínicos en activo provoca una grave preocupación.

La predisposición personal, factores relacionados con su proceso de trabajo y la influencia de los acontecimientos de la vida, suelen entremezclarse desencadenando la enfermedad mental y el deterioro emocional del psicoterapeuta.

Como hemos mencionado, algunas de las personas que deciden ser psicoterapeutas están motivadas por el deseo de obtener la propia curación; estas personas suelen estar padeciendo alguna enfermedad mental diagnosticable antes de adentrarse en el campo de la salud mental. Sin embargo es indudable que en la práctica de la psicoterapia, existen riesgos profesionales que contribuyen al desencadenamiento de la enfermedad mental aún en terapeutas sin

historial de enfermedad previa diagnosticable, algunos de estos riesgos se relacionan con factores asociados a la práctica profesional, otros parecen ser el resultado directo del contacto con pacientes.

Jung postuló la existencia de una "infección inconsciente" que podía ser el resultado de trabajar con pacientes perturbados. Farber (citado por Guy) sostiene que la práctica psicoterapéutica reactiva continuamente las experiencias, recuerdos y emociones tempranas del terapeuta. Al parecer, por equilibrado que sea el profesional, puede toparse con pacientes cuyo historial sea particularmente atractivo y perturbador a la vez, de modo que su equilibrio se vea amenazado al relacionarse con áreas inconscientes dentro de la propia psique, que en la vida cotidiana probablemente nunca se hubieran movilizado. Así, continuamente las viejas cicatrices del terapeuta son rozadas de nuevo, principalmente por el paciente fronterizo o psicótico, lo que hace emerger problemas escindidos o sin resolver completamente.

Más alarmante es la tesis de que puede haber una auténtica "transferencia de patología" del paciente al terapeuta. Chessick (citado por Guy) considera que un estado de depresión y desesperanza, que denomina "tristeza del alma", es perfectamente contagioso. Después de trabajar durante muchos años con pacientes crónicamente angustiados, los trabajadores de la salud mental tienden a llevarse la angustia con ellos. Freudenberg y Robbins (citados por Guy) proponen una influencia acumulativa en el contacto sostenido con la psicopatología y lo que ellos llaman "libido pura", que pone en riesgo la cordura misma del terapeuta.

Aunque estas hipótesis extremas no sean completamente aceptables, lo cierto es que el contacto íntimo con pacientes graves pareciera puede minar al terapeuta,

dejándolo vulnerable al desencadenamiento o agravamiento de la psicopatología personal. El contacto continuo con estos pacientes puede facilitar la aparición de la enfermedad sobretodo en los años de formación o los primeros de práctica.

Los datos indican que los psicoterapeutas son vulnerables a todos los tipos de enfermedad mental, pero una de las formas que se presentan con mayor frecuencia es la depresión. En el caso de una psicosis activa, una angustia o depresión mayor, o desórdenes agudos de la personalidad, se produce el deterioro inmediato de la capacidad profesional aumentando la posibilidad de un perjuicio para los pacientes.

Sería de esperar que las personas que reconocen el creciente deterioro relacionado con la enfermedad mental de su terapeuta finalizaran el tratamiento, a fin de buscar ayuda de otro profesional. Por desgracia no siempre sucede así; se ha documentado el increíble abuso y maltrato que algunos pacientes han soportado durante un periodo de meses y aún de años. No es raro que algunos de ellos intenten servir de sostén al psicoterapeuta, proporcionándole solidaridad, apoyo y cuidado.

También es del dominio público que la tasa de suicidio de los psicoterapeutas es más elevada que la de la población general (Guy y Liaboe, 1985). Los estudios mencionan desde un índice cuatro o cinco veces superior, hasta uno equiparable al de la población general, siendo más frecuente entre las mujeres y particularmente entre las doctoras. Ello implica la presencia de un deterioro emocional anterior lo bastante grave como para aumentar la posibilidad de una atención incompetente, al menos durante el tiempo que precede al acontecimiento.

Chiles (citado por Guy) observa en un estudio que los psicoterapeutas que intentaron suicidarse tenían a su cargo un número significativamente superior de pacientes suicidas. Es posible que trabajar con pacientes suicidas, en vez de "contagiar" al profesional, aumente su tensión personal hasta el punto en que el suicidio sea un recurso viable, ya que la mayoría de psicoterapeutas declaran que las amenazas de suicidio constituyen la mayor fuente de estrés en su trabajo. También podría cuestionarse la motivación del terapeuta para atender específicamente ese tipo de casos.

El alcoholismo y el abuso de drogas entre los psicoterapeutas se está convirtiendo en un problema cada vez mayor. El abuso de drogas, particularmente las que alteran el estado de ánimo, es mucho más frecuente entre los psiquiatras - se calcula en los Estados Unidos de Norteamérica 50 a 100 veces superior al consumo entre la población general -. El aislamiento, la soledad, el vacío emocional y la desesperanza, factores asociados con la práctica de la psicoterapia, pueden tener un efecto acumulativo, que aumenta la vulnerabilidad personal a las adicciones.

Otras modalidades que puede adoptar el deterioro del terapeuta incluyen la conducta sexualizada, la explotación emocional o financiera, relaciones ambivalentes insalubres, o bien la intrusión del profesional en la vida de los pacientes. Es discutible si estas modalidades corresponden necesariamente a casos de deterioro, ya que las relaciones ambivalentes pueden ser consecuencia de un discernimiento pobre o de incompetencia, o bien claras violaciones éticas como la explotación financiera suelen corresponder más a la codicia.

➤ **El síndrome de Burned Out.**

Freudenberger (1974) fue el primero en utilizar el término "quemado" (burned out), perteneciente a la cultura de la droga, para describir el proceso de vacío físico y emocional que deriva de una variedad de condiciones negativas relacionadas con el trabajo de los profesionales de la salud mental. El lo define como *"un estado de fatiga o frustración producido por la devoción a un modo de vida o relación que no ha devuelto la compensación esperada"*.

