

Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

Autoras: Paulina Barahona Cruz y Verónica Egas Reyes



Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

Paulina Barahona Cruz

Verónica Egas Reyes

edi|PUCE

Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

Paulina Barahona Cruz y Verónica Egas Reyes

Primera edición

© 2025

© 2025 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

ediPUCE

laeditorial.puce.edu.ec

Quito, Av. 12 de Octubre y Roca

Apartado n.º 17-01-2184

Tel.: (593) (02) 2991 700 ext. 1711

Correo: publicaciones@puce.edu.ec

Producción editorial: Jossué Baquero

Gestión técnica: Macarena Orozco

Asistencia editorial: Danna Quintana

Diseño de portada: Juan Mateo Rivadeneira

Diagramación: Yanko Molina / La Caracola Editores

Corrección de textos: ediPUCE

ISBN digital : 978-9978-77-764-0

Quito, septiembre de 2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-No Comercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

Índice

Prefacio	11
Introducción	13
PRIMERA PARTE	17
Capítulo I: Teoría que sustenta la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.....	19
1.1. Definición de psicoterapia breve	19
1.2. Principios de la psicoterapia breve.....	21
1.2.1. El síntoma es multicausal.....	21
1.2.2. El sujeto es más que el conflicto	23
1.2.3. Identificar la fortaleza yoica del sujeto	24
1.2.3.1. Las funciones yoicas	25
Funciones básicas	25
Funciones defensivas	26
Funciones sintéticas, integradoras y organizadoras	26
1.2.4. El objetivo terapéutico	26
1.3 Características del psicoterapeuta.....	28
1.4 Técnicas verbales para el trabajo psicoterapéutico.....	29
1.4.1. Principales intervenciones del terapeuta	31

Capítulo II: El proceso de psicoterapia	35
2.1. La alianza terapéutica.....	35
2.2. El foco.....	38
2.3. La activación de las funciones yoicas	42
Capítulo III: La técnica del proceso de psicoterapia.....	45
3.1. Etapas del proceso de psicoterapia.....	45
3.1.1. Primera etapa: entrevistas iniciales o de psicodiagnóstico	46
3.1.2. Segunda etapa: devolución del proceso de psicodiagnóstico y explicación de las hipótesis diagnósticas.....	59
3.1.3. Tercera etapa: entrevistas de psicoterapia.....	60
Referencias de la Primera Parte.....	62
SEGUNDA PARTE.....	65
Capítulo IV: Psicoterapia, institución y sistema de salud mental ecuatoriano	67
4.1. ¿Qué es la institución?	67
4.2. Instituciones en diversos campos y la psicología.....	69
4.2.1. Instituciones del campo de la salud	70
4.2.2. Instituciones del campo de lo social	71
4.2.3. Instituciones del campo de lo educativo	71
4.3. La salud mental en el sistema de salud en Ecuador.....	72
4.3.1. Generalidades del sistema de salud mental en Ecuador ..	73
4.3.2. Sistema de salud mental en Ecuador: organización actual ..	74
4.3.3. Niveles de atención	76

4.4. Lugar del psicólogo-psicoterapeuta en Ecuador.....	76
4.5. El lugar de la psicología, la psicoterapia y la institución en Ecuador	79
4.6. A manera de conclusión: entendiendo la psicoterapia en la institución.....	81
Referencias de la Segunda Parte	83

Prefacio

La psicoterapia breve de orientación psicoanalítica ha surgido como una forma eficaz de realizar el trabajo psicológico enmarcado en las necesidades actuales de respuestas de atención psicológica. Actualmente el tiempo y los recursos son limitados por lo que se busca intervenciones profundas, que cuenten con una base teórica estructurada que permita comprender la complejidad del psiquismo humano.

Este libro se presenta como una guía integral para la aplicación de la psicoterapia breve en diferentes ámbitos. Para una mejor organización del contenido, la obra se divide en dos partes fundamentales que permiten abordar, por un lado, los aspectos teóricos y técnicos del modelo, y por otro, su inserción en el sistema de salud mental ecuatoriano.

En la primera parte, se desarrollan los principios teóricos y metodológicos que sustentan la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Se exploran sus fundamentos, la importancia de la alianza terapéutica, la identificación del foco de intervención y las estrategias que guían el proceso psicoterapéutico. Esta sección permite comprender la lógica de este modelo y su aplicación en la práctica clínica.

La segunda parte se enfoca en la relación entre la psicoterapia breve y el sistema de salud mental ecuatoriano. Aquí se analizan las instituciones que acogen este modelo, los desafíos que enfrentan los

psicoterapeutas en este contexto y la realidad de la atención psicológica en Ecuador. Se ofrece una visión crítica sobre el acceso a la salud mental y el papel de la psicoterapia breve en el uso de los recursos disponibles.

Con esta estructura, el libro busca ser un recurso clave para profesionales de la salud mental, psicoterapeutas en formación e investigadores que deseen profundizar en la teoría y técnica de la psicoterapia breve, así como en su impacto en la realidad institucional ecuatoriana.

Esperamos que esta obra contribuya al fortalecimiento de la práctica clínica y a la expansión de modelos terapéuticos que favorezcan un acceso más amplio y efectivo a la salud mental.

Mgtr. Paulina Barahona Cruz
Editora

Introducción

El presente libro aborda la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica que está basada en la teoría psicoanalítica y la concepción de síntoma desde el psicoanálisis; donde será fundamental reconocer la importancia de la historia del sujeto, en la que una parte pequeña es su historia clínica y sus padecimientos o malestares.

Este texto busca abordar la técnica de la psicoterapia breve, para lo cual se realizará una descripción de las etapas del proceso que deben existir en el desarrollo de la psicoterapia breve, la cual tiene una enorme cabida en las instituciones, donde el número de personas a ser atendidas es alto y el tiempo para hacerlo es corto. La psicoterapia con el adjetivo “breve” surge, según Braier (1980), García Arzeno (1997) y Fiorini (2004), como respuesta ante la necesidad de atención psicológica de una gran cantidad de consultantes, donde el poco número de psicoterapeutas es insuficiente ante la demanda de pacientes. En Ecuador sucede exactamente lo mismo, ya que los servicios de psicología no dan abasto a las demandas de pacientes.

A lo largo de la historia del psicoanálisis ya se vislumbraba la necesidad de contar con formas de trabajo que permitan llegar a un mayor número de pacientes, este tema ya fue abordado por Freud en 1910 en su texto *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* y, en 1918, en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Aquí, plantea

preguntas sobre el futuro del análisis y propone que en el futuro existirá un gran número de pacientes que van a copar las salas de espera, por lo que hay que repensar la terapia psicoanalítica ya que, ante una demanda masiva, hay que desarrollar nuevas formas de abordaje y, por lo tanto, una nueva técnica que llegue a un mayor número de personas. En el texto de 1918, Freud habla por primera vez de una técnica activa donde se pregunta si el terapeuta debe permanecer inactivo y pasivo ante todo lo que sucede con el paciente.

En el ya mencionado artículo, Freud plantea el problema que existe actualmente en los servicios de salud, donde es necesario atender a un número alto de pacientes en instituciones que cuentan con un número bajo de terapeutas. Entonces, concluye diciendo que habrá que adaptar la técnica a las nuevas condiciones y combinar los recursos terapéuticos del análisis con otros métodos.

Sólo constituimos un puñado de personas y cada uno de nosotros, aún con empeñosa labor, no puede consagrarse en un año más que a un corto número de enfermos. Con relación a la enorme miseria neurótica que existe en el mundo y acaso no es necesaria, lo que podemos remover es ínfimo desde el punto de vista cuantitativo. Además, las condiciones de nuestra existencia nos restringen a los estratos superiores y pudientes de nuestra sociedad, que suelen escoger sus propios médicos y en esta lección, se apartan del psicoanálisis llevado por toda clase de prejuicios. Por el momento nada podemos hacer en favor de las vastas capas populares cuyo sufrimiento neurótico es enormemente más grave. (Freud, 1918/2012, p. 162)

Aunque inicialmente Freud y Ferenczi coincidieron en la importancia de un cambio en la técnica, posteriormente se distanciaron,

ya que Freud consideraba que el terapeuta debe mantener su actitud cautelosa (Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA., s.a.). Sin embargo, con los postulados de Ferenczi a partir de 1950 y gracias a los trabajos de Balint, se retoma la búsqueda de métodos que permitan llegar a más personas que acuden a las instituciones.

El objetivo que motivó a Ferenczi (1918) y a Balint (1966) fue la búsqueda de una nueva técnica más flexible y adaptativa a las demandas actuales de los pacientes. Además, pensar nuevas formas de atender, manteniendo la base psicoanalítica, llevó a otros autores a desarrollar trabajos grupales. Los modelos atención de Fiorini (1973) y Braier (1981) serán la base para este libro.

Entre las consideraciones para avanzar en la búsqueda de un cambio de técnica, es fundamental tener en cuenta el contexto económico de nuestro país, donde se complica sostener trabajos de larga duración con 3 o 4 sesiones semanales, debido a los elevados costos que implica. También, la necesidad de las instituciones que requieren modelos que respondan a la búsqueda por atender a más personas en menos tiempo. Es así que la psicoterapia breve aparece como una opción viable de tratamiento para ser utilizada en instituciones en nuestro país.

El contexto ecuatoriano nos muestra desafíos estructurales en la atención de la salud mental, que van desde la falta de acceso a servicios especializados hasta la escasez de profesionales de salud mental en instituciones públicas y privadas. En este escenario, la psicoterapia breve aparece como una estrategia clave, ya que permite optimizar los recursos existentes y proporcionar atención psicológica efectiva en un tiempo limitado. A pesar del gran potencial que tiene, su implementación enfrenta dificultades y obstáculos relacionados con la capacitación de terapeutas, la adaptación del modelo a contextos institucionales y la

necesidad de políticas públicas que promuevan su integración en el sistema de salud.

En este sentido, esta obra también busca generar una reflexión sobre cómo la psicoterapia breve puede ser una herramienta útil no solo para la práctica clínica individual, sino también para el fortalecimiento de la salud mental comunitaria en Ecuador.

Primera Parte
Teoría y Técnicas de la Psicoterapia Breve
de Orientación Psicoanalítica

Paulina Barahona Cruz

Capítulo I: Teoría que sustenta la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

2.1. Definición de psicoterapia breve

Se entiende comúnmente por psicoterapia a un método de tratamiento para los malestares psíquicos, Existen numerosos modelos que varían según la escuela terapéutica a la que pertenecen, como la hipnoterapia, la terapia regresiva o la terapia cognitivo-conductual, entre otras.

El presente libro trata sobre la psicoterapia breve de base analítica, que es aquella que se basa en los principios teóricos de la teoría psicoanalítica, aunque utilice una técnica diferente al psicoanálisis ortodoxo, la cual se explicará en los capítulos siguientes.

El término breve, aplicado a psicoterapia, suele utilizarse para denominar a los trabajos terapéuticos que tienen entre 1 y 24 sesiones. Sin embargo, quien puede determinar el tiempo de un proceso psicoterapéutico, es el terapeuta junto con el paciente al evaluar el avance que se tiene en el trabajo. Por esto, breve no solo hace referencia al tiempo sino a la comparación de este modelo con los procesos de análisis ortodoxo donde se trabajan 3 o 4 sesiones semanales para la atención del paciente. Este tipo de psicoterapia trabaja generalmente

con una sola entrevista a la semana, excepto en los casos donde el profesional establezca la necesidad de más encuentros, como por ejemplo en procesos donde los pacientes trabajan su depresión.

Con respecto al tiempo, generalmente en este modelo el número aproximado de sesiones es de 12 sesiones; aunque siempre deberá indicarse que el tiempo se evaluará en el proceso. Muchos trabajos con este modelo de psicoterapia pueden durar más de 1 año. El tiempo no es un estándar, ni una camisa de fuerza sino se adaptará a cada caso.

La característica principal que tiene este tipo de psicoterapia es que plantea objetivos para el trabajo, que limitan el campo de acción. Asimismo, la llamada focalización del proceso y la identificación del punto de urgencia son sus características principales. Al trabajar de esta manera se aplica una técnica diferente y un terapeuta activo, con actuaciones propias de esta modalidad.

