



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al
psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de
tratamiento al síntoma psíquico.**

AUTOR:

Farías Chiriboga, Oscar Elías

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciado En Psicología Clínica**

TUTOR:

Psi. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco

Guayaquil, Ecuador

09 de febrero del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Farías Chiriboga, Oscar Elías** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR

f.  _____

Psi. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psi. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Farías Chiriboga, Oscar Elías**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al síntoma psíquico**, previo a la obtención del título de Licenciado en **Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2023

EL AUTOR

f. _____

Farías Chiriboga, Oscar Elías



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
AUTORIZACIÓN

Yo, **Farías Chiriboga, Oscar Elías**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al síntoma psíquico**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 09 del mes de febrero del año 2023

EL AUTOR:

f. _____

Farías Chiriboga, Oscar Elías



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE ANÁLISIS URKUND

URKUND	
Documento	Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo conductual como métodos de tratamiento al síntoma psíquico.docx (D158484115)
Presentado	2023-02-12 22:04 (-05:00)
Presentado por	oscar.farias@cu.ucsg.edu.ec
Recibido	rodolfo.rojas.ucsg@analysis.arkund.com
Mensaje	Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo conductual Mostrar el mensaje completo 0% de estas 46 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al síntoma psíquico

AUTOR : Farías Chiriboga, Oscar Elías

INFORME ELABORADO POR:

f. _____

Psic. Cl. Rodolfo Francisco Rojas Betancourt, Mgs

COORDINADOR UTE B-2022

AGRADECIMIENTO

Agradezco Dios y a mis padres Oscar y Susana que me dieron la oportunidad de estudiar esta maravillosa carrera.

*Mis hermanos Andrea, Ale, **Adriana** y Daniel.*

Mi amor Cyntia que siempre me escucho y creyó en mí.

A mi amiga Emily que es mi mentora de vida.

A mi maestro Rodolfo por tener paciencia conmigo.

A mis buenos amigos Alexis, Carla y Alida que conformaron el mejor equipo de trabajo a lo largo de mi carrera.

DEDICATORIA

Oscar Alberto Farias Castillo

Hellen Susana Chiriboga Vite

Simplemente gracias por ayudarme a cumplir mis sueños.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. Francisco Martínez Zea, MGS.
MIEMBRO 1 (DIRECTOR – DELEGADO)

f. _____

PISC. Carolina Peñafiel Torres, MGS.
MIEMBRO 2 (DOCENTE ESPECIALIZADO EN EL ÁREA)

f. _____

PHD. Jonathan David Aguirre Panta
DOCENTE OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

NOTA: _____

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
Objetivos de la investigación.....	3
Objetivo general	3
Objetivo específico	3
Preguntas de la investigación.....	4
Pregunta general	4
Pregunta Específica.....	4
Capítulo I: El Psicoanálisis.....	5
Breve Historia	5
Definición y generalidades.....	7
El psicoanálisis hoy.....	10
El deseo, goce y el fantasma del sujeto, su importancia en relación a la clínica.	12
Capítulo II: El cognitivo conductual.....	24
Breve historia.....	24
Definición y generalidades	26
El cognitivo conductual hoy	30
Capitulo III: prejuicios y desventajas generales del psicoanálisis y el cognitivo conductual.....	31
Principales críticas y desventajas del psicoanálisis	31
Principales críticas y desventajas del cognitivo conductual.....	32
Prejuicios generales del psicoanálisis y el cognitivo conductual	34

Capítulo IV: La epistemología del psicoanálisis y del cognitivo conductual	37
La epistemología del psicoanálisis	37
La epistemología del cognitivo conductual	40
Cuadro comparativo de la epistemología del psicoanálisis y el cognitivo conductual.....	42
Capítulo V: Metodología	43
Enfoque	43
Paradigma y modelo	43
Población y muestra.....	44
Método: análisis comparativo.....	44
Técnicas de recolección de datos.....	45
Formas de procesamiento de la información.....	46
Capítulo VI: Presentación y análisis de resultados.....	51
Prejuicios sobre el psicoanálisis según los expertos	51
Prejuicios sobre el cognitivo conductual según los expertos	53
Análisis comparativo sobre los prejuicios encontrados sobre el Psicoanálisis y cognitivo conductual.	57
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIÓN.....	65
REFERENCIAS	66
ANEXOS	69

INDICE DE TABLA

Tabla 1: Cuadro comparativo de la epistemología del psicoanálisis y el cognitivo conductual	42
Tabla 2: Entrevista aplicada a los profesionales.....	51
Tabla 3: Entrevista aplicada a los pacientes.....	53
Tabla 4: Interpretación de la entrevista aplicada a los profesionales.....	57

RESUMEN

El trabajo tuvo su finalidad de establecer un estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al malestar psíquico su importancia para recolectar y descartar ideas erróneas que existe la psicología con respecto al tiempo, la evidencia y los resultados que influyen de manera perjudicial en la orientación de los estudiantes y pacientes al momento de elegir un método de tratamiento. Sus objetivos fueron analizar los principales prejuicios del psicoanálisis y cognitivo conductual en los estudiantes y pacientes mediante el uso de encuestas. Se solicitó un análisis y esclarecimientos a los 4 expertos de cada orientación mediante las entrevistas la metodología es método cualitativo. Dentro de los resultados de las encuestas obtuvimos los prejuicios del psicoanálisis que fueron que hay “limitaciones en sus bases científicas”. Mientras que el cognitivo conductual tienen “cambios superficiales” y “La directividad con la que se tiene que manejar”. Se concluyó el psicoanálisis tiene limitaciones científicas a diferencia del cognitivo conductual para ambos el tiempo es una variable que afecta la rapidez. El psicoanálisis tiene poco reconocimiento, La similitud en ambas posturas es que es difícil eliminar en su totalidad las manifestaciones sintomáticas e la terapia cognitivo conductual es necesario mantener un orden y objetivos mientras que el psicoanálisis no apunta a la objetividad.

Palabras claves: Psicoanálisis; Síntoma; Cognitivo Conductual; Conducta

ABSTRACT

The purpose of the work was to establish a comparative study of the main prejudices around psychoanalysis and cognitive-behavioral as methods of treatment for psychic discomfort, its importance to collect and discard erroneous ideas that exist in psychology with respect to time, evidence and results. results that detrimentally influence the orientation of students and patients when choosing a treatment method. Its objectives were to analyze the main prejudices of psychoanalysis and cognitive behavior in students and patients through the use of surveys. An analysis and clarification was requested from the 4 experts of each orientation through interviews, the methodology is a qualitative method. Within the results of the surveys, we obtained the prejudices of psychoanalysis, which were that there are "limitations in its scientific bases." While the cognitive behavioral have "superficial changes" and "The directness with which I know has to handle." It was concluded that psychoanalysis has scientific limitations, unlike cognitive behavioral. For both, time is a variable that affects speed. Analysis has little recognition. The similarity in both positions is that it is difficult to completely eliminate symptomatic manifestations and in cognitive behavioral therapy it is necessary to maintain order and objectives while psychoanalysis does not aim at objectivity.

Key words: Psychoanalysis; Symptom; Cognitive-Behavioral; Behavior

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se hará un estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al síntoma psíquico.

La primera sección del primer capítulo se conforma por un recorrido histórico de las escuelas del psicoanálisis y sus aportaciones a los conceptos teóricos como el síntoma, el goce y las pulsiones, al igual que los personajes influyentes en la comunidad psicoanalítica: Freud, Lacan y Miller.

El segundo capítulo se formará a partir de las fundamentaciones teóricas del conductismo y sus experimentaciones con la Conducta, se recorrerá históricamente sus personajes de mayor influencia como Pávlov y Watson. La integración de la teoría cognitiva liderada por Ellis y Beck con sus aportaciones complementaria al conductismo y su formación como Cognitivo-Conductual.

El tercer capítulo se compone a partir de los prejuicios y desventajas generales del psicoanálisis y el cognitivo conductual, que suelen estar fuertemente arraigado a la crítica mutua entre estas escuelas que permitirá tener un contexto del trabajo de investigación.

El cuarto capítulo constituye a los fundamentos epistemológicos del psicoanálisis y el cognitivo conductual que nos permitirá una proximidad de las bases de cada una de esta disciplina y su relación con la ciencia.

El quinto capítulo consiste en la metodología. El enfoque de tipo cuantitativo, su población y muestra estará conformada por estudiantes y paciente que manejen la escuela del psicoanálisis y cognitivo-conductual mediante la encuesta se recopilará los prejuicios.

El sexto capítulo será la presentación y análisis de resultados. Se utilizará los resultados de las encuestas para la entrevista semiestructurada a los profesionales y aclarar los prejuicios que existen en el psicoanálisis y el cognitivo conductual su metodología será de tipo análisis comparativo y finaliza con una conclusión.

El trabajo de investigación se ubica en la línea 2 educaciones, Dominio 6 de estudios sobre sujetos relacionados con la revisión curricular del sistema de pregrado y posgrado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar los principales prejuicios del psicoanálisis y el cognitivismo como métodos de tratamiento al síntoma psíquico mediante un estudio comparativo, el uso de encuestas y entrevistas a los profesionales dentro del campo de la psicología, como herramienta para orientarse en la práctica clínica de atención a pacientes.

Objetivo específico

- Analizar los principales prejuicios del psicoanálisis y el cognitivo conductual como métodos de tratamiento al malestar psíquico mediante una encuesta, para levantar información que permita la prevalencia de los prejuicios en la población estudiantil y pacientes.
- Examinar los principales prejuicios del psicoanálisis y el cognitivo conductual mediante la modalidad semiestructurada de las entrevistas a 2 expertos del psicoanálisis y 2 expertos del cognitivo-conductual.
- Solicitar aclaraciones en sus respectivas áreas a los expertos en psicoanálisis (2) y cognitivo-conductual (2), sobre los principales prejuicios recopilados a partir de la encuesta hecha en la presente investigación mediante una entrevista semiestructurada a los profesionales de orientación psicoanalítica y cognitivo conductual.
- Presentar una conclusión de las influencias de los prejuicios de cada orientación en los profesionales y estudiantes, por medio de una recopilación bibliográfica.

Preguntas de la investigación

Pregunta general

¿Qué de cierto y falso tienen las ideas de las personas sobre el psicoanálisis y el cognitivo-conductual?

Pregunta Específica

1. ¿Cuáles son los principales prejuicios que existen en los 2 métodos de tratamiento al síntoma psíquico?
2. ¿Cómo influyen los principales prejuicios a los profesionales y estudiantes de psicología?
3. ¿Para qué es importante determinar los principales prejuicios de los 2 métodos en la práctica clínica de atención al paciente?

Capítulo I: El Psicoanálisis

Breve Historia

Antecedentes y breve historia sobre la constitución del psicoanálisis.

Si bien el psicoanálisis se remite desde sus inicios a Freud, es importante recordar los primeros pasos que el autor y padre del psicoanálisis recorrió antes de instaurar sus primeras teorías sobre el inconsciente, o como lo llamó en sus inicios “segunda consciencia”. En el hospital de La Salpêtrière, donde se realizaron los primeros estudios sobre la histeria dando paso a un desarrollo más profundo sobre las psicopatologías del ser humano, se encontraba Jean Marie Charcot. Dicho personaje es un neurólogo que exponía en clases los efectos de la histeria. Este fue un punto decisivo en la historia del psicoanálisis, ya que fueron los primeros encuentros de Freud con el punto de inicio de su teoría.

Posteriormente, con ansias de profundizar alrededor del estudio de la histeria, Freud se une a Breuer, un médico que responde ante las crisis histéricas de la época victoriana. La mayoría de sus casos se relacionaban con mujeres histéricas que acudían por signos como crisis de ansiedad, entumecimientos de ciertas zonas corporales, entre otros.

Las primeras etapas dentro de la construcción de la teoría psicoanalítica basado en los estudios preliminares de la histeria de Freud, se puede englobar a partir de dos tópicos, el famoso caso “Anna O.” y la sugestión hipnótica. El caso de Anna O. es un caso pilar de la teoría psicoanalítica, sin embargo, no debe interpretarse como si esta fue una paciente de Freud directa: ella fue paciente de Breuer, quien se destaca no solo por ser un caso empírico y real de histeria trabajado a profundidad por Freud, si no por haber superado uno de los obstáculos característicos de la histeria: la amnesia. Cuando se constató la existencia de este signo en la histeria, tanto Breuer como Freud advirtieron que la existencia del olvido de ciertos rasgos del sujeto, implicaba un contenido psíquico latente, es decir, un contenido psíquico inconsciente.

Así pues, desde el principio quedó en claro que el problema no consistía meramente en la investigación de procesos psíquicos conscientes, para los cuales bastarían los métodos de indagación ordinarios de la vida cotidiana; si también había procesos psíquicos inconscientes, se requería a todas luces un instrumento especial. (Freud, 1893, p. 11)

El instrumento que utilizaban para indagar alrededor de este contenido psíquico y los procesos que este implicaba era la sugestión hipnótica. Esto último para conseguir material que no era manifiesto en el discurso del sujeto. Incluso con Anna O. era necesario recurrir a este método, ya que a partir de su propio discurso presentaba gran material de su inconsciente.

No obstante, esta técnica no la siguió utilizando, ya que a pesar de las distintas sesiones en las que el paciente era puesto bajo hipnosis, esta no parecía mejorar. Por lo que, Freud renunció al uso de la hipnosis y se enfocó en llevar a sus pacientes a un estado de concentración, el cual denominó en un principio como “la técnica de la presión sobre la frente”. En el caso de Lucy R. se especifica el uso de esta técnica. No obstante, se encontró con un obstáculo en el uso de la misma: la resistencia de los pacientes.

Al dejar a un lado la hipnosis, Freud empezó a esbozar en lo que se conoce actualmente como “asociación libre”. Trabajaba a través del discurso del paciente, y esto posteriormente le permitió trabajar en el análisis de los sueños. Esto último construyó una grande base alrededor de los procesos del aparato psíquico, además del desarrollo del preconscious, inconsciente y consciente; junto con el estudio de la influencia del inconsciente en la producción de los sueños, incluso en los pensamientos más accesibles. Freud no solo trabajó con los sueños de sus pacientes, si no con sus propios sueños, dando paso a un autoanálisis y los consecuentes descubrimientos alrededor de la sexualidad infantil y el complejo de Edipo.

En su trabajo con Breuer, Freud encuentra una característica importante en el encuentro entre el paciente y el psicólogo: la transferencia. A partir de los rumores alrededor de la práctica de Breuer sobre el caso de “Anna O.”, Freud empezó a trabajar alrededor de la teoría de la transferencia. En un principio, llegó a denominarla un obstáculo para el proceso psicoanalítico. Posteriormente, llegó a considerarla como una pieza clave e indispensable del mismo proceso.

Por otro lado, es importante dilucidar las primeras fases del concepto de pulsión de Freud. En los histéricos:

El afecto queda estrangulado y el recuerdo de la vivencia es suprimido de la conciencia. Por lo que, el recuerdo afectivo se exterioriza en síntomas histéricos, que pueden considerarse como “símbolos mnémicos” o símbolos del recuerdo sofocado. (...) La vivencia original tuvo lugar hallándose el sujeto en un particular estado de disociación mental, que se describe como “estado hipnoide” (...) El “yo” del sujeto, considerando que esa vivencia era inconciliable con él, debió “defenderse” de ella. (Freud, 1893, p. 13)

En el momento en que este afecto se vuelve consciente, el afecto es descargado, por lo que la fuerza que mantiene al síntoma deja de funcionar, y este desaparece. Esta fuerza de abrección, de liberación, son los primeros esbozos y estudios de lo que Freud denominará como pulsión: la fuerza que empuja a los contenidos del inconsciente.

Si bien, todo lo que Freud adquirió a través de su trabajo en conjunto con Breuer le resultó fundamental al momento de crear su propia teoría, también fueron los numerosos casos que dieron base a la institución que hoy es el psicoanálisis. No obstante, Freud no es el fin del recorrido de la teoría psicoanalítica. Después de él, aparecieron muchos aprendices y diversas instituciones que cuestionaron e incluso llegaron a dejar de lado la esencia de Freud en sus obras. A pesar de eso, el autor más reconocido y que continuó con las enseñanzas de Freud es conocido como Jacques-Lacan.

Definición y generalidades

Introducción de Lacan al psicoanálisis: “Sean ustedes lacanianos, yo soy freudiano”

A Lacan y a Freud no solo los separa el tiempo transcurrido entre sus obras y la iniciación de Lacan en el psicoanálisis, también llegaron a separarlo diversas instituciones emblemáticas, como la IPA. Esto último se abordará más adelante. Sin embargo, es importante aclarar la iniciación de Lacan en el cuestionamiento y seguimiento de la obra freudiana, además de sus nuevos descubrimientos a partir del análisis de esta.

Una de las críticas principales de Lacan hacia la enseñanza de ciertas instituciones sobre el psicoanálisis, se basaba en la dirección que estas seguían sobre los elementos del inconsciente de Freud. Es decir, a partir de las primeras interpretaciones del Freud sobre el inconsciente, que llegó a denominar parte de la instancia psíquica que sería el ello, y que sería regulada por el yo y el superyó; las instituciones se enfocaban en el estudio de lo observable o manejable del yo. Esto último no se adjudicaba como una mala enseñanza, pero discernía de las primeras instalaciones de Freud sobre el contenido latente que se representaba en la psique a través de los descuidos, las neurosis y las psicosis. Por lo que, Lacan empezó a cuestionarse alrededor de la elaboración de estos conceptos, además de profundización de otros, como la transferencia y la psicosis.

Como se nombró anteriormente, Freud trabajó alrededor del concepto de pulsión, dividiéndolo en cuatro elementos: objeto, empuje, fuente y la meta. Esto, posteriormente, Lacan lo trabajará alrededor de la función del deseo y como es indispensable para el sujeto. Las concepciones de Freud sobre la pulsión profundizaron alrededor de la teoría del Complejo de Edipo, además de la teoría principal de estas sobre la pulsión de vida o Eros, y la pulsión de muerte o Thanatos. A partir de estas primeras relaciones entre la pulsión y la inserción del sujeto en la relación con el Otro, Lacan explicará y nombrará el deseo del sujeto como fenómeno esencial en la estructuración de este. Es a partir de la relación del Otro, y el encuentro con el Otro, que la falta que el sujeto desea responder, responderá a su deseo. Es decir, el deseo del Otro, será el deseo del sujeto.

