



Ebook:

A DIVÁN ABIERTO

Un Psicoterapeuta integrador en el Siglo XXI



INDICE DE CONTENIDOS

1. C.V Orgánico

2. Mi Consulta

2.1 Historia

2.2 Los 4 Espacios

3. Fundamentos Subyacentes a mi visión

3.1 La Persona Humana

3.2 La Psicoterapia

3.3 Psicoanálisis Relacional

3.4 Psicoterapia Existencial

3.5 Hipnosis Clínica

C.V ORGÁNICO

Comparto ciertos aspectos autobiográficos relevantes en el proceso de mi desarrollo vocacional. Hitos que resultaron importantes en mi andar y en mi construcción como psicoterapeuta. **Desde temprana edad** sentí un poderoso interés hacia las temáticas relativas al funcionamiento de nuestra mente y hacia nuestra Existencia: pensar, conversar y asombrarme con mis allegados sobre las emociones, los temas perennes como el sentido de la vida, la muerte, la soledad, las elecciones que hacemos; me atraía fuertemente.

Al mismo tiempo, que, experimentaba en mi una inclinación positiva y espontánea a conversar, a crear intimidad y encuentro, con mis iguales y personas significativas que me rodeaban.

Quería acercarme al mundo interno de los demás, y compartir el mío, acceder a sus pensamientos, vivencias, y conocer cómo afrontaban sus desafíos, cuáles eran sus verdaderas preocupaciones, temores y reflexiones privadas.

¿Qué pensaban los demás sobre el sentido de la vida y sobre la transitoriedad de la misma? Resulta inquietante pensar que antes de nuestro nacimiento el mundo ya transcurría y que tras nuestra muerte el mundo continuará indiferente, sin nosotros.

¿Hasta qué punto vivimos o no bajo nuestros propios designios? Escuchar, expresarme, conocer, compartir, calmar, "jugar", ser de ayuda, han constituido inclinaciones que he reconocido en mi, desde el inicio.



En mi infancia durante los nutritivos años 80 tuve la suerte de disfrutar de un entorno rico en estímulos que me permitió *jugar mucho*. Mis hermanos y amigos fueron mis mejores maestros y aliados. Mi madre amaba la lectura y las estanterías de casa estaban abarrotadas de libros. Mi padre era persistente, nunca se daba por vencido. Aprendí a *jugar con ellos*. *Jugar* significa aquí: *crear, curiosear, hacer travesuras, arriesgar, imaginar, escenificar, descubrir, sin preocupación por el resultado, sin temor a quién mira o a quien juzga*. Un entorno rico, y una *actitud curiosa* permitieron que comenzara a *encontrarme* con mis habilidades, a conocer mis aptitudes y a experimentarlas. Juegos de fantasía, juegos de roles, juegos de tablero, con muñecos, juegos físicos, turbulentos, de misterio, deportes, música, libros, grabar películas caseras con la videocámara, inventar guiones y gastar bromas. A través de esos juegos, fui conociendo y sintiendo mis habilidades y motivaciones. Cuatro, brotaban claramente de mi:

Liderar: Llevando la voz cantante entre mis amigos y la pandilla.

Desafiar y Separarme de las normas, lugares y adultos que a *mi sentir* carecían de *consistencia, autenticidad o creatividad*.

Ayudar, proteger y enseñar a quienes estaban debilitados.

Pasar tiempo sólo para recuperarme de los esfuerzos y hablar a menudo con mi mejor amigo: *yo mismo*.

Observarse, conocerse, encontrarse: Recuerdo a los 15 años como algo muy inspirador y revelador el primer libro que me golpeó fuertemente: "**La Búsqueda de significado**" de **un tal Joseph Fabry** que cayó en mis manos por puro azar mientras me encontraba curioseando por la Biblioteca de "las Ranas" en mi ciudad. Lo recuerdo como una epifanía en donde sentí una especie de magnetismo hacia ese libro, y estuve durante varios días inspeccionándolo. Se hablaba en él sobre "el sentido de la vida", "la psique", la influencia de la mente sobre el cuerpo, los valores y las relaciones interpersonales. Sentí con claridad que esos temas me atrapaban y que desde ese momento no existiría *nada más importante* para mí que profundizar en esas cuestiones. Sin nadie que pudiera guiarme en aquel palpito inicial comencé a poner por escrito mis reflexiones, y mi intuición me trajo lecturas que costaba como adolescente acercarme a comprender: **Frankl, Freud, Jung, Gurdjieff, Nietzsche**. No obstante pude sentir que un denominador común despertaba en mí, pues latía alrededor de todo ellos: **Conocerse, Encontrarse, Desarrollarse, tomarse a uno mismo como objeto de observación. Esa era la tarea constante a acometer en vida**. Se produjo un cuestionamiento y una revisión de mis cimientos, hasta ese momento.

Así, crecía en mí la curiosidad de explorar y comprender el mundo, a las personas y los enigmáticos significados de existir y las intrincadas contradicciones de sus *inconscientes*.

H. Hesse (Demian, el Lobo estepario) Jostein Gaarder (Mundo de sofía, La juventud e las naranjas) y J.D Salinger (Guardián entre el centeno) me acompañaban. Ello, junto con mis deseos de explorar, vivir y conocer, me condujo a la **Facultad de Psicología de la Universidad CEU San Pablo, en Madrid 2001**

EN BUSCA DEL PROPIO POTENCIAL.

He tenido siempre la habilidad de rodearme de buenos amigos con los que compartir. En mi época de estudiante, nos entusiasmos. No perdíamos ocasión de pasar noches en vela conversando, asistir y participar en clases, prácticas, seminarios, congresos; **la mayoría de nuestras discusiones giraban en torno a este entusiasmo:** la autenticidad, cuestionar las convenciones, las enfermedades mentales, los procesos creativos, la Comunicación Persuasiva, el Psicoanálisis, la Psicoterapia, el Existencialismo, la Hipnosis: desde Freud, Perls, Bandler y Grinder, a Yalom, Frankl, Erickson, Kohut, Bleichmar. "están", permanentemente, *conmigo*



Universidad CEU San Pablo 2001-2006

No me sentía identificado con la ideología de mi Universidad. No obstante, algo que me benefició mucho, fue la importancia inusual, que se le otorgaba a profundizar en las bases filosóficas y antropológicas de la Psicología. Eso me proporcionó un primer suelo de conocimiento filosófico e interés por *la persona humana desde sus fundamentos*. Tuve excelentes profesores y maestros allí:

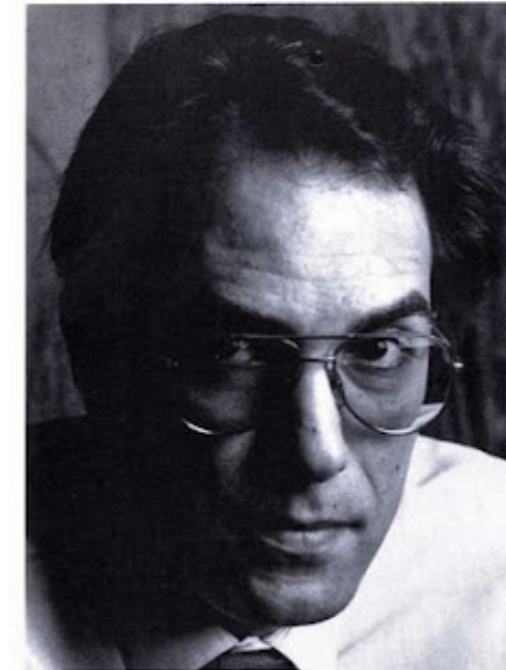


Foto: Alejandra López

El fallecido José M. Baamonde, Psicólogo, especialista en Sectas. Me acercó al Psicoanálisis Freudiano, al interés y práctica de la terapia de grupo, al gusto por hablar en público y por la potencia persuasiva de la Comunicación interpersonal. Baamonde tenía entusiasmo por enseñar. Tenía un talante serio, cierta dureza en su mirada, al tiempo que era acogedor y se mostraba disponible para el intercambio sincero con sus alumnos. Propuso horas extra al grupo universitario. Reunirnos por las tardes, fuera del horario oficial de las clases, para crear grupos terapéuticos, hacer juegos de roles psicodramáticos entre los estudiantes y enseñarnos a hacer terapia grupal.

En numerosas ocasiones, se tomaba tiempo para conversar con los alumnos y sus clases estaban repletas de ensayos, situaciones psicológicas complejas, role-playing, etc

Compartí con él algunas situaciones y vivencias que me motivaron fuertemente. Diría que su influencia docente y su trato personal conmigo aumentaron mi convicción y mi autoconfianza para con ésta profesión.

Baamonde me ayudó a ver y a sentir mi potencial para influir en los demás, persuadir, dirigir grupos e interesarme por la Psicoterapia Grupal, como algo *inherentemente mio*. Disfruté mucho. Mientras tanto, en mi residencia universitaria, me propuse armar un grupo de teatro, donde actué y dirigí a nivel amateur. A final de curso, tras ensayos nocturnos, representamos la obra "*Muertos Sin sepultura*" de J.P Sartre, en el Colegio Mayor Isabel de España en Madrid, quien nos cedió su salón de actos. Experiencias felices, exigentes y creativas que me fortalecían.

DESDE UNA VISIÓN INTEGRADORA.

La Psiquiatra Maribel Rodríguez, me enseñó mucho sobre Psicopatología y Síndromes Clínicos. Ella trabaja, actualmente de forma apasionada. Me une una relación cordial y el interés por la **obra de V. Frankl**; como la actitud integradora hacia la Psicoterapia, que ella inspira. Me acercó a la obra de K. Wilber. Dirigió **mi TFG sobre "Aplicaciones de la Hipnosis en el tratamiento de paciente oncológicos"**. Recomiendo visitar sus escritos y sus desarrollos actuales. Maribel es una mujer discreta, "que sabe mucho y habla poco"..

Durante el tercer año de licenciatura, me di cuenta de que la formación universitaria quedaba algo corta, y que los modelos de Psicoterapia que se estudiaban: modelos cognitivos-conductuales, eran excesivamente limitados, rígidos y reduccionistas, así como poco estimulantes, y decepcionantes, lejos de la profundidad y complejidad connatural de la mente y la personalidad humana.

Guiado por esta inquietud y este enojo, comencé paralelamente con la **Formación Sistemática en Logoterapia, impartida por la AESLO. En esta formación pude profundizar en el pensamiento de V. Frankl** y otros autores humanistas y existenciales, así como compartir con **la psiquiatra y docente Maribel Rodríguez** algunas conversaciones personales que me influyeron. Todo ello contribuyó de forma decisiva a construirme una na visión del ser humano amplia, integral y no reduccionista que diera cuenta de la pluralidad de las dimensiones humanas. Comprendiendo que a toda Psicoterapia y concepción de la personalidad y la Psicopatología, le subyace una visión antropológica, una teoría de la motivación humana y una visión del modo humano de enfermar.

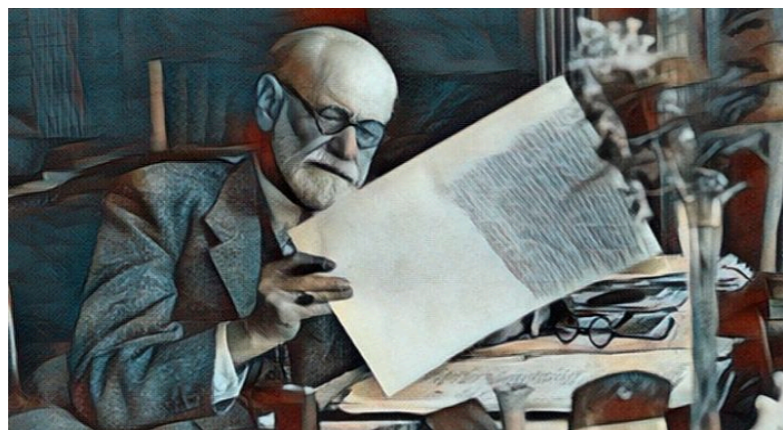


CUIDAR LA PROPIA MENTE.

J. Carlos Mingote, Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Cuya sapiencia me llevó a comprender sobre la idoneidad de realizar un **Análisis Personal**. Esto es, un -Psicoanálisis clásico, de diván y asociación libre-, con finalidades de auto-conocimiento. Puede verse como un "entrenamiento vivencial" exhaustivo en la formación de un psicoterapeuta.