Definiremos la psicoterapia breve como aquella forma de tratamiento que se orienta a la búsqueda de generar *insight* en el paciente y a la reflexión de sus conflictos actuales para encontrar nuevas formas de relacionarse con otros. Por lo tanto, a partir del motivo manifiesto de consulta, se trabajará el motivo latente presente en toda demanda y esta comprensión permitirá establecer el objetivo terapéutico del trabajo. La vía de comprensión de la demanda latente será la escucha de las palabras dichas por el paciente.

El motivo de consulta nos guiará en el proceso inicial de comprensión y, a partir de lo formulado, iremos abriendo las áreas relacionadas con el mismo. Siempre habrá que realizar un análisis de lo dicho para iniciar un proceso de psicoterapia breve.

1.2. Principios de la psicoterapia breve

Para trabajar en psicoterapia breve es fundamental enunciar algunos principios que la rigen y están presentes en su desarrollo:

1.2.1. El síntoma es multicausal

Esta concepción del síntoma fue planteada por Freud en sus conferencias 17a *El sentido de los síntomas* y 23a *Los caminos de la formación de síntomas*, donde establece que las vivencias infantiles están presentes en los síntomas neuróticos del adulto y que, por tanto, existe una relación que se evidencia en el síntoma. También expone que el síntoma repite el tipo de satisfacción de la temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto y donde también están presentes los elementos de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. El síntoma es entonces una forma de lenguaje, donde el sujeto no puede darse cuenta que aquello que le hace sufrir. Es una formación del inconsciente que le acerca a aquello que no puede enfrentar. Ahora bien, en el desarrollo freudiano se pueden identificar los siguientes elementos:

- a. El tipo de satisfacción de la temprana infancia se lo puede ver en la Historia del sujeto
- b. Un conflicto psíquico, evidente en las fuerzas en conflicto
- c. La ocasión que llevó a contraer la enfermedad, lo cual tiene relación con el desencadenante del momento actual del inicio de los síntomas.

Cuando Freud habla de la satisfacción de la temprana infancia, implica que las vivencias infantiles se muestran en los síntomas presentes en el sujeto, donde también están presentes las situaciones del momento actual. De ahí que será fundamental conocer no solamente la historia sino los contextos en los que se desenvuelve actualmente cada uno. También Freud establece que las vivencias de la infancia se muestran en los síntomas del adulto y, en consecuencia, existe una relación directa entre los síntomas que padece y las vivencias anteriores y actuales. Comprender el síntoma implica reconocer esta relación entre lo anterior y lo actual. Freud (1916) establece que “El neurótico quedó adherido a su pasado por las fijaciones” (p. 326). Al hablar del síntoma obsesivo, menciona que “cuanto más extraño sea el síntoma más fácilmente se podrá comprender el nexo con la historia anterior”, lo que complementa con “La tarea que se nos plantea no es otra que esta: para una idea sin sentido y una acción carente de fin, descubrir aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin” (p.327). Para autores como Contardo Calligaris (2019) la vida adulta siempre está gobernada por rastros de la infancia, que enuncia la relación de la historia del sujeto con el momento actual que vive, referencia que muestra la importancia de comprender la infancia para poder trabajar con el adulto.

El síntoma está generado por un conflicto psíquico y por eso no es comprensible para el sujeto, genera malestar y sufrimiento, aunque también da cuenta de cumplimiento de deseo. Recordar que el síntoma es la evidencia de un conflicto psíquico nos permite comprender que el trabajo que hacemos no va dirigido a que desaparezca el síntoma, sino a que el sujeto pueda reconocer las fuerzas en conflicto que existen. Por esta característica habría que tener presente que el síntoma encubre y denuncia, genera sufrimiento, pero a la vez también satisfacción.

Al referirse a la situación que llevó a contraer la enfermedad, Freud recalca la importancia del evento con el cual iniciaron los síntomas, por ejemplo, un niño puede presentar fiebre y vómitos cuando su madre se va de viaje, o también la depresión que aparece inmediatamente luego de una noticia recibida.

Comprender psicodinámicamente la vida cotidiana del paciente implica conocer el contexto en el que se desenvuelve y las relaciones con sus vínculos primarios. También es fundamental adentrarse y conocer cómo se desenvuelve el paciente en todas las áreas de su vida, áreas que se complementan como círculos concéntricos que se van abriendo y donde los modos de relación con las figuras parentales de la infancia se escenifican en la vida actual del paciente adulto. En este análisis de los diferentes círculos en los que se desenvuelve la vida del paciente, siempre se podrá encontrar que existen áreas libres de conflicto donde el principio de realidad está presente y el sujeto tiene un comportamiento menos conflictivo y otras áreas donde el conflicto se escenifica en la vida diaria.

Por todo lo dicho, se puede ver que el síntoma está ligado al sujeto y dado que es producto de un conflicto psíquico, en la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica no se busca eliminar el síntoma, sino comprenderlo, generar un trabajo para analizar los elementos y las relaciones que están presentes en él.

1.2.2. El sujeto es más que el conflicto

En el trabajo psicoterapéutico es fundamental lograr que el sujeto se implique en el tratamiento como agente activo.

Para entender el conflicto psíquico que puede dominar ciertas áreas en las que se desenvuelve el sujeto, hay que comprender que en la teoría

psicoanalítica existen pares antinómicos donde hay fuerzas que avanzan y fuerzas que se oponen. Allí donde las dos se encuentran, existe un conflicto psíquico que puede manifestarse en dolor, sufrimiento y malestar.

Este conflicto se muestra mayoritariamente en ciertas áreas o con ciertas personas, lo que muestra que en el sujeto conviven áreas más afectadas con áreas menos afectadas; así, una persona puede ser muy violenta en casa y muy amable en sus espacios de trabajo o una persona puede generar aversión a su trabajo, lo que se evidencia en dolor de estómago, fiebre y malestar generalizado cada vez que debe acudir a su trabajo, pero irle muy bien en otras áreas en las que se desenvuelve. Adentrarse en los aspectos más importantes de la vida del paciente permite comprender también la relación de áreas que manifiestan el conflicto que conviven con áreas que no lo muestran. Identificar las “áreas libres de conflicto”, denominadas así por Fiorini (2004), es una parte importante en este tipo de psicoterapia, ya que nos permite comprender el funcionamiento del Yo, saber si el Yo cumple su función de control de las demandas pulsionales y luchar con las exigencias del mundo y del Super Yo.

Es importante pensar que los conflictos surgen de la situación donde se da el diálogo entre el individuo y su realidad.

1.2.3. Identificar la fortaleza yoica del sujeto

Para Fiorini (2004), también es fundamental considerar las diferencias entre los compartimientos infantiles, dependientes y los comportamientos adultos, independientes o autónomos.

En psicoterapia breve es fundamental comprender si el comportamiento obedece a motivaciones primarias —orientadas al placer— o

a motivaciones secundarias —sociales y adquiridas por el sujeto, como la motivación de logro o trascendencia— ya que se busca fortalecer la capacidad de asumir una posición más realista para la toma de decisiones. Freud plantea este tema en la conferencia de Esquema del psicoanálisis donde nos dice:

Nuestro camino para fortalecer al yo debilitado parte de la ampliación de su conocimiento de sí mismo. Sabemos que esto no es todo, pero es el primer paso. La pérdida de ese saber importa para el yo menoscabos de poder y de influjo, es el más palpable indicio de que está constreñido y estorbado por los reclamos del ello y del superyó (1940/2012, p. 178).

1.2.4. Las funciones yoicas.

El trabajo en psicoterapia implica un trabajo con el yo y, para poder realizar este trabajo de manera adecuada, es fundamental comprender las funciones asociadas a esta instancia psíquica.

Las funciones del Yo, se pueden clasificar en:

- Funciones básicas

Son aquellas dirigidas a la relación con el mundo exterior que incluyen percepción de la realidad, atención, memoria, capacidad de planificación, seguimiento de la acción. Estas funciones nos permiten con base en la percepción de lo actual, proyectarse a una planificación futura. También, identifican las diferentes áreas del conflicto e identificar posibles soluciones.

- Funciones defensivas

Son las funciones que intervienen para neutralizar la angustia. Se activan frente a los diferentes conflictos que enfrenta el ser humano. Su función es restablecer el equilibrio y eliminar la tensión entre las instancias de la personalidad.

Son la introyección, regresión, desplazamiento, represión, conversión, aislamiento, racionalización, formación reactiva, negación, idealización, idealización del objeto.

- Funciones sintéticas, integradoras y organizadoras

Son las que surgen de la integración de los 2 grupos anteriores, generando una mutua influencia. Estas funciones yóicas establecen condiciones globales y se activan cuando el sujeto enfrenta cambios fuertes en su vida, por lo que implica reestructurar las relaciones con el mundo exterior ensayando nuevas formas de enfrentar los cambios.

Estas funciones deben ser evaluadas en el proceso de psicoterapia, ya que el nivel de fortaleza de las mismas permitirá establecer el tipo de focalización que se va a utilizar. Evaluar las funciones yóicas incluye evaluar la autonomía del paciente, en la toma de decisiones, en la capacidad de enfrentar conflictos y retos nuevos.

Si el paciente no cuenta con funciones básicas, es imposible un trabajo con psicoterapia breve.

1.2.4. El objetivo terapéutico

En la psicoterapia breve de base psicoanalítica, el principal objetivo es la resolución de las situaciones de conflicto que trajeron al paciente

a la psicoterapia. Para que esto se pueda dar es necesario la elaboración de las situaciones anteriores que están en relación con este conflicto. No se busca la supresión sintomática, aunque tal vez se pueda dar, sino la comprensión de los determinantes presentes en el síntoma que padece. Esta comprensión le permitirá al paciente ir fortaleciendo su capacidad de toma de decisiones y hacerse cargo de los conflictos que deba enfrentar. Para Braier (1984), estos cambios que están asociados con la psicoterapia breve se dan gracias a un inicio del *insight*¹ que el paciente puede hacer acerca de sus conflictos subyacentes.

Esta toma de conciencia, realizada a partir del conflicto, permite al sujeto una mejor comprensión de su forma de enfrentar estas situaciones, de las dificultades que debe superar y el significado de los fracasos y éxitos en su actuar.

Un ejemplo de lo dicho anteriormente se puede ver cuando una paciente que recibe un diagnóstico de cáncer de estómago y llora porque debe recibir quimioterapia. Este estado de ánimo empieza a complicarse conforme pasan los días ya que la paciente entra en un estado constante de llanto y depresión, junto a dificultades para relacionarse con el entorno, donde pelea constantemente ante los comentarios que minimizan las dificultades de su tratamiento. En el trabajo de psicoterapia breve se establece como objetivo que pueda superar este duelo y tomar la mejor decisión sobre si debe o no continuar la quimioterapia. Luego del análisis realizado, y de hablar del miedo a la muerte, la paciente logra relacionarse de mejor manera con el tratamiento, lo inicia y mejora las relaciones en su hogar, lo que le da tranquilidad para enfrentar lo que

¹ Se entiende por *insight* comprender la realidad de cada uno y mirar hacia adentro para ampliar el conocimiento de la propia realidad psíquica.

siga. Una de las comprensiones que logra hacer es comprender que el enemigo es el cáncer y no la quimioterapia, esto le permite relacionarse de una mejor manera con el tratamiento. Entonces, aunque los objetivos son limitados, no son despreciables para el bienestar de la paciente.

Como se puede ver, la selección del objetivo no es impuesta por el terapeuta, sino hablada con el paciente y surge del motivo que lo trae a terapia. Dependiendo de la capacidad de insight del paciente, e independientemente del conflicto por el que iniciemos, abordaremos los conflictos infantiles presentes en la situación que está viviendo.

Por lo tanto, la meta de la psicoterapia breve sería la búsqueda del *insight* del paciente a partir de las dificultades actuales que enfrenta.

1.3. Características del psicoterapeuta

Fiorini (2004) y Braier (1984) proponen que el terapeuta debe ser activo y no buscar generar una regresión transferencial. Por esto, el trabajo siempre buscará centrarse en la realidad, de ahí la importancia de trabajar frente a frente y de que el terapeuta se muestre como la persona real que es. Mientras dure el proceso los roles estarán claros y definidos y no pueden cambiarse. Se deberá utilizar un lenguaje claro y acorde a la edad del paciente, a su nivel de educación, a su actividad económica, etc.