La estructuración del concepto del deseo lacaniano se fundamenta en la respuesta del fantasma del sujeto. Esta pregunta fantasmática alrededor del deseo del Otro, es lo que guiará el deseo del propio sujeto, en tanto reconozca que su deseo realmente se ve influenciado por este Otro.

Por otro lado, el término de goce que trabaja Lacan en su obra, puede ejemplificarse mejor a través de otras de sus teorías sobre los registros en lo que se encuentra el sujeto: el registro de lo real, el registro de lo simbólico y el registro de lo imaginario. A través de esta teoría, Lacan propone que ya el sujeto no solamente se ve influenciado por el deseo que vendría a ser representado por el objeto a, el agujero que entrelaza los tres registros anteriormente mencionados. También establecerá que hay

un goce que puede llegar a perturbar al sujeto en su búsqueda inalcanzable por este deseo.

Este goce que perturba y al mismo tiempo es perpetuo para el sujeto, dinamiza a mejor escala que significaría o que representaría la inmensidad de lo real para el individuo. Por lo que, Lacan señala que estos tres registros se encuentran anudados por la falta, el objeto a, lo que empuja al deseo, con la finalidad de regular ese goce.

Actualmente, el estudio del goce es importante en la práctica psicoanalítica, teniendo en cuenta que es el goce del síntoma o el goce del malestar, la razón principal por la cual el sujeto acude a consulta. La insoportable inmensidad de algo que no se puede nombrar y que se muestra en el cuerpo, es lo que derrumba al sujeto y lo postra frente a la búsqueda de respuestas a través del psicoanálisis.

Como se nombró anteriormente, uno de los temas que Lacan retomó de Freud y lo profundizó, fue la transferencia. Para Freud, la transferencia funcionaba como un obstáculo parte del proceso psicoanalítico, en donde el paciente depositaba contenidos inconscientes en el analista o terapeuta, que se relacionan con las figuras paternas de este. Esto Freud retomará después en su conferencia en relación a la repetición. No obstante, Lacan no reduce la transferencia a una repetición de patrones o la sublimación de estos a partir del vínculo analista-paciente “hasta desembocar en su punto más logrado con la formalización, vía el matema, donde se tratará de un sujeto y un saber supuesto como posibilidad de análisis, lo que genera que la clínica psicoanalítica sea, fundamentalmente, una clínica transferencial.” (Álvarez, 2012, p. 61).

Es decir, Lacan va más allá de la toma de la transferencia como una repetición simple de los afectos paternos, si no como un representante de la propia función de la clínica analítica. En donde, a través del discurso del paciente y los no-saberes de este, se verán interconectados la clínica transferencial del sujeto con el propio deseo de este.

El psicoanálisis hoy

En la actualidad, hay diversas instituciones que siguen trabajando alrededor de las enseñanzas, tanto freudianas como lacanianas. Actualmente, Jacques-Alain Miller, quien heredó los trabajos de Lacan, es quien se encarga de la publicación y estudios de los mismos. No obstante, esto suele ser criticado por ciertos académicos, ya que no debería atribuirse todo análisis milleriano como la única fuente de seguimiento del estudio lacaniano.

Hay diferentes autores como Eric Laurent que se han dedicado también al análisis de las obras tanto freudianas como lacanianas, al mismo tiempo que redirige el psicoanálisis desde el estudio de distintas aristas como la toxicomanía y el goce del toxicómano. Teniendo en cuenta la flexibilidad del psicoanálisis en su adaptabilidad sobre las temáticas que puede abordar, estas van desde el estudio de diferentes terapias como la arteterapia y la musicoterapia, al estudio de la influencia de los tóxicos o las adicciones en el sujeto. Por otro lado, también se han cuestionado nuevas dinámicas e implementaciones de Freud alrededor la feminidad.

Es importante recalcar que, en la actualidad, ciertas teorizaciones de Freud en relación a la estructura del sujeto desde una posición femenina se han tachado de misóginas por diferentes agrupaciones sociopolíticas. No obstante, la intervención de diferentes analistas, además del cuestionamiento y análisis de dichas teorizaciones han permitido recobrar un sentido más amplio alrededor del psicoanálisis desde lo femenino.

A su vez, el psicoanálisis no solo se ha registrado en su natal Europa, también ha sobrevolado al continente americano, siendo fuertemente aceptado en la cultura latinoamericana. Hay diferentes exponentes al nivel latinoamericano que se ven representados por instituciones como la NEL, la Nueva Escuela Lacaniana, o la EOL, Escuela de Orientación Lacaniana. Además de diversos exponentes como Luis Dario Salamone o Silvia Tendlarz, cada uno especializándose en distintas ramas del psicoanálisis.

Dichas instituciones y representantes se mantienen vigentes hasta el día de hoy, a través de diferentes estudios e investigaciones que presentan para darle un sustento

más teórico al psicoanálisis, que ha sido duramente criticado por los años por no considerarse una disciplina científica.

A pesar de gozar de una buena aceptación tanto en Europa como en Latinoamérica, en Norteamérica no es percibida como una técnica basada en evidencia psicológica, por lo que no es considerada como una disciplina científica. El psicoanálisis se encuentra en disputa con ciertos paradigmas de la psicología experimental, en donde esta requiere que todo proceso que pueda ser considerado científico debe pasar por el proceso metodológico.

A su vez, el psicoanálisis ha sido criticado por hacer uso de tecnicismos y términos “grandilocuentes” que no podrían ser aplicados o que no tienen un sustento teórico cuantificable. Es decir, no puede ser corroborados a través de estadísticas. Esta es una de las mayores problemáticas del psicoanálisis en la actualidad, la aceptación de este proceso como parte de una disciplina en la academia.

No obstante, diferentes académicos que se enfocan en la investigación desde la teoría psicoanalítica han aportado al gremio académico diferentes aristas de las cuales analizar para sustentar la validez de la técnica psicoanalítica en el uso de la psicoterapia.

Por otro lado, a pesar de las diferencias que el psicoanálisis tenga con la academia actual y los prejuicios por parte de la psicología experimental, el psicoanálisis ha aportado a diferentes corrientes a través de los casos de Freud. Por ejemplo, el término de “transferencia” es reconocido al nivel de la psicología en general, ya que representa la importancia del vínculo entre el paciente-terapeuta. Además, se hace referencia sobre este entramado en donde Freud pudo analizar las ausencias, faltas y silencios del sujeto, en tanto que el análisis pudo poner en manifiesto que los humanos responden desde patologías que pueden llegar a explicar el comportamiento de la sociedad actual (Palomero, 2006, p 237).

A pesar de que la visión actual del psicoanálisis se vea desgastada por los intentos positivistas y reduccionistas de la ciencia, este tiene la ventaja de la flexibilidad y adaptabilidad de sus técnicas; junto con todo el recorrido que lo respalda tanto teóricamente como empíricamente. Por lo que, el psicoanálisis sigue siendo un pilar importante en la formación de todo terapeuta y en la historia de la psicología.

El deseo, goce y el fantasma del sujeto, su importancia en relación a la clínica.

Desde el psicoanálisis el deseo correspondería, conceptualmente, a la pérdida de lo biológico, es decir, “Desear” es buscar la misma percepción que, en un tiempo primero, condujo a una satisfacción. “Freud encontraba en el deseo una explicación de la formación del síntoma, como un recurso que evite las causalidades biologicistas y dé paso a la comprensión del inconsciente.” (Fernández Durán, 2019).

Por otro lado, tomando en cuenta a lo que postula Lacan el deseo va a partir desde la estructura del sujeto, puesto que, para Lacan se basa en la noción del sujeto deseante. Según Fernández Durán (2019) menciona que:

El deseo, bajo la comprensión lacaniana, constituye la esencia del hombre y, por consiguiente, la base de la práctica analítica. En consecuencia, surge la noción de “sujeto deseante” como un resultado lógico de lo que Lacan denominó constitución subjetiva. La constitución subjetiva es una sucesión de tiempos lógicos que principalmente articulan los efectos que el Otro tiene sobre el sujeto.

Por lo tanto, desde este autor que el deseo se basará en esa falta de una primera satisfacción, como inicialmente Freud lo postulaba, para a través de las distintas fases que transita el sujeto; por ejemplo, la salida del complejo de Edipo a través de su salida por medio de la función de la metáfora paterna. Asimismo, desde este ejemplo, hay más procesos por los cuales el sujeto pasa o se fija, dando como resultado una cadena de síntomas, o traumas, o vacíos que forman subjetivamente a los futuros sujetos neuróticos, psicóticos o perversos.

Del mismo modo, se explicará brevemente como el deseo en la neurosis parte desde dos lecturas distintas en función al Otro. Por un lado, se tiene la neurosis histérica que busca ser el deseo del deseo del Otro, lo va a lograr por medio de este goce del deseo insatisfecho es el goce de la privación. Por eso, para Lacan, también, el deseo de deseo es universal. Si somos sujetos divididos, todos nos posicionamos en algún punto, de alguna manera en los distintos lugares agentes. Podemos estar en el lugar de amo, de saber, de objeto a, de sujeto dividido. Como esto es un efecto de la estructuración subjetiva, el deseo es en ese sentido de todos. Y como hemos visto que es incesante en

su búsqueda de satisfacción, podemos decir que el deseo insatisfecho es una condición universal. La diferencia está en que yo goce de esa condición, que yo, vía el síntoma, goce del deseo insatisfecho.

Ya con Lacan se recogen los aspectos importantes de Freud. En relación a la conversión, Lacan va a utilizar el término de fragmentación corporal como, vía el significante, el goce puede tomar una parte del cuerpo. Ahora ya no es la conversión en el sentido de simular un mal médico sino en el sentido de que el cuerpo es tomado por el goce. Fragmenta porque lo divide y no toma todo el cuerpo, sino una parte: la zona privilegiada suele ser la zona oral, pero también depende. ¿Qué tiene de común con la conversión? Que el goce se expresa en el cuerpo. Un fragmento del cuerpo es tomado por el goce.

Tomado desde el concepto identificación-libido, la homosexualidad, expresado en la Histeria, el interés se centra en el interés hacia el otro del mismo sexo que no incluye el sentido sexual, sino que se pregunta ¿qué tienes tú para llegar a un hombre? En esa pregunta me tengo que poner en los zapatos de un hombre también para saber qué mira, qué quiere, lo cual conlleva a la identificación viril.

Lacan aborda la neurosis como una pregunta por el ser en la neurosis obsesiva, por el sexo en la histeria. En ésta última la pregunta grita porque la feminidad tiene que ver con asumir una posición frente al otro sexo.

Esta pregunta da cuenta sobre cómo hacer con el otro sexo. Si la neurosis es pues una especie de pregunta cerrada para el propio sujeto, los síntomas se pueden entender como los elementos vivos de esta pregunta articulada sin que el sujeto sepa lo que articula. No es una pregunta netamente consciente que el neurótico pueda ligar con su síntoma.

La neurosis revela que la falla de la regulación de goce va a afectar su posición frente al otro en el sentido de la propia representación (quien soy para el otro) y la relación con el otro en el sentido sexual. El síntoma va a revelar esa dificultad para hacer con el otro sexo en el histérica/o. En términos de Lacan, la neurosis histérica revelaría que la falla en la regulación de goce va a afectar la construcción, el sentido que tengo de quién soy yo para el otro, vía el fantasma y junto con eso (porque el goce del fantasma está involucrado) va a afectar también mi modo de relación con el objeto sexual.

El síntoma representa justamente esa dificultad. Es un recurso para el goce de lo retornado de lo reprimido y a la vez representa la dificultad de la regulación de goce en relación al otro sexo. Todo aquel que pasó por el proceso de subjetivación se concibe luego como sujeto en falta, deseante, dividido. Como está en falta, se dirige al lado mujer en su condición de objeto deseado para hacer con la falta. La elección de partenaire expresa una forma de hacer con la falta. Gozar desde el lado hombre: vía el falo. (Romero, 2019) (Romero, 2019)

Del lado mujer, no existe un significante que diga lo que es ser mujer. No existe en la lógica fálica para la mujer, sino para el hombre. Ser un hombre en la lógica fálica tiene que ver con el tener, ser mujer bajo esta lógica tiene que ver con el ser. Pero a la mujer no se le resuelve la pregunta por el ser a través de la lógica fálica: no existe La respuesta universal a la pregunta. Cada una encuentra una respuesta, la construye posiblemente desde este lugar: desde semblante de objeto a, de objeto de goce del hombre. Hacer semblante de objeto de goce.

Cuando decimos goce de la privación, estamos diciendo gozar del deseo insatisfecho. La histérica goza del deseo insatisfecho, así que siempre se van a quejar de aquello que no está en la realidad. Entonces es siempre eso que no hay, que no se tiene, que no es. Y aquí también tiene que ver la identificación con el padre.

Dice Lacan también que algo más que caracteriza esta neurosis es el amor al padre. Porque se ama al padre hay identificación. Pero no solamente por esto: Ella restituye la falta del padre vía la idealización para identificarse y entonces para tomar de él la forma de hacer con la falta. Es como si ella se posicionara en el lugar del tener para identificarse y lidiar con esta falta. Como un pseudo “convertirse en el hombre potente completo porque sabe que el tener es estarlo (masculinidad).” Sólo así quizás pueda tener una respuesta de lo que es ser mujer. Es vía la identificación con el tener. Si el padre es impotente, ella también. Por eso, lo sostengo en el lugar de completud.

Si el padre cae, si reconozco la falla, la impotencia, caigo yo también. Angustia a la histérica la caída del padre. Ahí donde es un mecanismo para hacer con la falta, tiene la trampa porque se posiciona en el lado masculino. La identificación produce que me pierda en el otro: si el cae, yo también. No soporta señalarle al padre la falta. No lo cuestiona. Y con la pareja en un momento hace algo muy parecido.

También, es un modo de relación. Las relaciones primordiales determinan las posteriores elecciones de objeto. Por eso cuando unos están en consulta, uno está cuestionándose la estructura. No es necesario saber cómo es detalladamente la relación con los objetos primarios. Ya solamente con ver desde dónde se posiciona este sujeto para relacionarse con los otros es cuando podemos armar hipótesis de la estructura.

El histérico se apuntala en el amor: Ahí donde el amor es problemático, el neurótico hace síntoma, sufre, esto lo equilibra. El amor es un tema importante para el neurótico. En la histérica cumple un papel crucial. Ama al padre, pero se apuntala en ese amor, y eso es problemático porque el padre no es potente, no es perfecto. Pero tampoco es muy impotente. Bruce no es el prototipo de hombre potente.

En el caso de la neurótica histérica, la identificación cumple un papel importante en ambos sexos.

La identificación: Ella encuentra una manera de hacer con la falta no desde el lado femenino porque es problemático (no en el sentido de lo imposible, pero para responder esta pregunta tiene que encontrar el lado amable de lo femenino; hacer semblante del objeto a del lado amable: “hacer que el hombre coma de mi mano”. Aforismo de antaño simbólico. Esa es una forma del lado amable de la feminidad. Miren el juego: si está comiendo en mi mano, ¿quién tiene control? ella. ¿Pero cómo se tiene control si hace semblante de objeto? Le hace creer que ella es lo que él necesita. Para que el hombre no te moleste, hazle creer que las ideas tuyas son de él.

El lado femenino tiene su parte amable. Ahora, si mi metáfora paterna me produce tropiezos en la solución de cómo hacer con la falta, ese lado femenino se volverá problemático. Yo tengo problemas para posicionarme en el lado amable cuando hay inconsistencia en la metáfora paterna. Me doy cuenta de que no existe la mujer. Las histéricas se guardan el problema de lo femenino vía la identificación.

El amor al padre es restituirlo, sostenerlo en este lugar. Verle siempre el lado amable al padre. ¿Qué es lo que Freud dice? Son padres impotentes. Esta operación restituye al padre, y restituye al propio sujeto. La histérica no soporta la tachadura del padre.

El fantasma condensa goce de la privación y deseo insatisfecho. La falta es la protagonista (pérdida del objeto a). Ante la pregunta por el deseo del otro, la histérica

responde fantasmáticamente desde el lugar pasivo: la identificación al falo. Cuando ella se encuentra con este gran otro deseante, cuando se dirige a él, lo hace desde una posición determinada, identificándose al falo para ser deseada por el otro.

Por eso, si la histérica está en este lugar, el otro le da el ser, depende de que el otro la desee. Ella antepone el deseo del otro ante su propio deseo. Por eso sufre, se queja, le reclama. No advierte que ella misma entra en este lugar. No sabe cómo goza. Para ella, él es el culpable de no desearla. Ella es el objeto puro que completa al otro, por eso el otro es el culpable de las cosas que a ella la hacen sufrir.

Por otro lado, en el caso de las neurosis obsesivas, el obsesivo da para que el Otro esté feliz pero este “da da da” tiene también su punto de límite, pero doy porque obsesivo, doy lo que yo defino sin dar lugar al deseo del Otro, y entonces en algún punto me veo confrontado con que el Otro me hace saber que eso no es lo que quiere.

Por ejemplo, llena de cosas que no ha pedido, y la única cosa que quiero no me la da la pareja del obsesivo. Entonces, él se siente mal, le parte el corazón que esta frase desconozca todo su esfuerzo, porque él decide qué necesita ella. Eso que ella pide lo posterga. Un caso, imaginémosnos a un hombre que no quiere comprometerse. Él ha hablado de que va a pasar, pero eso con el tiempo no llega a suceder. Para él eso es amor, porque le importa ella la llena de cosas, que son objetos, pero no escucha y no presta oído a lo que ella quiere. Entonces da mucho y se esfuerza por lo que supone el Otro demanda. Decide por el Otro porque no hay espacio para el deseo del Otro. El obsesivo o la obsesiva se manejan en el plano de la potencia, a diferencia de la histérica o histérico que se manejan en el plano de la falta. Como es potente: da, tiene.