El síndrome incluye fatiga física y emocional, concepto negativo de sí mismo, actitudes hacia el trabajo igualmente negativas, disminución de la productividad, pérdida del interés y la preocupación por los pacientes, pérdida del idealismo y la finalidad como resultado de las condiciones laborales.

Los casos más graves presentan cambios cognoscitivos: intolerancia, rigidez, disminución de la capacidad de ambigüedad, despersonalización, omnipotencia y actitud hipercrítica. Cambios afectivos: desapego, desconfianza, cinismo, aburrimiento, depresión, miedo, culpabilidad, irritabilidad, vulnerabilidad, agresividad, pérdida del control. Cambios conductuales: distractibilidad, vagar sin objetivo, aumento en el consumo de alimentos, cafeína, alcohol, tabaco, medicamentos u otras drogas, conductas arriesgadas y propensión a los accidentes. Cambios somáticos: alteraciones del sueño, problemas gastrointestinales o diversas somatizaciones, dolores musculares y cambios de peso. Cambios relacionales: aislamiento, relaciones mecánicas y artificiales, aumento de conflictos interpersonales, mala interpretación y percepción de las motivaciones de los demás, hasta franca paranoia.

Sin embargo, más que considerarlo un síndrome claramente identificable, es necesario comprenderlo como un proceso que cada individuo experimenta de manera particular, como resultado de una mezcla específica de factores personales y ambientales.

Con respecto a su incidencia, parece ser creciente, el estudio de Word (citado por Guy) reportó que el 32% de los profesionales encuestados reconoció haber experimentado un agotamiento o depresión lo bastante importante como para entorpecer su capacidad laboral.

Las líneas de demarcación entre la insatisfacción, el estrés, el agotamiento y el deterioro mental del terapeuta a menudo son imprecisas.

Reconocer que los terapeutas no sólo no son inmunes a la enfermedad mental, sino que aún pueden ser más propensos a todo ello, tanto por factores de personalidad como por riesgo profesional o vital, requiere un grado incómodo de humildad y vulnerabilidad reconocida. Se padecen las mismas aflicciones que se intenta curar en los demás. Los terapeutas deben aceptar la propia vulnerabilidad al deterioro como precio de su comprensión y agudeza.

➤ ***Enfermedad y muerte.***

Como parte de la vulnerabilidad del terapeuta, es necesario reflexionar oportunamente también sobre una posible enfermedad incapacitante o aún la muerte, lo que obviamente tiene repercusiones importantes en los pacientes.

En caso de enfermedad, el terapeuta deberá decidir cuánto deberá ausentarse de acuerdo con el grado de incapacitación que sufre. Es posible que sea necesario referir a los pacientes a un colega para que se haga cargo de ellos de manera

definitiva o transitoria. Suele haber sentimientos de enfado y resentimiento por la vulnerabilidad y debilidad del terapeuta, seguidos de culpa y remordimiento. Casi ningún terapeuta establece planes por anticipado para la atención de sus pacientes en el caso de su súbita incapacitación o muerte. Hay muchos problemas éticos complejos relacionados con estos procedimientos; se debate por ejemplo si deberían llevarse archivos y si deberían pasarse a un colega. El derecho del paciente a la confidencialidad debe calibrarse en relación con la necesidad de contar con una atención adecuada y oportuna en caso de accidente o muerte del terapeuta.

Bellak (citado por Guy) afirma que los pacientes presentan con mucha frecuencia duelos patológicos (más del 60% de los casos) y reaccionan con rabia intensa como consecuencia de ser abandonados por el fallecido, ya que representa una "violación" de la alianza terapéutica, con su promesa implícita de predecibilidad. A los pacientes sobrevivientes suele serles difícil confiar en otro terapeuta. La muerte del terapeuta puede confirmar su creencia de que el mundo es un lugar peligroso e impredecible, siendo más seguro permanecer desapegado e invulnerable a nuevas heridas.

IV. RECURSOS CONTRA LA IATROGENIA.

La denuncia del usuario es la promotora de la vigilancia del cuidado médico, por lo que en países como el nuestro se desconoce la frecuencia y distribución del problema de la iatrogenia, tanto en el campo de la salud mental, como en el ámbito psicoanalítico.

Por defecto usaremos datos extranjeros para perfilar una posibilidad. Las causas de acción legal contra trabajadores de la salud mental más frecuentes en los Estados Unidos son por : prestación de servicios defectuosos o negligentes (diagnósticos equivocados, no delegar al profesional adecuado o no consultar), ruptura de compromiso, calumnia o libelo, negligencia que lleva al suicidio o al homicidio, el consejo de control de la natalidad o aborto (influencia indebida), electroshock o terapia con drogas, sexualización de la terapia, grabación ilegal o violación de la intimidad, grupos de encuentros de nudistas y falta de supervisión del cliente perturbado.

1. Recursos existentes.

En México existen medidas para enmendar los daños, aunque estas son poco conocidas, poco específicas y menos solicitadas por los usuarios afectados. Comenzaremos por citar los recursos legales y los que las asociaciones han tratado de impulsar en el terreno de la prevención, para luego hacer una propuesta sobre posibles medidas, concordantes con nuestro marco teórico.

1.1. Consideraciones legales.

La mala práctica profesional es sancionada generalmente a través de una demanda legal, que requiere de la intermediación de las Juntas de Arbitraje Médico, para determinar si la intervención profesional causó indebidamente daño al usuario del servicio.

En México la Ley General de Salud, y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, contienen disposiciones que rigen la prestación de servicios de salud mental.

La Ley General de Salud, contempla específicamente la salud mental en el capítulo VII, artículos 72 a 77, y los requisitos que deben cumplir los recursos humanos en los artículos 78 a 83. Por ejemplo, el artículo 79 dice: "Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades legales competentes". Asimismo, en su título decimoctavo, referente a Medidas de seguridad, Sanciones y Delitos, especifica las sanciones administrativas que pueden aplicarse a los profesionales infractores, en sus artículos 416 a 427.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, señala en su artículo noveno: "La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica".