Durante el trabajo psicoterapéutico, el terapeuta se muestra cálido, espontáneo, se preocupa por el paciente y mantiene una actitud docente que le permite realizar psico-educación cuando esto sea fundamental en el proceso que lleva a cabo.

El terapeuta explicará su postura sobre la problemática planteada y abrirá el análisis del foco del proceso, así como de los objetivos a plantear para el trabajo de psicoterapia.

Es fundamental que el terapeuta maneje la atención intencionalmente guiada, ya que estará en relación al foco acordado.

El terapeuta deberá siempre mantener una relación basada en la empatía, donde él se muestra cálido, pero siempre tiene como característica fundamental la de ser discreto en su actuar. Cuando el trabajo se instaure y se lleva a cabo en un clima de libertad, existe permiso para que el paciente se muestre tal cómo es

1.4. Técnicas verbales para el trabajo psicoterapéutico

El terapeuta interviene siempre orientado por un foco del proceso. Entre las intervenciones tenemos:

- a. Reforzamiento defensivo
- b. Modificaciones dinámicas
- c. Fortaleciendo áreas del yo libres de conflicto

El terapeuta deberá tener:

- a) Actitud docente: el terapeuta asume este rol por cuanto su actuar impulsa el trabajo a través del cumplimiento de objetivo, para lograr esto podría:
 - o Motivar para la tarea: cuando anima a continuar, ejemplo:
 - “Si usted hace un cambio en su comportamiento, ¿qué respuesta obtendrá?, hágalo y me comenta que sucede”.
 - o Clarificador de objetivos: iniciar el proceso de psicoterapia exige conocer los objetivos y es muy útil volver a plantearlos en el proceso. Por ejemplo:

- “Cuando usted reflexiona sobre este tema hace que su conocimiento de las dificultades que enfrentan como pareja vaya siendo mayor y esto le permitirá tomar mejores decisiones para resolver los conflictos que se presenten”.
- “Reconocer los sentimientos de otros es también tomar conciencia de los suyos, la próxima vez que usted se sienta igual, podrá ir desarrollando nuevas estrategias de comunicación”.
- o Refuerzo del avance de la tarea: es hacer evidentes los pasos que se hayan dado hacia el objetivo terapéutico. Por ejemplo:
 - “Reconocer que usted debe estar en el centro de sus decisiones es fundamental para ir retomando el control de su plan de vida”.
 - “La decisión tomada ayer indica que pensó en qué es bueno para usted y no en lo que haga feliz a otros”.
- o Claridad en el método expositivo: las intervenciones del terapeuta deben dejar claros los avances y límites de lo que se está logrando. Por ejemplo:
 - “Cuando usted relata lo sucedido, parece que todo lo positivo está en su discurso y todo lo negativo en las palabras de su hija, ¿puede usted reconocer algo positivo en lo dicho por ella?”
- o Capacidad para exponer su pensamiento: muchas veces para generar el insight y que el paciente pueda darse cuenta de aspectos no evidentes se puede decir, por ejemplo:
 - “Cuando usted habló de haberse sentido solo, lo hizo con una sonrisa, ¿podría ampliar su sentir?”.

- o Capacidad para utilizar recursos facilitadores: El terapeuta está abierto a utilizar cualquier recurso que apoye a la terapia, ya sea dibujos, un poema, una fotografía o cualquier otro recurso que considere pertinente para el caso. Otro ejemplo de los recursos técnicos que puede utilizar es leer las notas de una sesión anterior para volver a reflexionar sobre lo dicho.
- b) Inclusión del terapeuta como persona real: el terapeuta se incluye en este modelo como una persona real, activo para dirigir el trabajo hacia el logro de objetivos, estar disponible cuando lo requieran, se orienta tanto al interior como al exterior de la sesión. No promueve la regresión, planifica el proceso. No promueve la neurosis de transferencia, sino que muestra cómo es en un trabajo cara a cara que promueve el principio de realidad y que maneja un encuadre flexible.

1.4.1. Principales intervenciones del terapeuta

La forma de intervenir no tiene un orden establecido, ni un encuadre fijo. Es fundamental para el terapeuta que, a partir de la situación que trabaje, se planifique el proceso y se establezca el camino que se va a utilizar con cada paciente.

- **Solicita información** para comprender la situación que enfrenta el paciente. Esta solicitud de información además activa las funciones yóicas.
- **Brinda información** sobre temas necesarios y que deben ser trabajados en el proceso.

- **Confirma o rectifica** para hacer evidentes los logros alcanzados y rectifica aquello que debe ser cambiado.
- **Clarifica y esclarece** cuando algún mensaje no está claro, lo vuelve a explicar para que quede claro, reformula el relato para que las relaciones entre varios contenidos puedan ser evidentes.
- **Resume o recapitula** y presenta los puntos principales en conjunto del proceso que se está trabajando.
- **Hace señalamientos** con los que muestra la relación entre los eventos vividos, las decisiones tomadas y la historia del paciente.
- **Confronta**, lo que implica hacer evidentes los procesos que surgen de las contradicciones.
- Sugiere y estas intervenciones tienen como objetivo proponer conductas alternativas a comportamientos que no han tenido cambio.
- **Indica.** Estas intervenciones hacen referencia a intervenciones directivas. Se utilizan cuando el paciente aún no puede resolver conflictos y tienen como objetivo no decir lo que hay que hacer, pero sí encaminar esa decisión. Por ejemplo, decirle, es necesario que usted vaya en esta semana a conversar con un abogado para que pueda evaluar las consecuencias de las opciones que se pueden tomar. Hay que tener mucho cuidado de no tomar decisiones por el paciente pues esto implica no respetar su autonomía.
- **Interpreta** y da nuevos sentidos a los datos inconexos o contradictorios. Para esto utiliza preguntas desde una lógica diferente a la habitual. Una interpretación es una hipótesis, por tanto, no se puede dar por cierta ninguna interpretación, sino que son aspectos para profundizar el trabajo. La interpretación se utiliza en diferentes situaciones, como las que se presentan a continuación:

- o Comprender los conflictos actuales y establecer una relación con la historia.
- o Esclarecer comportamientos transferenciales y contra-transferenciales que irruman en el proceso.
- o Generar comprensión sobre conductas específicas.

Al presentar la gama de intervenciones del terapeuta, es necesario considerar que lo fundamental para es mantener la iniciativa en su actuar y reconocer cuando es necesario intervenir.

Capítulo II: El proceso de psicoterapia

El paciente acude al proceso terapéutico con un motivo de consulta que nos guiará en el trabajo. En este proceso se atiende el presente y se resignifica el pasado lo que genera una construcción de un proyecto de vida futuro.

Para realizar el trabajo, el terapeuta cuenta con recursos técnicos variados, que van desde dibujos hasta cualquier otro que le permita realizar un proceso adecuado.

El proceso terapéutico está sostenido por 3 pilares:

1. La Alianza terapéutica que permitirá profundizar la problemática y activar las funciones yoicas.
2. El foco.
3. La activación de funciones yoicas.

2.1. La alianza terapéutica

Para Freud (1913/2012), la importancia del vínculo entre paciente y terapeuta es inherente a la relación que se construye entre los dos, ya que el paciente, desde la primera sesión, acude con una

actitud ya marcada por la transferencia². Esto se evidencia en la confianza o desconfianza que exista y en el trato, agradable o no, con el que llega el paciente. También, se establece que el objetivo de las primeras sesiones es lograr que el vínculo entre paciente y terapeuta sea positivo, pues así se lograría una buena adherencia del paciente al tratamiento y al analista.

A partir de lo trabajado por Freud (1913/2012) sobre la transferencia entendida como un vínculo entre el paciente, la cura y el terapeuta, se han enlazado trabajos sobre la alianza terapéutica. Es así que este concepto da cuenta de la relación entre terapeuta y paciente por la cual se acepta al otro tal cual es, se lo sostiene y ayuda, mediante la asistencia desde el primer encuentro. Es un vínculo real, consciente y evidente para los actores del proceso.

El paciente debe confiar en que va a ser ayudado por un terapeuta, que se incluye como una persona real en el proceso. Al mismo tiempo, debe existir la percepción de un terapeuta que se interesa en la problemática. El terapeuta acepta incondicionalmente al paciente, no lo juzga, ni lo censura.

Al revisar los trabajos sobre alianza terapéutica tenemos que Carl Rogers (1957/ 1997) establece que el terapeuta debe tener tres características: empatía, congruencia y aceptar incondicionalmente al paciente. Bordín (1979), otro autor más contemporáneo, ha elaborado un concepto aceptado por todas las escuelas, que contempla que la alianza terapéutica está compuesta por tres elementos:

² Se entiende por transferencia la actualización de los afectos dirigidos hacia las figuras primarias, en la persona del terapeuta (Barahona, 2015).

- Acuerdo en las tareas o actividades a realizar: esta característica hace referencia al acuerdo de alcanzar los objetivos propuestos, establecer un acuerdo sobre la importancia de cumplimiento de tareas y tener claro que el éxito del tratamiento implica la responsabilidad de los dos lados.
- Vínculo positivo: da cuenta de una relación positiva entre paciente y terapeuta. Este vínculo incluye empatía, confianza mutua, aceptación y compromiso con sus pedidos.
- Acuerdo con los objetivos del tratamiento: esta característica da cuenta de establecer un acuerdo para los objetivos de la psicoterapia y con la seguridad de que lo que el terapeuta solicite hacer contribuirá en el camino del logro de objetivos.

A partir de la conceptualización de Bordin (1979), autores como Horvath y Greenberg (1989) establecen que existe diferencias entre las proyecciones inconscientes del paciente (transferencia) y la unión positiva entre éste y su terapeuta (alianza). También, establecen que parte de esta relación implica que el paciente acepte y siga las indicaciones psicoterapéuticas específicas.

Esta conceptualización pone especial énfasis en la relación entre paciente y terapeuta, quitando la exclusiva responsabilidad del terapeuta para lograr la cura del paciente. Estas posiciones restaban la autonomía del paciente para la toma de decisiones. En la alianza terapéutica, las expectativas y opiniones de los dos actores construyen la relación y determinan el éxito o fracaso de un trabajo terapéutico.

Existe un acuerdo entre las diferentes escuelas sobre lo fundamental que es lograr, en las primeras sesiones, una alianza terapéutica fuerte que permita que se realice el trabajo, pero no existe acuerdo en cómo se evidencia este vínculo positivo y existen varias formas de medirla.

Fiorini (2004) considera que hay un vínculo terapéutico personalizado, pues es propio de cada paciente y cómo se ha dado la relación con el terapeuta. Esta relación depende de los pacientes y de su forma de ser, pero también en gran medida del terapeuta y de su capacidad para sostener el vínculo. Cada día hay que analizar qué sucede con la alianza terapéutica, pues es dinámica, cambiante y sufre influencias de los dos actores.

2.2. El foco

El concepto de foco surge en la década de los sesenta, cuando Balint y Cols (1985/2006), denominan terapia focal a la estrategia técnica de trabajo con objetivos limitados. A partir de esta formulación establecen que en los casos atendidos se puede identificar un conflicto central patógeno y establecen que es un conflicto focal que tiene relación con los síntomas y la estructura psíquica del paciente. Se reconoce que es un punto esencial en el que debe trabajarse en la terapia. Por tanto, el foco es un constructo teórico que surge en la mente del terapeuta de la relación entre el motivo de consulta, la historia y el contexto en el que se desenvuelve el paciente.

Fiorini (2004), al trabajar sobre el foco, establece que este concepto tiene relación con aquello que vemos todos los días en la atención de los pacientes, ya que cuando acude una persona a la consulta, escuchamos que el discurso se centra en torno a una problemática considerada como principal o nuclear en tanto centro. Esta problemática está sobre otras que también pueden existir; sin embargo hay varias otras problemáticas que tiene relación con este conflicto principal y a esto se denomina conflicto nodal. Al existir varias situaciones que

afectan al paciente, se puede observar que esta problemática principal afecta de manera diferente a varias áreas de la vida del sujeto.