Porque está en relación al Otro porque el neurótico ha atravesado el proceso de estructuración y ha significado la falta. Me he servido del padre para prescindir de él. Pero hay neurosis porque hay problemas para hacer con la falta.

Si este neurótico es histérico desde su fantasma responde en una posición de goce masoquista frente a la falta del Otro. Esta posición en Lacan se refiere al goce de la privación y al hablar de esto, hablamos de deseo insatisfecho porque lo que está siempre en la encrucijada es el deseo del Otro. Lo que el neurótico histérico no es su deseo sino el deseo del Otro. Está inscrita la falta, pero tiene problemas con ella, a fin de cuentas. El síntoma revela ese problema.

Como ama al padre, lo idealiza. La salida ante la falta es idealizar, pero el costo es muy alto porque significa que yo estoy resolviendo las fallas del Otro al completarlo. Eso es masoquista porque yo soy la muleta, la cuarta patita de la mesa. Pero si hablamos de la obsesión, la otra cara de la neurosis, la respuesta frente a la pregunta del deseo del Otro responde desde una posición de goce sádico. Y entonces, eso al obsesivo le exige una travesía más tortuosa que la del histérico. Lacan reconoce que, de las dos estructuras, la más susceptible de tratamiento, menos rígida y complicada es la histérica.

El obsesivo tiene pensamientos o sentimientos negativos, pero lo que sale en las palabras o en los actos es bondadoso, aunque la condición es maligna. El fantasma hace que por el goce sádico del obsesivo piensa feo. Son mal pensados. Pueden ser suspicaces, sucio. La formación retroactiva hace que el mal pensamiento no se lleve al acto, sino que el acto es algo contrario, por eso retroactivo; se anula el pensamiento feo con un acto bueno, correcto (Galor, 2013). El otro mecanismo de defensa es el aislamiento: descargar el evento de los afectos. El obsesivo puede lucir como si no tuviere afectos. En el momento del evento, no llora, no tiene coraje. Separa los afectos del evento que moviliza esos afectos, el evento al que se corresponden; en el duelo, en el velorio, accidente se muestra desafectivizado y ya después con una cosa que no tiene nada que ver sale los afectos.

Desde el goce sádico están las defensas y esta posición del obsesivo reduce el deseo del Otro al plano de la demanda. Está permanentemente interesado en qué quiere, qué necesita en este plano. Que todo esté bajo control y bajo la demanda, significa que el deseo quedará como incertidumbre (Lutereau, 2016). El obsesivo puede mostrarse muy belicoso como el histérico, en el discurso, el obsesivo trae mucha narrativa, pero no tiene los conectores, puede traer fragmentos de cosas, pero no conecta los relatos. Los conectores están reprimidos. En el histérico no sucede esto. Se dirige a que el Otro le responda las preguntas.

Inicialmente, el orden está dividido porque está con dos deberes morales: seguir el amor de su corazón y/o seguir y cumplir en relación al deber. El primero tiene que ver con el querer, pero el deber me lleva a considerar a la persona que podría beneficiarme a mí y a mi familia. La mujer rica o la mujer pobre. Por eso hay conflicto porque si tomo a uno pierdo al otro y viceversa. Vamos a encontrar un conflicto moral como el

meollo del asunto, como la causa. El síntoma de la n obsesiva es causado por un conflicto moral.

Si hay síntoma la represión fracasó en su función de defensa en relación la conciencia, no pudo librar al Yo y a la conciencia del contenido rechazable que retornó de lo reprimido. Esta falla de la represión la ubicamos en la etiología de la neurosis. Va a recaer la represión sobre una moción pulsional prohibida cuyo influjo es vivido como tentación y como consecuencia culpa y angustia.

Lo que angustia al neurótico es ese contenido reprimido que retorna. La represión censura, prohíbe en el sentido de cumplimiento de la pretensión inicial de la pulsión, y, sin embargo, aunque no se cumpla la pretensión de la pulsión, a manera de síntoma esa pulsión satisface. Al verse la pulsión impedida por la vía inicial, encuentra vía el síntoma el sustituto (formación de compromiso) la satisfacción.

El fracaso la defensa va a generar acciones y rituales ceremoniales. Entonces, ante el fracaso de la defensa, el contenido del síntoma frente a la moción pulsional censurada o impedida por la represión aparece a manera de ceremoniales, de actos obsesivos, ideas obsesivas. Pero los contenidos de ambos son opuestos a la pretensión pulsional. Por eso, estos contenidos son siempre en relación a la limpieza, a la seguridad. Cuando Paul Lorentz va por la calle y se tropieza con una piedra y piensa que debería sacarla del camino porque a lo mejor su amada va a pasar por ahí y que con esa piedra va a tener un accidente. Entonces quita la piedra del camino, pero luego se contrapone otra idea opuesta y se dice: “qué tontería lo que estoy haciendo”. Luego se problematiza y la pone de nuevo donde estaba. Piensa una cosa que considera absurda y la deshace, y la vuelve a hacer, y así. Es un conflicto consigo mismo: intrapsíquico. El del histérico es hacia afuera.

Aquí vamos a ver dos conceptos importantísimos presentes en la neurosis obsesiva y que son determinantes respecto del diagnóstico. En Inhibición, síntoma y angustia, Freud va a hablar de las actividades del Yo y la formación de síntomas. Estos dos mecanismos son: anulación y aislamiento. Son formas defensivas a partir de las cuales opera la defensa. (Galor, 2013)

Anulación: intento de hacer desaparecer lo ocurrido, donde el segundo acto cancela el primero. Eso es el ejemplo de la piedra. Es decir, hago un acto y a continuación lo

deshago. El primer acto no tiene una causa lógica, ni el segundo tampoco. El segundo anula el primero. Es absurdo hacer lo primero, y con el segundo anulo eso absurdo. La oposición, la contradicción es muy presente en los obsesivos. El obsesivo es un contreras.

Aislamiento: Mientras la anulación está en el acto, pero sabemos que se produce a partir de una idea, el aislamiento recae sobre la dimensión subjetiva. Tiene que ver con que el afecto no acompañe al evento al que le corresponde. El obsesivo puede parecer en ese sentido descuidado, inmaduro, con sus emociones bajo control. Ahí donde la gente se desborda, él puede mantener una aparente calma. Logra desafectivizar el acontecimiento. Separa los afectos y se los guarda en el bolsillo, aunque le duela, displacentero, sea penoso. ¿Cómo entonces que le afectó si no lo muestra?

La represión recae sobre los puntos conectivos de la relación, sobre los eslabones asociativos, y el obsesivo no se da cuenta. Hay una asociación. El aislamiento no le deja ver, y por eso no sabe por qué llora.

En relación a la comprensión de la neurótica que encontramos en la formación de síntomas de Paul Lorentz, eventos que él recuerda muy bien, aunque no logra asociarlos. ¿Qué le ocurre al histérico? No se acuerda. “De los 7 años, para atrás, no me acuerdo de nada”. En cambio, el obsesivo se acuerda, demasiado, sin asociar. La defensa cae en el histérico cae sobre los contenidos y recuerdos, en cambio en el obsesivo la represión cae sobre los lazos asociativos.

El neurótico no quiere ceder el afecto, ahí el problema también. Al tener la posibilidad de retirar el afecto, no tiene por qué olvidar, a diferencia de la histeria. Desconecta los afectos para alejarse de ellos. En ambos casos la defensa es la que produce el olvido del recuerdo o la separación del afecto del recuerdo, en ambas neurosis.

Una parte de la historia infantil del histérico y la obsesiva está olvidada. Es como un bloqueo generalizado.

Si la neurosis es una moneda con dos caras, una la histeria y la otra la obsesión, entendemos que hay operaciones comunes como la castración, pero al ser dos neurosis hay diferencias. Indicadores importantes para hacer esta diferenciación, en la neurosis obsesiva: se presenta muy tempranamente. Los síntomas inician en la primera infancia. Cuando vamos a la historia infantil, encontramos que ya en la época de la primera

infancia aparecen indicadores que tienen que ver con el goce sádico en el niño y niña obsesivo, a diferencia de la n. histérica donde no vemos mayores dificultades en la primera infancia

La posición de la pulsión en la neurosis obsesiva tiene que ver con la fase sádico anal, ligada al control y el dominio. El niño obstinado, ejemplo. En la histeria no vemos eso. El obsesivo oscila de manera ambivalente entre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto, las caras positivas del amor, del perfeccionismo, de la moral operan como defensa frente a estas otras dimensiones de carácter negativo: odio, inmoralidad, las cuales tienen que ver con el goce sádico, goce de control, de dominio.

El fantasma del goce sádico: el control y el dominio son sádicos. Si encontramos esta dimensión sádica en el fantasma, los pensamientos y actos obsesivos operan de manera defensiva en relación a ese goce. El neurótico hace uso de la defensa para enfrentar las pretensiones de su goce sádico, por eso la ambivalencia. Del goce sádico lo pensamos desde el deseo de muerte y de destrucción en relación al Otro, para lo cual construye de manera defensiva ideas y actos como maneras de lidiar oponerse a sus propias pretensiones. (Lutereau, 2016) En el dominio cognitivo, psíquico o mental eso nos lleva a hablar de la compulsión de pensar. Entonces hablamos de las ideas obsesivas y las diferenciamos de los actos obsesivos. Él posterga para no tener que elegir. La elección adquiere un valor de falta, falta de la cual no quiere saber. Ese es el problema de elegir. Cuando tengo dos opciones tengo dos posibilidades, dos salidas. Cuando opto por una pierdo la otra, o viceversa. Eso es lo que trae la decisión, y ante eso el obsesivo no quiere saber; por el rechazo que tiene en relación a la falta.

Previo a la inscripción de la ley, el niño habita en la dimensión del todo. Todo se puede. Cuando no hay ley, significa que todo se puede. La castración introduce la lógica de que no todo se puede. Esto si yo paso del todo se puede al no todo, suena a pérdida, a desamparo, suena a límite, pero en el sentido de perder. Si todo se puede, gano, si no pierdo. En esta problemática se queda el neurótico porque en el no todo se puede traer algo de pérdida. Poder hacer con la falta significa tomar el sentido de lo que hay y no de lo que falta. El neurótico se queda en esa frustración, se odia, se entristece. El manejo de la falta existe. Si algo se puede, sin embargo, yo puedo hacer en nombre del deseo. El deseo tiene que ver con el algo que se puede. Aquí, en la neurosis yo puedo quedarme en la impotencia, en la depresión, pero por otro lado estoy hablando de

deseo. La ley cierra algo para abrir otra cosa. No es un cerrar, un no absoluto, es cerrar algo para abrir otra cosa. Esa es la función de la ley. No en el sentido de que la ley significa no me dejan ser, no me dejan hablar. Eso es abuso de poder. La ley no es eso. El autoritarismo, el abuso de poder es goce. En la ley hay apertura.

Lacan dice que la neurosis obsesiva se camufla, niega y amortigua la intención agresiva a partir de las ideas y los actos obsesivos. Es decir, Paul tiene razones, no se le aparece a nivel consciente lo visceral del goce sádico porque usa a ley para multiplicar su punto de vista. Y partir del amparo de la ley puede decir cosas que ante los otros puede ser doloroso, cosas duras, cosas malas. En el sentido de la honestidad, está amparado. A veces no mide lo que dice. Él está adherido a la ley y al principio para justificar lo que piensa y lo que dice. Por eso no le importa tanto lo que el otro imaginario piensa. La histérica sí, es su referente. (Godoy, 2009)

Así mismo, en Función y campo de la palabra y lenguaje en Psicoanálisis, dice Lacan que los símbolos narcisistas ligaban al Hombre de las Ratas con el padre de muerto a través de una agresividad fantasiosa perpetuada y a la dama idealizada por el culto mortificante que la transforma en odiada, vemos cómo la agresividad está dividida justamente al objeto amado. El mismo amor o la vertiente amorosa del afecto opera como defensa frente al Otro. (Lacan, citado por Arranz, 2003)

El odio suscita a manera defensiva el amor. Por eso, el obsesivo ama y odia, ama, odia. Un día ama al padre y otro día lo odia. Oscila muy intensamente en esta cuestión, pero no es tan expresivo como el histérico: el obsesivo estalla hacia adentro, implosión. En este sentido el odio se vuelve una condición. Como es un amor-odio en circuito cerrado, el mismo odio es una condición para no odiar lo propio, es decir, el odio en el obsesivo es algo que se necesita.

Odia la falta del otro porque la falta del otro lo lleva a su propia falta. En el sarcasmo muestra la falla del Otro, de manera adornada le dice al Otro que está en falta. Pero lo hace porque le molesta, le da fastidio el Otro.

En la deuda obsesiva se evidencia el imposible de poder pagar la deuda simbólica. Su deseo es imposible porque el deseo está arraigado a algo imposible de resolver. Ahí donde pretende sacar la cabeza como sujeto deseante, en el momento en el que el deseo asoma su cabeza, el rechazo frente a la falta no lo deja. El deseo no puede circular

libremente. Un proyecto imposible de resolver. Ejemplo, una obsesiva enamorada de un proyecto imposible.

Al imposibilitar una relación con el Otro, se asegura no verse con el deseo del Otro. Un proyecto imposible de resolver me permite a mí evadir la falta. El deseo es lo que alude al vacío que hay que completar, el goce es completo. Cuando más le obedezca al superyó, mayor la angustia. Me exijo más, me siento más culpable. Porque cada vez que me exijo me confronto con lo imposible de cumplir, con lo imposible de saldar la deuda, y así más goce. Cuando hay culpa viene la penitencia. Y entonces los obsesivos pueden motivados por la culpa, autocastigarse. Se van con todo. Se cogen todo, se van contra todo, destruyen todo.

Lo que se cambia es la relación con el fantasma de uno. Entonces, la misma pareja, el mismo gobierno, el mismo todo, pero uno ya mira diferente. Ya no se mortifica por muchas cosas. Esto puede suscitar el análisis. Me prohíbo acceder al deseo con proyectos imposibles. Es al otro a quien se le hace mantener una prohibición: la del deseo, el deseo prohibido. Entonces, si el Otro tiene un lugar en relación al neurótico obsesivo es en tanto forma parte de este deseo prohibido.

En relación a las mujeres obsesivas:

Primero en relación al Edipo.

Prematura maduración del yo que lo obliga. Se vivió un goce de manera obsesiva y eso nos lleva a pensar con lo que Freud manifiesta respecto de este goce activo o posición activa de satisfacción pulsional, como la fijación se produce en un excesivo placer. Freud dice que el Yo se anticipa, por eso la fijación se produce en las etapas sádico anales pre- genitales. (Esborraz, 2018)

Obsesión se traduce como forzamiento y obligación. En términos de goce, lo situamos en la etiología. Lo forzado tiene que ver con la elección de objeto en las vivencias de excesivo placer en la primera infancia. En las obsesivas observamos a la par que los obsesivos querer al ideal como a sí mismo, porque si hablamos de la libido, hablamos del narcisismo. El Yo forzado implicó una elección temprana de objeto cuando el orden sexual no ha alcanzado una genitalidad, por eso hablamos de goce sádico anal. Este Yo va a disponer de una pulsión de dominio y control en relación a esa fase sádico anal cuya sublimación dará consecuencia a la pulsión de saber.

El hombre de las ratas a partir de las vivencias con las niñeras recuerda que se suscitó una intensa curiosidad por ver los cuerpos desnudos. La pulsión de saber encuentra la manera defensiva de salir. Hay cosas que no puedes pensar, hay cosas que no debes querer saber, y por eso la duda aparece de manera defensiva frente a la pulsión de saber, porque en tanto los contenidos de la pulsión de saber son censurables para el yo. La pulsión de dominio es la mamá de la pulsión de saber. Saber mucho es tener control. Nos dicen que el saber da poder. Entonces, cuando la neurosis obsesiva explota, cuando se presenta el síntoma, entendemos que se produce la regresión a los puntos de fijación de formación de síntomas. Lo reprimido retorna.

La obsesiva en la puesta en escena de la fijación, la angustia frente a la pérdida del amor de la madre, se va a ofrecer como la niña obediente, limpia y buena. Así resuelve la falta de la madre, así resuelve la falta de la madre. Su odio se dirige a lo materno. Entonces, por no perder el amor a la madre, se ofrece como esta niña linda, como la niña que hace con la falta ofreciéndose como objeto para colmar la falta materna y para no perder su amor. Y entonces entramos al Edipo en la neurosis obsesiva.

En el proceso de la separación de la madre se plantea una disyuntiva: conservar el amor o dirigirse al padre. Ella comparte el primer objeto primordial de la experiencia placentera primera: la madre, pero luego, ella debe pasar de la madre al padre en la progresión para salir del Edipo ella debe renunciar a la madre y tomarlo como objeto de amor al padre. El punto es que conservar el amor de la madre la obliga a dejar de ser el objeto de su deseo. En la n. histérica aparece que la reversión narcisista en el cuerpo lo coloca en posición de sueño masculino, ser su falo, continuidad de la posición fálica de la madre.

En la obsesiva, el devenir del deseo fálico se regirá por el deseo de hijo con la madre. Encontramos que muchas mujeres en la adultez la maternidad produce síntomas, desestructura. Y vamos a parecer ahí las medidas de control, la compulsión en relación a la limpieza, a la protección excesiva del bebé, que, si come o no come, etc.

La promesa de mantener el falo, el deseo de tener un niño se desliza hacia el padre. En este deslizamiento se sitúa en la elección de objeto masculino. Ahí donde en el Edipo infantil ha vivido con mucha intensidad esta relación en torno al objeto materno, en el pasar de la tensión hacia el padre, lo que genera odio, va a encontrar la otra cara del afecto.