También contempla en su capítulo II, los derechos y obligaciones de los usuarios y participación de la comunidad. En este capítulo es importante subrayar los siguientes artículos:

ARTICULO 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

ARTICULO 52. Ante cualquier irregularidad en la prestación de servicios de atención médica, conforme a lo que establece la ley y el presente reglamento, toda persona podrá comunicarla a la Secretaría o a las demás autoridades sanitarias competentes.

ARTICULO 55. Comprobada la infracción, la Secretaría, o en su caso, las demás autoridades sanitarias competentes, dictarán las medidas necesarias para subsanar las deficiencias encontradas en la prestación de los servicios médicos, independientemente de las sanciones que pudieran corresponder por los mismos hechos.

El reglamento citado incluye disposiciones específicas para la prestación de servicios de salud mental en sus artículos 121 a 134.

Así, el artículo 133 dice: "La información personal que el enfermo mental proporcione al médico psiquiatra o personal especializado en salud mental, durante su tratamiento, será manejado con discreción, confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante la orden de la autoridad judicial o sanitaria".

Las sanciones están contempladas en los artículos 236 a 259.

La correspondiente a la infracción del 133, especificada en el 248, dice: "Se sancionará con multa de cien a quinientas veces el salario mínimo general diario, al médico psiquiatra o cualquier integrante del personal especializado en salud mental que proporcione con fines diversos a los científicos o terapéuticos y sin que exista orden escrita de la autoridad judicial o sanitaria, la información contenida en el expediente clínico de algún paciente".

Por su parte, el Código Penal Federal, en su título duodécimo, en que precisa la Responsabilidad Profesional, señala en el artículo 228: “ Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

- I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y
- II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos”.

Por tanto, podemos afirmar que existe una infraestructura legal que garantiza la protección de los usuarios en el ámbito de la salud mental, a pesar de lo cual, las demandas son escasas.

Hemos mencionado que una de las fallas éticas más frecuentes es la explotación de la transferencia erótica, cuestión que en otros países comienza a ser contemplada con mayor especificidad en el contexto legal. Los expertos estiman que los pacientes demandan solamente en el 4% de los casos en los Estados Unidos de Norteamérica, y sólo unos pocos terapeutas han sido severamente sancionados.

Las demandas son pocas, pues para los pacientes, asumir una demanda puede ser un proceso traumático adicional. El terapeuta suele alegar que el paciente alucina, exagera o malinterpreta lo que ocurrió, y se trata de la palabra de uno contra la del otro. En efecto, algunos pacientes malinterpretan las acciones de sus

terapeutas, pero el psicólogo Gary Schöener del Walk-In Counseling Center en Minneapolis, quien ha asistido más de dos mil casos en los cuales los pacientes tuvieron relaciones con sus terapeutas, afirma que es extremadamente raro presenciar un caso literalmente fabricado (Newsweek, 1992).

Otro obstáculo para la existencia de demandas es que muchísimos pacientes no pueden evaluar lo sucedido hasta que entienden que la responsabilidad por la relación pertenece al terapeuta. Algunas cortes se resisten aún a considerar los casos como felonía pues alegan que si se trata de pacientes adultos, no psicóticos, deberían haberse podido negar.

Cabe destacar que en México no se conocen hasta el momento denuncias legales promovidas por pacientes que hayan sufrido abuso sexual, a pesar de su alta incidencia.

Actualmente la conspiración del silencio se está rompiendo a nivel internacional debido a la creciente amplitud de casos publicada en los medios masivos de comunicación, reportada en la literatura científica y difundida aún en internet.

En los Estados Unidos ocho estados han dictado leyes señalando el sexo entre terapeutas y pacientes como un crimen, y en otros más se busca establecer sanciones.

El recurso legal tiene sus limitaciones, pues aún cuando la licencia del profesional pueda ser revocada, un terapeuta sin escrúpulos puede colgar su título y ver pacientes de todas maneras. Además existen legiones de consejeros sin formación que tratan pacientes de modo informal y están fuera de la posibilidad de supervisión que ejercen los grupos de profesionales.

El proceso actual de penalización ha provocado que hoy menos terapeutas admitan sus trasgresiones o denuncien a un colega.

Aún se debate si el profesional que tuvo esta conducta puede volver a ser sujeto de confianza. El Comité Ético de la Asociación Psiquiátrica Americana afirma que algunos pueden ser "seguramente rehabilitados" en uno a cinco años de supervisión. Pero otros autores piensan que no debería permitirse a ninguno proseguir en la profesión después de una trasgresión sexual, y dibuja una analogía con un administrador preescolar que abusó de los niños: *"Ningún estado permitiría a esa persona refugiarse en otro kinder"*.

El contacto sexual entre otros profesionales -médicos, abogados, clérigos y profesores- y sus pacientes/clientes/creyentes/estudiantes está comenzando también a considerarse no ético - cuando menos - y está en camino a legislarse.

Las prohibiciones obedecen a que hay características especiales de la relación profesional-cliente que colocan al primero en una posición de mayor poder y autoridad. "Fiduciaria" es el término legal que describe la relación que existe cuando una parte deposita la confianza y la confidencia en la otra, más poderosa.

En la diada terapeuta-paciente en particular, atributos específicos de la relación pueden conducir a la sexualización de la misma. Uno de esos atributos es la transferencia. Una corte notó la dificultad que esto representa para el terapeuta tratante: *"El terapeuta debe animar al paciente a expresar sus sentimientos transferenciales, mientras rechaza sus avances eróticos; al mismo tiempo, debe explicar a la paciente que sus sentimientos no son realmente hacia él, sino que está usándolo en un rol simbólico para interpelar a otra persona significativa en su vida. Es decir, el terapeuta debe simultáneamente alentar la transferencia y*

desalentar ciertos aspectos de ella. Esto puede ser difícil de lograr y constituye un riesgo laboral. La alianza terapéutica en esta situación se convierte en un deber impuesto por los estándares profesionales del cuidado y de los estándares éticos del comportamiento, para abstenerse de una relación personal con el paciente, durante o fuera de las sesiones terapéuticas. Esto porque la relación personal infecta el tratamiento terapéutico; tornándolo ineficaz y dañino".