Es importante anotar que el foco no se impone de parte del terapeuta, sino es fruto del trabajo con el paciente, de un análisis conjunto, es un planteamiento de dos. El terapeuta identifica el foco en relación a lo dicho por el paciente, lo devuelve al paciente indicando la prioridad que ha escuchado en su discurso y reflexiona sobre identificar el tema principal o conflicto que se priorizará como principal o emergente.

Seleccionar un foco para el trabajo no implica que los conflictos asociados desaparezcan del proceso, sino que permanecen como periféricos y el conflicto principal permanece como central. Sin embargo, el trabajo siempre tendrá relación con la vida del paciente y, dependiendo de cómo se den las cosas, aquello que era periferia puede volverse central en la psicoterapia. Por su lado, la escucha siempre será general. El paciente podrá modificar el foco en torno a sus vivencias.

El foco acordado dará la pauta a la formulación de los objetivos que se va a alcanzar con la psicoterapia. Esta es una técnica que se centra en la realidad a partir de la cual se inicia la reflexión.

El proceso de focalización puede ser:

- **Espontáneo** cuando el paciente puede jerarquizar y menciona una situación que le afecta más que otras, como un área específica de la vida del sujeto en la que quisiera centrarse.
- **Selectivo** cuando hay un cierto nivel de desborde y de problemáticas entrelazadas, por lo que no se pueden jerarquizar en problemas principales y anexos.
- **Inducido** cuando hay absoluto desborde y no se reconoce ningún tipo de fortalecimiento yoico.

Para poder focalizar, Fiorini (2004) propone analizar las situaciones en las que se desenvuelve el paciente y propone el modelo de círculos concéntricos alrededor del paciente, que se van ampliando y que generan una relación entre ellas, mientras que el aparato psíquico circula entre estas series. Fiorini entonces propone analizar las siguientes series para profundizar la estructura de la situación:

1. Corporal: donde es fundamental conocer la historia del cuerpo, que se ha inscrito en la historización.
2. Familiar: las dinámicas familiares que han acompañado su historia, cambios en la dinámica, pérdidas, etc.
3. Laboral o académica: las dinámicas laborales y el relacionamiento en este ámbito.
4. Evolutiva: comprender las características propias de cada sujeto en relación al desarrollo que ha tenido.
5. Prospectiva: aquí se preguntará sobre los proyectos que el paciente está desarrollando en este momento y a futuro.
6. Social: cómo nos relacionamos en todas las áreas sociales.
7. Fenómenos clínicos: diagnósticos y situaciones clínicas en las que el paciente se encuentra inserto.

Estas siete series están presentes en toda situación clínica y deberán ser siempre analizadas.

Subyace en el motivo de consulta el conflicto nuclear que se encuentra inmerso dentro de la situación actual que es estructurada. No hay que olvidar que el foco tiene relación con el motivo de consulta, que está sostenido por un conflicto nuclear, dentro de una situación actual estructurada que propone que debemos analizar los siguientes componentes:

- a. Situación grupal, dinanismos y conflictos roles y recursos relacionales.
- b. Aspectos caracterológicos individuales, defensas, recursos de resolución de conflictos
- c. Determinantes del contexto social más amplio, económicos, culturales e ideológicos.

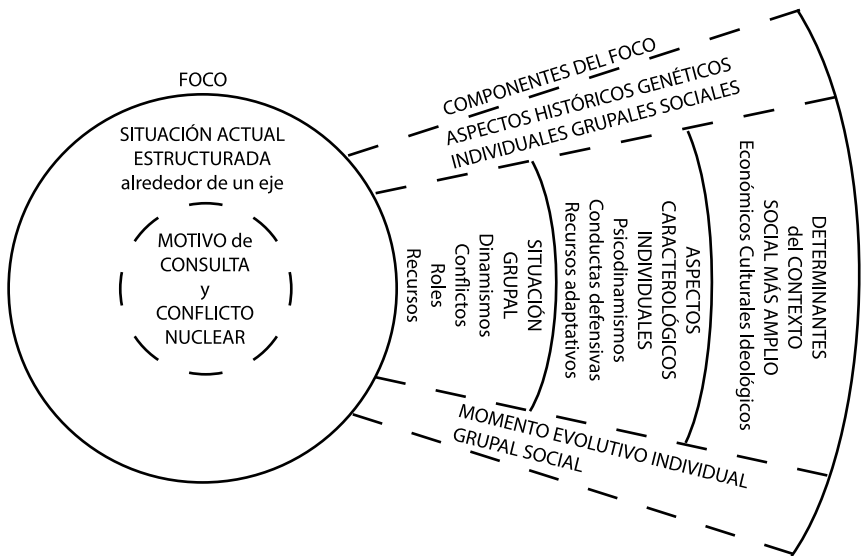


Figura 1. Estructura del Foco
Fuente: (Fiorini, 2004, p. 92)

2.3. La activación de las funciones yoicas

La activación de las funciones yoicas en el proceso de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica es un aspecto crucial para promover el cambio y así generar caminos de resolución de conflictos emocionales.

Las funciones yoicas se refieren a las capacidades del yo para enfrentar las demandas de la realidad, manejar el estrés y regular las emociones. En el capítulo 1, se abordó cada una, sin embargo, es fundamental recordar que las funciones yoicas son:

- **Funciones básicas**
Por ende, hay que contribuir a que el paciente pueda percibir la realidad para que actúe en consecuencia. En momentos de crisis, cuando la negación se impone como forma de disminuir la angustia, el paciente no puede percibir con claridad lo que sucede y por eso se presenta el estado de shock, por no poder tomar decisiones en ese momento.
- **Funciones defensivas**
Aquellas que tienen por objetivo la disminución de la angustia. Es fundamental que se instauren ya que, cuando el suceso que vive el ser humano es devastador, se queda sin defensas que lo ayuden a transitar estos momentos.
- **Funciones sintéticas, integradoras y organizadoras**
Estas funciones tienen como objetivo reestructurar las relaciones con el mundo exterior, mediante la toma de decisiones para enfrentar lo que se está viviendo.

Para lograr activar estas funciones, se garantizará la autonomía del paciente, así que no se tomarán decisiones por él, a excepción de casos donde se evalúe un riesgo de muerte para él o para otra persona.

Para poder incidir en las funciones yoicas, hay que generar una sólida alianza terapéutica, que se establecerá con una relación de confianza y colaboración entre el terapeuta y el paciente. La calidad de la alianza terapéutica es esencial para que el paciente se sienta seguro y abierto a trabajar en estos temas difíciles.

Identificar y comprender las defensas utilizadas por el paciente es crucial, pues esto permitirá reconocer cómo estas defensas pueden haber sido útiles en el pasado, pero pueden estar limitando su capacidad para enfrentar los desafíos actuales.

La psicoterapia breve implica una reflexión intensa sobre los problemas y una rápida toma de conciencia. El terapeuta puede alentar al paciente a reflexionar sobre sus patrones de pensamiento y comportamiento, promoviendo así una mayor conciencia de las dinámicas internas. Esta autorreflexión permitirá fomentar la toma de decisiones.

Se contribuirá a la identificación y exploración de las resistencias, ya que identificarlas es esencial en la psicoterapia breve. El terapeuta debe ser hábil para abordar las resistencias de manera que no obstaculicen el progreso, sino que, por el contrario, faciliten la comprensión y la superación de los obstáculos.

Se buscará también fomentar la resolución de conflictos, la terapia breve se centra en la identificación y resolución eficiente de los conflictos psíquicos. El terapeuta puede ayudar al paciente a enfrentar y trabajar a través de estos conflictos, promoviendo una mayor integración de las partes fragmentadas de la personalidad.

El trabajo de activación de funciones yoicas estará apoyado por las técnicas de trabajo como la focalización en temas específicos, la interpretación focalizada y la atención a los sueños y fantasías. Estas técnicas pueden ser efectivas para generar comprensión y facilitar cambios rápidos.

En la psicoterapia breve de corte psicoanalítico es necesario identificar y hacer evidentes las fortalezas del paciente, por lo que reconocer las capacidades y recursos internos del paciente es esencial. Al resaltar las fortalezas, el terapeuta puede ayudar al paciente a utilizar sus funciones yoicas de manera más efectiva para abordar los desafíos.

En resumen, la activación de las funciones yoicas en la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica implica crear un ambiente terapéutico seguro, explorar defensas, fomentar la autorreflexión, abordar resistencias, resolver conflictos y utilizar técnicas específicas para este trabajo. Este proceso, llevado a cabo con sensibilidad y habilidad, puede facilitar un cambio significativo en un período de tiempo relativamente corto.

Capítulo III: **La técnica del proceso de psicoterapia**

3.1. Etapas del proceso de psicoterapia

Todo proceso psicoterapéutico es dinámico y está imbricado con el proceso de psicodiagnóstico. Esta comprensión psicodinámica de la problemática del paciente va más allá de la nosología psicopatológica y busca la comprensión de los determinantes actuales del síntoma.

En el proceso de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica podemos observar las siguientes etapas:

1. Primera etapa. Entrevistas iniciales o de psicodiagnóstico
 - a. El primer contacto
 - b. La primera entrevista
 - c. Análisis del motivo de consulta
 - d. Formulación de hipótesis preliminares y planificación de los pasos a seguir
 - e. Operaciones de encuadre
 - f. Ejecución de lo planificado
 - g. Análisis de la información
 - h. Elaboración del informe
2. Segunda etapa. Devolución del proceso de psicodiagnóstico y explicación de las hipótesis diagnósticas

3. Tercera etapa: entrevistas de psicoterapia
 - a. Evaluación del proceso
4. Cuarta etapa: entrevista de cierre del proceso

3.1.1. Primera etapa: entrevistas iniciales o de psicodiagnóstico:

El proceso de psicodiagnóstico deberá realizarse en las dos o máximo tres sesiones iniciales y son parte de la primera etapa de la psicoterapia, dado que es la base sobre la cual luego se asentará la intervención. Antes de describir las etapas de este proceso es fundamental comprender lo que es el proceso de psicodiagnóstico, para ello regreso a mi anterior libro publicado, *Manual de psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica* Barahona (2015), donde se plantea que el psicodiagnóstico es una actividad que define al psicólogo clínico ya que es fundamental y permanente en el trabajo terapéutico, que inicia con la escucha de la demanda manifiesta, pero no se centra en el síntoma sino busca generar una comprensión del malestar en relación al contexto actual del paciente y su historia anterior. Este proceso es parte fundamental del proceso de psicoterapia, ya que es el que guiará los aspectos a comprender en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el sujeto.

Para Barahona (2015), realizarlo no tiene por objetivo dar un nombre al malestar ni ubicarlo en una categoría psiquiátrica, no busca poner etiquetas ni reducir al sujeto a una patología presente en los clasificadores internacionales. Poner una etiqueta a un sujeto implica la pérdida de esa condición que lo hace único, irrepetible e irremplazable. Realizar un psicodiagnóstico es comprender lo que le sucede al sujeto y la relación que tiene ese malestar actual con su historia ante-

rior, significa vislumbrar algo del sentido que tiene para el sujeto su sufrimiento y desde allí conocer algo del sentido del síntoma actual.

Es necesario recordar que el psicodiagnóstico no es solo aplicar pruebas, sino que su parte fundamental es escuchar al sujeto, ya que su palabra es más significativa que cualquier instrumento de medición. Por lo tanto, se entenderá por psicodiagnóstico el proceso que el psicólogo clínico realiza para lograr la comprensión de lo que le sucede actualmente al sujeto en relación con su historia anterior y el contexto en el que se desenvuelve.

El principal fin del psicodiagnóstico es comprender algo del sentido del síntoma, esto permitirá planificar el camino a seguir en el proceso de psicoterapia posterior. Para lograr esta comprensión contamos con técnicas como la escucha, la observación y, en caso de ser necesario, utilizar pruebas estandarizadas o proyectivas, recordando siempre que el resultado de una prueba nunca es más que el sujeto. Tener un psicodiagnóstico claro también nos permite saber si nos hacemos cargo del caso o si es mejor derivarlo, también esta etapa nos aporta para clarificar quién es el paciente, que sucede cuando los padres llevan a sus hijos o hijas a psicoterapia para dar cuenta de una angustia que les pertenece mayoritariamente a ellos.