Al menos, desde la corriente psicoanalítica, tradicionalmente, se ha contemplado como una condición indispensable en la formación de psicoterapeutas. Pues un psicoterapeuta debe conocerse a sí mismo. y, especialmente, adquirir con alegría el hábito de tomarse a sí, como objeto de la propia curiosidad y observación. Su mundo interno y personalidad son sus principales instrumentos de trabajo, y éstos, deben estar bien afinados, bajo propia observación y en constante mantenimiento.

Autoconciencia, Autocuidado y Alineación personal, suponen grandes competencias a desarrollar para un psicoterapeuta. El análisis personal promueve el hábito y el gusto por esa auto-observación y el exámen de las propias motivaciones. Profesionalmente, es fundamental en la comprensión de la relación transferencial en el vínculo terapéutico. Esta máxima, me llevó a emprender durante 2 años y medio y 3 sesiones semanales, un exhaustivo -Análisis personal y didáctico, de diván y asociación libre con el experimentado Dr. A. Riba, Psicoanalista freudiano en Madrid (2005-2008). Desafortunadamente, hoy día, el autoanálisis del terapeuta es una "asignatura" descuidada en la formación de los psicólogos y psiquiatras en la actualidad. No obstante, sí se sigue promoviendo en los ámbitos de orientación psicodinámica con los que me siento identificado, así como las reuniones de supervisión entre terapeutas, tan necesarias.



PROFUNDIZACIÓN PSICODINÁMICA. Mi insatisfacción hacia una parte del temario universitario continuaba, y mis necesidades de -saber más- continuaban. En aquel entonces dos veces al año me reunía con mi tío, amigo y compañero, el **Dr. Gustavo Winter** psiquiatra experimentado, quien, percibiendo mis inquietudes me habló del **Dr. Hugo Bleichmar y su escuela de Libre Enseñanza del Psicoanálisis** en Madrid. Hice el "Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica", impartido por Hugo Bleichmar en ELIPSIS. Tuve la suerte de poder mantener con el profesor Bleichmar algunas buenas conversaciones que fueron enormemente inspiradoras y que me empujaban hacia delante. Cada una de sus clases y enseñanzas me estimulaban poderosamente. Eran auténticas epifanías para mí. Enseñaba una comprensión de la mente y la motivación humana que *me llenaban*.



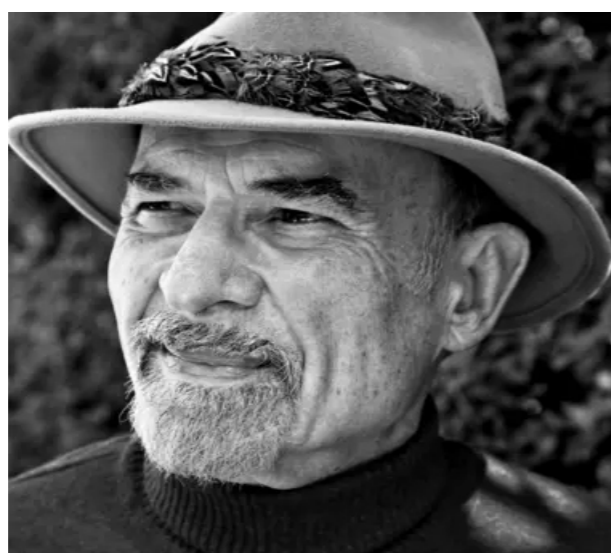
El Análisis Personal junto con las enseñanzas de Bleichmar, me introdujeron de lleno en el amor por el pensamiento y la práctica psicoanalítica. Los dos años que estuve formándome en ELIPSIS me aportaron: inspiración, integración entre escuelas psicoanalíticas, profundización en el Psicoanálisis Relacional, comprensión nueva sobre el inconsciente e ideas claras, cara a una aplicabilidad en la práctica psicoterapéutica. Estos años de "Análisis Personal en el diván de mi Psicoanalista", como señalé, estudio de la Logoterapia, humanística y -*Apertura psicoanalítica*-, supusieron una explosión de conocimiento para mí.

En 2005 presenté una **Comunicación en el Congreso Internacional de Logoterapia, celebrado en Madrid, titulada "voluntad de sentido y resiliencia"**.

En 2009 publiqué un caso clínico estudiando el Enfoque Modular Transformacional sobre "mi primer paciente bajo supervisión: **"el caso Lionell V" al que puede accederse en www.aperturas.org en su nº 31**

Así, la Visión antropológica de Frankl y las enseñanzas de Maribel Rodríguez, me ofrecían un visión *integradora* de la persona humana. Las enseñanzas de Bleichmar sobre los diferentes *sistemas motivacionales intrapsíquicos*, me ofrecían una visión integradora de la psique. Todo ello se complementaba y me ayudaba a comprender, así como surgían nuevas interrogantes...

UNA MIRADA EXISTENCIAL. Entre los años 2004 a 2008 se suceden acontecimientos muy relevantes para mi. Tuve oportunidad de realizar una serie de rotativas en centros sanitarios madrileños. **La Clínica San Camilo en Tres Cantos**, donde estuve por varios meses ofreciendo atención psicológica en la **Unidad de enfermos Paliativos a pacientes y familiares.**



Irvin D. Yalom

Sin duda, éstas experiencias contribuyeron fuertemente a una mayor concienciación e interés personal y psicológico por *el ser humano, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte*. En estos años llega a mi un autor que me marcará poderosamente: **I**

I.Yalom, máximo exponente vivo de la Psicoterapia Existencial.

La lectura y el análisis pormenorizado de toda su obra representan para mi una parte fundamental de mi técnica terapéutica en el abordaje de mis pacientes como de mi propia autoindagación personal respecto a los temas fundamentales de la vida. En especial, sobre mi actitud frente a **la idea de la muerte, como una realidad inevitable**. Los títulos "El día que Nietzsche lloró", "La cura Schopenhauer" o "Mirar al Sol" afectaron mi personalidad y aclararon *mi visión*.

Durante éste período realicé una estancia similar en el **Hospital Gómez Ulla en Carabanchel, Madrid. Realizando prácticas, estando bajo la tutela de Rafael Collado y Javier Berzosa**, psicólogos de orientación psicoanalítica y humanista. Especialmente, en la **unidad de Psicodiganoístico**.

Allí tuve un primer acercamiento a los **test proyectivos gráficos: como el HTP de Buck o las láminas Machover**. Formé parte de evaluaciones periciales, donde personas que trataban de acceder al ámbito militar eran valoradas psicológicamente cara a su acceso o rechazo.

Fue apasionante aprender de la pericia de éstos clínicos.

HIPNOSIS. Influido y entusiasmado por ciertas lecturas, además de los relatos de **Gustavo Winter y Maribel Rodríguez**, sobre sus conocimientos y experiencias con pacientes en el trabajo con Hipnosis comencé a acercarme a la materia.

Comencé asistiendo a ponencias del propio G. Winter en el Colegio de Médicos en Las Palmas. Posteriormente ponencias de A. Capafons, José Sala, entre otros. Realicé un trabajo de investigación como trabajo de fin de carrera basado en Hipnosis: **"Aplicaciones de la Hipnosis en el tratamiento con pacientes oncológicos"**. Asistí a algunos seminarios en el Instituto Erickson de Madrid, entre otros. Actualmente el uso de la Hipnosis Clínica, me gusta emplearlo como coadyuvante en algunos casos concretos.

INICIO DE MI PRÁCTICA CLÍNICA PSICOTERAPÉUTICA.

A mediados del año 2010 **comienzo en Consulta Privada a desarrollar mi práctica psicoterapéutica, en Las Palmas de Gran Canaria junto con Gustavo Winter y Marta Winter.**

“Acercarnos a las experiencias con la curiosidad de la primera vez, y con la profundidad de la última”

Traté de aprender el máximo de trabajar tan cerca de Gustavo. Especialmente de escucharle y observar sus formas de proceder con sus pacientes. Un hito interesante en la historia de la Psicoterapia ocurre cuando los geniales Bandler y Grinder (PNL) buscaron hábilmente las ocasiones para poder observar, de primera mano, el modo de proceder que tenían grandes psicoterapeutas. Especialmente visitaron a Milton Erickson y a Virginia Satir: terapeutas eficaces y dotados de una enorme técnica en el manejo del paciente.

No se trata simplemente de estudiar las teorías y pensamientos, sino de poder ver, estudiar y deconstruir el modo en que las personas eficaces operan, proceden y "hacen su magia".

Esta es la mejor característica que he conocido en mi: saber elegir bien a quien observar, deconstruir y entender lo mejor posible qué hace, sentirlo, aprehenderlo, y luego, "jugar con ello", hacerlo mio, pasarlo por el filtro de mi propia personalidad y voz: incorporándolo.

MINDFULNESS Y TERAPIAS DE 3º GENERACION.

Durante ese periodo, entre otras, realicé una formación en Psicoterapia en el **Hospital Negrín entre 2013 y 2015 sobre Psicoterapia Narrativa. Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria y su equipo.** Una docencia excelente sobre la práctica de la psicoterapia actual, haciendo gran hincapié en las Terapias de Tercera generación.

Hacia el año 2012, estimulado nuevamente por los relatos, en este caso de Marta Winter, Gustavo Winter y José Pellejero; comencé a sentir interés por acercarme al campo de la Psicología Positiva, Atención Plena y Mindfulness.

Mi primer gran acercamiento ocurre mediante la participación en **dos retiros de 3 días respectivamente, dirigidos por María Teresa Miró, psicóloga, docente y experta en la materia, llevados a cabo en la casa de la espiritualidad de Las Javerianas en La Atalaya.** Esto estimuló mucho en mi el interés, nunca por convertir el marco de la Atención Plena como modelo de referencia de mi práctica clínica

pero sí incorporando algunas prácticas. Como he descrito, me adhiero a un marco clínico que se sostiene desde la base del Psicoanálisis Relacional y el enfoque

Existencial desde una mirada integradora. Pero sí, un interés personal y profesional, desde el cuál considero a este marco, y a sus propias raíces desde la Psicología Budista, como muy valioso. Desde entonces las lecturas y la asistencia a diversas formaciones.

Entre ellas, me gustaría destacar la realizada con **Fernando de Torrijos en Madrid, en 2018**. En ésta formación de 4 días, Torrijos transmite y enseña a aplicar, con sumo detalle y compartiendo una gran cantidad de material didáctico, así como ofreciendo todo su estilo personal; los fundamentos del programa de reducción del estrés compartido con Jon Kabat-Zinn.

Primeros pasos que darían lugar a mis **Programas Grupales actuales dirigidos a estimular en los pacientes aprendizajes prácticos acerca de la gestión del estrés, el autocuidado y la autorregulación a través de la Meditación.**

Heme aquí, cultivando la Observación Relajada de lo que acontece. Scala Coeli. Teror. Gran Canaria 2021



En 2018, inspirado por los desarrollos descritos, comencé a proponer a pequeños grupos de pacientes, una experiencia terapéutica de Retiro Breve. Habiendo organizado y dirigido numerosos retiros en estos años recientes.

Como psicólogo de orientación psicodinámica, tomo muy en serio delimitar el contrato terapéutico y establecer unos límites-vectores, claros, en el trato con mis pacientes. Así mismo, percibir el entusiasmo de algunos de ellos, jugó un papel crucial en su desarrollo. Los Retiros son propuestos a pequeños grupos, como experiencia colofón final dentro de Programas Grupales más amplios.

En ellos disfruto mucho. Sigo una estructura detallada en cuanto a prácticas y contenidos a transmitir, así como me permiten improvisar. Ello me lleva a experiencias de lucidez y creatividad que aprecio hondamente.

Entre 2010 y 2023 he estado participando con un grupo de supervisión compartido, compuesto por excelentes profesionales de la Psiquiatría pública y privada; y la Psicología Clínica, reuniéndonos un día por mes en la exposición y revisión clínica de casos, prestándonos opinión y ayuda mutua en "casos difíciles". Destaco a Carmelo Mendoza, Carlos Beneyto y Gustavo Pérez, de cuya experiencia, templanza y sapiencia me nutro al escucharles y al cenar con ellos.