Así, en otros países los pacientes dañados por explotación sexual tienen derecho a buscar indemnización económica, sanciones legales y acciones como el retiro de licencia para el ejercicio profesional.

En todo caso, se emprende una acción por mala práctica. Esta comprende en la mayoría de los casos la negligencia del terapeuta para hacerse cargo de la transferencia del paciente y la correspondiente contratransferencia.

Una corte dictaminó: *"una relación sexual entre terapeuta y paciente no puede ser vista separadamente de la relación terapéutica que se ha desarrollado entre ambos. El fenómeno transferencial hace imposible que el paciente tenga la misma respuesta emocional al contacto sexual con el terapeuta que la que pueda tener con otras personas".*

Muchas cortes han coincidido: *"No vemos razón para distinguir entre este tipo de mala práctica (mal manejo de la transferencia por el terapeuta), y otros como la administración impropia de fármacos, o una participación defectuosa en cada situación, la esencia del reclamo es el alejamiento del doctor, de los estándares propios de la práctica médica".*

En nuestro país aún debemos trabajar para lograr que existan demandas legales que constituyan la base para lograr una legislación más específica en este y en todos los casos de mala práctica en salud mental.

1.2. Asociaciones profesionales.

El sexo entre médicos y pacientes estaba ya específicamente prohibido por el juramento Hipocrático y actualmente lo está por los códigos éticos de la Asociación Médica Americana (AMA), y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y otros grupos en salud mental.

Las asociaciones profesionales están siendo más conscientes de la necesidad de evitar el abuso sexual. Por ejemplo, la APA publicó haber expulsado o suspendido a 113 de sus miembros por esta conducta solamente en la década de los ochentas. Esta asociación ha advertido: *"la necesaria intensidad de la relación terapéutica puede tender a activar necesidades sexuales y de otro tipo y fantasías tanto del paciente como del terapeuta, mientras debilita la objetividad necesaria para su control"*.

En este proceso algunas profesionales que se han solidarizado en las cortes con los casos de sus pacientes, han debido renunciar a cargos en sus asociaciones o aún cambiar su lugar de residencia: *"Indeseablemente rompí un código de silencio acerca del hecho de que pasa muy poco a los perpetradores de esta clase de abuso; no me di cuenta de que esto era algo secreto"*.

En nuestro país se sabe de contadas quejas presentadas por las víctimas de abuso a las asociaciones de referencia de los profesionales, lo que no se ha traducido en sanciones significativas. Debido a que éstas no tienen el poder legal

para revocar una licencia de ejercicio profesional, su intervención se ha restringido a hacer recomendaciones acerca de su necesidad de rehabilitación.

En las últimas décadas se ha insistido dentro de las asociaciones en la necesidad de hacer una cautelosa selección de los candidatos a formarse, en la conveniencia de abrir espacios dentro de la formación para discutir más extensamente los fenómenos contratransferenciales eróticos y su manejo, así como las condiciones que favorecen el deterioro de los terapeutas y su reconocimiento. También se han producido y divulgado códigos de comportamiento que puedan guiar una práctica más apegada al respeto de los derechos del paciente.

En algunos de estos códigos se puede advertir el esfuerzo por limitar el poder del terapeuta, y por enmarcar la práctica en parámetros de interacción más justos para las partes involucradas.

Otra medida en los últimos años, ante la proliferación de terapeutas formados al vapor o virtualmente sin formación, ha sido la necesaria certificación del profesional por alguna institución validada, tarea que en nuestro país está asumiendo la SEP.

2. Propuesta de limitación de la iatrogenia.

2.1. Educación y participación de usuarios.

La limitación del poder del terapeuta no debe depender solamente de su conciencia o de la labor de las asociaciones. Los usuarios de los servicios tienen derecho a saber lo que pueden y no pueden esperar de un tratamiento en salud mental. Deben conocer las ventajas y desventajas de cada tipo de tratamiento y

optar de manera cada vez más informada en la selección de los mismos. Asimismo deben ejercer sus derechos y cuestionar libremente acerca de sus dudas sobre el proceso y opiniones sobre el avance que van obteniendo.

Se necesita también advertir a los usuarios de los servicios, de los riesgos potenciales que enfrentan, como se hace por ejemplo mediante libros guía en California: *"la terapia con profesionales nunca incluye sexo"*; aconseja al paciente también estar atento si el terapeuta o doctor cuenta chistes sexualizados, tiene miradas seductoras, se sienta demasiado cerca o da citas en horas inadecuadas.

Los filmes hollywoodenses atentan contra la educación de los usuarios, pues generalmente presentan a los psiquiatras como incapaces de permanecer dentro de los límites de sus roles, lo que es presentado como deseable. En la vida real, el problema se presenta más frecuentemente entre terapeutas hombres y pacientes mujeres, mientras que en las películas casi cada mujer psiquiatra sucumbe a los encantos del hombre en el diván. El problema es que el sexo vende mejor que la salud y el dilema romántico siempre tendrá preferencia sobre el ético. El problema del abuso sexual del terapeuta es, en la versión de Hollywood, "no problem".

Las quejas de los pacientes acerca de sus tratamientos deben perder su carácter caricaturesco y abandonar el espacio del "chisme en el pasillo", para pasar a constituir un motivo de reflexión y acción seria sobre la mala práctica y las formas posibles para limitarla.