El psicodiagnóstico en las etapas iniciales implica tener claro los siguientes niveles del diagnóstico:

1. El diagnóstico clínico y psicodinámico que integra la comprensión de:
 - a. Motivo de consulta.
 - b. Evolución y agravamiento del síntoma.
 - c. Grupo familiar, su estructura, evoluciones, nuevos miembros.

- d. Enfermedades importantes.
 - e. Relación éxito-fracaso en la conducta del paciente en cuanto a sus objetivos.
 - f. Aspectos de interacción del paciente en la entrevista.
2. El diagnóstico de la motivación para iniciar la terapia:
Este análisis nos permitirá establecer si el paciente es apto para este tipo de trabajo y si está motivado para la psicoterapia, para este diagnóstico debemos comprender:
- a. Los aspectos psicológicos que están presentes en su demanda manifiesta.
 - b. La capacidad de introspección, si está presente o no.
 - c. Si hay un deseo de comprenderse y una disposición a hablar con honestidad sobre su historia.
 - d. Si puede ensayar cambios en la realidad.
 - e. Si espera resultados positivos de este proceso.
 - f. Está dispuesto a conseguir los logros que espera.
3. Diagnóstico de las condiciones de vida:
Aquí se debe tener claro si el paciente puede asistir a la psicoterapia, esto generalmente está en relación a:
- a. Horario.
 - b. Honorarios.
 - c. Lugar de referencia.
 - d. Obligaciones familiares.
 - e. Si va a poder venir a la terapia en el día y hora planificado.

La focalización es una opción técnica, es un modo de abordar que surge de la observación de la realidad.

En el proceso de psicodiagnóstico se pueden identificar las siguientes fases, las cuales se explican a continuación:

1. El primer contacto.
2. La primera entrevista.
3. Análisis de la demanda.
4. Formulación de hipótesis preliminares y planificación de los pasos a seguir.
5. Operaciones de encuadre.
6. Ejecución de lo planificado.
7. Análisis de la información.
8. Elaboración del informe de psicodiagnóstico.

Para explicar las partes del psicodiagnóstico, se retoma algunos de los principales planteamientos ya trabajados en el Manual de Psicodiagnóstico de orientación analítica (Barahona, 2015).

El primer contacto: Se refiere a la primera vez que escuchamos al paciente, por tanto, este pedido puede realizarse telefónicamente o de manera presencial, y en este espacio debemos comprender quién es el paciente, indicar quiénes deben asistir a la sesión y las coordenadas para realizar el encuentro. No siempre es el terapeuta quien escucha esta llamada, pero es fundamental saber cómo se dio este encuentro.

La primera entrevista: Esta sesión inicia con el recibimiento del paciente, saludarlo e invitarlo a pasar. Siempre se debe iniciar con la presentación del terapeuta, indicando su nombre, y se da la consigna para el trabajo en esa sesión. Es fundamental ubicar como consigna “¿Qué le trajo el día de hoy?”, la respuesta a esta pregunta permitirá

que se enuncie la demanda manifiesta y que se pueda comprender qué espera de este espacio.

Esta pregunta, que induce la tarea, muchas veces deja al descubierto que el síntoma ha estado presente desde hace varios años, pero que seguramente en este momento hay un detonante que lo impulsa a ir a terapia. Hay que tener presente que en una demanda manifiesta, siempre existe un espacio para la demanda latente que se fundamenta en comprender.

Análisis de la demanda: Se pregunta por los síntomas principales que tiene el paciente, cómo se manifestaron antes estos síntomas y desde cuándo iniciaron. Así se formulará la demanda manifiesta, que posee una doble dimensión, lo que se dice y lo que se escucha en ese decir. Estos niveles se denominan demanda manifiesta y latente.

Se denomina como demanda manifiesta a las palabras que el sujeto dice respecto a su motivo de consulta y se denomina demanda latente a aquello que se puede escuchar como la razón real para que asista a este lugar.

Cuando escuchamos por primera vez al sujeto, nos damos cuenta que la demanda manifiesta está entre líneas, en los lapsus, en los equívocos, en los cortes del discurso lo latente presente en la formulación. García Arzeno (1996) plantea al respecto que lo que podemos escuchar en el primer encuentro no es la dimensión latente de la demanda y que debemos respetar el tiempo para que se pueda expresar sobre los motivos inconscientes de su presencia en este lugar. La dimensión latente la escucharemos a través de las preguntas que se hagan.

La escucha de la dimensión latente de la demanda manifiesta solo se podrá hacer en las idas y vueltas del discurso donde el paciente va encadenando los hechos que para él son importantes y fundamentales desde la lógica del inconsciente. La función del terapeuta será

formular preguntas abiertas que permitan ampliar la comprensión del tema que se trabaja.

Una paciente de 42 años, casada, madre de dos hijos, acude a terapia e indica que viene porque tiene problemas en su trabajo y ya no aguanta. Cuando se le pregunta qué tipo de problemas tiene, refiere que esperaba un ascenso que le ha sido negado y que quiere dejar el trabajo, que además nunca le ha gustado. Luego se le pregunta que, si ya tomó esa decisión, ¿por qué no la ha ejecutado?, y se solicita a la paciente ampliar la idea de que nunca le ha gustado un trabajo en el que se encuentra por 15 años. A lo que refiere que no puede renunciar porque necesita su sueldo para vivir, que además si renuncia deberá depender de su esposo y que eso le generaría a ella misma una decepción por no poder mantenerse sola. Indica también que siempre ha considerado que ella es diferente, ya que no estudió la carrera que tienen sus padres y hermanos, pues todos son abogados y ella es ingeniera de estructuras y enseguida refiere que su sueño es ser escultora. Dice que, además de haber aguantado 15 años este trabajo dejando de lado sus sueños, ahora le niegan la posibilidad de una jefatura.

En este ejemplo se puede ver que al motivo manifiesto “problemas en su trabajo y que ya no aguanta”, están unidos varios aspectos de su demanda latente y que deberán ser formulados a manera de pregunta:

- ¿Por qué renunció a su sueño de ser escultora?
- ¿Por qué aceptó un trabajo que no le gustaba para complacer a otros?
- ¿Por qué se ha quedado en ese trabajo 15 años?
- ¿Por qué siempre ha considerado ser diferente que los demás miembros de su familia? ¿Se refiere solo a la profesión?

- ¿Para qué buscaba una jefatura en un lugar y actividad que no le gusta? ¿Qué significa esta jefatura para ella?
- ¿Qué puede hacer para cumplir sus sueños y vivir sin depender de otros?
- ¿Por qué dejar un trabajo que no le gusta le decepcionaría a ella misma?

A partir de este momento la sesión se realizará con preguntas abiertas como las expuestas, que permitan escuchar a la paciente y comprender las relaciones que existen entre lo que le sucede y su historia. El rol del psicólogo clínico es el de formular preguntas que contribuyan a que el paciente comprenda desde otro lugar lo relatado.

Aquello que el paciente dice en este primer encuentro nos permite escuchar la demanda latente. En la demanda presentada en el ejemplo se escucha que la renuncia planteada por la paciente sería la “liberación” de lo que no le gusta, pero a la vez es la fuente del malestar por pensar en liberarse de las decisiones impuestas por otros.

Cada vez que escuchemos que un síntoma ya tiene un tiempo de presentarse, debemos preguntarnos por qué en este momento se encuentra frente a nosotros el paciente.

Si bien en el terapeuta surgen preguntas, hay que evitar volver este encuentro un interrogatorio y, de ninguna manera, presionar las respuestas.

En ciertas ocasiones recibimos demandas donde, a pesar de haber solicitado el espacio de psicoterapia para una persona, en realidad hay que recibir en este espacio a otra. Un ejemplo de esto es la madre de un niño de 3 años que indica que trae a su hijo porque no le quiere a ella y que, por eso, no le hace caso. Al escuchar su demanda y preguntar por qué piensa que no la quiere, se escucha que ella, desde que

nació este niño, se encontraba triste y deprimida, no sabía qué hacer con un bebé, tuvo depresión postparto y, seguramente, su hijo sintió esta etapa y por eso no la quiere. Ante esta demanda manifiesta, queda claro que quien debe quedarse es la madre, ya que de ella y de su angustia habla la demanda.

Analizar la demanda en palabras de Siquier de Ocampo, García Arzeno, Grassano y otros es:

Apreciar las características de su lenguaje: la claridad o confusión con que se expresa, la preferencia por términos equívocos, imprecisos o ambiguos, la utilización del tono de voz que puede entorpecer la comunicación hasta el punto de no entenderse lo que dice, aun cuando hable con un lenguaje preciso y adecuado. En cuanto al contenido de las verbalizaciones es importante tener en cuenta qué aspectos de su vida elige para comenzar a hablar, a cuáles se refiere preferentemente, cuáles provocan bloqueos, ansiedad, etc., es decir, todo lo que indica un desvío respecto del clima reinante con anterioridad. (2008, p.25)

Además de escuchar con mucha atención su discurso, es necesario comprender cómo se encadena el pasado, presente y futuro del sujeto, su capacidad de insight, sus fantasías de enfermedad y de curación y su percepción del futuro inmediato y mediato.

Adicionalmente de considerar los aspectos antes mencionados, a continuación, se presenta las preguntas que constan en el texto *Manual de Psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica* (Barahona, 2015) y que pueden guiar el análisis de la demanda:

1. ¿Por qué acude en este momento a la terapia?
2. ¿Qué representa este pedido para quien lo formula?

3. ¿Quién hace el pedido?
4. ¿Qué busca quien formula la demanda a través de ella?
5. ¿De quién habla la demanda?
6. ¿Qué resultados se esperan de este proceso?
7. ¿Para qué le van a servir los resultados?
8. ¿Cuál se espera que sea el rol de terapeuta en esta situación?
9. ¿De qué aspectos de la novela familiar habla la demanda?
10. ¿De qué da cuenta el síntoma al evidenciarse en este momento de la vida familiar?

Formulación de hipótesis iniciales y planificación de los pasos a seguir: En esta fase se busca formular las hipótesis que son proposiciones que, basadas en la teoría, dan cuenta de las comprensiones psicodinámicas de la situación actual del paciente. Para Braier (1984), la hipótesis psicodinámica inicial es un ensayo que busca reconstruir la historia dinámica del paciente, es decir, intenta comprender lo que le sucede actualmente. Esta hipótesis luego nos permitirá evaluar el proceso y hacer la devolución.

Operaciones de encuadre: El encuadre son las condiciones constantes y estables presentes en un proceso terapéutico, Su formulación es parte de la primera sesión y está constituido por todas las normas que se requieren para que el proceso de psicoterapia pueda darse de manera adecuada. Son los límites existentes en el actuar durante el proceso tales como el tiempo de la sesión, número de sesiones a la semana, entre otras.

No existe una sola forma de realizar el encuadre. Según García Arzeno (1996), la forma de realizar el encuadre puede ir desde modelos estrictos a flexibles. La característica tiene que ver con la modalidad de trabajo e incluso con la institución que muchas veces

establece límites de número de sesiones, tiempo de sesión y frecuencia de los encuentros.

Las características del encuadre tienen estrecha relación con la teoría que lo sustenta; sin embargo, el encuadre siempre va a ser formulado para cada paciente, pues las características propias del paciente pueden modificar las normas. Así, cuando trabajamos con niños y niñas, tendremos sesiones donde invitaremos a los padres y las sesiones podrían ser de menos tiempo; también podemos ver que implicará cambios como el lugar de la sesión, por ejemplo, para realizar la sesión de juego.

En psicoterapia breve de orientación psicoanalítica el encuadre busca ubicar al paciente en una situación más apegada a la realidad, por lo que se trabaja frente a frente. Esta posición permite al paciente tener contacto visual de manera permanente con el terapeuta y, en consecuencia, mirarlo como una persona real.