En este periodo (2010-2021), venía ejerciendo la Psicoterapia en consulta privada situada en c/Pamochamoso 7, donde mis estimados compañeros Gustavo Winter, Marta Winter, Luis Hernández, Luz Torralva y Cristina Avelleira, continúan trabajando a pleno rendimiento.

Durante el periodo de mayor crisis por la pandemia Covid-19, en confinamiento, me sentí muy inspirado y di forma a nuevos enfoques grupales. En pleno confinamiento inicié el "Grupo Despertares". Se trataba de un grupo de terapia al que propuse asistir en formato on line, a 9 pacientes. Fue una magnífica experiencia donde poder crear un espacio de conversación sobre las dificultades, retos y oportunidades que el Confinamiento estaba suponiendo para cada uno, así como compartir la lectura del texto "Mirar al Sol", de Irvin Yalom, entre todos/as. Fue un placer ser el facilitador de este grupo, en un momento de tal incertidumbre.

De este modo, 2010-2021 Ha sido para mi un periodo enormemente fértil, profesionalmente feliz, reflexivo, laborioso y entusiasta, en el que he podido desarrollarme y cultivar una práctica psicoterapéutica libre, creativa, sólida y constante.

Durante 2020, a causa de las necesarias adaptaciones correspondientes asociadas a la pandemia por Covid 19, comencé a trabajar bajo cierto distrés y a sentirme algo comprimido: el ruido y obras en la calle, la sala de espera llena, precisar de salas "de terceros" para realizar terapias de grupo: me crispaba. Y, en especial, el proyecto de iniciar nuevos formatos de Psicoterapia grupal, Práctica docente y Creación de contenidos, precisaban de un espacio de juego mayor.

APERTURA NUEVO CENTRO DE PSICOTERAPIA.

Desde Mayo 2021 trabajo de forma renovada sobre nuevos proyectos, el Centro de Psicoterapia está activo y recibo aquí a mis pacientes. La mayor fuente de aprendizaje personal y satisfacción profesional de la que dispongo, reside sin duda, encada una de las sesiones que comparto con ellos/as



MI CONSULTA

Filosofía de Trabajo

Como psicoterapeuta, me concentro en la práctica de una actitud -despierta-, de constante auto-actualización, en donde estar consciente, momento a momento, de las sensaciones con el paciente, de sus necesidades conscientes e inconscientes, de su evolución en el proceso de psicoterapia, y, de las fluctuaciones en la alianza terapéutica. Esto permitirá estar reajustando, constantemente, la creación y mantenimiento de un clima, un proceso, unas técnicas y una dirección, que configuren las "condiciones adecuadas" -particulares- para que cada paciente pueda conectar con sus propias capacidades de recuperación, diferenciación, autonomía, desarrollo y significación personal.

Esta cualidad de la atención flexible y concentrada, permite el emerger de actitudes que son clave por parte del terapeuta, en mi opinión: acciones empáticas, creatividad, capacidad de innovar, flexibilidad, firmeza y establecimiento claro de límites, auto-determinación, aceptación incondicional del paciente, así como poder vincularse de una forma genuina, auténtica y de encuentro con la persona que tiene delante, y que deposita en él su confianza.

Inspirado en I. Yalom, algo fundamental en lo que baso mi trabajo psicoterapéutico es: "evitar la técnica prefabricada".

Me he dado cuenta de que, sin lugar a dudas, obtengo mucho mejores resultados si permito que lo que elijo o propongo al paciente, me surja de forma espontánea, a partir de lo que intuyo e interpreto, la situación inmediata pide; "aquí y ahora", "con esta persona y en este clima relacional particular".

Me recuerdo a mí mismo, constantemente, como reza una larga tradición de psicoterapeutas, que la técnica "adecuada" emana exclusivamente del "encuentro singular" con el paciente.

Me gusta estar razonablemente disponible para los pacientes. Muchos precisan de algunas atenciones fuera de los límites de su tiempo de sesión: una llamada puntual, un correo electrónico, una lectura recomendada, etc. En ocasiones, estas atenciones son fundamentales para ellos/ellas, pues suponen un condimento esencial, a través del cual, perciben un "cuidado y una actitud atenta" por parte del terapeuta que contribuye fuertemente al



HISTORIA

Entre 2010 y 2022 vengo ejerciendo profesionalmente la Psicoterapia en la red privada. Mi primer despacho estuvo situado en c/ Pamochamoso 7, donde mis compañeros/as Gustavo Winter, Marta Winter, Luz Torralva y Cristina Avelleira, continúan trabajando a pleno rendimiento. Habiendo representando para mí, un periodo de 11 años, fértil, profesionalmente feliz, reflexivo y laborioso en el que he podido desarrollar una práctica psicoterapéutica libre y constante.

2010 - 2012



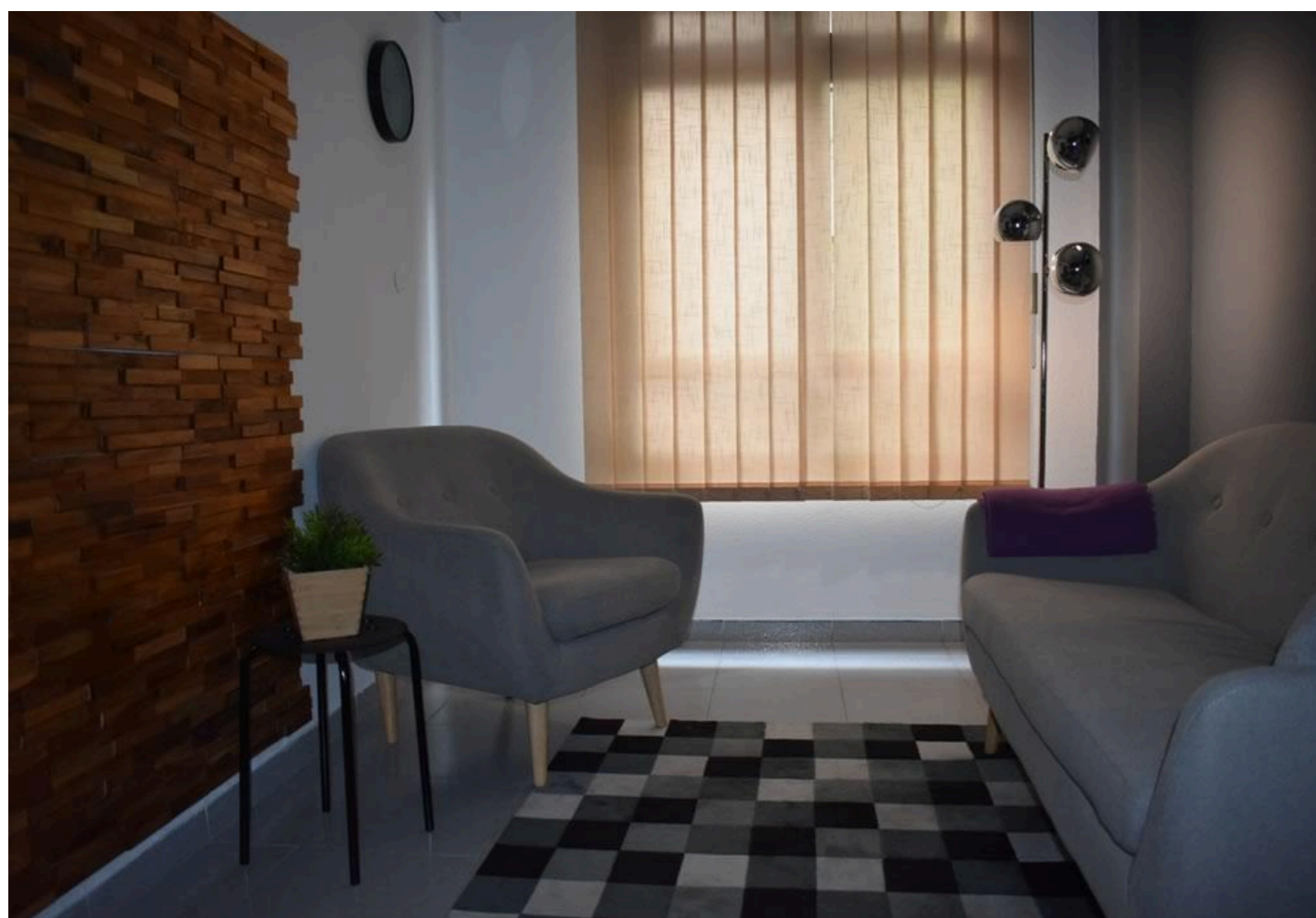
Se muestra aquí, en imágenes de archivo, la disposición de los diferentes espacios y la evolución en el tiempo de mi lugar de trabajo. Siempre he tratado de proveerme de un espacio que me haga sentir confortable, a mí, y a mis pacientes. Me gusta formar parte activa en personalizarlo y verlo evolucionar.

2013 - 2017



Durante 2020, a causa de las necesarias adaptaciones asociadas a la pandemia por Covid 19, comencé a trabajar bajo cierto estrés y a sentirme algo comprimido: el ruido y obras en la calle, la sala de espera llena, precisar de salas "de terceros" para realizar terapias de grupo: me crispaba. Y, en especial, el proyecto de iniciar nuevos formatos de Psicoterapia grupal, Práctica docente y Creación de contenidos, precisaban de un espacio de juego mayor.

2018 - 2020



Tras un tiempo de "observación relajada", conecté con el deseo intenso de crear un espacio óptimo donde poder trabajar en mejores condiciones y donde mis proyectos pudieran desarrollarse bien. Trato de ejercer la Psicoterapia en las mejores condiciones posibles, promover una práctica clínica agradable, potenciar las condiciones de calidad de mi trabajo, y con suerte, mi propia longevidad.

2021 - Actualidad



Me puse "manos a la obra", Movilicé a los míos y "el equipo de Psicoterapias en Vanguardia", "hizo su magia". Desde Junio 2021, el Centro de Psicoterapia está a pleno rendimiento, desarrollo mis proyectos y recibo aquí a mis pacientes.

LOS 4 ESPACIOS

La Consulta se estructura dentro de un espacio de 70m², cuya disposición y diseño interior se han basado en “el modelo danés de los 4 espacios” (Jochumsen, Rasmussen y Skot-Hansen). La disposición interior es un diseño compartido con la artista Cristina IriArte. Creamos así un lugar confortable donde paciente y terapeuta trabajamos de forma cómoda y dinámica. Logrando, el ajuste óptimo, donde la disposición del espacio, el enfoque terapéutico y la sintonía con el paciente encuentran la armonía adecuada.

Este Modelo promueve albergar en un mismo lugar varios espacios:

1. ****Espacio de aprendizaje y descubrimiento**** (learning space).
2. ****Espacio inspirador**** (inspiration space).
3. ****Espacio de reunión y encuentro**** (meeting space).
4. ****Espacios de creación**** (performative space).

Originalmente pensado para las Bibliotecas, hemos adaptado dicho modelo a la Práctica de la Psicoterapia Integradora. Consiguiendo un efecto psicológico acogedor a partir de un concepto neutro, versátil, industrial y minimalista.



ESPACIO DE TERAPIA INDIVIDUAL



ESPACIO DE TERAPIA GRUPAL Y REUNIÓN



RELAJACIÓN E HIPNOSIS



ESPACIO DE ACTIVIDAD DOCENTE

FUNDAMENTOS SUBYACENTES A MI VISIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Considero mi aproximación a la Psicoterapia dentro de un Enfoque Orgánico e Integrador. El uso que hago aquí del término "Orgánico", es arbitrario. Con ello quiero hacer referencia a la importancia primordial de que como psicoterapeutas, hagamos nuestro trabajo en unas buenas condiciones. Cuidando de nuestra salud física y mental, y de las condiciones "adecuadas" con las que conformamos el setting psicoterapéutico: actitud despierta, niveles de estrés aceptables en nuestra jornada de trabajo, autenticidad en la relación terapéutica, adhesión no dogmática a enfoques limitantes o reduccionistas, respeto ético, aceptación, no enjuiciamiento y cuidado del paciente.

Enfoque Integrador: asumiendo que las diferentes escuelas y modelos psicoterapéuticos son valiosos y complementables. Profesionalmente, el Psicoanálisis Relacional y el modelo Existencial conforman la base de mi enfoque Integrador, junto con la incorporación de técnicas basadas en terapias de Tercera Generación (ACT, Atención Plena). Podrá ahondar suficientemente en estos enfoques en las secciones temáticas correspondientes.