Ello requiere de la educación y participación de los usuarios, para que conocedores de las dificultades del proceso y de sus derechos dentro de él, comuniquen sus apreciaciones, a la vez que urge ampliar los canales de escucha tanto en los terapeutas como en las instituciones que brindan los servicios. Sólo

estaremos en el camino de contribuir realmente a la individuación y el crecimiento emocional de los pacientes cuando logremos que su voz haga realmente eco cotidianamente en nuestra tarea.

Dado que no existen instancias civiles organizadas para la defensa de los derechos de los usuarios de los servicios, en Internet han surgido diversas páginas que se dedican a la difusión masiva de tales derechos y actualmente constituyen para un sector poblacional reducido (usuarios de Internet), una fuente de apoyo, aprendizaje e intercambio de experiencias entre los afectados por malas prácticas. Entre estas páginas podemos citar: <http://www.therapy-abuse.net/> y <http://www.kspope.com/index.php> entre los más conocidos.

En México se puede documentar el increíble abuso que soportan muchos pacientes por ignorancia, ingenuidad o carencias emocionales (Piña, 2003). Aún cuando estén conscientes de la incompetencia, deciden seguir el tratamiento motivado por la culpa, el miedo, o una dependencia masoquista.. Los que acertadamente deciden finalizar el tratamiento, no advierten que pueden adoptar otras medidas legales, pues ignoran la existencia de gremios profesionales e instancias dispuestas a investigar tales acusaciones. El paciente descontento o lastimado usualmente no sabe a quién recurrir.

Aún conociendo sus derechos elementales, pocos tienen el interés, la motivación, la paciencia, la fortaleza o la capacidad económica para emprender una acción legal o formal contra el profesional. En consecuencia, a pesar del creciente aumento de querrelas iniciadas por pacientes que denuncian iatrogenia en otros países, las distintas formas de incompetencia, deterioro mental y falta de ética siguen sin ser denunciadas en México.

2.2. Crítica de nuestro saber y nuestra práctica.

La prevención de la iatrogenia no debe reducirse tampoco a la conservación de las normas técnicas que recomienda el saber psicoanalítico. Por el contrario, considerando que este mismo saber puede ser iatrogénico, debemos abocarnos a una continua revisión crítica de los propios supuestos teóricos y técnicos, nuestro quehacer no admite un sometimiento irreflexivo y dogmático, sino una perspectiva siempre orientada hacia la investigación teórica y clínica. Por tanto son las instituciones formadoras de recursos y las que brindan atención, las indicadas en dejar de postergar esta tarea aceptando su importancia.

A los psicoterapeutas el comprender que detentamos un poder frente al paciente, nos obliga a hacer intervenciones en las que seamos transmisores del deseo del descubrimiento compartido y evitemos la imposición de nuestra personalidad, de nuestra moral e ideología, de nuestra perspectiva vital.

Sabemos que la psicoterapia implica la intersubjetividad, por tanto, tendremos que reconocer que los fenómenos que se despliegan en el setting no constituyen un simple eco del pasado, sino que son la resultante del aquí y ahora de la interacción, lo que debe moderar nuestras interpretaciones.

Asimismo, requerimos del análisis continuo de la transferencia y la contratransferencia para evitar estancamientos y repeticiones de roles nocivos para el paciente. Frente a las dificultades que advertimos como estresantes, desgastantes o mortificantes, siempre podemos recurrir a la supervisión de otros profesionales, que nos ayude a aprehender perspectivas no advertidas sobre la interacción.

Si usamos como herramienta nuestra personalidad y nuestro inconsciente, es indispensable que su escrutinio no se restrinja al cumplimiento de un requisito durante la formación, sino que se practique continuamente y con el apoyo de re-análisis en el transcurso de nuestro desempeño profesional.

Así, los recursos para el terapeuta son múltiples y todos ellos son accesibles siempre y cuando se tenga presente que el terapeuta no es el poseedor de la salud, ni quien la puede otorgar. Una actitud conciente de nuestras limitaciones es otro recurso indispensable contra la iatrogenia, no es posible que podamos ayudar a todos los pacientes que solicitan nuestra ayuda, lo importante es saber cuándo no debemos brindarla, sólo lo sabremos si tenemos suficiente conocimiento de nosotros mismos y de nuestras fortalezas y carencias.

2.3. Consideraciones para prevenir el deterioro del terapeuta.

El deterioro o "burn out" del terapeuta es un fenómeno que debe ser prevenido. Guy (1987), hace las siguientes recomendaciones a los terapeutas, para optimizar su desempeño profesional:

Es importante para mantener las tendencias laborales en un nivel que no resulte lesivo para el terapeuta, que constituya y conserve relaciones significativas. Dedicarse a aficiones e intereses fuera del campo de la psicoterapia también reduce los sentimientos de aislamiento y soledad derivados de su quehacer cotidiano.

Los psicoterapeutas necesitan poner su propia vida privada y sus relaciones en el primer puesto de la lista de prioridades. A menos que vivan una vida plena y satisfactoria, tendrán poco que ofrecer a sus pacientes.

No sólo es importante que el terapeuta tenga amigos, sino que su círculo incluya a personas al margen de la profesión, las prioridades que tienen ellos pueden ser de gran ayuda para mantener una perspectiva adecuada sobre la vida.

En resumen, la creación de un estilo de vida equilibrado y bien integrado, que aumente la satisfacción general con la vida, son medidas que deben implementarse para reducir al mínimo la influencia potencialmente negativa de su trabajo sobre las relaciones interpersonales.

Puede necesitarse por ejemplo, diversificar las actividades profesionales para incluir la supervisión, la enseñanza, las consultas, la investigación y la escritura, para reducir el aislamiento asociado a solamente dirigir sesiones de terapia.