El encuadre incluye aspectos como:

1. Nuevas citas
2. Lugar de encuentro para la terapia
3. Frecuencia de las reuniones
4. Tiempo de sesión
5. Tipo de trabajo
6. Roles de cada uno
7. Acuerdo de confidencialidad
8. Honorarios
9. Características del trabajo terapéutico
10. Objetivos de trabajo

Estos mínimos deberán estar presentes en los procesos de psicoterapia.

Ejecución de lo planificado: Para la etapa de psicodiagnóstico generalmente se mantendrá una planificación necesaria para el desarrollo del proceso. Esta planificación será flexible y se adaptará al paciente y sus necesidades.

Análisis de la información: Durante todo el proceso se realizará un análisis luego de cada sesión lo que permitirá seleccionar técnicas necesarias para el avance del proceso

Elaboración del informe: El informe es un documento que certifica el proceso e integra las variables del mismo. Este informe es un documento formal que enlaza todas las actividades realizadas.

Existen varios tipos de informes que nos podrían solicitar:

- Del Psicodiagnóstico: se emite luego de las sesiones preliminares.
- De la Psicoterapia: se emite luego del proceso realizado.
- De Seguimiento: en este informe se certifica el avance del proceso y se puede emitir en cualquier momento.

Quien tiene el derecho de solicitar el informe es el propio paciente o sus representantes. Si el informe es solicitado por una institución, debemos informar al paciente de este pedido y él debe conocer el contenido del informe a entregar.

En la redacción del mismo hay que tener presente que el informe de psicodiagnóstico y/o de psicoterapia debe dar cuenta de indicadores psicológicos.

Al elaborar el informe existen recomendaciones muy puntuales que se deben tomar en cuenta y que constan en el libro *Manual de psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica* (Barahona, 2015):

Los informes de psicodiagnóstico y psicoterapia, deben ser redactados con un lenguaje claro y coherente, los hechos, resultados de pruebas, y el material de las entrevistas realizadas. El informe presenta aquello que el psicólogo ha comprendido acerca de la persona con la que se trabajó, de una manera que muestre respeto por su individualidad y por su historia personal, no expone situaciones que podrían dañar a alguien, toma en cuenta las palabras que debe usar para garantizar el respeto al sujeto y a su historia. (p. 88)

Las partes que encontramos en un informe de Psicodiagnóstico o de Psicoterapia son:

I. Datos de identificación

Se consignan los datos de información personal del paciente con el que hemos trabajado, por lo tanto, este incluye: nombre, edad, fecha de nacimiento, estado civil, profesión, ocupación, dirección, teléfono y fecha de la primera entrevista.

II. Datos familiares

En esta sección se incluye todo lo referente a la familia actual con la que vive el paciente, en esta sección se añade: nombre y apellido completo, edades y ocupación de los padres, hermanos, esposo/a, hijos.

III. Motivo de consulta

Esta sección recoge textualmente, entre comillas, el motivo de consulta manifiesto. Además, debe hacer referencia a quién lo formuló y, en caso de existir dos visiones diferentes, hay que anotar las 2 demandas manifiestas.

IV. Historia vital / historia familiar:

Recoge la historia vital en casos de niñez y adolescencia o la historia familiar en el caso de adultos.

V. Síntesis del proceso realizado

Presenta a detalle los momentos de la psicoterapia, incluye el número de sesiones; en caso de haber utilizado reactivos, hay que indicar cuales fueron utilizados y se transcribe la principal conclusión de cada uno.

VI. Impresiones y comentarios

Esta sección incluye los principales comentarios que el terapeuta pueda realizar sobre el trabajo realizado.

VII. Conclusiones

Detalla las conclusiones del proceso.

VIII. Recomendaciones

Las recomendaciones son invitaciones a hacer algo adicional, que no se pudo realizar en el proceso. Son sugerencias dadas a los actores del proceso que podrían contribuir positivamente en el mismo.

Elaborar un informe requiere experiencia clínica, conocimiento teórico, manejo adecuado de las pruebas y de los principios éticos que rigen las actuaciones profesionales. Asimismo, requiere mucho cuidado con las afirmaciones realizadas o con las etiquetas que podríamos poner a los seres humanos. Cuando debemos elaborar un informe, hay que tener muy claro el uso que va a dar al mismo y a quién lo dirigimos, esto nos indicará el contenido a desarrollar.

3.1.2. Segunda etapa: devolución del proceso de psicodiagnóstico y explicación de las hipótesis diagnósticas

Es la última etapa del proceso de psicodiagnóstico y de psicoterapia e implica explicar al paciente, y a sus padres, en caso de haber sido parte del proceso.

En cuanto a las características de esta última sesión, podemos decir que es fundamental iniciar con aspectos positivos del paciente y de la terapia, por ejemplo: “para iniciar, quiero agradecerles por haber asistido al proceso. Esto da cuenta de la importancia que tiene para ustedes...” Iniciar de forma positiva hace que los asistentes no se sientan amenazados y permite que luego se puedan abordar los temas más complejos.

El lenguaje durante esta sesión debe ser claro y, si algo no se entiende, debe repetirse varias veces hasta que quede claro para todos.

La sesión de devolución debe prepararse a partir de los siguientes puntos:

1. El foco de la terapia.
2. La hipótesis formulada.
3. Los aspectos trabajados en la terapia.
4. Los puntos que no se han podido topar en el proceso.

En el caso de recomendar otro terapeuta, debe entregarse a la familia al menos dos nombres, para que sean ellos quienes seleccionen al terapeuta.

Esta etapa también tiene por finalidad explicar la hipótesis con palabras claras que puedan ser entendidas por quienes reciben la devolución.

3.1.3. Tercera etapa: entrevistas de psicoterapia

Esta etapa da cuenta del inicio del tratamiento y se apoyará en las hipótesis formuladas y en el proceso de psicodiagnóstico realizado.

Para que el proceso de psicoterapia pueda darse de manera adecuada, es fundamental que se establezca una adecuada alianza terapéutica, condición necesaria para que se pueda dar un trabajo terapéutico adecuado. Para esto, el terapeuta debe mostrarse cálido, confiable y mostrar interés por lo que le sucede al paciente.

Las entrevistas aportarán la información necesaria para que se pueda realizar adecuadamente el tratamiento.

Dentro de las psicoterapias psicoanalíticas podemos tener dos modalidades para iniciar el proceso. Esto se determinará dependiendo del pedido inicial del paciente y la fortaleza yoica. Estas modalidades son:

- **Terapia de apoyo:**
Esta psicoterapia está indicada para pacientes que presentan un desborde emocional y, por ende, urge la contención y el acompañamiento en este momento para disminuir la ansiedad y los síntomas, hasta que el Yo pueda volver a recuperar sus funciones básicas.
Esta psicoterapia parte del análisis de la situación actual y se acompaña de nuevas respuestas que disminuyan la ansiedad del paciente frente a un evento que irrumpe su vida y requiere cambios en la forma de responder ante esta nueva situación. En este tipo de psicoterapia se identifica en el paciente un desborde emocional, por lo que urge la contención y el acompañamiento hasta que el yo pueda volver a recuperar sus funciones básicas.

Esta psicoterapia exige un terapeuta activo para acompañar las necesidades o demandas del paciente, será un terapeuta activo, empático y flexible para acompañar los procesos que viva su paciente.

- Terapia de esclarecimiento: Es aquella donde el paciente busca reflexionar sobre sus comportamientos y su realidad actual.

Antes de iniciar el tratamiento de esclarecimiento, es fundamental saber:

- a) La conciencia de enfermedad, entendiéndolo por tal el reconocimiento en el paciente de que algo le sucede y que él debe hacer algo para cambiar la situación actual.
- b) Capacidad de introspección, auto-observación y autorreflexión de sus comportamientos.
- c) La capacidad de participar activamente en el proceso, un paciente dispuesto a colaborar.
- d) La disposición a ensayar nuevas respuestas a partir de lo trabajado en el proceso, que implica nuevas formas de mirar sus conflictos.
- e) El reconocimiento de que solo cada uno puede generar cambios en las dinámicas.

En la primera sesión del tratamiento hay que hablar con el paciente de lo trabajado hasta el momento en la sesión preliminar y fijar el punto central de la problemática desde el que iniciará el trabajo.

En los tipos de psicoterapia es necesario conocer las expectativas del paciente sobre los resultados del trabajo terapéutico.

Referencias de la Primera Parte

- Horvarth, A. y Greenberg, L. (1989). Desarrollo y validación del Inventario de Alianzas de Trabajo 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>.
- Balint, M. O. (1985/2006). *Psicoterapia Focal*. Gedisa.
- Barahona, P. (2015). *Manual de psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica*. Cevallos Editora.
- Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión.
- Calligaris, C. (2019). *Por que supervalorizamos a felicidad?* <https://www.fronteiras.com/leia/exibir/contardo-calligaris-por-que-supervalorizamos-a-felicidade>
- Fiorini, H. (2004). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Ediciones Nueva Visión.
- Freud, S. (1910/2012). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica* en *Obras completas*, (Tomo 11). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1913/2012). *La Dinámica de la transferencia* en *Obras completas* (Tomo XII). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1913/2012). *Sobre la iniciación del tratamiento* en *Obras completas* (Tomo XII). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1918/2012). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* en *Obras completas* (Tomo XVII). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1921/2012). *Psicología de las masas* en *Obras Completas* (Tomo XVIII). Amorrortu editores.

- Freud, S. (1923/2012). *El yo y el ello* en *Obras Completas* (Tomo XIX). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1940/2012). *Esquema del psicoanálisis* en *Obras Completas* (Tomo XXIII). Amorrortu editores.
- García Arzeno, M. E. (1997). *La psicoterapia psicoanalítica breve o focalizada*. Revista cubana de psicología, 121-126.
- García, Arzeno, M. E. (1996). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Nueva Visión.
- Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA. (s.f). Sandor Ferenczi o la cuestión de las Variaciones Técnicas. Revisiones Ferenczianas, 1-13. <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Revisiones/Sandor-Ferenczi-o-la-Cuestion-de-las-Variaciones-Tecnicas.pdf>
- Luborsky, L. (1976). *Helping alliance in psychotherapy*. Brunner/Mazel.
- Rogers, C. (1957/1997). *Terapia centrada en el cliente*. Edial - Editorial de la Autónoma de Lisboa.
- Siquier de Ocampo, M. G. (2008). *Las técnicas proyectivas y el proceso de psicodiagnóstico*. Nueva Visión.
- Winnicott, D. W. (1955). *Varietades clínicas de la transferencia*. Recuperado de https://www.academia.edu/16307562/Donald_winnicott_obras_completas

Segunda Parte
Psicoterapia, institución y sistema de salud mental ecuatoriano

Verónica Egas Reyes

Capítulo IV: Psicoterapia, institución y sistema de salud mental ecuatoriano

4.1. ¿Qué es la institución?

Desde su etimología, la palabra institución viene del latín *institutio*, que significa “establecimiento”, “fundación”. Entre sus acepciones más comunes en el diccionario de la RAE encontramos: establecimiento o fundación de algo, una cosa establecida o fundada o incluso como un organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente (RAE, 2024). Se puede evidenciar entonces que el término “institución” da cuenta de la lógica de la constitución o instauración de algo.

Una institución es una organización de individuos, que apunta a relaciones estables y estructuradas entre sus miembros con la finalidad de trabajar en objetivos claros y determinados por el grupo. Dentro de esta dinámica, encontramos entonces una serie de reglas entre los diversos miembros, que vienen a organizar y normar las actividades institucionales y las relaciones entre las personas.

René Kaes, psicoanalista, plantea que en las instituciones existen dos niveles de relaciones: las singulares y las grupales. Las primeras dan cuenta de la relación del individuo con la institución y las segundas

son el resultado del agrupamiento de personas inscritas por y para la institución (1989).

Por otro lado, Alicia Álvarez, también desde el psicoanálisis, propone que las relaciones de los diversos miembros de las instituciones y su dinámica particular traen de por sí desencuentros e impases inevitables, dando como resultado lo que ella denomina: “el malestar institucional”. Ella explica que, dado que las personas giramos alrededor de las instituciones, estamos y formamos parte de ellas, la sensación de malestar viene a ser estructural y se esto se puede encontrar en toda institución (Álvarez, 1999).