La integración de estos enfoques se torna más clara en el momento de trasladarla a la práctica clínica: Siguiendo a G. Gabbard, podríamos decir que existe un continuum que va desde la psicoterapia "de apoyo" (aquella que sostiene al paciente, refuerza sus mecanismos de defensa, y enfoca todas las intervenciones del terapeuta hacia el refuerzo y la validación empática de la experiencia interna del paciente) a la psicoterapia "expresiva" (aquella que confronta al paciente, se abre al auto-conocimiento y al auto-descubrimiento, como al desarrollo y profundización del self histórico, individual y relacional del paciente).

LAS FASES por las que transitamos en el proceso de psicoterapia"

Las Fases que describo a continuación son orientativas y, obviamente, no son lineales, sino que pueden producirse avances, retrocesos y/o encabalgamientos entre ellas, pero sin duda, nos ayudan a esbozar una comprensión práctica del proceso de terapia:

1. Fase de estabilización - regulación y -re-estructuración- del paciente:

"En muchas ocasiones los pacientes llegan a consulta "disregulados". Manifestando diferentes cuadros clínicos y sintomatología muy incapacitante, como una pérdida importante de hábitos adecuados y una pérdida o ausencia de una estructura y orden para con el día a día. Esta pérdida de estructura puede abarcar desde aspectos primarios a aspectos más abarcativos de las dimensiones personales: ausencia de proyectos vitales, ausencia de áreas de gratificación o competencia, difusión de la propia identidad, aislamiento, reactividad emocional intensa, evitación experiencial, dependencia, dificultades en el proceso diferenciación psicológica, etc.

Técnicas y Actitudes Terapéuticas a emplear en esta fase: Psicoterapia de Apoyo.

Sesiones frecuentes y cercanas en el tiempo. Escucha activa, validación empática, aceptación incondicional. Evaluación psicológica exhaustiva. Valorar necesidad de incorporar o revisar tratamiento farmacológico. Ir construyendo junto con el paciente una narrativa que ayude a formular una comprensión de la naturaleza del problema. Técnicas de relajación, fortalecimiento del yo, sencillas meditaciones guiadas (basadas en P. Tercera Generación e Hipnosis) pueden ser útiles en estas fases.

2. Fase de auto-descubrimiento, profundización y desarrollos:

Todas las personas, sin excepción, podemos ampliar nuestro propio conocimiento de nosotros mismos. Comprender mejor:

- **La forma en** la que nuestra historia personal y nuestras vivencias pasadas han contribuido a nuestras particularidades actuales.

- **El modo en** el que participamos en nuestras relaciones. Puntos ciegos: aspectos que las personas que nos rodean perciben en nosotros, y que permanecen por fuera de nuestra consciencia.

Todos podemos incorporar y descubrir nuevos recursos a nuestros conocimientos y herramientas emocionales. Paradójicamente, cuanto más sanos, estables y atentos estamos, mejor aprendemos. Por ello, en esta fase de la psicoterapia, disfrutando presumiblemente de una cierta estabilización en el paciente, podemos acercarle a otros retos en el proceso de psicoterapia. Evidentemente, respetando siempre las necesidades, inquietudes y motivaciones del paciente

Muchas veces, cuando la persona ha resuelto ciertos conflictos, paliado ciertos síntomas y se ha reajustado, decidimos finalizar la psicoterapia. En otros casos, la persona acepta la oportunidad y el reto de profundizar hacia un mayor auto-descubrimiento y desarrollo.

Se tornan especialmente útiles las siguientes aproximaciones terapéuticas en esta fase: Psicoterapia expresiva. Empleo y uso de la interpretación. Desenredo del interjuego relacional paciente-terapeuta, análisis de la transferencia, la autenticidad del terapeuta como medio para la comprensión de la matriz relacional en el "aquí y ahora" de la sesión. Psicoterapia de grupo (ver criterios de inclusión en el apartado "grupos de interacción"). En algunos casos, dependiendo de las inquietudes del paciente, profundización en enseñanzas sobre la Atención Plena y otros recursos de auto-regulación y manejo emocional basados en "psic. tercera generación" (ver apartado "grupos de auto-regulación" en esta web). Dependiendo de las necesidades del paciente, incorporación a la conversación terapéutica de elementos existenciales tales como la revisión sobre el sentido y propósitos de la propia vida, las prioridades, los valores personales, la muerte y la transitoriedad de nuestra existencia, nuestras actitudes ante la enfermedad y el sufrimiento, la inexorable responsabilidad hacia nuestras propias circunstancias, el temor ante nuestra propia libertad de elección.

3. Fase de terminación: Supone el final del proceso de psicoterapia. En condiciones ideales, frecuentemente no disponibles, paciente y terapeuta realizan "un cierre", realizando un repaso juntos del recorrido realizado. Esto permite observar la evolución de la persona del paciente en sus diferentes dimensiones (sintomatológica, interpersonal, etc) y realizar una integración de lo trabajado. Este proceso de cierre, integración y elaboración, también pueden incluir los aspectos transferenciales y relacionales entre las personas del -paciente y el terapeuta-. En ocasiones puede haber un seguimiento posterior.

"quien solamente busca la salida no comprende el laberinto, y aunque la encuentre, habrá salido sin haberlo entendido" (José Bergamín)

Los pacientes, y en ocasiones los propios terapeutas, cometen el error de sobreestimar la idea de que es especialmente el terapeuta, "desde su magia", su "modelo de terapia infalible", y su talento sanador, quien debe obrar el milagro. Viéndose al paciente como alguien que se asigna a si mismo el papel de quien va a recibir algo, pasivamente, a veces con una actitud expectante e idealizada sobre la sobreestimada capacidad del terapeuta; o al contrario, con una actitud hostil, pasiva, con brazos cruzados que expresa: "veámos que tiene este tipo para ofrecermee, o si solamente me va a sacar el dinero. Sin ninguna duda estas actitudes hacia la psicoterapia, derivarán en decepción, fracaso terapéutico o una psicoterapia insana.

Por el contrario: El terapeuta no nace con un don con que analizar y solucionar los problemas psicológicos de los demás. Se tiene que hacer a si mismo, se lo tiene que trabajar mucho y seguir trabajándolo durante toda su vida profesional. Es cierto que necesita, desde el principio, la motivación de querer implicarse en el bienestar psíquico de las personas, pero aunque esta motivación tal vez no sea tan común, no es suficiente sino un mero prerrequisito.

Al mismo tiempo, los diferentes enfoques de psicoterapia, tales como: psicoterapia psicoanalítica, cognitivo-conductual, sistémica, atención plena, terapias de tercera generación, humanistas, etc. En todos ellos existen formas distintas de ver al ser humano, de promover un trabajo terapeutico; diferentes técnicas ejercicios, diferentes focos de conversación con el paciente, etc. Pero todas ellas, sin excepción, albergan aspectos valiosísimos, aprovechables y dignos de ser integrados y puestos al servicio de cada paciente particular. Esto es un enfoque integrativo de la psicoterapia.

La investigación reciente, tras un análisis continuado de los factores comunes en toda la familia de psicoterapias, parece concluir en que los aspectos compartidos por todas las terapias eficaces son cuatro:

01

Una relación de confianza y con contenido emocional con la persona que quiere ayudar.

02

Un entorno "sanador".

03

Un esquema conceptual, que ofrece una explicación plausible de los síntomas del paciente y prescribe un procedimiento para su solución.

04

Un procedimiento que requiere la participación activa tanto del paciente como del terapeuta y que ambos consideran el medio para restaurar la salud.

La actitud del paciente y su participación activa en su proceso personal:

Para muchos terapeutas, nos es difícil aceptar el hecho de que, en cierto sentido, "los pacientes se curan a sí mismos". Sin embargo, la capacidad para "curarse a sí mismo" es el factor común más potente en psicoterapia. Como se comentó antes, la evidencia apunta a que todas las terapias consiguen una mejora parecida. Sin embargo, que haya una eficacia similar de todas las terapias no significa que el terapeuta pueda hacer lo que le dé la gana.

Para que la terapia sea eficaz tanto el terapeuta como el paciente deben tomar en serio sus propios roles, las técnicas y los modelos que están aplicando. Los "magos" con poderes especiales curativos son los pacientes.

En palabras de Campagne, los terapeutas "organizamos el escenario y servimos de asistentes que aportan las condiciones bajo las cuales la magia puede funcionar"

."Ayudamos a movilizar y enfocar la magia del cliente".

Por último, La relación terapéutica:

Según la explicación tradicional, esta relación puede tener efecto terapéutico por sí mismo. No está claro el mecanismo, pero en parte puede que tenga efecto por: - Ser una "experiencia emocional correctiva" (Alexander), así que tendría efecto curativo inherente por corregir contactos o "experiencias tóxicas" del pasado - Crear un ambiente que refuerza conductas más apropiadas sin perder identidad propia o someterse a otros - Crear nuevas oportunidades de aprendizaje -.

En la actualidad, se considera que la calidad de la relación es sólo un recurso más que soporta o enfoca los esfuerzos del cliente para curarse. Aporta un ambiente seguro para este fin. La relación es creada e interpretada por el paciente, subjetivamente, por ello que tanto su implicación como la(s) resistencia(s) son parámetros importantes.

No debe subestimarse pues, la implicación activa del paciente, incluso cuando parezca pasivo u ofreciendo resistencia. Hay evidencia de que el éxito terapéutico se correlaciona con la valoración de la relación por parte del paciente, más que la del terapeuta. Por tanto, no es el conocimiento o la habilidad del profesional lo que determina el éxito.

El paciente percibe la empatía - parte importante de la alianza terapéutica - de forma diferencial: no es un concepto global e unidimensional y en consecuencia, el terapeuta, necesita orientarse sobre lo que le importa al paciente. Tipos de empatía: cognitiva, afectiva, de compartir, o nutritiva.

RESUMEN ASPECTOS FUNDAMENTALES:

"Actitud Despierta" y "constante actualización" del proceso terapéutico.

Actitud innovadora y flexible para "facilitar un escenario terapéutico según la psicopatología, la personalidad y la idiosincrasia del paciente en particular".

Enfoque integrador: tomando lo que considero valioso de cada modelo psicoterapéutico y aprovechable, según "la narrativa" de cada paciente.

Incorporar la dimensión personal-existencial a la psicoterapia. Incorporar aspectos psicoeducativos: enseñando al paciente cómo funciona el proceso y garantizar su papel activo y responsabilidad en él.

Atención constante a la Alianza terapéutica, al vínculo transferencia, al desenredo de la "matriz relacional" (ver conceptos relacionales en el apartado "Psicoanálisis relacional" de esta web) y al trabajo terapéutico sobre el mismo.

La relación terapéutica, la comunicación "aquí y ahora" y la "cura por la palabra"; crean un contexto interpersonal donde la comprensión de los estados mentales se convierte en un foco.

Trabajando sobre un doble eje: pivotando entre la génesis del problema y la historia biográfica personal; y el "aquí y ahora", la conversación terapéutica y técnicas específicas.

Atención tanto a la dimensión biológica, psicológica e interpersonal, como también a las cuestiones específicamente humanas y existenciales; y sus interacciones.

Importante foco de atención dirigido hacia los aspectos motivacionales, inconscientes y del carácter, respecto de su participación tanto en la psicopatología del paciente y en la contribución a sus dificultades, como en el seno de la relación terapéutica.

MI VISIÓN DE LA PERSONA HUMANA

CAPITULO I

Mi -visión personal del ser humano- es un recorrido, a continuación, basado en el estudio de determinados autores, que han influido en mí en el intento de construirme unas bases y fundamentos antropológicos, que den soporte a mi práctica de la Psicoterapia. Le advierto, amigo lector, que es una lectura ardua y extensa con contenidos y alusiones filosóficas, psicológicas y clínicas. No obstante si es usted una persona interesada en el -ser humano- podrá sintonizar con él sin gran dificultad.