Capítulo II: El cognitivo conductual

Breve historia

El origen de la terapia cognitivo conductual tiene sus comienzos desde corrientes filosóficas como punto de partida recoge pensamientos, principios de los estoicos, que tenían como objetivo alcanzar la sabiduría y felicidad, de acuerdo a sus valores morales determinaban el modo de actuar, guardando conexión con la gestión de los sentimientos y emociones, así como también recoge como antecedente histórico, doctrinas religiosas como el budismo, que todo lo que cause displacer podía ser modificado por medio del autoconocimiento, estableciendo sus constructos teóricos, avances científicos teniendo su comienzo formal desde la llegada de la Terapia de la conducta, basado principalmente por las teorías de aprendizaje, argumentando que la conducta está regido por los principios del aprendizaje, a través de procesos experimentales, teniendo su primero corrido netamente desde la parte conductual, para posteriormente pasar al linaje de la Terapia cognitiva, estableciendo su enfoque en abordar todos los elementos que interrelacionados que hacen padecer malestar en el sujeto, que va desde los pensamientos, las emociones y la conducta. (Díaz, Ruíz, y Villalobos, 2012).

Teniendo como características específicas que la terapia cognitivo conductual, tiene sus herramientas empíricas en su aplicación clínica técnicas conductuales y cognitivas, cuenta la mayor evidencia científica en todas sus técnicas por el progreso y avance experimental en sus intervenciones, dejando como evidencia a la hora de tratar problemas y trastornos psicopatológicos, que generan conductas desadaptativas, malestar o disfuncionalidad en el sujeto

La terapia Cognitivo Conductual tiene su auge desde sus bases sólidas de la psicología conductista, que argumenta que el comportamiento guarda una relación directa con las teorías de aprendizaje, así como también más adelante empiezan a descubrir nuevos avances incorporando elementos de la psicología cognitiva, centrándose en el enfoque de los procesos mentales, los esquemas cognitivos, teniendo en cuenta los fenómenos que surgen en el pensamiento y ya su vez generan un impacto en la forma en cómo nos comportamos, como rigen la conducta del individuo, por lo que la TCC, está dividida en tres generaciones de las cuales cada una aportaron al

proceso, y desarrollo de nuevos constructos teóricos y avances científicos de la psicología basada en la evidencia.

Primera Generación

El primer estadio hace su punto de aparición en la década de los 50, dejando a un lado el predominio del psicoanálisis que existía por aquella época, dando paso a la revolución conductista abriendo una nueva apertura para los estudios de la psicología, dando lugar a las *Teorías de aprendizaje*, teniendo como principales referentes a Pávlov en su dedicado experimento en laboratorios, dando apertura al *condicionamiento clásico*, así como también otros autores siguieron estudiando y dando nuevas propuestas Skinner formula la teoría de *condicionamiento operante* que incluía elementos como estímulo, respuesta, antecedentes y consecuencias, siendo ellos los máximos exponentes de la Terapia de la conducta, siendo sus aportaciones valiosas para lo que se considera hoy en día en análisis experimental de la conducta, dejando técnicas, como el reforzamiento positivo, y el reforzamiento negativo, para proporcionar conductas positivas, así mismo, también implementaron técnicas como la de castigo, extinción, tiempo fuera, con la finalidad de reducir conductas no deseadas.

Así mismo Thorndike formula una teoría del aprendizaje activo, seguido de la ley del Efecto, que contribuiría para las postulaciones en *Psychology as the behaviorist views it (1913)* de Watson dando lugar al conductismo metodológico, siendo estos constructos del aprendizaje de la conducta para las intervenciones conductistas. Posteriormente otro representante conductista destacado Joseph Wolpe, planteó su teoría de *Desensibilización Sistemática* una técnica que consistía en eliminar de manera gradual los efectos de la ansiedad, por medio de aproximaciones de un estímulo para hacer frente a ese malestar.

Segunda Generación

El segundo estadio conocido también como la revolución cognitiva marcaría su auge a inicio de la década de los 70, es así como dan paso a la psicología cognitiva de la mano de exponentes como Beck, Ellis y otros más que formularon grandes aportaciones para el objeto de estudio de la psicología, dejando de un lado los estudios del aprendizaje de su anterior oleada, y trayendo los aspectos cognitivos como el modelo implicaría la comprensión de como el ser humano procesa la información, dando un eje a los elementos como la percepción, la memoria, la atención, pensamientos, son fenómenos cognitivos que estarían regulado bajo un sistema de creencias del cual sería el modo de abordar la génesis de los problemas emocionales y conductuales.

Definición y generalidades

La terapia cognitivo conductual conocida también por su abreviatura TCC, junta las terapias conductuales y cognitivas en su intervención terapéutica, que tiene como finalidad abordar aquellos pensamientos disfuncionales, irracionales, rumiaciones que causan afectación en las emociones, sentimientos, en las conductas del individuo, así como también sus intervenciones están basadas en que el paciente pueda ir identificando aquellos pensamientos distorsionados junto con el terapeuta, ayudándole al individuo a comprender la causa que afecta de aquellas ideas, percepciones, cambiando lo cognitivo, hacia lo conductual en cómo actúo, para poder modificarlas, y de esta manera potenciar nuevas conductas más funcionales, la estructuración de esta psicoterapia es activa, con respaldo científico en todas sus técnicas.

La terapia cognitivo conductual tiene su definición actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2012).

Es decir, se trabaja sobre aquellas conductas disfuncionales, por medio de técnicas conductuales y cognitivas, que permitan brindar herramientas de afrontamiento, habilidades que potencien nuevas conductas más funcionales y adaptativas en el individuo, complementándolo con tareas para realizar en casa.

Características de la Terapia Cognitivo Conductual

En esta sección, se ha destacado las características fundamentales de la terapia cognitivo conductual, según lo indica el autor (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2012).

- El foco por el cual se centra esta terapia es la conducta, y todos sus elementos que están interrelacionados, a nivel cognitivo como lo que se piensa, a nivel emocional, lo que se siente, y a su vez a nivel conductual, la forma en cómo el sujeto actúa sobre aquel malestar que lo perturba.
- La TCC tiene a disposición técnicas con validez científica y método experimental para el trabajo de los síntomas como la depresión, ansiedad, fobias: entre las más destacadas la TREC, reestructuración cognitiva, dialéctica conductual, Mindfulness, terapia de aceptación y compromiso, relajación.
- La TCC se centra en los acontecimientos actuales de la conducta, es decir se basa en la resolución de problemas en el presente, en el ahora.
- Su eficacia en el tratamiento se da por la dinámica entre el terapeuta o el psicólogo y el paciente, por medio de la evaluación de distintas tareas y el consentimiento de técnicas que pondrán en marcha la modificación de nuevas conductas, eliminando los comportamientos desadaptativos, y a su vez identificando el paciente por independencia el por qué causa daño.

Fases de la TCC

La terapia cognitivo conductual se ocupa en comprender la problemática del paciente para poder realizar intervención terapéutica, mediante procesos, estableciendo objetivos y metas con el paciente para llevar a cabo el tratamiento por medio de la aplicación clínica de técnicas cognitivas y conductuales, esta a su vez está estructurada en tres fases:

Evaluación:

La fase de evaluación o también denominada de diagnóstico, durante esta primera etapa de evaluación psicológica el terapeuta se ocupa de conocer la problemática que trae consigo el paciente, lo que causa malestar por lo que consulta, esto a su vez puede ser complementado mediante test, entrevista semi estructuradas o cuestionarios para delimitar el trastorno que padezca el paciente, de manera que se plantea los objetivos y metas que se va lograr durante todas las fases y sesiones de la

terapia, así como también se le explica al sujeto en qué consiste la terapia, las técnicas que se van a realizar durante todo el procedimiento del tratamiento.

Intervención:

Se caracteriza por ser la fase más extensa ya que se lleva a cabo la aplicación de las técnicas cognitivas y conductuales que benefician al paciente para el cambio y modificación de pensamientos irracionales, y a su vez la eliminación de la conducta desadaptativa que causa malestar en el paciente, tratando de alcanzar los objetivos que se han planteado en la primera fase, las técnicas que se aplica varían mucho dependiendo la problemática del sujeto y también se toma en cuenta la singularidad del mismo, así como también se utiliza el cumplimiento de tareas asignadas, para que se pueda trabajar con el paciente posterior a la sesiones de consulta, incluye actividades como, leer, usar creatividad, pensar, las técnicas pueden ser tales como diálogo socrático, debate cognitivo, técnicas de relajación etc.

Seguimiento:

El seguimiento, lleva a cabo un monitoreo de las consultas y de las conductas que ha tenido el paciente a lo largo del inicio y fase posterior a la terapia para dar un adecuado mantenimiento a los cambios, modificaciones conductuales positivas que se han efectuado, con el propósito de prevenir recaídas en el paciente, si los objetivos se han cumplido, se verifica si el cambio ha sido consolidado, dando de alta al sujeto, si a merita continuar o reforzar algún resto de creencia irracional o conducta desadaptativa, es imprescindible realizar ajustes si es necesario.

Aprendizaje Social

La teoría de aprendizaje social en su libro *Principles of Behavior Modification* es uno de los primeros referentes que implementa aspectos cognitivos sociales, dando paso a agregar elementos fundamentales en la adquisición de conductas, como el aprendizaje vicario, el modelado, el aprendizaje por observación, siendo el representante de esta teoría Bandura (1982), se señala las aportaciones que dejó esta teoría para el uso de técnicas como el modelado, para producir conductas positivas.

Terapias Cognitivas

Sostiene que el modelo teórico abarca sobre los procesos cognitivos, de aquí nace el estudio de las estructuras y esquemas cognitivos, así como también este sistema de creencias es lo que va determinar las conductas funcionales y a su vez pensamientos irracionales o distorsionados que es lo que va ser el determinante del padecer del individuo, la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Ellis son las más representativas, implementando técnicas para modificar aquellos pensamientos disfuncionales del sujeto, es porque el autor nos menciona que:

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales existen unas más significativas por su utilidad y aplicabilidad en el ámbito clínico, se consideran las siguientes: la terapia racional emotiva conductual, la terapia cognitiva, el entrenamiento en inoculación de estrés y el enteramiento de solución de problemas (Becoña, 1997, p.3).

Beck propone en su teoría técnica de reestructuración cognitiva, que básicamente consiste en que el sujeto pueda identificar aquellas percepciones individuales que repercuten en ciertas respuestas, de sus pensamientos, es por eso que el modelo cognitivo se basa en que

“las personas ante una situación estimular no tienen las mismas respuestas, cada una tienen su propia respuesta conductual, su propia forma de interpretar, y asignar un significado a dicho estímulo, de acuerdo a su esquema cognitivo”. (Díaz, Ruíz y Villalobos, 2012, p.388).

Terapia Racional Emotiva conductual (TREC)

Así mismo la terapia racional emotiva, es propuesta por Albert Ellis, que expone sobre aquellos pensamiento o ideas irracionales de las personas son determinantes del problema que obstaculiza realizar conductas más funcionales, y a su vez tienen elementos emocionales, que causan estragos en la conducta del sujeto, denominando el sistema de creencias, a ese dispositivo que tiene el individuo para configurar y ordenar sus pensamientos, de los cuales lo que generan disfuncionalidad son los pensamientos automáticos.

La TREC, construye el modelo ABC propuesto por Ellis, que permite ubicar las conductas disfuncionales del individuo, categorizándolas por letras, donde cada una representa un elemento significativo, a) acontecimientos activadores, b) los pensamientos y creencias y el c) consecuencias conductuales y emocionales (Caro, 2007).

El cognitivo conductual hoy

La terapia del cognitivo conductual hoy tiene lugar a comienzo de la década de los 90, del cual sostienen sus bases teóricas en un paradigma contextual, tomando en cuenta la conducta del individuo bajo los contextos, de acuerdo a la situación problemática donde se encuentre, a diferencias de las otras generaciones donde se centraban a mitigar conductas o modificarlas ya sea por procesos mentales como el pensamiento, esta terapia más bien da a lugar a la función psicológica de ciertos eventos específicos, dando su intervención alterando contextos verbales, utilizando metáforas, para la comprensión y acercamiento a la realidad al sujeto, dentro de esta generación se encuentran las terapias de aceptación y compromiso o también llamadas ACT, trabajando en los valores de la persona.

“Esta terapia se centra en la alternativa de intervención es la aceptación, donde se siente, piensa y recuerda, es decir donde no se cambia ni se evitan los elementos si no que forman parte del evento” (Ferro,1998, p. 65).

Así como también sitúa al malestar del sujeto como producto del contexto histórico y de la situación, así como su objetivo es basar sus tratamientos en lograr la flexibilidad psicológica de la persona para que esta pueda desarrollar una mejor calidad de vida, ayudando al paciente a ubicarlo en el problema, y que le permita tener nuevas perspectivas para que pueda solucionarlo, se trabaja en los valores personales de la persona para que pueda llegar a la resolución de problemas, así como también esta terapia está estructurada por el yo como contexto, aceptación, la orientación hacia valores, la desesperanza creativa, la difusión cognitivo y la acción comprometida.

Capítulo III: prejuicios y desventajas generales del psicoanálisis y el cognitivo conductual

Principales críticas y desventajas del psicoanálisis

Uno de los limitantes para la práctica psicoanalítica lo podemos encontrar para las intervenciones con las toxicomanías, del cual sitúa que hay dos momentos para abordarla. El primero tiene que ver básicamente cuando la sustancia, ha sido ingerida con cierta moderación, de forma regulada específicamente para una función para taponar la falta se utiliza cierto tipo de drogas, mientras que en un segundo momento cuando el sujeto ya ha convertido su uso en una adicción, lo cual produce una ruptura con el inconsciente, por lo que se considera que ya no es un síntoma, perdiendo su condición de sujeto, volviéndose objeto de la droga, no es sujeto como tal, sino que el tóxico toma el protagonismo, creando un obstáculo para poder trabajar el analista.

Con estas coordenadas, que implican entre otros elementos la dificultad en la constitución de un síntoma, en el sentido analítico, coordenadas que se ordenan más bien en el sentido de un rechazo del inconsciente, se entiende que el encuentro del psicoanálisis con los sujetos llamados adictos, sea problemático. (Sillitti, 2003).

Las toxicomanías suelen llegar a ser obstáculo para el campo del psicoanálisis, a escala mundial y nuestro contexto gana más demanda los casos de las adicciones, del cual puede convertirse en un desafío a la hora de las invenciones para los analistas, y más aún que en la actualidad se convierte en algo de lo espontáneo, fácil acceso de conseguir y quedar sumergido en ese mundo, que puede ser considerado como las dificultades en la práctica del dispositivo psicoanalítico.

Una desventaja puede ser que crea que el analista es libre en su accionar de interpretar los contenidos discursivos del paciente, aun así, no lo es porque está condicionado a lo que trae cada paciente, así que se explica que no es tan libre.

La importancia del espacio de palabra al paciente: “Por desdicha, en el psicoanálisis todo es diverso a diferencia del tratamiento psiquiátrico. En las intervenciones analíticas no ocurre otra cosa que un intercambio de palabras entre el analizado y el analista” (Freud, 1ª conferencia. Introducción, 1991, p. 14)

Así como podría ser otra desventaja la neurosis no tiene una cura por lo que todo dependerá que la interpretación propicie efectos son las resistencias que complican que el sujeto se implique en la problemática, y no ayude a la eficacia de la interpretación, debido a que por más que se dé no permite que opere como tal y haga caer algo o haga dar cuenta de algo, es decir es prácticamente un obstáculo o una limitación si el paciente no está listo para implicarse dentro de la interpretación, ahí no opera como debería y más bien el paciente desiste y se aleja del tratamiento, deja de asistir.

Se denomina resistencia todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de éste a su inconsciente. Por extensión, Freud mencionó acerca de la resistencia para designar una actitud de oposición a sus descubrimientos, por cuanto éstos revelaban los deseos inconscientes e infligían al hombre una vejación psicológica. (Laplanche & Pontails, 2013, p.384)

Principales críticas y desventajas del cognitivo conductual

Cognitivo Conductual

Una posible desventaja se encuentra cuando la persona ya tiene una proliferación de ideas de todo tipo y todo es bastante problemático en sus pensamientos ponerlos a realizar debates cognitivos entre el psicólogo y el paciente para que este pueda identificarlos puede ser una tarea compleja e imposible de poder lograr, por lo que hay que tener en cuenta de ciertos criterios de cuando es útil y cuando no, casi todos los modelos psicoterapéuticos tienen algún modelo cognitivo algún tipo de debate, algún tipo de reestructuración cognitiva, no siempre es la mejor opción ya que el elemento primordial es la cognición cambiar o modificar el pensamiento cambia el comportamiento.

Beck (1995) nos señala que: “La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos” (p. 21).

Pero en otros casos es mejor entrar por el componente de la emoción o de la conducta motora de lo que hace la persona como en el caso de una fobia, por más que una persona entienda que su temor es irracional y los pacientes saben en general que no tiene ningún tipo de sentido tenerle miedo a los perros, en esos casos es mejor entrar por un elemento puramente conductual es decir que la persona se termine de ver la metodología para que se acerque a ese perro, porque por más que lo entienda y sea completamente racional su discurso, su temor va a continuar, por lo que las técnicas cognitivas tienden a mostrar desventajas.

En otros casos como por ejemplo la sensación de tabaco, la persona tiene adicción al cigarrillo por más que entienda que fumar le hace mal, por más que sea racional y sepa que le convendría dejarlo y sepa que no lo necesita, se convenza de que no lo necesita, lo cierto es que si no sabe cómo dejarlo, su conducta va estar gobernada por las consecuencias agradables del placer de ese cigarrillo, si no se diseña, no se entra por el elemento conductual que realice conductas incompatibles con las del vicio, como hacer ejercicio, dar una vida sana, para dar resultados esperados, se puede decir que el elemento cognitivo tiene un papel relativo el de cambiar pensamientos, por lo tanto no siempre la terapia cognitiva no siempre es una primera opción, es importante sí, pero hasta cierto punto, por eso se señala las limitaciones que tiene las terapias cognitivas para todos los casos, estos son las posibles desventajas que se encuentran no siempre cambiar los contenidos de los pensamientos irracionales o poco funcionales.