Vemos entonces que, partiendo desde su etimología y concepto, la palabra “institución” da cuenta de una formación y asentamiento de una organización humana. Desde el campo de lo social viene de la idea de construcción en conjunto, es decir que, una institución implica el agrupamiento, asociación e idea de una construcción grupal. Encontramos entonces a una organización de personas que presentan diversas relaciones entre sí y se encuentran bajo la lógica de normas internas y reglas específicas para el funcionamiento de su dinámica institucional.

Pero esta organización interna y particular no está exenta del surgimiento de impases y el psicoanálisis viene a recordarnos que, dada la naturaleza de la institución, el malestar, las dificultades y el sufrimiento existen también en ella. Incluso, se habla de un malestar institucional que es estructural y humano. Reconoce además la existencia de diversas relaciones que conviven al interior de una institución: relaciones duales (individuo-organización) o grupales (grupo de individuos-organización). Es decir, se podría comprender a la institución como una organización con ciertas normas y reglas para un funcionamiento específico y al mismo tiempo saber que, a pesar de contar con un orden preestablecido, es inevitable el apareamiento

de dificultades, impases e incluso sufrimiento. Por eso, es importante reconocer que la institución perfecta no existe.

4.2. Instituciones en diversos campos y la psicología

Dentro del campo institucional existe un enorme abanico de dominios en los cuales se pueden construir las diversas instituciones. En este acápite nos centraremos en las instituciones más habituales en dónde los psicólogos y los psicoterapeutas pueden involucrarse.

A partir de los años noventa, en el Ecuador, surgió un gran movimiento social —con enfoque de Derechos y Género— abanderado especialmente por organizaciones de la sociedad civil. Aparecieron propuestas como el Código de la Niñez y Adolescencia (ODNA, 2012) y se abrió el campo para el reconocimiento de grupos antes invisibilizados a nivel de: etnias, raza, género, vulnerabilidades, entre otros, que fueron poco a poco haciéndose escuchar. Junto a este movimiento, la necesidad de crear servicios estatales y privados que vayan con esta nueva realidad social, tomó fuerza. A partir de ese momento, vemos también que la psicología toma un nuevo lugar y se evidencia su necesidad e importancia en lo social, por lo que comienza a visibilizarse poco a poco su espacio dentro de las instituciones.

Normalmente, cuando se habla de trabajo institucional, dentro del campo de la psicología y la psicoterapia aparecen referencias, en el ámbito público y privado, tres tipos de espacios institucionales: los del área de la salud, los que se encuentran dentro del mapa de organizaciones sociales y aquellos que están en el área de la educación.

Al constatar la diversidad de instituciones posibles para el trabajo de los psicólogos y psicoterapeutas, también surge un elemento

importante a tomar en cuenta: el trabajo multi, inter y transdisciplinario. Bajo esta realidad, se puede evidenciar la necesidad de que los estudiantes de psicología, desde el nivel de pregrado, aprendan sobre el trabajo con profesionales de otras áreas e incluso realicen las prácticas preprofesionales en instituciones en donde intervengan y compartan con diversas profesiones.

4.2.1. Instituciones del campo de la salud

El área de la salud es el campo en donde más fortaleza ha tomado la presencia de la psicología en los últimos tiempos en nuestro país. A partir de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS en el 2012, se evidencia, por primera vez en el Ecuador, el reconocimiento del lugar del psicólogo en los diferentes niveles de atención propuestos, e incluso, en la actualidad, encontramos que la psicología se encuentra ubicada en todos los niveles de atención. Esto trae como resultado que encontramos psicólogos en consultorios, clínicas y hospitales generales y especializados, centros de investigación de salud, tanto públicos como privados a lo largo del territorio ecuatoriano (MAIS, 2018).

Por otro lado, por resoluciones del Consejo de Educación Superior, hubo un movimiento de la psicología al campo amplio de la salud y bienestar: en un primer momento, el cambio se lo realizó con la carrera de psicología clínica y, a partir del 2022, se hizo con otras carreras de psicología (CES, 2022).

4.2.2. Instituciones del campo de lo social

Al hablar de instituciones dentro del campo de lo social, nos referimos tanto a organizaciones de la sociedad civil como a instituciones públicas y privadas que brindan servicios que abarcan diversas áreas: psicología, legal, trabajo social, etc.

Podemos encontrar ciertas instituciones que se centran en una problemática social específica y en torno a ella especializan su atención en las diversas áreas que la componen; o también podemos encontrar servicios específicos en un área determinada.

Justamente los Centro de atención psicológica o de atención en salud mental son pocos todavía en el país y, más bien, los servicios psicológicos se encuentran incluidos en instituciones generales o de especialidades de campo amplio (MSP, 2022).

4.2.3. Instituciones del campo de lo educativo

Dentro del campo de lo educativo encontramos que la psicología ha tenido y tiene su lugar. Si bien el sistema educativo ecuatoriano está dividido en tres niveles obligatorios en educación formal: inicial, básico y bachillerato (LOEI, 2021); incluiremos también en este acápite al sistema de educación superior (LOES, 2018), para así poder evidenciar el lugar y la función de los psicólogos y psicoterapeutas en el mismo.

Dentro de los niveles inicial, básico y bachillerato, encontramos la instancia del DECE:

El DECE es el organismo encargado de brindar acompañamiento, contención, asistencia y apoyo profesional y permanente a los

estudiantes en su proceso general de formación en los establecimientos educativos, garantiza su desarrollo y bienestar integral, y contribuye a mejorar su calidad de vida. (MINEDU, 2024, pag.14).

El DECE es justamente el espacio donde los psicólogos: generales, educativos y/o clínicos articulan su trabajo, apuntando a dar una atención integral a los niños, niñas y adolescentes.

En el nivel de educación superior, la psicología se encuentra atravesando las tres funciones sustantivas de la academia: docencia, vinculación e investigación. Cada universidad tiene la potestad de proponer y organizar las carreras que crean convenientes en el campo de la psicología, tanto en grado como en postgrado. En el país, hasta el 2016, la oferta académica se centraba más en el área de grado y, partir de ese año, comenzaron a surgir formaciones de cuarto nivel amplio. La oferta continúa y la demanda social en esta área es cada vez mayor (Egas-Reyes et al., 2022).

En relación con la investigación en salud mental y en psicología, específicamente en el país, es un campo que se está potenciando en los últimos años. Como resultado de un proceso de fortalecimiento en lo investigativo, desde las universidades ecuatorianas, aumentaron los índices de producción académica y, desde el Estado, se crearon diversos Comités de Ética de la Investigación en Seres Humanos – CEISH a lo largo del país (MIES, 2022).

4.3. La salud mental en el sistema de salud en el Ecuador

Dentro del ámbito institucional, así como es importante reconocer la diversidad de las organizaciones existentes y el lugar del ámbi-

to de la psicología en cada una de ellas, también es necesario revisar el sistema del dominio de la salud en el Ecuador y más específicamente en el ámbito de la salud mental.

4.3.1. Generalidades del sistema de salud mental en Ecuador

La máxima autoridad estatal que rige en el sistema de salud mental ecuatoriano es, según la Ley Orgánica de Salud Mental (LOSM, 2024), la denominada Autoridad Sanitaria Nacional, que rige a través del Ministerio de Salud Pública. Es justamente este estamento el responsable del control de las instituciones que brinden el servicio de Salud Mental en el país.

La Autoridad Sanitaria Nacional, a través de la entidad adscrita correspondiente, ejecutará la vigilancia, control y sanción de los establecimientos y servicios en donde se brinde servicios de salud mental, a fin de que se garanticen los derechos de los usuarios (LOSM, 2024, p. 27).

Esto viene a determinar que el ente regente de la normativa de funcionamiento de las instituciones de salud mental, será el mismo del área de salud en general, es decir, el Ministerio de Salud. Es importante tomar en cuenta este tema, puesto que para definir las normativas base de funcionamiento de los centros e instituciones de salud mental es imprescindible evidenciar las particularidades de la práctica psicológica y psicoterapéutica, y no equipararla con otras profesiones del campo de la salud.

Para el año 2022, el país contaba con 1063 servicios de salud mental en la Red Integral del Salud de Ecuador, tanto pública como privada (MSP, 2023). Según datos del INEC (2021), el país cuenta con 1582 psicólogos, dando como resultado que, por cada 10.000 ha-

bitantes, hay 0,93 psicólogos. Estas cifras son bajas, si las comparamos con otros países como: Argentina donde hay 222 psicólogos, Francia con 48,7 psicólogos o incluso EEUU con 29,9 psicólogos por cada 10.000 habitantes (OPS, 2017). Estos datos muestran la necesidad urgente de ampliar el número de profesionales en psicología y lograr llegar a una mayor población y cobertura en el Ecuador.

Para lograr lo antes mencionado, es importante tomar en cuenta también el tema financiero. En América Latina la inversión per cápita en salud mental promedio es de \$13,8 al año; en Ecuador, la cifra llega solo a \$1,4 anuales, es decir, el país gasta nueve veces menos que en el resto de la región (OPS, 2020). Esto da cuenta, además, del lugar y prioridad que los gobiernos han dado a la salud mental en nuestro país en estos años.

4.3.2. Sistema de salud mental en Ecuador: organización actual

Como sabemos, la salud mental en Ecuador es un área relativamente nueva en el país (Egas-Reyes et al., 2022) y las normativas y reglamentaciones relativas a la misma se encuentran en la etapa inicial. En la actualidad, cuenta con dos elementos base para el encuadre, organización y funcionamiento de la misma: el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS (que inició en 2012 y ahora se fusiona con el actualizado en 2018) y la Ley Orgánica de la Salud Mental-LOSM, que consta en el Registro Oficial el 5 enero, 2024. La LOSM viene a organizar, encuadrar y normar el área de la Salud Mental en el país y el MAIS interviene a nivel de la práctica clínica de la psicología en la intervención directa en los territorios y poblaciones.

Con base en estos documentos, el ejercicio de los profesionales de la salud mental se centra en 5 ejes: evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (LOSM, 2024). Así, determinan el lugar para realizar las intervenciones en salud mental y apuntan a: consultorios generales y de salud mental, puestos de salud, centros de salud generales y de salud mental, hospitales, etc. Es decir, encontramos ya lugares institucionales específicos y determinados en todos los niveles de atención de Salud del país y esto se ratifica en la LOSM (2024).

Por primera vez en el país, a través de la LOSM (2024) se estructura el trabajo y los elementos que intervienen en el trabajo clínico psicológico. Temas como: uso del consentimiento informado, función de la confidencialidad y límites en el secreto profesional, prohibición (legal y ética) de la prescripción de medicamentos por parte de los psicólogos, entre otros elementos, aparecen por primera vez articulados a una práctica profesional reglamentada por el Estado. Incluso se encuentra una lista de acciones prohibidas en el ejercicio profesional de la psicología que se denominan faltas. Existen faltas leves y graves con sus respectivas sanciones.

Dado que la LOSM es el primer cuerpo normativo legal del país en salud mental, existen todavía temas que deben construirse y que incluso son mencionados en la misma ley. Uno de ellos es el Plan Nacional de Salud Mental, que está a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional y es la responsable de designar a los encargados de realizarlo. También se determina la necesidad urgente de la creación formal de la Red de Servicios de Salud Mental. Estos dos elementos complementan el mapa estatal en temas de salud mental en el Ecuador (LOSM, 2024).

4.3.3. Niveles de atención

Por otro lado, en relación con la práctica psicológica aplicada, el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS (MAIS, 2018) organiza a los servicios del área de la salud (incluida la salud mental), en lo que denomina niveles de atención: “El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que, bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad” (MAIS, 2018, p. 85).

Este modelo se encuentra organizado en cuatro niveles de atención, un nivel prehospitario y los llamados servicios complementarios. Cada nivel tiene una organización particular en la cual encontramos servicios ambulatorios y hospitalarios; generales, de especialidad y especializados con la idea de una atención integral de salud, de acuerdo al nivel que se encuentre. Los servicios complementarios abarcan el apoyo en el diagnóstico del paciente y son transversales a los niveles de atención. Dentro de este eje encontramos: centros de diagnóstico integral, centros de rehabilitación integral, laboratorios clínicos, de imagen, fisiológicos, etc.