Los psicoterapeutas tendrían que ser los primeros en saber sobre sus riesgos laborales, sin embargo se mencionan varios factores que aumentan la negación y la ignorancia del problema de la incompetencia emocional entre los terapeutas:

- La errada creencia de que los terapeutas son casi invulnerables al deterioro emocional, como resultado de su formación y experiencia, lo que puede aumentar la tendencia a ignorar los primeros indicios de dificultad personal.
- Igualación de todo problema personal con la incompetencia, lo que estimula la reserva, la negación, e inhibe la posibilidad de pedir ayuda.
- La sutil tendencia a la superioridad y los sentimientos de omnipotencia que también entorpecen el reconocimiento del deterioro mental.
- El temor a perder fuentes de ingresos demora el momento de buscar ayuda.
- La negación de estos aspectos es reforzada por el gremio, en el interés colectivo de promover la imagen de invulnerabilidad y superioridad del

terapeuta, a fin de estimular la confianza pública en la eficacia de la psicoterapia y en la competencia de los que la practican.

- La estructura misma de la profesión, con sus múltiples corrientes, la falta de un gobierno centralizado, de supervisión y vigilancia mínimas y la elevada autonomía de los terapeutas.
- La falta de regulación de la práctica psicoterapéutica. En nuestro país cualquiera es libre de hacer terapia a cambio de unos honorarios, sin que haya un cuerpo regulador que tenga autoridad para impedir que un terapeuta evidentemente deteriorado ofrezca sus servicios al público.

El aislamiento inherente al trabajo psicoterapéutico impide la identificación precoz del deterioro emocional. El desencadenamiento de la enfermedad mental, el suicidio, el abuso de sustancias o la explotación de pacientes pueden pasar inadvertidos tanto a los pacientes como a los colegas. Sólo cuando el deterioro comienza a acentuar la incompetencia, aumenta la probabilidad de su identificación, momento en el que suele ya ser muy grave, y quizá crónico y profundamente arraigado.

Asimismo es necesaria una mayor educación para lograr cambiar las pautas de infrutilización de la terapia entre el gremio. Deutsch (citado por Guy) menciona en un estudio que menos de la mitad de los terapeutas que indicaron haber tenido problemas graves relacionados con la depresión, acudieron a la terapia personal, y lo hicieron tan sólo el 24% de los que abusaron de sustancias tóxicas y el 60% de los que intentaron suicidarse. Encuentra involucrados sentimientos de humillación asociados a identificarse como pacientes y reticencia a asumir un rol de dependencia, así como la creencia errónea de que una terapia previa de

enseñanza constituye un acto completo que solucionará permanentemente cualquier problema que pudiera desencadenar deterioro. Factores semejantes se citan para explicar la resistencia a supervisar pacientes después de haberse obtenido la certificación.

En las asociaciones la profesión debe abrir su disposición para afrontar su propia "sombra", la del deterioro emocional de sus miembros. Deben multiplicarse los esfuerzos por investigar la incidencia, etiología y expresión de la incompetencia emocional, para poder desarrollar programas eficaces para la prevención, identificación, y rehabilitación de los terapeutas con daño emocional severo.

También debe señalar y rechazar a los infractores consuetudinarios de fallas éticas y promover el resarcimiento del daño para los pacientes.

El gremio médico (y psiquiátrico) ha establecido "normas para los practicantes" que tratan las cuestiones de la formación y la experiencia necesarias para refrendar periódicamente el área de especialización. En las asociaciones psicoanalíticas nunca se han incluido criterios de competencia para pertenecer a las asociaciones, por lo general basta la certificación recibida y el pago regular de las cuotas correspondientes. Sin convertir estos procedimientos en trampas burocráticas, en cacería de brujas, o en elementos para la construcción de feudos, tal vez podrían evitarse re-certificaciones temporales o definitivas de colegas deteriorados.

Ello si además se ofrecieran soluciones para los profesionales enfermos. Por ejemplo, se han establecido en los Estados Unidos, programas voluntarios para los que desean ayuda para afrontar su enfermedad mental, las tendencias suicidas, el abuso de sustancias tóxicas o la explotación de pacientes. En ellos se

garantiza confidencialidad y estar libres de la censura profesional a los que se presenten voluntariamente para recibir asistencia. Sólo cuando el profesional mentalmente deteriorado se niega a los ofrecimientos de ayuda, se adoptan medidas para limitar su práctica.

Estos programas son de valor limitado, pues deben confiar en la autorreferencia, sin embargo pueden ser un recurso valioso para los que son capaces de admitir su aflicción. Para no arriesgarse a una medida disciplinaria, el psicoterapeuta mentalmente deteriorado a menudo decide enfrentarse a solas con su problema, sin la asistencia de otros. En el gremio se asume que es contraproducente crear una atmósfera de miedo y desconfianza, por lo que si el individuo acepta las recomendaciones y directivas de la comisión, por lo general no se adoptan medidas disciplinarias. Se aduce que resultaría contradictorio que una profesión basada en la capacidad de cambio antepusiera la censura en detrimento de la rehabilitación.

CONCLUSIONES

He tratado de mostrar teóricamente que el problema de la iatrogenia provocada por los trabajadores del psicoanálisis no deriva principalmente de fallas individuales, técnicas o éticas de profesionales singulares, - como se postula reiteradamente dentro del gremio - , sino que debe explicarse a partir de los riesgos específicos que el proceso de trabajo implica para los participantes, en un contexto histórico-social determinado.

He introducido el nombre de "falla de oficio" para conceptualizar las fallas derivadas del proceso de trabajo y diferenciarlas de las fallas técnicas y de las éticas.

He señalado la forma en que puede generarse iatrogenia desde el saber psicoanalítico, desde el acto clínico y desde el desgaste del terapeuta.

Por tanto, la prevención de la iatrogenia no debe restringirse a la selección de aspirantes, a la optimización en la formación de recursos humanos capaces en los aspectos teóricos y técnicos de su quehacer, o a la difusión de códigos éticos.

Estas tareas deben seguir promoviéndose, pero son insuficientes.