Según Ruiz, Diaz & Villalobos (2017) “los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos. De acuerdo a Beck (1970) Estos productos cognitivos son denominados como pensamientos automáticos” (p. 389)

No siempre las personas enferman necesariamente por el contenido de pensamiento, sino por el nivel de credibilidad que les dan a ellos, el no poder generar difusión es decir separarse darnos cuentas de que tenemos pensamientos, pero que no

somos esas ideas, otra forma de decirlo para explicarlo, hay ideas de que nos asustan, de que nos preocupan, pero podemos separarnos, no siempre es combatir.

Al trabajar con la parte cognitiva se necesita de un psicólogo o terapeuta que cuenta con una alta experiencia en su totalidad, en el sentido que pueda saber cuándo puede hacer uso de estas técnicas y sobre todo saber cuál escoger para el paciente y su problemática, por lo que en su labor debe de cumplir con la tarea de hacer un acompañamiento al paciente para que se pueda dar con avances, aunque las técnicas no garantizan del todo eficacia, siempre tendrá un límite, del cual en su práctica y ética deberá de informar, hacerle conocer al consultante.

Otra posible desventaja es que son terapias breves, no se centran en el pasado de las vivencias del sujeto, sino que su foco estará centrado en el presente, en trabajar en lo que le acontece ahora al paciente, los cambios están más de lado de las técnicas de abordaje terapéutico y se deja a un lado a la teoría, dejando menos a la clínica.

Prejuicios generales del psicoanálisis y el cognitivo conductual

En este apartado se pretende puntualizar los principales prejuicios o desaciertos que plantea dos corrientes psicológicas más sonados.

Psicoanálisis

- Para dar en cuenta con dar el pase desde una visión psicoanalítica se tiene como estereotipo que este puede ser durante un largo prolongado tiempo, sin embargo, a medida de lo que trae en las construcciones del discurso el paciente, se define la velocidad del análisis, porque el ritmo de un análisis puede ir variando dependiendo la singularidad del caso, es decir la forma de hablar y de asociar del sujeto, no tomo el mundo habla igual, hay pacientes que van más rápido, algunos pueden ir desmenuzando su historia en un corto periodo de tiempo y requiere de una sesión, y otros es necesario sesiones más extensas, no es necesario sesiones extensas como se tiene de prejuicio, ya que para que surja el inconsciente, lo latente dan a un orden lógico, más no cronológico.
- Las intervenciones del analista las formas en como lo pueda redirigir a la regla de asociación libre al paciente, los momentos que tengan para leer, escuchar,

interpretar va a determinar la duración de análisis, por lo que el tema del tiempo no es el fin del psicoanálisis.

- No hay protocolos, pero si principios para la dirección de la cura, por lo que siempre va haber una tensión en el actuar y ser de las intervenciones del psicoanalista que tiene que ver más con su (ética) profesional.
- El analista cura menos por lo que dice y lo que hace que por lo que es.
- Los psicoanalistas dicen saber mucho más que otros psicólogos, pero sus métodos no han resuelto ningún experimento que den cuenta de ese supuesto saber mayor, no diseñan experimentos importantes que demuestren sus construcciones epistemológicas y metodológicos, solo que quedan la teoría.
- La apelación a la resistencia puede ser un subtipo de falacia, Si el paciente no acepta una interpretación el analista puede tomarlo como un elemento resistencia, y a menudo puede darle un valor confirmatorio, rechazan hipótesis alternativas, como una forma moderna de la resistencia.
- El problema de las remisiones espontáneas, muchos pacientes tienen mejorías espontáneas porque su situación se modifica, es decir habrían mejorado sin tener por delante a un psicólogo o a un psicoanalista.
- Los analistas suelen desestimar la remoción del síntoma en busca de un supuesto cambio profundo, pero no hay evidencia que logre demostrar aquello, los tratamientos son largos y costosos.
- Ante una falla en el tratamiento de análisis, solo se toma en cuenta las variables del paciente, más no de las interpretaciones del analista.

Terapia Cognitivo Conductual

- Controlar nuestros pensamientos, nos permitirá tener una vida feliz sin encontramos con el sufrimiento o malestar, de acuerdo a las investigaciones evidencian lo contrario, que los intentos de control generan amplificación del malestar
- Cuando yo más trato de poder solucionar un problema, más tiempo le estoy dedicando a ese problema, si la solución es tan emocional es controlar constantemente esos pensamientos y vivir cuestionándolos la solución no es mucho más gratificante que el problema en sí mismo, entonces la persona lo

que quieren es poder ser libre para dedicarse a su vida, y a sus valores, no estar cuestionando constantemente pensamientos irracionales.

- Deja de lado la parte subjetiva del sujeto.
- Entender los alcances y desventajas, no aplica para todos los casos.
- El psicólogo o psicoterapeuta debe de realizar debates cognitivos siempre a los pacientes, puede generar más procesos de premiación en el individuo.
- El consultante espera resultados a corto plazo y efectivos siempre, por lo que deberá de conocer que el compromiso tiene que ser en la dinámica entre paciente y terapeuta dándole a conocer las terapias que funcionan para cada tipo de problema en específico, y sobre todo tener un compromiso con saber los límites que alcancen.
- El terapeuta es quien debe de ejercer un papel activo de forma constante dejando a un lado lo más profundo que pueda haber más allá de los pensamientos conscientes del paciente, no se toma en cuenta el inconsciente.

Capítulo IV: La epistemología del psicoanálisis y del cognitivo conductual

En primer lugar, se debe comprender la definición de lo que es la epistemología, puesto que, el debate de las corrientes psicológicas abordadas a lo largo de este trabajo, psicoanálisis y cognitivo conductual tendrá su incidencia teórica desde ahí.

La epistemología es a mi criterio, ese punto de vista desde el cual me relaciono con las cosas, con los fenómenos, con los hombres y eventualmente con lo trascendente. Esto, que se produce en el ámbito personal y cotidiano, también ocurre en el ámbito científico, donde proliferan distintas corrientes y sistemas de pensamiento que resultan ser, en definitiva, formas de ver el mundo (...). Podríamos comparar la Epistemología con un mirador u observatorio de la realidad que, con lentes más o menos agudos, la miran críticamente, dándose cuenta que no se halla fuera de ella, sino contribuyendo a constituirla; es decir, no es meramente un proceso de observación, sino una participación activa en el hecho o fenómeno estudiado. (Ricci, 1999).

Sin embargo, existen varios autores que definen a la epistemología como algo más allá del pensamiento y los fenómenos que ocurren con el sujeto. Por ejemplo, para Ceberio y Watzlawick (1998) mencionan que: "el término epistemología deriva del griego episteme que significa conocimiento, y es una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran la adquisición de conocimiento e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo".

La epistemología del psicoanálisis

A lo largo del presente trabajo se han abordado los fundamentos teóricos que postula el psicoanálisis, por lo cual, el siguiente apartado consistirá en analizar distintos puntos abordados por autores desde epistemólogos hasta investigadores sobre la epistemología del psicoanálisis.

En primer lugar, uno de los debates en los que se discute la epistemología del psicoanálisis es ubicarlos como una ciencia, ideología, teoría del sujeto o algo ético. Según Fernández (1999) menciona que:

(...) de las posiciones de Popper y Nagel en un simposio realizado en Washington en 1958. Los lógicos y epistemólogos allí reunidos coinciden al

condenar al psicoanálisis como un realismo del inconsciente y lo que es peor el presentarse a sí mismo como ciencia o teoría científica. Lakatos se suma a los críticos excluyéndolo de sus programas de investigación. (...) A la epistemología verificacionista se impone el correctivo del método crítico popperiano de la refutación o falsación. Resumiré la crítica en cuatro argumentos o criterios: a) ausencia de validación empírica, b) refutabilidad, c) crítica a la invalidación del crítico y d) la reificación del inconsciente. Todas ellas apuntan a cumplir con el criterio de demarcación que pone los límites entre lo científico y lo no científico.

Es así como, Popper en sus investigaciones dentro del campo psicoanalítico mencionara que como primer punto, carece de validación dentro del campo empírico. Por lo cual, se evidencia como la premisa principal del postulado psicoanalítico, que es la interpretación del sujeto, no es algo más que refutable, lo cual conlleva al segundo punto. En este punto, Fernandez (1999) menciona que:

Para Popper, el psicoanálisis no cumple con el requisito, las potenciales instancias refutadoras de la hipótesis de la omnipresencia del deseo sexual latente son descartadas sistemáticamente por explicaciones reduccionistas que ven en los casos excepcionales, por ejemplo en la castidad, como opción en las decisiones no relacionadas explícitamente con el sexo y en las negativas a seguir con la terapia, síntomas de mecanismos de defensa inconscientes. En resumen, en ningún caso la hipótesis del pansexualismo es falsa, por lo tanto el psicoanálisis y el analista siempre tienen la razón, lo que convierte a la teoría en inexpugnable, cerrada, no susceptible de crítica y por consiguiente fuera del territorio demarcado por la ciencia.

Asimismo, para el punto de crítica a la invalidación al crítico, menciona que:

Popper se solaza destruyendo las argumentaciones del psicoanálisis popular: se refuta cualquier argumento del paciente o del crítico (o del psicólogo rival) inventando alguna explicación psicogenética acerca de cómo o por qué el oponente llegó a sostener tal idea; en general esta explicación no favorece para nada al infortunado crítico. Por ejemplo, recientemente un periodista ha intentado demostrar que Freud elaboró toda su teoría de la histeria bajo los efectos sobrestimulantes de la cocaína y que bajo esa condición de adicto el

autor de "Moisés y la Religión Monoteísta" distorsionó su visión de la realidad. Es cierto que Freud experimentó con el clorhidrato de cocaína, pero desde un punto de vista lógico la condición o motivación personal de Freud (y de cualquier persona) es totalmente ajena a la determinación de la fuerza lógica de sus propuestas teóricas (1999).

Sin embargo, junto lo previamente expuesto y como último punto, reificación del inconsciente, proponen que allí en donde el sujeto forma parte un conjunto de procesos que responden a su inconsciente, y que determinan la función psíquica propia del sujeto, para la ciencia es un universo que no carece de un principio o fin comprobable.

No obstante, como se expuso en la definición de la epistemología y por lo expuesto desde Popper, se podría decir que el psicoanálisis podría bien ser una teoría del sujeto, debido a su inconsistencia teórica y comprobable, o bien una ideología traída desde Freud y su estudio desde el inconsciente, que bien inicia desde sus estudios psiquiátricos, carece de fundamentos científicos. Siendo que, Sánchez Barranco (2005) menciona que:

Justamente, como ha dicho Ricoeur, el gran mérito de Freud fue el haber logrado llevar a un lenguaje psicológico aquellos fenómenos que en último término tienen su raíz en lo neurofisiológico (o en lo energético), es decir, en lo estrictamente causal: en efecto, la metapsicología torna psicológico lo que es energía, permitiendo conectar la explicación causalista con la explicación interpretativa. El psicoanálisis, por todo ello, obtiene una adecuada justificación epistemológica en el terreno histórico-hermenéutico y de ninguna forma en el campo empírico-experimental, sin que por ello se trate de un saber pseudocientífico, sino científico. Ello exige ampliar la concepción de ciencia, incluyendo explicaciones que estén al margen de lo causal y funcional.

Si bien dentro de este debate epistemológico en cual está envuelto el psicoanálisis, como lo menciona Klimovsky (2009) que desde Watson a Skinner, consideraban al discurso psicoanalítico como una fantasía de la metafísica plena de vocablos que mencionan a entidades no observables y que no hay forma de controlar. Asimismo, indica que, epistemólogos como John O. Widsom, Sarte, Althusser, Bachelard y hasta Ederlyi, famoso epistemólogo cognitivo, que reconocen las anticipaciones de Freud en el campo de la lingüística, informática y neurología contemporánea; hasta Hilgrad,

quien indica que es uno de los logros científicos de nuestro siglo (244). Es decir, el psicoanálisis desde su epistemología, comprueba que es una ciencia, que desde lo expuesto teóricamente se basa en la clínica que ejerce el psicoanalista en el sujeto por medio de la asociación libre, desde la cual se busca que surja el inconsciente.

La epistemología del cognitivo conductual

Del mismo modo, con la epistemología del psicoanálisis se ha abordado previamente varios de los fundamentos teóricos que postula el cognitivo conductual como corriente psicológica. Asimismo, se partirá desde los estudios realizados por algunos autores para poder abordar la epistemología de esta ciencia.

Según Juan Balbi (2016) menciona que:

A partir del fundamento epistemológico empirista-asociacionista el conductismo desarrolló dos principios explicativos que constituyen la base de un potente andamiaje terapéutico, estos principios son: el condicionamiento clásico, basado en el aprendizaje por asociación y el condicionamiento operante, basado en el aprendizaje por las consecuencias de la conducta; o refuerzos positivos y negativos en la denominación utilizada por los terapeutas. El sistema conductista extendió su concepción a todo el dominio psicológico y concibió los procesos de la mente como formas internas de conducta; de modo que todas las funciones mentales, incluido el pensamiento, pueden ser reducidas a formas elementales de respuesta. En ese sentido, es posible describir y explicar la personalidad individual como el conjunto de los condicionamientos adquiridos en el proceso de aprendizaje.

A diferencia del psicoanálisis se puede decir que se basa en las respuestas empíricas propias de la conducta de la persona, previo a un suceso, es decir, un estímulo.

El movimiento cognitivo en psicología, que luego dio origen a los modelos cognitivos de psicoterapia, surgió a partir de la crítica del antimentalismo conductista. Se suele describir una evolución de las ciencias cognitivas que cuenta con un primer periodo caracterizado por la metáfora computacional de la mente, un segundo periodo en el cual los conexionistas realizan la crítica de la característica distintiva de este modelo, su procesamiento en series, y proponen como alternativa uno según el cual la información es un proceso que

se lleva a cabo en paralelo. Un tercer periodo sería signado por el constructivismo y un cuarto periodo que tendría como rasgo principal una orientación hermenéutica o narrativa (Balbi, 2004)

No obstante, pese a tener bastantes fundamentos teóricos que lo avalaran como una ciencia de la psicología, paso por una etapa que fue denominada como “Revolución Cognitiva”, que, si bien sirvió para esclarecer y sustentar puntos propios del cognitivo, también, dieron paso a la parte conductual.

Las premisas del paradigma del procesamiento dieron el fundamento para el desarrollo de los modelos iniciales de terapia cognitiva, creados por Aaron Beck y Albert Ellis. Como resultado de su filiación con la versión computacional de la mente, los fundadores de la corriente, dieron primacía a la racionalidad en los procesos de cambio humano. Según sus premisas: a) el pensamiento y el razonamiento pueden y deben guiar la vida de cada persona, sus conductas y sus emociones; b) El pensamiento irracional es disfuncional y constituye la principal causa de psicopatología; c) la psicoterapia consiste en un proceso de detección de patrones de pensamiento irracional y su sustitución por otros más racionales. (Balbi, 2016)

Por lo tanto, allí en donde el psicoanálisis puede parecer que carece de fundamentación teórica, se basa en el supuesto de un antecedente empírico provisto por los distintos postulados propios de esta corriente psicológica, la cognitiva conductual, que incluso tiene su tinte hermenéutico.

Es decir, el cognitivismo clásico considera la racionalidad como un conjunto de axiomas normativos universales que constituyen un orden externo, objetivo y unívoco, merced al cual le es posible al terapeuta evaluar el grado de inadecuación de cada comportamiento analizado, así como el ajuste a realizar en la terapia. En estos modelos la actitud del terapeuta es la de un tutor, que conoce aquel orden unívoco de la realidad objetiva con la cual el sistema de creencias del paciente no correspondería adecuadamente. (Balbi, 2016)

Cuadro comparativo de la epistemología del psicoanálisis y el cognitivo conductual

Tabla 1.

Cuadro comparativo de la epistemología del psicoanálisis y el cognitivo conductual.

FUNDAMENTO EPISTEMOLOGICO	PSICOANÁLISIS	COGNITIVO CONDUCTUAL
Método científico	La clínica	Las distintas respuestas basadas en las técnicas generacionales
Técnica	La asociación libre	Dependiendo de la generación, se basará en el estímulo – respuesta
Bases científicas	Lo propio de la hermenéutica	Desde el empirismo

Nota: Tabla que contiene los distintos fundamentos epistemológicos dentro del psicoanálisis y el cognitivo conductual. Fuente: Elaboración propia.

Capítulo V: Metodología

Enfoque

El presente trabajo tiene un enfoque cualitativo debido a que implica el uso de proceso de recolección de datos cualitativos por medio de la investigación bibliográfica y entrevistas, y de datos cualitativas como encuestas. Implica un conjunto de procesos de recolección, análisis y vinculación de datos cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. Asimismo, en el capítulo se examina la naturaleza, características, posibilidades y ventajas de los métodos cualitativos.

La investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Hernández, Fernández & Baptista. 2003, p.358)

Paradigma y modelo

Según Hernandez Sampieri (2014) menciona que: “En términos generales, los dos enfoques (cuantitativo y cualitativo) son paradigmas de la investigación científica (...)”

Es así como, desde el enfoque cualitativo se ha abordado la siguiente investigación buscando ubicar los distintos estigmas y prejuicios que se tiene alrededor de estos dos enfoques psicológicos, psicoanalítico y cognitivo conductual. Por medio del conjunto de técnicas empleadas poder desde este análisis comparativo de carácter cualitativo, poder ubicar las distintas realidades.

De acuerdo con Sampieri (2014), en una investigación bajo el enfoque cualitativo, se pretende describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes, para que el investigador se forme creencias propias sobre el fenómeno estudiado. Por ello, la recolección de los datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento

de los significados y experiencias de las personas y no se inicia con instrumentos preestablecidos, sino que el investigador comienza a aprender por observación y descripciones de los participantes y concibe formas para registrar los datos que se van refinando conforme avanza la investigación.