El MAIS apunta a que el 80% de los casos se resuelvan en el primer nivel de atención y, el 20% restante, en caso de ser necesario, sean derivados a los siguientes niveles de acuerdo a cada caso.

4.4. Lugar del psicólogo-psicoterapeuta en Ecuador

Uno de los aspectos más complicados en la organización del campo de la psicología en Ecuador ha sido el determinar, de manera

clara, cuáles son los ejes de trabajo de las diferentes psicologías (clínica, general, educativa, organizacional, etc) que existen en el país. Si bien el MAIS, desde el 2012, determinaba que el campo de acción de los psicólogos implicaba tres ejes: promoción, prevención e intervención en salud mental, los límites y encargados de cada eje no se encontraba claramente determinado. La LOSM, por su parte, habla de una atención integral en salud mental que incluye: promoción, prevención, intervención y rehabilitación.

Los ejes de promoción y prevención en salud mental de una forma general, eran aceptados y existía una concepción clara de ellos: todos los profesionales de la psicología los podían llevar a cabo, evidentemente, trabajando sobre problemáticas o temáticas que giren alrededor de su campo de experticia. Por el contrario, uno de los puntos más delicados en este tema, era el eje de intervención clínica, al cual se le articulaba directamente con el ejercicio de la psicoterapia. Y el problema inicial era ese, la falta de claridad al referirse a la palabra “intervención psicológica”, que puede tener una acepción general y amplia, como también puede referirse a un tipo de trabajo específico en la clínica psicoterapéutica.

Al buscar un concepto de intervenciones psicológicas, Arturo Badós López explica:

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. (2008, p. 2)

Como se puede evidenciar, incluso el concepto teórico no refiere claramente la articulación entre intervenciones clínicas y psicoterapia; sin embargo, en este caso, se daría por sentado que en el momento en que se habla de intervención clínica se está incluyendo al dispositivo psicoterapéutico.

Uno de los impases más fuertes que surgieron alrededor de este tema fue el articular el ejercicio de la psicoterapia al campo de la psicología clínica. Es decir, hasta diciembre del 2023, los profesionales con título de tercer nivel en psicología clínica eran los únicos autorizados a realizar procesos psicoterapéuticos con pacientes en el país. Esto trajo un sin número de cuestionamientos, confusiones e impases, tanto dentro del ámbito de las universidades como en la práctica clínica con pacientes.

A partir de la implementación de la Ley Orgánica de la Salud Mental, en enero del 2024, este tema se aclaró. En este cuerpo legal no se habla de psicología clínica o psicoterapia, sino más bien de profesionales de la salud mental autorizados a realizar: evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Se determina la formación base de tercer nivel en Psicología con prácticas preprofesional de atención a pacientes, la formación base de medicina con especialidad en Psiquiatría y la formación base de tercer nivel en Psicología, con una formación de cuarto nivel en el área de la Salud y que den cuenta de prácticas pre profesionales con pacientes (Art 45, 46 y 47, pp. 44-45).

De esta manera, a través del LOSM, quedan definidos los profesionales de la salud mental que pueden realizar las diferentes intervenciones psicológicas en el país. Sin embargo, la ley no trata nada del dispositivo de psicoterapia en sí. Es decir, en el Ecuador se mantiene bajo la lógica que la psicología y la psicoterapia son sinónimos y que una implica a la otra, y no lo son: etimológicamente, la psicología es el estudio de la psique y la psicoterapia el tratamiento de la psique (RAE,

2014). Es decir, uno se encuentra en el campo del estudio y el otro en el campo del tratamiento: esto implica dos prácticas distintas y nos lleva a evidenciar que para realizar un tratamiento psicológico es indispensable, no solamente estudiar psicología, sino posteriormente realizar una formación específica en psicoterapia. Esto no solamente es un tema legal de estudios y formación, sino también de una práctica clínica y ética.

4.5. El lugar de la psicología, la psicoterapia y la institución en Ecuador

Como hemos visto en los capítulos anteriores, el ejercicio de la psicoterapia implica un proceso en el que la teoría y la técnica se encuentran articuladas entre sí. La formación de un psicoterapeuta implica un recorrido teórico y de práctica clínica en una teoría y enfoque determinados, que van un paso más allá de la psicología. En este caso, es importante aclarar que, si bien la normativa legal en el país determina, como ya lo vimos en acápites anteriores, que los psicólogos pueden realizar terapia (con ciertos requisitos en sus prácticas profesionales), por otro lado, desde la ética y la rigurosidad en la formación para la atención de pacientes, el exigir una formación específica en Psicoterapia de cuarto nivel sería lo adecuado y recomendado.

Ahora bien, también es importante reflexionar sobre el lugar del psicólogo y del psicoterapeuta en el ámbito institucional ecuatoriano. Como habíamos revisado anteriormente, el abanico de instituciones en las cuales los profesionales en psicología y psicoterapia pueden trabajar es vasto, sin embargo, es necesario el realizar un breve recorrido por el tipo de institución y, con base en eso, la función tanto del psicólogo como del psicoterapeuta en la misma.

En las instituciones del campo de la salud, que como vimos comprenden: consultorios, centro de salud, clínicas, hospitales, etc; es importante determinar que, dependiendo de la particularidad de cada una, es posible que se trabaje tanto del lado de la promoción, prevención como de la intervención. Sin embargo, en estos casos, suele ser muy común que, dada la particularidad de las instituciones, se puede tender a un modelo de atención biomédico, en el cual se pierden o diluyen las particularidades de la atención y del quehacer psicoterapéutico. Es importante, en este caso, tener mucho cuidado con elementos como: encuadre, tiempo de atención y de tratamiento, privacidad, confidencialidad, secreto profesional, pago de consultas, manejo de historias clínicas, etc.

Por otro lado, en las instituciones del campo de lo social, el lugar de la psicología y la psicoterapia es un reto y se abre a alternativas variadas que puede ir desde, como habíamos dicho antes, la realidad de un trabajo de equipo entre varias áreas (multi, inter o transdisciplinario, según el caso) hasta la posibilidad de crear el área psicológica desde un inicio. En este caso, es posible pensar en intervenciones psicológicas en todas sus formas, siempre y cuando se crean y se den las condiciones adecuadas para realizarlas de manera ética y responsable. El dispositivo psicoterapéutico es justamente aquel que exige mayores condiciones para que se lleve a cabo, por todos los elementos que lo componen y que se han revisado en capítulos anteriores.

Finalmente, la institución del campo de lo educativo, dentro de todos sus niveles, tienen una limitación con relación a la psicoterapia. El ámbito de lo escolar no es el lugar para que un trabajo psicoterapéutico se lleve a cabo, dada la particularidad del vínculo del psicólogo con los estudiantes y los padres, la función particular del psicólogo en la institución y la imposibilidad de la instauración de un trabajo

transferencial clínico. En estos ámbitos, las intervenciones psicológicas a nivel de prevención y promoción son las más adecuadas y, en caso de necesidad, la remisión de casos a procesos de psicoterapia externos.

4.6. A manera de conclusión: entendiendo la psicoterapia en la institución

Como vemos, “institución” es un término que nos lleva a la idea de construcción e instauración de algo. Este movimiento es realizado por un grupo de individuos y se encuentra atravesado por reglas y normas determinadas de funcionamiento. Todo esto trae consigo el surgimiento de relaciones, que derivan muchas veces en dificultades o impases, por la naturaleza misma de su construcción: lo humano. Podemos entonces entender la razón por la cual institución no es solamente una fuente de trabajo, movimiento y cambio, sino también de malestar.

En Ecuador, a partir de los años noventa, con el surgimiento de todo un movimiento social de derechos humanos, un nuevo campo social e institucional también tomó forma y, con él, una nueva organización estatal de servicios. Es justamente con este movimiento que el lugar de la psicología toma realce y comienza a visibilizarse. Al mismo tiempo, el malestar y la confusión (poca claridad) de los diversos lugares de las psicologías aparece también.

Normativas y formas de organización estatales rigen ya en la actualidad a través de la LOSM y el MAIS, leyes y modelos que permiten dar un norte a la organización e implementación de la salud y salud mental en el país. Sin embargo, de la mano con ellas, aparecen también temas que necesitan ser trabajados y revisados. Uno de ellos:

la diferencia entre la psicología y la psicoterapia, para así, dejar de lado la tendencia a usarlos como sinónimos y normar la formación, reconocimiento y aval profesional para cada uno.

Referencias de la Segunda Parte

- Álvarez, A. (1999). *El malestar en las instituciones*. Centro de Estudios Psicoanalíticos
- Baldós López, A (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Autoevaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>;IPCS
- Egas-Reyes, V., Trelles, I., Hidalgo, P., Valle, A., Pérez, D y Quishpe, P. (2022). “Estructura curricular en el campo de conocimiento de ciencias sociales, periodismo, información y derecho.” En CACES. *Desarrollo y caracterización del posgrado en el campo de conocimiento de ciencias sociales, periodismo, información y derecho y sus procesos de evaluación y acreditación a nivel internacional y en Ecuador*. (pp. 84-208) Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.
- Consejo de Educación Superior (2022). *Reglamento de armonización y nomenclatura de títulos profesionales y grados académicos*. Gobierno de la República del Ecuador.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo – INEC (2021). *Censo del Ecuador 2021*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

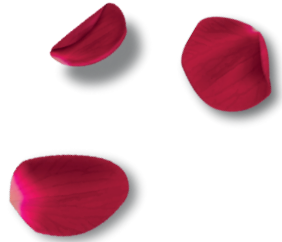
- Kaes, R. (1989). *La institución y las instituciones: estudios psicoanalíticos* (1a ed.). (R. Alcalde, & M. Vasallo, Trans.) Paidós.
- Ley Orgánica de Educación Intercultural [LOEI], 19 de abril de 2021, Registro Oficial del Gobierno del Ecuador N° 434 (Ecuador).
- Ley Orgánica de Educación Superior [LOES], 2 de agosto de 2018, Registro Oficial del Gobierno del Ecuador N° 298 (Ecuador).
- Ley Orgánica de Salud Mental [LOSM], 5 de enero de 2024, Registro Oficial del Gobierno del Ecuador N° 471 (Ecuador).
- Ministerio de Educación del Ecuador-MINEDU. (25 de enero del 2024). *Modelo de atención integral de los Departamentos de Consejería Estudiantil*. Ministerio de Educación del Ecuador. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/modelo_atenci%C3%B3n_integral_departamentos_de_consejer%C3%ADa_estudiantil_-_dece.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2022). *Informe técnico de evaluación plan nacional estratégico de salud mental*. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Manual del modelo de atención integral de salud - MAIS*. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.
- Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia- ODNA. (2012). *Estado de los derechos de la niñez y adolescencia 1990-2011*. Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, Plan International, Save the Children, UNICEF.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Atlas de salud Mental de las Américas 2017*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Atlas de salud mental de las Américas 2020*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58886>

Real Academia Española (RAE), *Diccionario de la lengua española*, <https://dle.rae.es>, Fecha de recuperación: 13 de enero de 2024.

Este libro se terminó de editar en el mes de septiembre del 2025.

El manuscrito se sometió a revisión de pares ciegos
lo que garantiza la confidencialidad de autores y árbitros.



Este libro constituye un aporte fundamental al campo de la psicología clínica y de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, al articular los fundamentos teóricos con la práctica clínica contemporánea. Presenta los elementos esenciales del encuadre, la relación transferencial y las estrategias técnicas necesarias para promover procesos de cambio en un tiempo limitado. Con un estilo claro, se ofrece a los profesionales de la salud mental un dispositivo de apoyo clínico que posibilita intervenir de manera pertinente, sin perder la profundidad conceptual que caracteriza a la teoría psicoanalítica.

El libro aborda también la realidad nacional, destacando los retos y oportunidades de articular la práctica clínica con las políticas públicas y los dispositivos institucionales de salud mental en el país.



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

edi
PUCE



Grupo de
Editoriales
Universitarias
AUSJAL



Investigación
Psicológica, Ambiente,
Salud y Sociedad
InPASS

ISBN: 978-9978-77-764-0



9789978777640