Las medidas preventivas que propongo en congruencia con el análisis de las especificidades del proceso de trabajo y sus riesgos son:

1. La revisión crítica de nuestros supuestos teóricos y técnicos, mediante el privilegio de la investigación como prioridad para las asociaciones psicoanalíticas e instituciones prestadoras de servicios.
2. La búsqueda y definición cotidianas de las grietas por donde la intervención de los trabajadores se somete al aparato ideológico de salud, y la apertura teórica y clínica que permita redimensionar nuestro quehacer.

3. La asunción responsable de la asimetría de poder que nos otorga el estado de carencia de los pacientes, conociendo el otro rostro posible de nuestras intervenciones, el del inductramiento, del sometimiento y del abuso, o el de la repetición de daños.
4. La revisión cotidiana de nuestra capacidad interpretativa y curativa, a la luz de la conciencia de nuestros riesgos laborales, de nuestras limitaciones personales y de las limitaciones de nuestro saber.
5. El logro de la comprensión de la necesidad de un estilo de vida apropiado, así como análisis personal y supervisión aún en los psicoterapeutas graduados, frente a la cabal comprensión del proceso de trabajo al que están expuestos.
6. La información necesaria para la advertencia temprana de las señales de deterioro por el trabajador, quien al reconocerlo como enfermedad profesional tendrá más posibilidades de buscar ayuda.
7. La implementación por parte de las asociaciones psicoanalíticas, de medidas de prevención específica del deterioro de sus miembros y de apoyo a los colegas deteriorados, rechazando la complicidad con aquéllos que explotan las situaciones transferenciales en su beneficio.
8. La obligación de solidarizarnos con las víctimas del abuso del profesional, facilitando desde las instituciones su apoyo y fortaleciendo su capacidad de denuncia.
9. La difusión de los derechos de los usuarios, fomentando su participación crítica dentro y fuera del setting terapéutico, como elemento crucial en la limitación de daños posibles.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Althusser, Louis (1970). *Ideología y aparatos ideológicos de Estado*. Ediciones Pepe. Medellín, Colombia, 1982.

Amara, G.; Hazán, E.; Lander, R; López, MI; López y Wortman; Vives, J. *Ética en el diván*. Lumen, Buenos Aires, 2003.

AMEPPA. *Perfil del aspirante a candidato para la formación en el IMPPA*. Estatutos de la Asociación Mexicana de Psicoterapeutas Psicoanalíticos de la Adolescencia, 1984.

Anónimo. "Sexual abuse in therapy...notes from a survivor". Disponible en Internet, www.geocities.com/HotSprings/1124/t_abuse.html

Anzieu, Annie (1993). *La mujer sin cualidad*. Biblioteca Nueva, Madrid, 1993.

Anzieu, Didier (2001). *Psicoanalizar*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 2001.

Berman, Raquel (2003). "La explotación sexual de la transferencia erótica", en *Ética en el diván*. Lumen, Buenos Aires, 2003.

Bleichmar, N y Leiberman, C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud*. Eleia Editores. México, 1992.

Braunstein, N, et al. (1975). *Psicología: ideología y ciencia*. Siglo XXI, 8ª edición. México, 1982.

Braverman, H. Trabajo y capital monopolista. Editorial Nuestro Tiempo, México 1982.

Campbell, M. (1989). "The oath: an investigation of the injunction prohibiting physician-patient sexual relations". *Perspectives in Biology and Medicine*, 32(2):300-308 Winter 1989.

Canguilhem, Georges (1966). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, 7ª edición. México, 1986.

Carpintero, Enrique. "La subjetividad del analista: Cuerpo y contratransferencia". En "Registros de lo Negativo". Topia Editorial, Buenos Aires, 2002.

Castañeda, Marina (1999). *La experiencia homosexual*. México, Editorial Paidós.

Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Herder, Barcelona, 1990.

- Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta*. Ediciones Paidós, Barcelona.
- Correa, Ethel. *Las razones del loco. El movimiento italiano de psiquiatría alternativa*. INAH, SEP. México, 1985.
- Delahanty, Guillermo (1993). "El dinero y el psicoanálisis". *Rev. Imagen Psicoanalítica* No. 2 Pp. 35-44.
- Disch, E. & Avery, N. (2001). "Sex in the consulting room, the examining room, and the sacristy: survivors of sexual abuse by professionals". *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (2): 204-217 April 2001.
- Downey, J.; Friedman, R. (1998). "Female homosexuality: classical theory reconsidered" *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 46:471-506.
- Eschenröder, Christof (1984). *En qué se equivocó Freud*. Herder. Barcelona, 1987.
- Foucault, Michel (1975). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI, 30ª edición. México, 2000.
- Foucault, Michel (1979). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de cultura económica. México.
- Freud, Sigmund. *Obras completas*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, España, 4ª edición, 1981.
- ___ Proyecto de una psicología para neurólogos. (1895) Pp. 209-276
 - ___ Análisis fragmentario de una histeria. Caso Dora. (1901) Pp. 933-1002
 - ___ Sobre psicoterapia. (1904). Pp. 1007- 1013
 - ___ El método psicoanalítico. (1904) Pp.1003-1006
 - ___ Análisis de la fobia de un niño de cinco años. (1909) Pp1365-1440
 - ___ Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. (1912) Pp. 1654-1660
 - ___ La iniciación del tratamiento. (1913) Pp. 1661 – 1674
 - ___ Historia de una neurosis infantil. Caso del "Hombre de los Lobos". (1914) Pp. 1941 – 2009.
 - ___ "Observaciones sobre el amor de transferencia" (1915) Pp. 1689 – 1696
 - ___ El malestar en la cultura. (1929) Pp. 3017-3067
 - ___ Análisis terminable e interminable. (1937) Pp. 3339-3364
 - ___ Compendio de Psicoanálisis. (1938) Pp. 3379 – 3418
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Paidós, Buenos Aires.
- Greenson, Ralph (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo XXI editores. México, 1983.
- Guinsberg, Enrique (1973). *Sociedad, salud y enfermedad mental*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, 1981.