Por otro lado, se usará un modelo fenomenológico que ubica precisamente la premisa de partir de prejuicios para probar desde su incidencia fenomenológica humana, realidades desde las distintas ciencias del mundo. En este caso, desde los enfoques psicológicos a comparar en su utilidad en la práctica clínica.

Es así que el investigador cualitativo hace uso del modelo fenomenológico para desembarazarse de sus propios prejuicios, convicciones y preconcepciones para sumergirse en el estudio de un fenómeno humano, ya sea dentro de la ciencia antropológica, etnológica, psicológica, etc. (Flores, 2019)

Población y muestra

En la presente investigación se va a trabajar con la población de voluntarios que estudian la carrera de psicología clínica en la UCSG y de quienes reciben un tratamiento psicológico; asimismo, de quienes ejercen en su práctica clínica las distintas corrientes abordadas a lo largo del trabajo. “Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador (Hernández, 2014, p.176).

Por lo tanto, la muestra no probabilística con la que se trabajó fue de 20 personas de la comunidad universitaria de la carrera de psicología clínica que estudian y reciben tratamiento psicológico, para las encuestas; mientras que, para las entrevistas se realizó a dos profesionales de cada corriente psicológica.

Método: análisis comparativo.

La investigación comparativa establece las causas o los factores de riesgo que inciden en determinados problemas. Además, permite comparar uno o varios grupos que tienen el problema, con uno o varios que no lo tienen, con el fin de determinar los factores que contribuyeron al problema (Hernández, et al., 2014, p.40)

En función a lo que mencionan los autores previamente citados, el trabajo utiliza como método el análisis comparativo debido que lo que se va a analizar son los distintos prejuicios que problematizan los enfoques psicológicos, como lo son el psicoanálisis y el cognitivo conductual. Asimismo, que servirán para determinar las problemáticas o causas por las cuáles surgen estos prejuicios.

Del mismo modo, el análisis comparativo permitirá que desde las problemáticas detectadas por medio de la técnica a realizarse, la encuesta, en la muestra tomada desde la población escogida, estudiantes y pacientes que son abordados o estudian este tipo de corrientes psicológicas; realizar una lectura desde profesionales que ejercen en su práctica clínica desde estos enfoques.

Técnicas de recolección de datos.

Dentro de las técnicas de recolección de datos que se tiene, está en primer lugar, la revisión bibliográfica para trabajar los antecedentes teóricos de las distintas corrientes psicológicas.

Los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma (Hernández et al., 2014, p.176).

Asimismo, se trabajará con encuestas para poder determinar cuáles son los distintos prejuicios que existen entre la aplicación de las corrientes psicoanalíticas y cognitiva conductual en la práctica clínica.

Las encuestas de opinión son consideradas por diversos autores como un diseño o método. En la clasificación de la presente obra serían consideradas investigaciones no experimentales transversales o transeccionales descriptivas o correlacionales-causales, ya que a veces tienen los propósitos de unos u otros diseños y a veces de ambos. (Archeater, 2005, citado por et Hernández al., 2014)

Por último, se va a realizar entrevistas a profesionales que ejerzan en la práctica clínica las corrientes psicológicas que se están analizando para determinar sus respectivos prejuicios, y a su vez, la perspectiva de ellos frente a estas realidades encontradas.

Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos que se convertirán en información de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno. Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias. (Hernández et al.,2014, p.396).

Formas de procesamiento de la información.

Para el presente trabajo se ha utilizado encuestas que tienen por objetivo analizar los principales prejuicios del psicoanálisis y el cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al malestar psíquico mediante una encuesta, para levantar información que permita la prevalencia de los prejuicios en la población estudiantil y pacientes. La encuesta era estructurada y mixta, se les realizó a 20 estudiantes de la comunidad universitaria de la UCSG de la carrera de psicología clínica, que, a su vez, estén acudiendo a terapia.

A continuación, se mostrará el análisis correspondiente de cada una de las preguntas de la encuesta.

1. ¿Cuál considera usted que son posibles puntos positivos de la terapia cognitivo-conductual?

Según los resultados obtenidos la mayoría concluyo que los posibles puntos positivos del cognitivo conductual se centran en su base teórica científica que va focalizado al estudio de la conducta del individuo, además de tener herramientas como manuales y test que ayudan a establecer un plan de intervención más práctico para el paciente.

2. ¿Cuál considera usted que son posibles puntos negativos de la terapia cognitivo-conductual?

La mayoría de los encuestados concluyeron que los posibles puntos negativos del cognitivo conductual podrían estar más enfocados en sus formatos estandarizados que dejan de lado un poco la parte subjetiva, intentando cambiar esquemas cognitivos, pero no inspeccionan la historia del sujeto.

También hacen énfasis en la búsqueda rápida de respuesta, que desechan el síntoma haciendo que sea un cambio superficial.

3. ¿Cuál considera usted que son posibles puntos positivos del psicoanálisis como forma de tratamiento al síntoma psíquico?

Según los resultados obtenidos la mayoría concluyo que los posibles puntos positivos en el psicoanálisis son la búsqueda del origen del síntoma del paciente que mediante la palabra el paciente descubra por sí mismo lo que le está afectando. Trabajando con el manifiesto del inconsciente haciendo un abordaje más específico y profundo del malestar.

4. ¿Cuál considera usted que son posibles puntos negativos del psicoanálisis como forma de tratamiento al síntoma psíquico?

La mayoría consideran que los posibles puntos negativos del psicoanálisis están basados en la poca información científica, también consideran que el tratamiento es muy largo y que dependerá mucho si el paciente desea hablar para lograr una transferencia efectiva.

5. ¿Qué considera usted como fortaleza del cognitivo-conductual frente al psicoanálisis?

Según la información obtenida se encontró que las personas indicaron como fortaleza del cognitivo conductual frente al psicoanálisis son sus fundamentos científicos, su efectividad en test, sus planes de intervención, sus supervisiones, tratamiento corto entre otras.

6. ¿Qué considera usted como fortaleza del psicoanálisis frente al cognitivo-conductual?

La mayoría considera como fortaleza del psicoanálisis frente al cognitivo conductual que busca el origen del síntoma que puede llevar a que el proceso del paciente encuentre su cura, la introspección, el auto análisis, los efectos y testimonios de los sujetos frente a las intervenciones.

7. ¿Qué considera usted como desventaja del psicoanálisis frente al cognitivo-conductual?

La mayoría considera que una de las desventajas del psicoanálisis frente al cognitivo conductual es que al ser una pseudociencia la convierte casi que en un "abordaje a ciegas" ante el individuo, al igual que no tiene mucho reconocimiento, también se espera mucho que el paciente hable, aparte que se requiere de dominio del tema y de la psicoterapia para que pueda funcionar.

8. ¿Qué considera usted como desventaja del cognitivo-conductual frente al psicoanálisis?

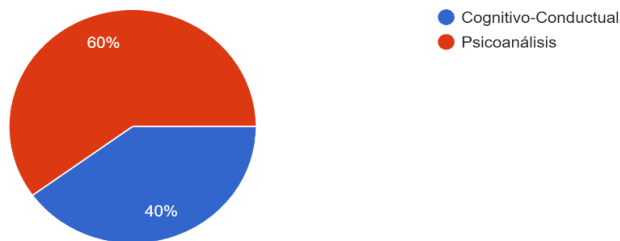
Según la información obtenida se considera como desventaja del cognitivo conductual frente al psicoanálisis que se aferra mucho al marco teórico, limitando al paciente, también expresaron que muchos pacientes acuden a terapia si es solo en consulta, pero no quieren abordar o trabajar externamente, solo buscan la cura momentánea del síntoma.

9. Si solo pudiera elegir entre estas dos opciones ¿Qué corriente elegiría usted para atenderse?

Figura 1

La elección para atenderse entre el psicoanálisis y cognitivo conductual.

Si solo pudiera elegir entre estas dos opciones ¿Qué corriente elegiría usted para atenderse?
20 respuestas



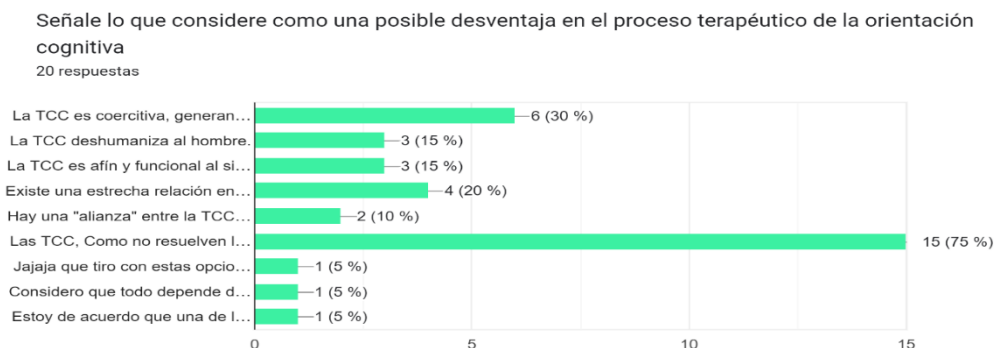
Nota: Gráfico que establece con qué enfoque psicológico mayormente eligen atenderse. Fuente: Elaboración propia.

Según la información obtenida da como resultado que el 60% de las personas encuestadas escogieron atenderse con un psicoanalista ante el 40% del cognitivo conductual.

10. Señale lo que considere como una posible desventaja en el proceso terapéutico de la orientación cognitiva

Figura 2

Gráfico de porcentaje sobre la posible desventaja en el terapéutico de la orientación cognitiva.



Nota: Gráfico que establece las desventajas del proceso terapéutico de orientación cognitiva. Fuente: Elaboración propia.

Según la información obtenida da como resultado que el 75% de las personas encuestadas consideran como posible desventaja las TCC, al no poder resolver la raíz del problema, solo alivian las manifestaciones sintomáticas, que luego retoma más fuerte en una nueva manifestación. El 30% corresponde a la Terapia Cognitivo Conductual que es coercitiva y directiva y el 20% a la existente estrecha relación entre conductismo y consumismo.

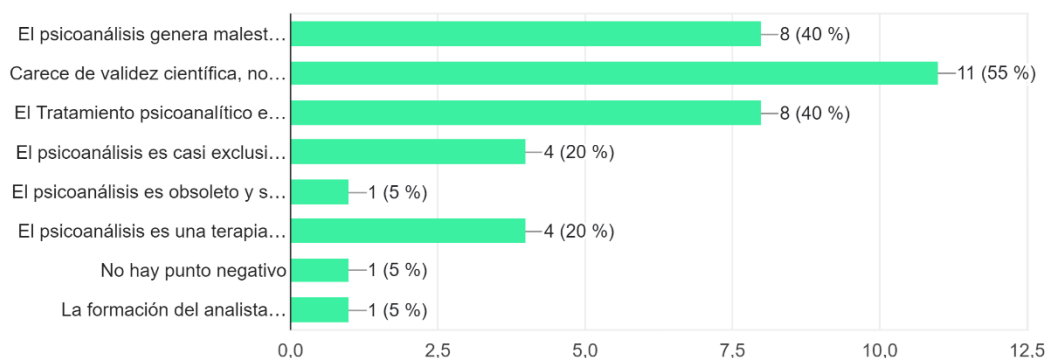
11. Señale lo que considere como una posible desventaja en el proceso terapéutico de la orientación psicoanalítica.

Figura 3

Gráfico de porcentaje sobre la posible desventaja en el terapéutico de la orientación psicoanalítica.

Señale lo que considere como una posible desventaja en el proceso terapéutico de la orientación psicoanalítica.

20 respuestas



Nota: Gráfico que establece las desventajas del proceso terapéutico de orientación psicoanalítica. Fuente: Elaboración propia.

Según la investigación realizada da como resultado que el 55% considera que la posible desventaja sea la carencia de validez científica, que no se apoya en la investigación, el 40% corresponden a que el psicoanálisis genera malestar por revivir acontecimientos traumáticos, que el tratamiento psicoanalítico es de varios años o interminable y el 20% comparten que el psicoanálisis es casi exclusivamente el trabajo del paciente, que es una terapia que tiene como finalidad conocerse a ti mismo.

Capítulo VI: Presentación y análisis de resultados

A través de las entrevistas abiertas que se aplicó a los 4 expertos que adoptaron desde la práctica clínica la corriente psicoanalítica y cognitiva conductual, se analizará los resultados obtenidos de las entrevistas con la finalidad determinar la veracidad y las causas de los prejuicios determinados por medio de las encuestas realizadas previamente.

Prejuicios sobre el psicoanálisis según los expertos

Tabla 2.

Prejuicios sobre el psicoanálisis.

Prejuicio	Respuesta del experto sobre psicoanálisis
Limitaciones en sus bases científicas	<p>Psi. Psicoanalista (1): "El psicoanálisis no está en el discurso de las ciencias, de hecho, es un milagro que no lo esté hasta la religión se puede emparentar muy fácil con la ciencia, es bueno que algo esté Existiendo para mí es un logro que no lo esté allí uno realmente puede salir de lo universal de crear algo que se aproxima más a lo real. Uno puede hablar como lo que es un sujeto".</p> <p>Psi. Psicoanalista (2): Existió un artículo publicado por neuropsicólogos dónde publicaron la eficacia Neuropsicológico de la psicoterapia de larga duración. En donde se mostraban que había cambios de las conexiones sináptica del paciente a partir de tratamientos de duración larga. Una tcc puede medir "Cuántos números tiene una cosa". Mientras que el psicoanálisis te dirá bueno todos esos números puedes medir tal cosa, pero cada uno te lo voy a escribir de otra forma única individual e irrepetible".</p>

<p>Los tratamientos son largos</p>	<p>Psi. Psicoanalista (1): “La gente menciona que el tiempo del análisis es largo, finalmente la gente avanza lo que quiere avanzar, tenemos la idea de que tenemos que "curar "es la gente que llega hasta el fin, la gente que llega hasta el fin es la que quiere. Hay efectos terapéuticos, pero lo mejor es el efecto psicoanalítico ya que sigues trabajando mientras que el efecto terapéutico se da en una sesión y fue inolvidable para el paciente".</p> <p>Psi. Psicoanalista (2): " Yo tengo pacientes que vienen 5, 6 meses o días y no vienen más ya que encuentran una respuesta o una solución a su problema para lo que quieren encontrar otros pasan años y eso dependerá del deseo de saber de cada sujeto"</p>
<p>No tiene mucho reconocimiento</p>	<p>Psi. Psicoanalista (1): “Al psicoanálisis hay que hacerlo existir, si solo nos quedamos en las paredes de nuestro consultorio entonces no vamos a poder hacerlo existir, es importante la transmisión siga, que se pueda hacer en universidades, en eventos de arte, instituto, es importante estudiarlo si no desaparece aun así hay que tener en consideración que el psicoanálisis es una respuesta para algunos".</p> <p>Psi. Psicoanalista (2): "Yo soy fiel creyente que todo lo que tiene más de 100 años de existencia tiene una validez Y eso incluye para el psicoanálisis y el conductismo que hasta el día de hoy se sigue hablando de esos postulados".</p>

Nota: Tabla que contiene los distintos prejuicios del psicoanálisis, encontrados por medio de las encuestas y abordados por los distintos profesionales. Fuente: Elaboración propia.

Prejuicios sobre el cognitivo conductual según los expertos

Tabla 3.

Prejuicios sobre el cognitivo conductual

Prejuicio	Respuesta del experto en cognitivo conductual
La terapia cognitivo conductuales solo obtienen cambios superficiales	Psi. Cognitivo Conductual (1): "Las técnicas de terapia cognitiva conductual no son las mismas para todos los pacientes Para cada paciente se analizan las variables y se toman técnicas similares una persona que tiene hábitos crea una acción, al ser repetida puede crear una forma de comportamiento entonces vamos a la premisa de si tú aplicas esto por X cantidad de tiempo lo vas a adquirir en tu repertorio de conductas así que cuando vaya a suceder esta situación vas a saber qué hacer ante esto de aquí y obviamente va a reducir el malestar clínico si la aplicación es de forma adecuada se vuelve parte de ti y sabes qué hacer sabes cómo reaccionar en distintos momentos pero obviamente no todos los pacientes son así hay pacientes que aplican las técnicas una vez y cuando surgen estas situaciones se asoma el problema por el mal manejo y aplicación de las técnicas Entonces los pacientes vuelven después obviamente no se aplicará la misma técnica ya que el paciente se la sabe allí se evalúa las nuevas variables encadenante de esta conducta hacemos un camino de contra-condicionamiento, Desensibilización, O mejoramos éste estrategia de afrontamiento así trabajamos. Y así trabajamos los distintos casos".