Decía V. Frankl, fundador de la Logoterapia (tercera escuela de psicoterapia de Viena) y seguidor de la antropología filosófica de Max Scheler, que a toda visión de la psicoterapia ha de subyacerle una visión antropológica. Pues si entendemos a la primera, como un conjunto de procedimientos puestos al servicio de ayudar, aliviar el sufrimiento, favorecer el desarrollo o la mejora de trastornos, hemos de fundamentarnos sobre un sustento filosófico que de cuenta de una visión del hombre, que contribuya a elaborar una "estructura de la persona humana" y su relación con el mundo.

Siguiendo la línea de los antropólogos clásicos, iniciada con Aristóteles, Frankl describe en el -ser humano- tres aspectos diferenciados o -clases de ser-. Éstos son: el cuerpo físico (soma), los pensamientos, sentimientos y pautas de acción (psique) y la dimensión personal o existencial, que Frankl denomina "espiritual" (nous).

El término -espiritual- quiere hacer referencia aquí a la dimensión Personal-Existencial, a aspectos tales como: la autoconsciencia, el autodistanciamiento, las creencias, los valores; el amor, la compasión, la creatividad; la intuición, la preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el -ser en el mundo-, el aislamiento existencial, la libertad y la responsabilidad en la autoría de la propia vida, entre otros.

Desde esta perspectiva, la persona sería una unidad sustancial integrada de estas varias dimensiones. (Soma, psique y nous). Al mismo tiempo, tal integración, se funda, siguiendo a Max Scheler (filósofo alemán), en que "la dimensión -Existencial- "está enfrentada" con lo -psicofísico-".

O, mejor dicho: en la dimensión personal-existencial, reside el "Yo" más privado o auténtico, el cual se descubre a si mismo, como el que -observa-, atestigua y es consciente de la experiencia "momento a momento", de la dimensión corporal-mental, teniendo la tarea de "servirse de ella y enfrentarse a ella". Al mismo tiempo que diferenciándose de ella, tomando distancia y pudiendo establecer una relación, un intercambio y una actitud frente a ello.

Desde diferentes filosofías y cosmovisiones, y desde una perspectiva de cultura clásica, un lector perspicaz puede encontrar ciertas semejanzas y sinonimias entre el concepto de - sati, el yo observador, el testigo silencioso, desde la psicología budista. prakriti y purusha, "el campo y el conocedor del campo", desde los textos hinduistas.

Y ¿por qué no? Desde el propio marco del "Yo como contexto" que propone **S. Hayes en su propuesta de Terapia de aceptación y compromiso (ACT)**.

Esto significa que la persona humana, es capaz de tomar cierta distancia de sus propios productos mentales (autodistanciamiento), distancia que le permite relacionarse consigo misma, y, seguir una cierta dirección, pues la -voluntad-, el -yo que observa- y -los valores con quienes se compromete e identifica-, tienen "algo que decir al respecto de la toma de decisiones, y respecto de tomar una determinada actitud hacia las cosas", y frente, a lo psico-físico.

Como diría el propio V. Frankl: "no debo consentirlo todo de nadie, ni tampoco de mi mismo".

Nuestros pensamientos y emociones pueden estar condicionados por eventualidades puntuales, son cambiantes, mientras que nuestros valores tenderían constituir algo más sólido a lo que asirnos, como nuestra respiración: -siempre están ahí-.

Por citar un ejemplo, tal como muestra la investigación, los altos niveles de estrés (cortisol), pueden activar "nuestra fábrica de pensamientos negativos", tendiendo a estilos cognitivos rígidos y a perseverar, erráticamente, a la hora de tratar de resolver nuevos problemas, desde viejas soluciones; "dejando de ver" (bloqueándonos), incluso cuestionarnos a nosotros mismos.

Si en esos momentos podemos -ser conscientes- de lo que ocurre, tomar distancia, y "asirnos a algo estable", aprendemos a responder adecuadamente a las situaciones, y a regularnos.

Por tanto: observar y aceptar, al tiempo que tomar, como se ha dicho, una cierta distancia hacia los propios procesos mentales (miedos, emociones, pensamientos, automatismos, etc) crea las condiciones adecuadas como para "oponerse, distanciarse y -servirse de- lo psicofísico" en el sentido Scheleriano.

Por tanto, lo paradójico y al mismo tiempo, aspecto clave, en esta comprensión, es que: de una forma particular de auto-observación y conexión con lo corporal y lo mental; surge una posibilidad de autodistanciamiento, que permite a la persona conectar con su libertad interior, -tomar una actitud frente a lo que acontece - y autodeterminarse-.

Este carácter de "oposición interior" es lo que Frankl denomina como: "el poder de obstinación del espíritu".

Ello alberga, en mi opinión, una visión antropológica y una metapsicología que es coincidente, con algunos de los elementos esenciales, de lo que desde el marco de **la Atención Plena y la Psicología Budista aplicada al campo de la Psicología, Jon Kabat-Zinn o Thich Nhat Hann**, por citar a algunos autores representativos, denominarían -mindfulness-. O con el concepto de -defusión cognitiva- de Stephen Hayes.

Terminando con la antropología de Scheler, esta capacidad de autoobservación, autoconsciencia y "oposición interior", representan una cara de la dimensión Personal-Existencial.

La otra cara es su "apertura al mundo". La persona aspira a advertir y reconocer los valores del mundo, a descubrir el sentido y el valor potencial de la situaciones que atraviesa, incluso ante el sufrimiento. Frankl suele citar la frase de Nietzsche a este respecto:

"quien tiene un porqué -seguir adelante-, es probable que encuentre las claves para encontrar el cómo -seguir adelante-".

Otra cita de Frankl, muy representativa de todo su pensamiento es:

"Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas -la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino"



De este modo, el ser humano supera su "confinamiento en el interjuego interno" de sus necesidades, impulsos y tensiones provinientes de las dimensiones psico-físicas, y se abre al intercambio dialógico con el mundo.

Algunas técnicas psicoterapéuticas como la -intención paradójica- (Frankl) en el tratamiento de fobias, la -defusión cognitiva- (Hayes) o la autoobservación terapéutica basada en Atención Plena (Miró) son ejemplos prácticos, de esta antropología trasladada a intervenciones específicas.

Continuando con Frankl, la principal fuerza motivacional en el ser humano sería la -voluntad de sentido-. En contraposición a las visiones más -mecanicistas- de otras psicoterapias, en donde la persona es vista primordialmente, como un ser que aspira a un equilibrio entre tensiones, empujado por fuerzas motivacionales y un complejo interjuego entre deseos y angustias. Deseos y angustias, basadas en la auto-conservación, la sexualidad, el apego, el narcisismo, el deseo de dominio y logro, o la actualización constante de necesidades psico-físicas.

Todo ello -importante y abordable- en psicoterapia, al mismo tiempo que reducido y faltante de algo esencial. -Ese algo-. lo tenemos aquí: El intento de muchos autores, por integrar y agregar la -dimensión personal-existencial- a la práctica en salud mental.

En un sentido muy pragmático, podríamos decir que la persona que alimenta una serie de condiciones que pueden conducir a la psicopatología, orienta su comportamiento hacia lo agradable, más allá de que tenga -sentido y significación personal- o no. Mientras que en el caso contrario, el centro de gravedad, o la dirección que orienta al sujeto, se basa en el -sentido- y el descubrimiento de -ciertos valores- y significados, con los que la persona se ha comprometido; y que, a partir de los cuales, es -libre-, de hacer algo congruente con sus códigos internos, aunque sea hedónicamente desagradable en primera instancia.

Por tanto, la vida física, psíquica y la personal (espiritual) se desarrollan en diversas dimensiones y cada una transcurre con independencia de la otra: "algo agradable no es necesariamente saludable o congruente, y algo valioso, no siempre es agradable o placentero."

Continuando con lo anterior, muchas de las decisiones, conductas y caminos que alimentan la salud mental, "a corto plazo", pueden producir desagrado, aversión o incomodidad, y por ello, las personas tienden a desistir de tales actitudes saludables, aunque a largo plazo, contribuirán, sin duda, a condiciones de salud y desarrollo.

Por citar ejemplos concretos y no permanecer únicamente en un plano abstracto, en la práctica clínica encontramos, todos los días, numerosos ejemplos de ello:

"la evitación en el individuo fóbico, el silencio de la persona temerosa, la inhibición conductual del enfermo depresivo, la repetición en las conductas adictivas, la compulsión en los hábitos bulímicos, etc."

En todos estos casos, la actitud saludable, pasa, por un descubrimiento de los valores por los que "valdría la pena" (Frankl, Hayes), conectar con ese "poder de obstinación que arranca desde lo espiritual" (Frankl), que permita tolerar el malestar inmediato; observándolo, aceptándolo, estando con él (Kabat-Zinn), creando así las condiciones que alimentan la salud, la auto-regulación y el significado personal.

Para terminar: Como nos recuerda Yalom, un credo humanístico fundamental es: "la persona es superior a la suma de sus partes". "La persona no puede explicarse simplemente a partir del estudio científico de sus funciones parciales". "El ser humano tiene una conciencia, debe explicarse psicológicamente por una teoría que reconozca el curso continuo de la autoconciencia formada por sus distintas capas". "El ser humano es libre-responsable, tiene capacidad de elección y tiene una intencionalidad".

Se puede profundizar en estas temáticas, visitando la sección Psicoterapia Existencial.

CAPÍTULO II

A mi modo de entender, en el campo de la psicoterapia, los conceptos de -motivación- y -personalidad- adquieren una importancia central. Y especialmente, si manejamos un modelo dinámico del funcionamiento mental. Un modelo dinámico implica que en el interior de la persona existen fuerzas, necesidades y deseos que son connaturales a cada una de sus dimensiones. Implica también que estas fuerzas pueden entrar en conflicto, y que pueden ser inconscientes. La dimensión biológica plantea ciertos cuidados inherentes a su fisiología, así como las dimensiones psicológica e interpersonal precisan de realizar una serie de deseos, y una serie de intercambios con los demás, como la dimensión personal-existencial sale al encuentro de búsqueda de significados ante la Existencia desnuda.

Desde este punto de vista, podríamos entender la motivación en el ser humano, como un estado de activación por el cual, la persona, se siente impulsada o atraída hacia algo o hacia alguien, y bajo un complejo proceso desicional, más o menos consciente, más o menos elaborado, se pone en marcha hacia un conjunto de actos mentales, verbales o conductuales. Éstos, estarían puestos al servicio de reducir una tensión, satisfacer una necesidad, regular una emoción, producir un impacto en el medio y/o encontrar un significado personal.

01 Dimensión biológica

El cuerpo humano está compuesto por millones de células que trabajan conjuntamente para el mantenimiento de todo el organismo. Éste está compuesto por varios órganos internos que se organizan formando sistemas complejos (Nervioso, Circulatorio, Digestivo, Inmune, Endocrino, etc.)

Si bien las células, los órganos y los sistemas pueden desarrollar diferentes funciones, todos ellos precisan de ciertos requerimientos en sus metabolismos. Mantener un ambiente interno estable, con todas las sustancias que se necesitan para sobrevivir (oxígeno, glucosa, iones minerales, remoción de desechos), es necesario para el bienestar de las células y para el bienestar de todo el cuerpo. Existen variados procesos con los que el cuerpo regula e equilibra su ambiente interno homeostáticamente.

El cuidado del cuerpo es la base para una buena salud física y mental -“mens sana in corpore sano”- que decía Hipócrates. Pero también hemos descubierto, que, como dice M. Rodríguez, esto es improbable que se active en las personas, como norma externa, o como mera "recomendación paternalista". Sólo se cuida el cuerpo cuando se tiene consciencia de su presencia, de su vitalidad, de sus capacidades (fuerza, resistencia, flexibilidad), de su dolor, de su crecimiento y de su deterioro. Cuando "lo visitamos", nos conectamos sensorial y afectivamente; y nos implicamos e integramos con él.

Es complicado empezar a recomendar a la gente que se cuide a este nivel, descubra y afronte la disociación con la que se aparta de su corporalidad. Es imposible si antes no se vive “en” el cuerpo, si no se acepta como es, se valora la propia vida y se entiende que forma parte de la totalidad de lo que somos. Combatimos aquí la inconsciencia, la desconexión de uno mismo, la falta de autoestima, etc. En muchas ocasiones - Medicación: cuando es imprescindible. Para tratar enfermedades, si las hubiere, que empeoren el estado mental. Un buen diagnóstico médico es necesario en muchos casos de trastornos mentales, pues una enfermedad física afecta a nuestro estado psíquico. También, en ciertos casos, es preciso añadir medicamentos psiquiátricos (psicofármacos), que ayuden a quien sufre a aliviar sus síntomas, remontar un estado de ánimo bajo, calmar la angustia, el insomnio, la ansiedad o combatir pensamientos obsesivos o distorsionados, alucinaciones, etc.