- Guy, James (1987). *La vida personal del psicoterapeuta*. Paidós. Barcelona, 1995.
- Hazán, E. (2003). "Lo ideal y lo real en la selección de candidatos para psicoanalistas", en *Ética en el diván*. Lumen, Buenos Aires, 2003.
- Illich, I. (1975). *Nêmesis Médica*. Barral Editores, Barcelona, 1975.
- Kohut, H. (1977). *La restauración del self*. Paidós, Barcelona, 1980.
- Korman, Víctor (1996). *El oficio de analista*. Paidós, Buenos Aires, 1996.
- Lacan, Jacques (1979). *Freud y el psicoanálisis*. Salvat Editores, Barcelona, España, 1979.
- Lander, R. (2003). "Lógica de la ética en psicoanálisis", en *Ética en el diván*. Lumen, Buenos Aires, 2003.
- Laurell, Asa C. *Proceso de trabajo y proceso salud-enfermedad*. Cuadernos Políticos No. 17. México, 1978.
- Laurell, Asa C. *La salud-enfermedad como proceso social*. Revista Latinoamericana de Salud 1 (2). México, 1981.
- Laurell, A. Y Noriega, M. *La salud en la Fábrica*. Ediciones Era. México, 1989.
- Levy, B.; Santos, G.; Singer, D. (2000). Consideraciones acerca del encuadre. Internet: www.ateneopsi.com.cr/consideracionesencuadre.htm
- Márquez, D. (1996). "Ética profesional". Rev. Imagen Psicoanalítica No. 7/8 Pp. 89-95.
- Martínez, S. (1995). El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo. Tesis para obtención de Grado de Maestría en Medicina Social. UAM-X.
- Menéndez, E. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. *Cienc. Saúde coletiva*. Vol. 8 no. 1, 2003. ISSN 1413-8123
Online: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=pt&nrm=iso
- Memorias del I Coloquio del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia. *Teoría y praxis del psicoanálisis y la psicoterapia*. CMPP, A.C. México, 1989.
- Menéndez, Eduardo (1979). *Cura y control*. Editorial Nueva Imagen. México, 1979.
- Newsweek. April 13, 1992. "Psychotherapy".



- Noguera, A (2002). El concepto de trabajo y la teoría social crítica. Paper 68 Universidad Autónoma de Barcelona.
Disponible en www.bib.uab.es/pub/papers/02102862n68p141.pdf
- Palacios, Agustín (1999). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Cia. Editorial Impresora y Distribuidora, S.A. México, 1999.
- Perel, N (2000). El estrés y el síndrome de burnout en los profesionales de la salud. Rev. "Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la interdisciplina." No. 17/18
- Perrés, José (1994). *La institucionalización del psicoanálisis. Tomo II*. Editorial Círculo Psicoanalítico Mexicano. México, 2000.
- Piña, Beatriz (2001). "Introgénia: tres casos", en *Ética en el diván*. Lumen, Buenos Aires, 2003.
- Piña, Beatriz. *Fomentando la salud comunitaria*. Revista Psicología Iberoamericana, Vol. 8 No. 3-4. Universidad Iberoamericana. México, 2000.
- Piña, Beatriz. *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso salud-enfermedad, en: Factores de riesgo en la Comunidad I*. Fac. Med. UNAM, México, 1991.
- Piña, Beatriz. *Prometeo como mito paradigmático de una Institución*. Trabajo inédito presentado en el Primer Encuentro sobre "Crisis Institucionales: experiencias y reflexiones". Organizado por el CMPP. México, 1997.
- Racker, H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós, México, 1990.
- Ramírez, Santiago. *Ajuste de cuentas*. Editorial Nueva Imagen. México, 1979.
- Roudinesco, Elizabeth (1986). *La batalla de 100 años*. Fundamentos, España, 1988.
- Salomón, G. (1993). "La huida del analista ante la transferencia negativa del paciente". Rev. Imagen Psicoanalítica No. 3, Pp. 39 – 46.
- Sánchez, J. y Brown, N. (1993). "El abandono del tratamiento psicoanalítico por problemas de dinero". Rev. Imagen Psicoanalítica No. 2 Pp. 45-56.
- Savater, F. (1998). "Ética de la alegría", en *Despierta y lee*. Alfaguara, Buenos Aires, 1998.

Scott S. (2002). "Psychic conflict and developmental deficit in the erotically charged transference". Psyche Matters (Internet) Paper presentado en la 39 Reunión de la APA, Nueva York 1999.

Suárez, Armando (compilador) et al. (1975). *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI. 6ª ed. México, 1983.

Sutherland, P. (2001). "Sexual abuse by therapists, physicians, attorneys, and other professionals". Disponible en Internet, <http://wwlia.org/us-prosx.htm>

Szasz Thomas (1999). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Paidós. Barcelona, 2002.

Szasz, Thomas (1976). *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu. Buenos Aires, 1980.

Varios autores (2002). *Introgénia*. Revista Psicoanálisis y el Hospital. Año 11, No. 21, Paidós, Buenos Aires. Junio 2002.

Waisbrot, Daniel. *La alienación del analista*. Paidós. Buenos Aires, 2002.

Welldon, Estela (1988). *Mother, Madonna, Whore: the idealization and denigration of motherhood*. Free Association Books, Londres, 1988.

Winnicott, D. *El proceso de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires. Ed. Paidós, 1996.

Winnicott, D. *Sostén e interpretación*. Buenos Aires. Ed. Paidós, 1982.

Winnicott D. *De la pediatría al psicoanálisis*. Barcelona, Ed. Laia, 1979.

Yago, F. (2000). Clínica psicoanalítica en la crisis: resignación y esperanza. Internet: www.topia.com.ar/articulos/4cl-yago.htm

Zirlinger, Silvio (2002). *Sobre la cura. Una visión sintética sobre los aportes de D. Winnicott a la idea de la cura*. Aperturas, Revista de Psicoanálisis, No. 12, Nov 2002.