<p>La terapia cognitivo conductuales solo obtienen cambios superficiales</p>	<p>Psi. Cognitivo Conductual (2): "Esa crítica es válida, es igual que acusamos al psicoanálisis de introducir recuerdos falsos al usuario. puedo creer que, como terapeuta psicoanalítico, estoy encontrando el origen de la fobia, pero quizás más bien estoy induciendo a que esa persona tenga un recuerdo de algún trauma infantil materno en el ámbito sexual y el paciente puede estar seguro de que eso fue así. La contraparte es que por acá en algún lado nosotros los TCC Logramos hacer que esa persona pierda el miedo a la fobia, Pero hasta ahí. Si el paciente viene con otra fobia el problema no es que no hemos descubierto a qué le tiene miedo, sino que existe una disfuncionalidad. ¿Por qué tienes miedo? Pues ahora, trabajemos en ese miedo que estamos notando, que al fin y al cabo sigues teniendo miedo ese no era el objeto. En este enfoque se permite que el paciente regrese a replantear y cuestionar qué es lo que hicimos bien y qué es lo que hicimos mal.</p>
---	--

<p style="text-align: center;">La TCC es alivios momentáneos que no perduran mucho tiempo</p>	<p>Psi. Cognitivo Conductual (1): no estoy de acuerdo ya que la terapia cognitivo conductual es más breve que el psicoanálisis. Entonces tenemos un costo de resultados de unos seis meses en terapia cognitivo conductual o de tercera generación frente a un año o dos de una terapia psicoanalítica. La finalidad es lograr el bienestar del paciente y esto lo aplicas a través de técnicas y no simplemente escuchando años de nada sirve que te desahogues y no te van a dar nada no te ofrecen las estrategias necesarias para poder afrontar la situación.</p> <p>Psi. Cognitivo Conductual (2): En este modelo trabajamos con lo que el paciente siente que es una necesidad de trabajar. No podemos entrar más allá de lo que él paciente no nos permita en el aspecto de la sexualidad por ejemplo si es que el paciente no quiere hablar de ese tema no se indaga en ese tema. Si el paciente viene por una aracnofobia trabajamos en eso y pierde miedo a las arañas y también parte de la sinceridad del paciente y que aborde el miedo en que subyace si el paciente no nos ofrece esa información necesaria nosotros no podemos más allá sólo trabajamos con lo que él paciente viene. Eso es lo que se trata de hacer la mayor cantidad de asistencias objetiva en base a la demanda que viene del paciente a la consulta.</p>
--	---

<p>La Terapia Cognitivo Conductual es directiva</p>	<p>Psi. Cognitivo Conductual (1): “En la terapia cognitivo conductual te vuelves más directivo tú "tienes que hacer esto y lo de aquello" para mejorar y no tienes que hacer esto y aquello para evitar el problema. no hay que poner el punto principal en el dolor del paciente en lo relacionado a esta situación porque vemos que existe conductas que se pueden cambiar a través de pensamiento , El pensamiento detona una emoción , Esa emoción detona una conducta si cambiamos patrones de pensamiento a través de una reestructuración cognitiva o si cambiamos formas de comportamiento con un condicionamiento operante o un condicionamiento clásico o vamos a solucionar el problema .El sufrimiento en la Terapia cognitivo conductual no le tomamos mucho en cuenta ya que si hacemos un cambio al paciente va a dejar de sufrir aunque si aún sigue sufriendo es porque el paciente no quiere cambiar prácticamente esa es la premisa en pocas palabras de lo que se promueve en la Terapia Cognitivo Conductual.</p> <p>Psi. Cognitivo Conductual (2): "Hay dos tipos de intervenciones en la directiva y la que no directiva. Uno puede ser directivo sabiendo que esa Directividad puede ayudar al paciente pero nosotros no podemos pretender ser todo el tiempo directivo porque entonces hacemos el paciente dependiente de esa consulta hay ocasiones en las que los abordajes se vuelven directivos eso debe ser totalmente controlado con una finalidad para el bienestar del paciente pero si es un psicólogo cognitivo conductual que siempre directivo no está haciendo un buen trabajo porque no se puede hacer todo el tiempo directivo"</p>
--	---

Nota: Tabla que contiene los distintos prejuicios del cognitivo conductual, encontrados por medio de las encuestas y abordados por los distintos profesionales. Fuente: Elaboración propia.

Análisis comparativo sobre los prejuicios encontrados sobre el Psicoanálisis y cognitivo conductual.

Tabla 4.

Análisis de los argumentos sobre los prejuicios encontrados sobre el psicoanálisis y cognitivo conductual

PREJUICIO	ANALISIS	PERSPECTIVA EPISTEMOLOGICA
<p>Psicoanálisis: Limitaciones en sus bases científicas.</p>	<p>Los profesionales del psicoanálisis tienen una opinión diferente con respecto al prejuicio de las "Limitaciones de las bases científicas".</p>	<p>Desde lo mencionado en el Capítulo IV se puede evidenciar que responde al análisis del debate que existe entre estas dos corrientes psicológicas y su carencia de evidencia empírica de la otra; sin embargo, pese a abordar algo tan subjetivo, se evidencia como desde este punto, se puede responder desde la ciencia lo que propone el psicoanálisis por medio de la hermenéutica como lo hace el cognitivo conductual por medio de lo empírico.</p>
	<p>Psi. Psicoanalista (1): destaca que el psicoanálisis no está en el discurso de las ciencias.</p>	
	<p>Psi. Psicoanalista (2): menciona que el psicoanálisis tiene respaldo científico pero que existe la individualidad e irrepetible del caso.</p>	
	<p>Los profesionales del Cognitivo conductual tiene una opinión de igualdad con respecto al prejuicio de las "Limitaciones de las bases científicas."</p>	
	<p>Psi. Cognitivo Conductual (2): Refiere que existe un nivel medio moderado de efectividad por la APA, pero se debe tener en cuenta el nivel de efectividad.</p>	
<p>Psi. Cognitivo Conductual (2): menciona que no existe la forma de replicar las bases científicas ni los resultados.</p>		

<p>Psicoanálisis: Los tratamientos son largos.</p>	<p>Los profesionales del psicoanálisis tienen una opinión igual frente al prejuicio de "Los tratamientos son largos".</p>	<p>Desde la perspectiva epistemológica, como bien se planteó, el psicoanálisis desde su ciencia tiene como enfoque el estudio del sujeto, es decir, parte desde lo subjetivo, algo que desde un método científico no se puede cuantificar pero si se puede analizar desde lo cualitativo; y al responder a su técnica como lo es la asociación libre, es imposible delimitar un tiempo, pero es inminente que desde el postulado del psicoanálisis es el objetivo hacia la cura.</p>
	<p>Psi. Psicoanalista (1): Que los pacientes pueden llegar a la cura dependiendo del deseo de llegar al fin y que hay efectos terapéuticos rápido incluso de 1 sesión.</p>	
	<p>Psi. Psicoanalista (2): en su experiencia tuvo pacientes de meses incluso días que pudieron resolver su problema.</p>	
	<p>Los profesionales del Cognitivo conductual tiene una opinión diferente con respecto "Los tratamientos son largos".</p>	
	<p>Psi. Cognitivo Conductual (1): menciona que tiene en cuenta el contexto del paciente que desea su proceso con rapidez la cual el psicoanálisis es largo.</p>	
	<p>Psi. Cognitivo Conductual (2): refiere a que no está desacuerdo ya que rescata la escucha y el tiempo del paciente en el psicoanálisis.</p>	

Psicoanálisis: No tiene mucho reconocimiento	Los profesionales del psicoanálisis tienen una opinión igual frente al prejuicio de "No tiene mucho reconocimiento"	<p>Desde un punto de vista epistemológico, se puede responder netamente, a la ignorancia de los estudios postulados; puesto que, como se fue expuesto para el estudio de cada una, en algún punto se cruzaron para el análisis y avance de la otra.</p>
	Psi. Psicoanalista (1): Menciona la importancia del psicoanálisis en mantenerlo y hacerlo existir en su transmisión.	
	Psi. Psicoanalista (2): Refiere que es partidario que se habla de las teorías del psicoanálisis en la actualidad.	
	Los profesionales del Cognitivo conductual tiene una opinión igual al prejuicio "No tiene mucho reconocimiento".	
	Psi. Cognitivo Conductual (1): no hay evidencia sólida científica por ende no existe un reconocimiento por el lado de las ciencias.	
	Psi. Cognitivo Conductual (2): la psicología científica se actualiza el psicoanálisis no, tiene poco reconocimiento.	

Cognitivo Conductual: La terapia cognitivo conductuales	Los profesionales del psicoanálisis tienen una opinión igual del prejuicio "Las terapias cognitivo conductuales solo obtienen cambios superficiales".	<p>Desde el punto de vista epistemológico, al igual que el prejuicio anterior, se basa en la ignorancia académica y del</p>
--	--	---

solo obtienen cambios superficiales	<p>Psi. Psicoanalista (1): menciona que es paradójico ya que todo alivio de terapias tiene una caducidad se centra en la capacidad de crear herramientas para crear soluciones.</p>	desconocimiento de lo que postulan estas ciencias.
	<p>Psi. Psicoanalista (2): comenta que las técnicas pueden ser efectivas por el cambio de objeto fóbico Los profesionales del Cognitivo Conductual Tiene una opinión igual del prejuicio " Las terapias cognitivo conductuales solo obtienen cambios superficiales".</p>	
	<p>Los profesionales del Cognitivo conductual tiene opiniones diferentes con respecto al prejuicio "la terapia cognitivo conductuales solo obtienen cambios superficiales"</p>	
	<p>Psi. Cognitivo Conductual (1): Refiere que las técnicas de la T.C.C no son las mismas para todos los paciente se toman en cuenta las variables de su comportamiento y se toman las técnicas para reducir el malestar clínico siempre que se enseñe al tener la técnica formara parte de una de las herramienta del paciente si la técnica es mal aplicada o explicada puede retomar la conducta no deseada y se debe tomar en cuenta las nuevas variables encadenantes de aquella conducta hasta formar una estrategia de afrontamiento.</p>	
	<p>Psi. Cognitivo Conductual (2): Menciona que La tcc logra eliminar la fobia, pero se tiene en cuenta que si el paciente regresa por otra fobia existe disfuncionalidad se plantea un cuestionamiento del tratamiento de lo que se hizo bien y mal.</p>	

	<p>Los profesionales del psicoanálisis tienen opiniones iguales con respecto al prejuicio " La TCC es alivios momentáneos que no perduran atreves del tiempo".</p>	
<p>Cognitivo Conductual: La TCC es alivios momentáneos que no perduran atreves del tiempo</p>	<p>Psi. Psicoanalista (1): Lo conductual está más orientado con el ideal social y aprender del otro. Si se aprende al otro y la rutina te hace ver que está en el camino adecuado en la cotidianidad claro que tendrá su efecto rápido te alinea a la sociedad.</p> <p>Psi. Psicoanalista (2): Existe una discrepancia de los tiempos estoy de acuerdo que vivimos mundo globalizado y capitalista en el que el tiempo es oro y como tal se cree que un problema de 10 o 15 años atrás se solucionará en dos o 3 sesiones</p> <p>Los profesionales del Cognitivo conductual tiene opiniones iguales con respecto al prejuicio "La TCC es alivios momentáneos que no perduran atreves del tiempo ".</p> <p>Psi. Cognitivo Conductual (1): Menciona que no está de acuerdo ya que la terapia cognitivo conductual es más breve que el psicoanálisis entonces tenemos un costo de resultados de unos seis meses en terapia cognitivo conductual o de tercera generación frente a un año o dos de una terapia psicoanalítica.</p> <p>Psi. Cognitivo Conductual (2): refiere que en este modelo el cual trabajan solo con lo que el paciente siente que es una necesidad de trabajar que se trata de hacer la mayor cantidad de asistencias objetiva en base a la demanda que viene del paciente a la consulta.</p>	<p>Desde el punto de vista epistemológico no hay evidencia que sugiere que las TCC no perduren en el tiempo</p>

Cognitivo Conductual:La Terapia Cognitivo Conductual es directiva	Los profesionales del psicoanálisis tienen opiniones similares con respecto al prejuicio "La Terapia Cognitivo Conductual es directiva"	Desde el punto de vista epistemológico la Terapia Cognitivo Conductual tiene un enfoque estructurado y orientado a los Objetivos.
	Psi. Psicoanalista (1): La Tcc necesita ser directivo está en relación del discurso del amo y el paciente tiene que tener una re inserción rápida para que sea productivo.	
	Psi. Psicoanalista (2): las tcc no le interesa El sufrimiento le interesa que el sujeto sea funcional y para de contar.	
	Los profesionales del Cognitivo conductual tiene opiniones similares con respecto al prejuicio "La Terapia Cognitivo Conductual es directiva"	
	Psi. Cognitivo Conductual (1): En la terapia cognitivo conductual te vuelves más directivo tú "tienes que hacer esto y lo de aquello" para mejorar y no tienes que hacer esto y aquello para evitar el problema. No hay que poner el punto principal en el dolor del paciente si hacemos un cambio al paciente va a dejar de sufrir	
	Psi. Cognitivo Conductual (2): Hay dos tipos de intervenciones en la directiva y la que no directiva. Uno puede ser directivo sabiendo que esa Directividad puede ayudar al paciente, pero nosotros no podemos pretender ser todo el tiempo directivo porque entonces hacemos el paciente dependiente de esa consulta hay ocasiones en las que los abordajes se vuelven directivos eso debe ser totalmente controlado con una finalidad para el bienestar del paciente.	

Nota: Tabla que contiene los distintos prejuicios del psicoanálisis y cognitivo conductual, encontrados por medio de las encuestas y abordados por los distintos profesionales. Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

La presente investigación expone los resultados obtenidos en función a la aplicación de la recolección de datos obtenida por medio de la investigación bibliográfica, las encuestas realizadas a pacientes y estudiantes de la carrera de psicología clínica; asimismo, entrevistas realizadas a profesionales que trabajan desde ambas corrientes.

Desde los resultados obtenidos en función a lo planteado en el objetivo general y específicos se puede identificar que dentro de los prejuicios que más sobresalen son las “Limitaciones en sus bases científicas.” dentro de la percepción por parte de los estudiantes de psicología clínica; sin embargo, si bien esto tiene sus fundamentos desde la práctica clínica, los psicólogos entrevistados afirman que si bien tiene puntos de validez debido a que el cognitivo conductual ha tenido sus fundamentos teóricos que respaldan sus teorías; y el psicoanálisis en sus inicios no tenía respaldos más que teóricos y empíricos. Pero esto ha ido cambiando; puesto que rescatan la parte de la escucha que ofrece el psicoanálisis, como otros estudios que respaldan su uso, por un lado y por otro lado los ensayos clínicos en psicología son un campo que tiene muchos puntos a debatir en la actualidad.

Así mismo, otro de los prejuicios que es el tratamiento psicoanalítico es de “Los tratamientos son largos”, y es aquí en donde la mayoría de las profesionales resaltan que responde al tiempo del paciente, lo que permite que se pueda realizar un análisis más consciente por parte del sujeto; del mismo modo, como también permite que no haya este sentido de la cura por parte del psicólogo.

Otro de los puntos que se mencionan es el “No tiene mucho reconocimiento” que tiene el psicoanálisis frente al cognitivo conductual, a esto se puede evidenciar un debate; puesto que, por un lado, los que ejercen la clínica desde un enfoque cognitivo conductual consideran que el psicoanálisis es vista desde una psicología positiva; mientras que, los otros profesionales indican que el psicoanálisis hay que hacerlo existir y que tiene un tiempo considerable de existencia al cognitivo conductual.

Del mismo modo, otro prejuicio es que el Cognitivo Conductual, “La terapia cognitivo conductual solo obtienen cambios superficiales”. Por un lado, los psicoanalistas están de acuerdo que existe un retorno del malestar. Los psicólogos

cognitivos conductuales se considera que es un prejuicio pensar que el la terapia cognitivo conductual solo tiene cambios superficiales pues alivian las manifestaciones sintomáticas a través de las técnicas, pero tienen presente la posibilidad de un retorno del malestar. La cual se hace un nuevo análisis y valoración de este.

Así mismo, sobre la terapia Cognitivo Conductual es “La TCC es alivios momentáneos que no perduran atreves del tiempo” los psicólogos con orientación psicoanalítica mencionan que las Terapias Cognitivo Conductual están ligadas a empujar al sujeto hacia la sociedad que mayormente es capitalista donde la cura debe ser rápida y corto. Los psicólogos cognitivos conductual refieren que la brevedad de las terapias son herramientas necesarias para el paciente que requiere de una solución a diferencia del psicoanálisis que es extendido.

Un prejuicio que se menciona: “La Terapia Cognitivo Conductual es directiva”. Los psicólogos con orientación psicoanalítica están de acuerdo que existe una directividad en los modelos de tratamientos en TCC. Los psicólogos Cognitivo Conductual refieren que debe existir un direccionamiento de sus técnicas se considera un método terapéutico estructurado y orientado a los objetivos para lograr el bienestar psicológico de sus pacientes.

Por último, es importante mencionar que, desde la parte epistemológica analizada de ambas corrientes psicológicas, se evidencia que en algún punto los famosos epistemológicos se basaron en lo que construía cada una para bien construir mejores postulados que la hagan válida desde su perspectiva, o bien desde la ideología en la que se fundamenta cada una de estas. Del mismo modo, entorno a las encuestas realizadas permitieron corroborar por medio de las entrevistas a profesionales, que gran parte del actual desconocimiento y de los prejuicios que surgen desde cada una se fundamentan en la ignorancia investigativa, puesto que, estas corrientes psicológicas responden al sujeto o persona, desde su síntoma, ya sea abordado desde lo inconsciente o lo actual.

RECOMENDACIÓN

Es recomendable crear espacios de debates intelectuales de expertos en psicoanálisis y cognitivo conductual con la finalidad de esclarecer ciertos prejuicios de cada orientación.

Invitar a los docentes que expongan casos clínicos que pueda generar un conocimiento de la técnica tanto para el Psicoanálisis y el Cognitivo Conductual.

Se sugiere la conformación de pequeños grupos de estudiantes para la investigación y análisis de casos clínicos desde el enfoque psicoanalítico o cognitivo conductual.

Promover a los estudiantes a ser miembros de instituciones de formación continua de psicoanalistas o cognitivo conductual.

Formar jornadas de investigación en grupos de expertos para el estudio y la exposición de estas corrientes, con el fin de aclarar la desinformación que obstaculiza una elección de tratamiento.