02 Dimensión psicológica

En psicoterapia, se trata de facilitar una serie de procesos, que permitan crear las condiciones en donde el paciente pueda descubrir y conectar con sus fuerzas motivacionales saludables, y otros recursos internos, en favor de pasar de:

La desconexión consigo mismo - a la consciencia e integración de si mismo

Del automatismo y la incompreensión - al autoconocimiento

Desde la evitación - al afrontamiento

Del silencio - a la autenticidad

De la inhibición - a la acción

De la impulsividad - al autocontrol

Éste trabajo con la dimensión psíquica puede ayudar, además, a tomar menos dosis de medicación psiquiátrica (si fuera precisa), a tomar tratamientos psicofarmacológicos más breves, etc. Además, sería parte del trabajo que nos llevaría a la autoconsciencia, madurez, autoestima, evolución personal, etc. Lo cual, posteriormente conduciría a un autocuidado, que parte de darse cuenta del valor de la propia vida, la importancia de la estructuración interna (ser capaces de llevar una vida organizada, con relativo orden y -dirección libre-) y de una consideración para con uno mismo. Así no sería una norma a cumplir, sino una tarea a realizar en un -enfoque de salud más global- en el que uno se responsabiliza de sí mismo y se convierte en su propio cuidador y terapeuta, siga o no con un tratamiento psicológico o psicofarmacológico.

03 Dimensión Interpersonal-relacional

Esta dimensión hace referencia a esa parte de nuestra vida que se refiere al modo en que nos relacionamos con las demás personas. Desde los filósofos clásicos sabemos que somos "seres sociales" y desde la Psiquiatría Interpersonal de Sullivan (entre otros muchos) sabemos que la cualidad de las relaciones que mantenemos a lo largo de nuestro ciclo vital, ya sean estas más distorsionadas o más saludables, pueden condicionar fuertemente tanto la entrada a la psicopatología como el crecimiento y salud. Dado mi enfoque psicoterapéutico, muy apoyado sobre la base de la perspectiva del psicoanálisis Relacional y Existencial puede acceder a una mayor profundización sobre esta dimensión y su comprensión en el trabajo psicoterapéutico.

04 Dimensión Personal-Existencial

Este cuidado partiría, en primer lugar, de la actitud del terapeuta de acogida y aceptación del paciente, como alguien único, singular e irrepetible, que ha de ser considerado en todas sus dimensiones y respetado. En palabras del viejo filósofo Bernardo de Chartres: "un enano subido a hombros de un gigante puede ver más lejos que el propio gigante". Ante esta dimensión humana, nos planteamos mirar más allá de las dimensiones biológica y psicológica, para considerar, que somos algo más que individuos aislados y, siguiendo a M. Rodríguez: "que hay un misterio que nos sostiene e inspira cuando accedemos a él".

"Si algo he aprendido de la filosofía es que todo es impermanente, todo está variando, tu mundo se derrumba todo el tiempo, todo cambia"

Una intensificación de la vida interior, del diálogo con uno mismo, así como el distanciamiento y el aliento que ello conlleva; sea por el camino que sea, ayuda a la persona a refugiarse contra el vacío, la desolación, la oscuridad y la pérdida.

El cuidado de la espiritualidad es también la consciencia del valor sagrado de la vida como algo a proteger, fomentar, etc. En palabras del escritor E. Galeano: "muchas gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo".

Lo que también nos llevaría a darnos cuenta del valor último de cada ser humano por sí mismo. Ciertas preguntas más profundas, la búsqueda de sentido en la vida más allá de estereotipos, la idea de que puede haber un sentido último, incluso en el sufrimiento, puede ser de ayuda a muchas personas.

Al menos, la dimensión de profundidad y de indagación existencial sobre la vida, la muerte, la soledad y la libertad, puede hacernos más conscientes y completos. Al mismo tiempo, en algunas personas, esta parte espiritual puede conectarse con el ámbito religioso como puede separarse completamente de él.

Cualquier terapeuta ha de ser respetuoso con este ámbito de espiritualidad-religión, dejando que cada persona explore con libertad en esta dimensión de sí misma.

- **Otros aspectos sociales y culturales:** Otros aspectos a tener en cuenta, que también considero fundamentales, son los elementos relacionados con el nivel de satisfacción de las necesidades básicas, pobreza, efectos en la salud mental de las guerras y agresiones diversas, actitudes culturales hacia la enfermedad, vulneración de los derechos humanos, injusticias, etc. Si los psiquiatras y psicólogos no tenemos en cuenta estos aspectos podemos estar simplemente poniendo parches a situaciones de injusticia y vulnerabilidad, o incluso colaborando con sistemas perversos. (Tomado de M. Rodríguez).

- **Dimensión ambiental y Naturaleza:** Formamos parte de ecosistemas, por mucho que hayamos desvirtuado nuestros ecosistemas originales. Nuestra salud, depende cada vez más de cómo cuidamos nuestro medio ambiente y de la consciencia de que formamos parte de la naturaleza. Vivir totalmente alejados de ella también nos enferma. Incluso algunos hablan de un síndrome, detectado en niños, de ausencia de naturaleza. Parte de nuestra salud mental ha de estar conectada con la consciencia del cuidado de nuestro planeta, nuestro medio ambiente, lo que, incluso egoístamente nos facilitará vivir en unos entornos más adecuados y saludables. (Tomado de M. Rodríguez).

PSICOANÁLISIS RELACIONAL

El Psicoanálisis Relacional y la Psicoterapia Existencial constituyen los dos principales pilares a los que me adhiero como psicoterapeuta en lo referente a la conceptualización del proceso de psicoterapia, las técnicas específicas de intervención analítica y manejo del paciente.

Desarrollo en este texto, de forma sucinta, una visión del Psicoanálisis Relacional, atendiendo a su historia, su marco teórico, conceptos propios y técnicos asociados al papel del analista o psicoterapeuta, e intervenciones específicas que lo definen.

En el apartado Psicoterapia Existencial desarrollo de forma análoga, un recorrido por las bases teóricas y prácticas del modelo. Desde mi punto de vista, los enfoques Relacional y Existencial presentan varios puntos comunes que permiten una excelente complementación:

Ambos son enfoques psicodinámicos: albergan un interés por el análisis y comprensión de las diferentes configuraciones motivacionales (inconscientes), que subyacen en la vida anímica y mental del paciente, y en la captación de la naturaleza de las fuerzas, deseos y defensas que entran en conflicto en el interior del sujeto.

Ambos enfoques albergan la intención de trascender una visión psicopatológica reduccionista, categorial y estanca; en favor de un enfoque ideográfico, tendente a la profundización en la personalidad individual del paciente. El interés se sitúa en la comprensión del "camino intrapsíquico particular" (junto con las circunstancias que lo rodean), por el que la persona "entra y se instaura en el sufrimiento", manifiesta sintomatología y/o, "hace cuadros clínicos".

Por ejemplo, siguiendo a **Bleichmar**, ante dos pacientes que presentarán un cuadro depresivo, similar en sintomatología, lo que interesa, desde este punto de vista, es estudiar y diferenciar que cada uno de ellos llega a la psicopatología mediante vivencias subjetivas distintas. Uno puedo hacerlo, por ejemplo, a causa de la identificación con padres depresivos, o por sentimientos asociados a la pérdida de alguien que cumplía importantes funciones como objeto del self; mientras que el otro lo hace, por ejemplo, a través de sentimientos de inadecuación, fracaso, rabia y vergüenza, a causa de la vivencia del desmoronamiento de un proyecto cuya improductividad representa para el sujeto una fuerte herida narcisista.

Por tanto, y este es un rasgo característico de este enfoque: mismos síntomas - misma etiqueta diagnóstica - pero procesos intrapsíquicos distintos; y en consecuencia, abordajes psicoterapéuticos diferenciados y con estrategias específicas por parte del analista.

Ambos enfoques (Relacional y Existencial) se interesan intensamente por la Relación Terapéutica y lo que sucede en el -"aquí y ahora"- entre el paciente y el analista, en el desarrollo del proceso terapéutico. La Relación terapéutica es vista, tanto, como "un lugar" en el cual el paciente, irá representando, exhibiendo sus propias necesidades, sus propios conflictos, carencias y temores, ante la figura y en relación a su analista; como "un espacio" donde poder tener una experiencia relacional reparadora, de insight y elaboración sobre tales aspectos.

Ambos enfoques conciden en la afirmación de que en el proceso de Psicoterapia, cuando se instauran las condiciones adecuadas, "lo que -cura- al paciente, es la relación terapéutica". Pues esta opera como una vivencia que se agrega al campo y al "histórico" relacional-procedimental del paciente, y le modifica.

Psicoanálisis Relacional. Capítulo I

Desde mi punto de vista, ningún enfoque psicoterapéutico ha abordado con tanta claridad, brillantez y practicidad las diferentes vicisitudes de la relación terapéutica, como los enfoques psicodinámicos.

Para el -Enfoque Relacional- lo fundamental es:

Ayudar al paciente a progresar hacia la diferenciación psicológica, la autonomía, la autenticidad y la autoafirmación; como en el aumento de su capacidad para establecer con los demás -un "intercambio sincero"- y tener una experiencia de autoría y de curiosidad por comprender la propia contribución a lo vivenciado en sus propias relaciones personales.

Siguiendo a S. Mitchell, máximo exponente a la hora de constituir e integrar el Psicoanálisis Relacional como modelo diferenciado y con entidad propia, podríamos afirmar que:

La perspectiva relacional encara la psicoterapia con la creencia de que el analista influye inevitablemente sobre el fenómeno que está observando a través de su propia participación en el campo relacional.

Analista y paciente se están constantemente influenciando consciente e inconscientemente. Este proceso permanente de la terapia permite que la influencia mutua, se desarrolle en patrones relacionales (enactments).

La naturaleza repetitiva de estos patrones refleja la historia personal, los conflictos y modos de relacionarse de ambos participantes en la díada. La relación terapéutica permitirá a terapeuta y paciente identificar patrones inconscientes compartidos y explorar -nuevos patrones-

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, se han ido dando una serie de avances de particular importancia en el psicoanálisis contemporáneo, que colectivamente puede denominarse "teoría relacional"- (Greenberg y Mitchell 1983).

La teoría relacional de naturaleza integradora, surge de la síntesis de avances de áreas diversas, como el mencionado psicoanálisis contemporáneo, el pensamiento existencial, el pensamiento feminista y posmoderno. Los siguientes desarrollos, han contribuído a establecer sus bases:

La teoría interpersonal americana (H.S Sullivan). Quien se centró de manera explícita en la experiencia interpersonal y en la relación entre analista y paciente. Para Sullivan, la calidad de las relaciones a lo largo del ciclo vital, constituyen la principal puerta de entrada a la salud o a la psicopatología.

La teoría británica de las relaciones objetales, bajo el influjo de M. Klein y elaborada especialmente por Winnicott, Fairbairn y Kernberg. Despiertan el interés por las relaciones de objeto internalizadas en el registro interno, y las fantasías y expectativas de relación con el otro, en el registro externo. Constituyen contribuciones enormemente valiosas los conceptos de Holding o capacidad de contención y función sostenedora del analista, como el de falso self, por parte de Winnicott. Conceptos que hoy día resuenan con frecuencia en las supervisiones y ponencias entre clínicos y analistas.

La psicología del Self de H. Kohut, examina el establecimiento de un sentimiento del self vivo, encarnado, creativo, coherente, auténtico, vital y en continuidad consigo mismo. La meta del analista Kohutiano es ayudar al paciente a transformar su narcisismo en "saludable". Ayudarlo a conectar con sus fuerzas creativas, alentar el autodescubrimiento, el entusiasmo y el autoentonamiento; así como al establecimiento de metas realistas y acordes a su verdadero potencial. Ayudarlo a dismuir la persecución superyoica, desarrollarse y aceptarse.

El analista Kohutiano, en muchas ocasiones funcionará desde la "relación terapéutica", como objeto del self que repara, narcisiza, contiene o confronta según la interpretación del "momento analítico" y de las necesidades emocionales que el terapeuta capta en el paciente.

Para la Psicología del Self es importante poner acento en el análisis de las funciones psíquicas que cumplen las relaciones para el sujeto y "reeducar" al paciente en la identificación, creación y mantenimiento de relaciones con "objetos del self" saludables.

A través de los mencionados ejemplos, puede irse atisbando el papel particular del analista relacional; no simplemente desde su capacidad de brindar escucha, proveer de interpretaciones y mantenerse ajeno y anónimo como contenedor de la proyecciones del paciente, sino como alguien que por fin comprende su participación en la escena analítica, y que asume su capacidad de contribución terapéutica en el plano relacional. Sirviéndose de ello para favorecer las condiciones que permitan al paciente, vivenciar en tal vínculo una experiencia reparadora, así como una comprensión de la misma, que suponga una recapitulación de las relaciones anteriores, como permita extrapolarse al resto de relaciones significativas, mejorándolas.

Continuando con lo anterior. Las cualidades de la relación terapéutica se basan en poder transmitir al paciente un aprendizaje relacional a través de experiencias relacionales reales. El terapeuta le "enseña" al paciente "cómo relacionarse -relacionándose con él". Es importante comprender esto bien. En particular le alienta a una relación basada en la aceptación mutua, en el "intercambio sincero", y en el estudio analítico de lo que sucede "entre nosotros".

El terapeuta podrá abrirse a comunicar al paciente -qué sensaciones y pensamientos les despiertan sus actitudes, sus conductas, su forma de vincularse, sus reacciones, su forma de "estar"-. De este modo el analista funcionará también, al revisar sus propios sentimientos, como una herramienta que trata de revisar con el paciente, qué efectos causa su particular estilo y personalidad en la intersubjetividad compartida.

Como analistas no podemos estar presentes allí donde el paciente se relaciona con sus allegados. Trabajamos con el relato más o menos deformado que se nos brinda. No obstante, el modo de comportarse que tiene el paciente con nosotros, en la consulta, sí supone un material de "primera mano" que debemos aprovechar, de forma cautelosa, pero directa.

Por ello es muy habitual para el terapeuta psicodinámico, el gusto por revisar episodios que tienen lugar entre el paciente y el analista (retrasos, impagos, formas de anular una sesión, estilo de comunicación, demandas, deseos y sentimientos que el paciente parece experimentar hacia el analista, formas de aceptar, rechazar, o discutir una interpretación, fluctuaciones en la alianza terapéutica, qué genera tensión, tendencias del paciente a competir, rivalizar, enjuiciar, evitar, depender, someterse... Un largo etcétera de posibles configuraciones relacionales que paciente y terapeuta -pueden y deben- verse preparados y etentos para experimentar y desenredar juntos. El analista y el paciente, se mantendrán siempre bajo el respeto y el buen hacer de las normas que conforman el setting analítico.

Estas reglas y condiciones constituyen el encuadre formal. Su aceptación explícita es el acuerdo o contrato terapéutico, su efectuación implícita la alianza de trabajo.

(Estabilidad y continuidad temporal, Intimidad segura aunque distanciada, Relación de carácter profesional, Abstinencia, Tarea analítica...).

Para una mayor profundización en referencia a los límites del encuadre, el tipo de intimidad "permitida" entre los protagonistas y el conjunto de normas técnicas y éticas, alrededor de las cuáles, el proceso terapéutico se desarrolla, le recomiendo, amigo lector, visitar el siguiente trabajo de Ávila Espada (2001).

EL ENCUADRE ANALITICO

<https://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=%2BZSLEpH%2BpAQ%3D&tabid=140>

El estudio ampliado de la psicodinamia del narcisismo. No simplemente desde el modelo clínico de los trastornos de personalidad, sino como todo un sistema motivacional que tiene una implicación central en el psiquismo humano y en las configuraciones psicopatológicas. (Kohut, Kernberg, Bleichmar). A este respecto les adjunto mi revisión realizada sobre las principales concepciones, autores y desarrollos sobre la clínica del narcisismo.

PSICODINAMIA NARCISISMO

<https://www.psicoterapiasenvanguardia.com/documentos/psicodinamia-narcisismo.pdf>

Storolow introduce el concepto de **-Intersubjetividad-** en el psicoanálisis americano, enfatizando la influencia bidireccional de las dos subjetividades. La teoría de Storolow propone que la mente existe dentro de relaciones interpersonales e intersubjetivas y se desarrolla en contextos relacionales. El analista comenzó a tolerar la incertidumbre, a encontrar sentido en la comunicación fragmentada entre analista y paciente y a comprender cómo la co-creación de narrativas entre paciente y terapeuta crearían un nuevo momento de encuentro en los diferentes estado diádicos.

La figura de Stephen Mitchell. Llama la atención la enorme admiración y mérito que se le atribuye a este autor, tomado como principal precursor del psicoanálisis relacional. Contrastó el punto de vista de Freud sobre el proceso de cambio con una perspectiva relacional contemporánea, convirtiéndose así en una figura clave de la perspectiva relacional en el psicoanálisis, como menciono. Mitchell manifestaba que, mientras Freud creía que el cambio se produce mediante la renuncia de las necesidades instintivas y el desarrollo de una comprensión racional, la teoría relacional subraya el desarrollo de un sentido -del sí mismo- más auténtico y rico.

Considerada de enorme valor su obra "Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración". 1988) así como su estilo elegante y claro a la hora de exponer casos clínicos y "maniobras técnicas" en el manejo con el paciente.

El Enfoque Modular-Transformacional de Hugo Bleichmar. Propone un modelo del psiquismo humano compuesto por diferentes sistemas motivacionales, cuyas diferentes formas de articulación da lugar a los diferentes configuraciones de personalidad, cuadros clínicos e intervenciones específicas. Un enfoque fascinante teóricamente, en donde las bases del psiquismo -comprendido desde la intersubjetividad- y -lo relacional- se trasladan a la práctica clínica, con una aplicabilidad ágil e inusualmente clara para el analista. Tuve el placer de realizar con Bleichmar durante dos años, la formación especialista universitario en clínico y psicoterapia psicoanalítica, siendo su persona y su modelo de terapia, sin duda, quienes me despertaron el interés por el enfoque relacional y la Psicología Psicodinámica. Para una profundización en este enfoque (EMT) recomiendo visitar su página web y en especial la revista electrónica aperturas psicoanalíticas. Adjunto éstos datos en el apartado bibliografía de este espacio.

Por último, la obra de Safran y Muran: "La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional". Esta obra puede considerarse como un esfuerzo por sistematizar algunos de los principios centrales del pensamiento relacional en el psicoanálisis con fines de entrenamiento terapéutico. Una fantástica obra con recomendaciones prácticas de enorme aplicabilidad clínica.

Pondré un ejemplo, a través de una pequeña viñeta clínica, para ilustrar estos aspectos

Bernardo es un hombre de 42 años que llega a consulta manifestando un cuadro depresivo leve. De inicio, a través de sus relatos, se percibe que tiene especiales dificultades y resistencias a la hora de dar contenido y elaborar una comprensión propia de los aspectos que están pudiendo contribuir a su depresión. El aspecto que puede expresar con más nitidez es referente al descontento que alberga hacia sus relaciones íntimas: se siente desplazado e incomprendido por sus amigos, percibe fría y distante a su mujer, como envidiosos y hostiles a sus compañeros de trabajo. Desde los primeros encuentros en consulta, percibo en Bernardo comportamientos sutiles que me hacen sentir contrariado. Saluda de una forma esquiva a su llegada, buena parte de la sesión habla como si estuviera solo, no me ofrece su contacto visual; cuando intervengo ofreciéndole algún señalamiento llamo su atención sobre algún aspecto relevante, no da muestras de haber recibido el mensaje. Resulta sencillo desde mi lugar, sentirme desconectado de Bernardo, apartado por él, resulta difícil establecer contacto y sintonía, como sencillo sentirse algo frustrado ante su actitud indiferente.

Se abre la posibilidad de, percibidos estos sentimientos en el interior del analista, y habiéndolos comprendido y ligado a ésta forma de proceder por parte del paciente, como se ha descrito; de revisar juntos este proceso relacional en el "aquí y ahora" de la sesión.

"Bernardo, generalmente percibo que me saluda de una forma evasiva, cada vez que me habla parece hacerlo como si yo realmente no estuviera aquí. Hace unos instantes me esforcé mucho en invitarle a pensar sobre los motivos por los que se siente deprimido, y usted pareció reaccionar como "quien oye llover". Estoy seguro de que aprecia mi trabajo, pero no puedo dejar de sentirme algo apartado por usted.

Me pregunto si otras personas, tal vez personas importantes en su día a día, puedan estar teniendo dificultades parecidas a las que yo experimento a la hora de establecer sintonía con usted. .."

De cara a una mayor profundización es este tema, existe en la bibliografía psicoanalítica una importante extensa literatura sobre la relación terapéutica, la alianza terapéutica, la transferencia y la contratransferencia; y los diferentes manejos técnicos por parte de las diferentes escuelas y autores. No obstante, en este punto, queda presentada una orientación que nos ofrece un primer acercamiento a saborear el estilo del enfoque relacional.

A continuación presento una elaboración clínica en mi trabajo como psicoterapeuta, sobre un caso de psicoterapia psicoanalítica, trabajado desde el EMT de H. Bleichmar y la perspectiva relacional.

CASO LIONEL V:

<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000572>

Proporciono un enlace a un artículo de Bruno Winograd, donde nos ofrece una contextualización sobre la obra de **Hugo Bleichmar y sus aportaciones a la campo psicoanalítico**.

HUGO BLEICHMAR EMT:

<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0001022>

Psicoanálisis Relacional. Capítulo II "conceptos relacionales"
El Psicoanálisis Relacional se alimenta de una serie de conceptos compartidos, entre los cuáles voy a incluir aquí los siguientes: matriz relacional, diferenciación, multiplicidad, disociación, enactment y tercero analítico y autenticidad. Matriz Relacional: Mitchell, con su teoría social de la mente, postula que el psiquismo se organiza en torno a la interacción social. La identidad y la personalidad son "un producto social". Se entiende a ésta como emergente de la dimensión relacional, denominada por el autor -"matriz relacional", la cual toma en cuenta "la autoorganización, el apego a las figuras significativas, las transacciones interpersonales, y el papel activo de los otros en la recreación continua de su mundo subjetivo".

Con la noción de "matriz relacional", se propone superar – integrándolas– las famosas y bastante frecuentes dicotomías mundo interno y mundo externo, subjetividad e intersubjetividad, relaciones interpersonales y relaciones objetales, interpersonal e intrapsíquico. La identidad subjetiva se configura en el escenario de la matriz relacional en la que cada persona crece.

La metáfora de la matriz relacional, concibe a la persona como "ser en relación", deja claro que el desarrollo psicológico es inseparable de la participación de los otros. La temprana relación con el cuidador primario, que generalmente viene representado por la madre –o más ampliamente, por quien organiza el ambiente de cuidados del niño–, se constituye en el fundamento de la cualidad única del mundo interno del sí mismo y objeto de un individuo.

Lo que al principio es una relación interpersonal se torna en representación, es decir, se estructura como una organización mental duradera, se vuelve intrapsíquica. Y, como consecuencia de ello, de nuevo se aprecia su manifestación en la situación interpersonal. Estas relaciones que se internalizan se organizan generalmente con una imagen específica del -sí mismo- en relación con una imagen específica de objeto.

La madre organiza el contexto de cuidados para el infante, sosteniendo y organizando las experiencias del niño antes de que haya en él, "representaciones claras y globales del sí mismo y el mundo objetivo". Será ella quien cumpla el papel fundamental en la delimitación del cuerpo del infante a través del contacto y, a la larga, el pleno reconocimiento de él y -lo otro- (los otros, las cosas, el mundo externo).

De este idilio relacional emerge el sí mismo. El self surge en la "matriz relacional". Así, no puede pensarse el "sí mismo" sin -el objeto- ("el otro"), dado que lo más primario en el sujeto humano es la relación desde la que existe y sin la cual simplemente -no es-.

Continuando con lo anterior, la meta-metáfora de la matriz o "relación terapéutica", que funda la relación que paciente y clínico sostienen, es lo que se ha denominado matriz terapéutica. La relación entre el clínico y el consultante, la matriz terapéutica, se subsume en la metáfora de la matriz relacional.

La matriz terapéutica permite pensar las herramientas para la intervención psicológica, pues constituye, en el escenario de los intercambios paciente-terapeuta, y es donde se promueven los modos de organización que posibilitan al individuo devenir menos sufriente, lograr unos mayores y mejores niveles de adaptación e intercambio con el medio y con los otros, para poder vivir más satisfactoriamente su universo relacional.

La tarea del terapeuta es sostener, diferenciar, promover individuación, narcisizar o especularizar, interpretar, (según las necesidades del paciente y del momento terapéutico) a través de la presencia consistente, confiable, no intrusiva y auténtica.

El ambiente sostenedor, es aquel que transmite al paciente que el terapeuta conoce y comprende "la angustia más profunda que vive o que podría ser vivida". El clínico ofrece un espacio y unos medios para que el paciente logre una mejor comprensión de su padecer, y mediante un ejercicio relacional-narrativo devenga organizado diferente.

La transferencia se refiere a todas las vivencias afectivas, cognitivas y emocionales del paciente -en situación. Así, las cualidades de la transferencia varían según con quien se establezca una relación, aun cuando siempre habrá algo que permanece en todo el campo interactivo del sujeto, algo continuo, pero que en cada relación se vive diferente. En enfoque relacional ve la estructura baluarte transferencia-contratransferencia como básica en el acceso a la comprensión del analizando y a la comprensión de la historia que se ha tejido de sí, gracias a la trama del desarrollo.

Horner (1982) plantea unas palabras que resultan ser clarificadoras de lo que la psicología dinámica, con su metáfora de matriz relacional, ofrece en el ejercicio de la clínica, al integrar las dimensiones relacional, representacional y evolutiva en el proceso psicoterapéutico: "El terapeuta que conciba su rol desde -la autenticidad- dentro de la matriz terapéutica tendrá, en ocasiones, la oportunidad de compartir con el paciente la alegría del proceso de emerger de la oscuridad del desespero existencial".

PROFUNDIZAR EN CONCEPTOS RELACIONALES:

Diferenciación - Afiliación (o Pertenencia): Los seres humanos tienen necesidades tanto de establecer y mantenerse afiliados - con otros- como de auto-definirse, diferenciarse e individuarse. Estas dos necesidades se hallan en conflicto y existen en una relación dialéctica entre sí. Aaron en su revisión y síntesis sobre la teoría relacional contemporánea, contempla estas dos necesidades conflictivas como fundamentales para la naturaleza humana, y defiende que deben estar equilibradas en nuestra conceptualización del proceso terapéutico.

De este modo, siguiendo las conceptualizaciones clásicas, toda conducta humana interpersonal representa combinaciones de dos motivaciones básicas: la necesidad de control (poder, dominación, influencia) y la necesidad de afiliación (amor, amistad, aceptación, pertenencia).

Las personas que interactúan entre sí negocian constantemente dos cuestiones básicas de personalidad: "cuán amistosos u hostiles serán uno con el otro y cuánto tendrá cada uno de control o cargo en sus encuentros".

Como plantea Bowlby, antes de sus estudios sobre el apego, el logro de la auténtica individuación y afiliación, dependen una de la otra. El bebé requiere una sensación de seguridad en la relación con su cuidador ante de iniciar la conducta exploratoria, necesaria para facilitar la individuación.

Opuestamente, una persona no puede mantener una forma madura de relación o afiliación con los demás, hasta que no haya desarrollado una cierta sensación de sí mismo como individuo.

En el Psicoanálisis Clásico, se sugiere sobre este tema particular, que el paciente expresa necesidades infantiles que son inapropiadas para la situación actual. El trabajo del terapeuta consistía permitir que tales necesidades e impulsos emerjan en forma de transferencia que sería entonces analizada. El trabajo estaba más en analizar e interpretar, tales necesidades del paciente. Los pacientes podían hacer conscientes sus necesidades y tendencias y a partir de ahí, las suavizarlas y modularlas.

Como se ha planteado, en la perspectiva relacional, a este respecto, el analista asume que forma parte de la matriz relacional en la que inevitablemente participa, y mediante técnicas específicas, puede responder de una forma más auténtica ante el material y las necesidades inconscientes del paciente, permitiéndole encontrar, satisfacer parcialmente y transformar mediante una experiencia relacional terapéutica tales necesidades y dinámicas de su personalidad.

Tal como plantean los conceptos de experiencia emocional correctora de Alexander, la internalización transmutadora y el trabajo narcisizante del enfoque de Kohut, por citar algunos.

Multiplicidad: El enfoque relacional pone mucha atención el self múltiple. Con ello se quiere hacer referencia a las diferentes formas de proceder que las personas tienen, de un contexto o escenario relacional a otro. Así, al hablar de los múltiples estados del self, los analistas relacionales subrayan el hecho de que la estructura psíquica, el self, varía dependiendo de los contextos interpersonales.

Disociación: Sullivan propuso que los estados del self, derivan de la internalización de los patrones recurrentes de interacción en las relaciones tempranas significativas. Si un niño descubre que ciertos comportamientos reciben la aprobación de los padres, eso aumenta su sentimiento de seguridad, mientras que otras interacciones generan ansiedad o desaprobación, en estas mismas figuras.

Los niños desarrollan entonces un "yo bueno" y un "yo malo", que terminan apareciendo en la experiencia subjetiva de ser quienes son. Los individuos desarrollan entonces una "desatención selectiva", que les permite disociar ciertos aspectos no aceptados de sí mismos que disparan la ansiedad.

El enactment, se convierte en la "interpersonalización" de tal disociación en la que el paciente externaliza la parte de su self, que le cuesta "percibir" y la "traslada" al analista.

Enactment: Es el proceso por el cual el analista deviene en un participante inconsciente, en la matriz relacional del paciente. El analista está afectivamente comprometido y se vuelve activo, junto con el paciente, a la hora de actuar (acting out) patrones procedentes del pasado del paciente, a menudo relacionados con dificultades pasadas.

Los enactments o episodios relacionales, permiten al paciente y al analista dramatizar, o interpretar, e implicarse en una variedad de "viejos" self y patrones de relaciones objetales, mientras que gradualmente se introducen "nuevos" self o configuraciones de objeto.

El enactment es valioso -en- y -por sí mismo- en la medida en la que dramatiza y juega con configuraciones relacionales centrales, en especial rupturas y reparaciones. Esto puede ser terapéuticamente útil en la medida en que su comprensión y resolución lleva al insight y al cambio conductual, procedimental y vivencial.

El uso prudente de la auto-revelación (self disclosure). Siguiendo a Mitchell; el enfoque relacional enfatiza que el cambio terapéutico tiene lugar dentro de una relación intersubjetiva de dos-personas constituida por la influencia mutua de dos sujetos separados. La creencia consiste en que los analistas inevitablemente influyen en el campo a través de su propia participación, y que analista y paciente están continuamente regulándose uno a otro a nivel inconsciente como consciente.

Por tanto el enfoque relacional utiliza la exploración de los patrones relacionales entre analista y paciente, los patrones actuales del paciente tanto dentro como fuera de la consulta, y la historia del paciente. Estos patrones relacionales repetitivos reflejan diferentes historias, conflictos y modos de relacionarse con el mundo de analista y paciente.

El uso prudente de la auto-revelación ha sido alentado por éste enfoque. Muchos analistas relacionales valoran las aperturas selectivas y meditadas como un modo de implicar al paciente y estimular una curiosidad por su mundo interno, y , en especial, por la exploración de la relación.

Bajo mi punto de vista un analista relacional ha sido capaz de comprender sus asociaciones, sentimientos y reacciones personales, como algo muy importante para empatizar con el paciente. Es por este motivo que cobra especial relevancia el proceso de auto-conocimiento, análisis personal, autoindagación y colaborar mediante supervisiones con compañeros y maestros terapéutas.

HIPNOSIS CLINICA

La Hipnosis Clínica es un procedimiento terapéutico que empleo ocasionalmente con algunos pacientes. Siempre de una forma muy cuidadosa e informada, pues están muy extendidas las falsas creencias y las expectativas poco realistas sobre su uso. La Hipnosis Clínica es un procedimiento que se incorpora como coadyuvante al proceso terapéutico con un paciente, nunca como una terapia única. Es un ingrediente más.

Previamente a su aplicación, ha existido una evaluación psicológica inicial y una formulación clínica del caso particular, a partir de la cual se determina la idoneidad o no del paciente para beneficiarse de la intervención con hipnosis. Llevo a cabo una preparación previa del paciente, en donde me aseguro de que sus expectativas y concepciones se ajusten a la realidad.

Entre las falsas creencias típicamente visibles en los pacientes encontramos: la expectativa mágica de que la hipnosis resolverá el problema sin el esfuerzo personal del paciente, que "bajo hipnosis" perderá su voluntad y estará sometido al influjo del terapeuta, o que en hipnosis ocurren experiencias personales de índole místico, entre otras muchas. Nada más lejos de la realidad.

Podríamos decir que la Hipnosis es una situación interpersonal en donde un profesional formado y un paciente que demanda ayuda, establecen una forma de comunicación particular y estructurada, de mutua colaboración y con objetivos focalizados, en donde la Sugestión va a tener un papel determinante.

Hemos de definir la Sugestión como un tipo de comunicación particular, que mediante técnicas de acompañamiento y conducción, evoca una serie de fenómenos y respuestas en el sujeto.

El terapeuta se servirá de técnicas de comunicación sugestivas, y tratará de favorecer, con la colaboración del paciente, la realización un trabajo interno en el que el paciente opera con sus propios recursos cognitivos y emocionales (atención, concentración, imaginación, conciencia corporal y sensorial, afectividad) en favor de producir una serie de respuestas y experimentar una serie de fenómenos de un modo cualitativamente diferente al estado no-hipnótico.

Esta serie de cambios y experiencias en el estado mental del paciente tendrán, evidentemente, una significación personal y un valor terapéutico directamente relativo a las problemáticas que terapeuta y paciente, desean resolver.

Fenómenos tales como la disociación, la inmovilidad, la anestesia, las respuestas ideodinámicas o los automatismos, entre otros muchos, son habituales en la práctica hipnótica.

Según la Investigación Científica actual, entre las aplicaciones clínicas en las que la Hipnosis parece incorporarse con éxito y siempre dentro de un contexto y enfoque terapéutico estructurado encontramos: Reducción de ciertas respuestas de ansiedad ante situaciones fóbicas, mejora del estado de ánimo, motivación y autoconfianza en el afrontamiento de estresores como enfermedades médicas, crisis vitales, síntomas depresivos. Disminución en la experiencia global de sufrimiento ante cierto tipo de dolores físicos. Útil en la preparación para el afrontamiento de situaciones temidas.



Para profundizar sobre este tema adjunto mi revisión sobre:

"Aplicaciones de la Hipnosis al tratamiento de pacientes oncológicos"

<https://www.psicoterapiasenvanguardia.com/documentos/hipnosis.pdf>

Hipnosis sugerencias hipnoticas

En este texto muestro las conclusiones obtenidas tras una amplia revisión de los estudios científicos publicados así como aspectos históricos, técnicos y conceptuales de la Hipnosis.



Mitos y Falsas Creencias sobre la Hipnosis

Mito 1: La hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo. Las personas que mejoran con ella, son crédulos, ignorantes y "dependientes".

Mito 2: la hipnosis puede dejar a la persona "enganchada" en un trance, de forma que, al no poder "salir del estado hipnótico", quedaría mermada en su volición o devendría en un demente.

Mito 3: la hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías "latentes" de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos, puede empeorar con la hipnosis

Mito 4: la hipnosis provoca un "estado" similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Sólo se puede estar en esa situación especial, si se ha recibido un método de inducción hipnótica.

Mito 5: La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómata en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social. Seguramente este es el mito que más ha perjudicado al uso y aplicación de la hipnosis en el campo de las psicoterapias.

Mito 6: La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas.

Mito 7: La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella.



Sonrio a la impermanencia mientras
habito en la eternidad del momento
presente