REFERENCIAS

- Álvarez, I. (2012). La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitivo-Comportamental. Teoría e Práctica* (1 translated [1997] reprint [2007] ed.). (S. Costa, Trad.) Porto Alegre [br]: Artmed, Artes Médicas.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (1997). *Terapia Cognitivo-Conductual: Antecedentes Técnicas*. *Revista Liberabit*, 3, 49-70.
- Caro, I. (2007): *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclee de Brouwer. 446 p. ISBN 978-84-330-2122-9.
- Castellaro, M., (2011). El concepto de representación mental como fundamento epistemológico de la psicología. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 6(24), 55-67
- Dahab, J. Minici, A. Rivadenira, C. (2015). Prejuicios sociales sobre la relacion entre ideologia y terapia cognitivo-conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*. Publicacion 27,03.
- Díaz, M; Ruíz, M; Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo Conductuales*. Editorial Descleé. <https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf>
- Esborraz, M. (2018). *Libertad y posición del analista. Saber y verdad en transferencia*. Obtenido de <https://www.academica.org/000-015/679>

- Fernández, S. (1999). Epistemología y psicoanálisis. *Cinta de Moebio* 5, 64-71.
- Fernández Durán, E. M. (2019). LA FUNCIÓN DEL DESEO EN LA PRIMERA ENSEÑANZA DE LACAN PARA EL PSICOANÁLISIS DE ORIENTACIÓN LACANIANA. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(2), 387-423).
- Ferro, R. (1998). La aceptación y la terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 217-237
- Flores, F. S. (2019). *Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162019000100008
- Freud, S. (1893). Estudios sobre la histeria. En Sigmund Freud Obras Completas, Ediciones Amorrortu: Buenos Aires
- Galor, S. (2013). *EL USO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA COMO HERRAMIENTAS DE AFRONTAMIENTO*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630261005.pdf>
- Godoy, P. (2009). *Apuntes sobre el psicoanálisis y las prácticas institucionales en la América Latina*. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-29702009000100002&lng=en&nrm=iso
- Hernández, R. Fernandez, C. Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación*. Interamericana editores, s.a. sexta edición <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Klimovsky, G. (2009). *Epistemología y psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones BIEBEL.
- Laplanche, & Pontails. (2013). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Lutereau, L. (2016). *Clinica de la neurosis obsesiva*. Obtenido de https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista16/lutereau.pdf

Obando Ramírez, L., & Parrado Corredor, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación

Palomero, J. (2006). ¿Sigue vigente, hoy, el psicoanálisis?. La polémica continúa, *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20(2), pp. 233-266.

Ricci, R. (1999). Acerca de una Epistemología Integradora. *Revista Cinta de Moebio*.

Romero, D. (2019). "El amor y los tres registros en la enseñanza de Jacques Lacan"

. Obtenido de https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/1216/1/TMAG_IDAES_2019_RDS.pdf

Sillitti. (2003). *Drogadicción y psicoanálisis*. Obtenido de El sigma: <https://www.elsigma.com/colaboraciones/drogadiccion-y-psicoanalisis/3554>

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista a profesionales

Psicólogo Juan Pablo Bitar

Entrevista (Psicoanálisis).

Juan Pablo Bitar psicólogo clínico psicoanalista practicante asociado a la nueva escuela en Lacaneana tengo una maestría en psicoanálisis mención en clínica psicoanalítica tiene un posgrado en neuropsicología y demencias está cursando un doctorado haciendo una tesis trastorno de la imagen corporal presente en pacientes operados en múltiples ocasiones cirugía plástica Profesor de la Universidad de Guayaquil fue docente durante dos años en la universidad Ecotec Tiene un consultorio privado desde que se graduó en el 2008.

Trabajo en el correccional de varones Centro de atención en adolescentes en conflicto con la ley masculina Guayaquil 2012-2013.

Desde el 2014 al 2020 trabajo en el centro de mediación de la función judicial atendió especialmente en familias deudas de pensiones alimenticias etc.

Hizo un curso de formación base en MDR psicoterapia Joven la aplicó en un breve periodo pues no le encontró efectividad

Preguntas

¿Asiste usted a cursos de formación de forma regular? ¿Cada que tiempo?

Si, cuando hay asisto y el último fue cuando organice uno en Guayaquil. Con Juan Pablo Moyo. Antes de eso participé en la en la Enapol anterior jornada de la Nel locales estuve en seminarios y cursos sobre salud mental.

¿Sobre qué temática fue el último seminario o curso al cual asistió?

El seminario fue la práctica analítica en la enseñanza de Lacan. El seminario fue teórico incidencias prácticas epistemológica.

¿Está usted dentro de un proceso de análisis personal?

Sí por supuesto comencé mi análisis en el 2006 con Antonio Aguirre en esa época salí del análisis con Antonio por diversos temas. Después se analizó con Mayra en Landívar desde el 2008 hasta el 2020 en 2020 en junio decidí hacer un cambio de analista para analizarme con Oscar Zack hasta en la actualidad

¿Consulta usted a colegas de orientación cognitivista (conductual) sobre casos que esté llevando?

No he consultado, pero si he hablado con ellos de casos clínicos conversamos de ideas con el Dr José Rodas doctor en terapia cognitiva. Y el doctor mencionó que la terapia cognitivo está interesada en estudiar lo singular

¿Conoce usted de qué manera trabaja el cognitivo-conductual?

Si de hecho he tenido algunos pacientes que me comentan que asistieron a un psicólogo para eliminar cierta fobia en las cuales aplicaba un proceso de desensibilización sistemática lo cual está bien funciona pero el objeto fóbico es mi metonímico. Cambia de objeto

Eso es lo que hablo con los colegas que son de las de TCC Yo soy fiel creyente que todo lo que tengo más de 100 años de existencia tengo una validez Y eso incluye para el psicoanálisis y el conductismo.

¿Cuáles considera usted que son los aspectos positivos del cognitivo-conductual?

Bueno las TCC son una psicoterapia o estrategia terapéutica en donde hay una solución de un problema pero que se puede pensar que es algo temporal. Positivo sí ya que puede resolver algo Mis colegas son personas que tienen objetivo de interesarse por el bienestar de las personas. Pero no sé si nivel de un beneficio duradero puedan estar, tengo mis dudas.

¿Qué desventajas podría encontrarse en la práctica psicoanalítica?

Bueno la gran desventaja dependerá de la experticia y la práctica del profesional por ejemplo, mi error más común en mi práctica era de qué hablaba mucho en la sesiones Y en otras ocasiones no hacía intervenciones en donde incidía o

empujaba al paciente que haga algo. Eso es propio de un psicólogo que recién empieza ir. Pues tomo una postura psicoterapéutica

Otro factor que puede quizás considerar es la lógica del tiempo por qué mucho va depender más allá del psicólogo o del psicoanalista Del deseo del analizante de poder ir más allá

Yo tengo pacientes que vienen 5 o 6 sesiones Y me dicen que ya solucionado su situación A lo que yo les digo está muy bien venga cuando quiera asimismo en mi práctica clínica he tenido pacientes que hacen lo contrario, Solucionan su problema Y me dicen hay otras cosas que tengo que solucionar. Hay que quitarnos una cuestión en nuestras cabezas y es que las personas no vienen al psicoanalista Las personas vienen al psicólogo puede ser cognitivo, sistémico, Gestal etc Pero las personas no vienen al psicoanalista

Puntos negativos del psicoanálisis

1. Las limitaciones en cuanto a sus “bases científicas”.

Existió un artículo publicado por neuropsicólogos dónde publicaron la eficacia Neuropsicológica de la psicoterapia de larga duración. En donde se mostraban que había cambios de las conexiones sináptica del paciente a partir de tratamientos de duración larga

Una tcc puede medir “Cuántos números tiene una cosa”. Mientras que el psicoanálisis te dirá bueno todos esos números puedes medir tal cosa, pero cada uno te lo voy a escribir de otra forma única individual e irrepetible. A la larga todos somos únicos individuales irrepetibles por qué nadie está en el mismo espacio Tiempo a la vez. Por eso nuestra percepción del mundo Y nuestra construcción subjetiva es diferente.

Ser una pseudo-ciencia

El psicoanálisis no es ciencia por ende no entra tampoco como una pseudociencia. No busca una comprobación científica el psicoanálisis no busca ser ciencia. Como dice Antonio Aguirre aquel que dude de la efectividad del psicoanálisis que se somete a un proceso analítico Y así ver si es que puede seguir dudando de eso es necesaria la experiencia para poder hablar

El tiempo de tratamiento.

Yo tengo pacientes que vienen 5 6 meses y no vienen más ya que encuentran una respuesta o una solución a su problema para lo que quieren encontrar otros pasan años y eso dependerá del deseo de saber de cada sujeto. Es decir si yo me despierto y me levanto y me golpeó el dedo chiquito al lado de la puerta una vez OK pero dos o tres veces ya hay que ir pensando ¿qué sucede? Si me golpeo todos los días con lo mismo hay dos opciones primera me gusta el dolor o saco la puerta evidentemente la puerta no la voy a poder pero hay que preguntarse qué es lo que está pasando Que esto que se repite tantas veces se sigue jugando lo sigo haciendo eso no lo encontrarás en una TCC eso lo verás en un proceso a largo plaza. Allí cambia la historia

A lo mejor la TCC te enseñarás qué es lo que te despiertas mires a tu alrededor y estés más consciente y enfocado en el por qué te golpeaba en el dedo Y te va a enseñar a modificar tu conducta para evitar el golpe pero eso no implica que ese gusto presente desaparezca eso no implica que ese susto o esa situación tal cual te genera el golpe en el dedo del pie vaya cambiar eso queda de lado Y eso es un borramiento errado.

Puntos negativos de la terapia cognitivo-conductual

La ejecución de tareas

Son enfoques distintos tengo un montón de pacientes que han pasado por una experiencia Usualmente de ese tipo de experiencias cuando salga de aquí yo hago un corte en la sesión por la razón que fuere se detiene y me dice enseguida ¿me mandará algo para leer? , ¿Y no me va a mandar algo para escribir para que yo me dé cuenta? Le respondo usted cambió de profesional por algo dijo que su otro psicólogo le mandaba estas cosas ¿le sirvió de algo?

- No.
- ¿Bien entonces cree que hay que hacer lo mismo?
- El Paciente Responde: no tal vez no
- Le pregunto: se percató entonces porque corte la sesión
- Y responde a sí cuando yo dije tal cosa
- ¡Exacto!
- Hay esta tal vez su tarea...

Las personas se han asustado quizás porque no hay deberes no hay tarea pero se van con un corte con una intervención que moviliza algo después estos pacientes llegan y mencionan que la primera vez que vino Psicóloga usted dijo una cosa me di cuenta ahora que eso que usted me dijo me puso a pensar en muchas cosas entonces el paciente comienza a articular ciertas cosas para hacer una conexión hermosa entonces le respondo bien hizo la tarea

El proceso terapéutico cognitivo conductual no perdura con el tiempo

Depende de lo que vaya a tratar si es una fobia estoy convencido de que no va a durar Si es alguien que se orinó los pantalones probablemente no le va a ir muy bien en Tcc

Si es un miedo hablar en público entonces Tcc te enseña A respirar a que veas el público desnudo te empieza amortiguar El malestar muy probablemente va hacer efectivo

La directividad con la que sé tiene que manejar.

Las Tcc es totalmente directivo, tuve un paciente que vino a mi consultorio me comenta que se hizo atender como un colega profesional que él conocía en una de las universidades donde yo trabajaba mi colega hace de todo hacete tcc hace Tapping qué consiste en tocar ciertas partes del cuerpo como que si fuera acupuntura mientras tienes depresión y así liberas de ese malestar Cura de depresión Hace DFT hace Mr Le pregunto qué hace acá?

Y el paciente dijo con el pude diagnosticarme, un f45 que ese es un trastorno de pánico Okay, ¿qué hace acá? La paciente responde puede ser que lo tenga pero siento que hay algo más él me decía “bueno ese era el pepito del pasado, ahora tiene una esposa que lo ama deja de preocuparte por el pasado” Eso no me sirve porque el pasado es el pasado y yo pienso mucho en el pasado. Y se le da apertura y empieza hallar cosas Es uno de los pacientes que le gusta tentar. Le pregunta si va a hacer un cierre y él le contesta si ya lo hizo. Es alguien que buscar tentar Pregunta ¿puedo llamarte si me siento mal? Y le respondo con si. Y el paciente agregar “es que no te quiero molestar” Y le respondo entonces no me molestes. El otro le da las respuestas...

Si se sufre de un ataque de pánico le doy apertura a que me llamen en ese momento y hablamos. Quizás en otras terapias le dan una técnica de respiración, yo propongo hablar. Hay una frase que lo he hecho personal cuando una calla el cuerpo enfermar

Cuando un habla el cuerpo se cura Si alguien tiene alguna sintomatología somática producto de la angustia hay que hablarlo. En este caso que te comento este sujeto que venía Por una cura milagrosa me cuestiono si se quedaba A lo mejor regresa con el otro colega que le enseñe una técnica de respiración. La ventaja del psicoanálisis que aprendido es que se le da un lugar a la palabra Se permite escuchar a alguien que sufre se le da un lugar al sufrimiento Eso no pasa con las tcc. Las tcc no le interesa el sufrimiento le interesa que el sujeto sea funcional y para de contar. En psicoanálisis se entiende que el sufrimiento está por algo y hay que entenderlo, Qué función cumple adonde nos puede llevar a donde la llevado al sujeto o al paciente El psicoanálisis cura estoy convencido de que sí he tenido más de un paciente que me ha dicho el psicoanálisis ha salvado mi vida tengo una paciente que lo dice públicamente.

Esta paciente era una persona que tenía bajo te estima que se quería mata la vida la trató muy mal encontró un espacio donde puede ser escuchada que se la importancia a la voz empezó a construir en medio un terreno pantanoso. Construir en lugares donde la base sea sólida trabajo de años era un sujeto politraumstizada. Entender de qué esto es un proceso de qué hay que demorar Y por otro lado también hay procesos que son de corta duración caso

Psicólogo Diego Guaranda

Presentación del entrevistado

Diego Guaranda psicólogo Titulado en la universidad de Guayaquil bajo la mención en clínica y salud su especialidad de 3re nivel se dirigió al malestar emocional y psicológico relacionado a pacientes post covid, tuvo unos diplomados en sexología clínica, terapia contextual y terapia cognitivo conductual, se especializó en sexología clínica y terapia de parejas, para tratar distintas situaciones que se refiere a las disfunciones sexuales más psicogenesis, master en título propio en universidad Tech de España en Psicooncología y cuidados paliativos en la actualidad se dedica a la consulta privada, trabaja en un centro médico en el área de Sexología clínica su

enfoque es de 3ra generación en Terapia Cognitivos Conductuales Contextuales y pues es lo que más utiliza en el tratamiento privado.

Curso de certificaciones de Terapias Cognitivas para manejo de ansiedad terapias Conductuales para el manejo de la depresión certificaciones DBT terapia dialéctico conductuales terapias de 3ra generación para el manejo de la regulación emocional Mindfulness, terapia de aceptación y compromiso.

¿Está usted dentro de un proceso de trabajo personal bajo el esquema cognitivo-conductual?

Por ahora no, por el tiempo en me manejo, si he ido a terapia pero lastimosamente por ese tema salió de consulta ya que el psicólogo que me atendió falleció, ahora actualmente estoy en búsqueda de un psicólogo que se ajuste más a lo que yo necesito lo cual es complicado, cuando comienzas a leer más, no vas a al primer psicólogo que encuentras en Instagram, si no que más bien saber a quién más va dirigido.

He asistido, he tenido mis procesos, estuve a punto de culminarlos, pero lamentablemente mi terapeuta falleció.

¿Si me gustaría, pero no encuentro a un profesional que se adapte a lo que yo necesito?

Consulta usted a colegas cognitivistas sobre casos que esté llevando.

Si, normalmente yo me manejo con algunos colegas dentro del centro donde yo atiendo donde hay psicólogo que son Cognitivo Conductual todo ellos manejan las ramas de niño y 1 con adultos consultamos bastante los casos para poder conocer un poco más de cómo poder intervenir en una forma adecuada o si es que estoy emitiendo el diagnóstico correcto dependiendo los de los síntomas y signos que se presentan del paciente.

¿Conoce usted de qué manera trabaja el psicoanálisis?

Si yo hace mucho tiempo cuando estaba en la universidad mi corriente era psicoanalítica en un inicio Freudiana pero luego de eso tuve ciertas discrepancias Y fue cuando comencé a dar consultas psicológicas Pues lamentablemente no iba

encaminado A mis objetivos obviamente cambia esa perspectiva para trabajar otras primicias Y también tengo la noción del psicoanálisis lacaniano y el psicoanálisis de Eric Ericsson.

¿Cuáles considera usted que son los aspectos positivos del psicoanálisis?

Para atender a pacientes no, Si para entender ciertas complejidades de la vida pues en muchas ocasiones los científicos no es lo primordial tenemos personas que tienen otro punto de vista más espiritualistas, Fenomenológico entonces siete nido puntos en la cual rescatar el psicoanálisis para poder entender distintas situaciones el ser humano O lo que subyace en el tema del inconsciente algunos mecanismos de defensa que se suelen ver en la terapia pero no puedo decir que es un mecanismo de defensa porque no es mi corriente si no es que es una forma de afrontamiento como lo llamamos en la TCC

Pero si hay puntos que si se puede ser adecuado para el psicoanálisis como la sexualidad y las pulsiones

¿Cuáles considera usted que son los aspectos negativos del psicoanálisis?

Basado en la psicología científica en el positivismo que es prácticamente el es del tipo de terapia cognitivo conductual y de tercera generación tenemos que el psicoanálisis no tiene una evidencia sólida científica Ya que dentro de la psicología científica nos basamos en lo observable y tú no puedes observar el inconsciente puedes observar los procesos o la dinámica del aparato psíquico del ello y Superyó y yo Las funciones del lenguaje la conceptualización es todo eso no se puede observar

Por el contrario de la psicología científica podemos observar el comportamiento de la persona que se rige en una conducta y pues hay un estímulo hay una respuesta basándonos en una primera generación y así se fue implementando el pensamiento no hay una caja negra sino que existe un pensamiento que nos hace detonar ciertas conductas eso es uno de los puntos

Si bien es cierto que existe otro tipo de terapia psicoanalítica que es breve A pesar de ser un breve periodo de margen de tiempo nos queda debiendo bastante en el hecho de tratar cierto tipo de situaciones vemos que suelen tratar a las neurosis psicosis y perversión.

Entonces tenemos bajo estas tres estructuras los tipos de trastornos que pueden suscitarse pues lamentablemente no hay un protocolo a seguir y que va a depender de cómo construyes las sesiones con el consultante trabajar en distintas cuestiones como la interpretación de ciertos significado, significativo y todo ese tipo de situaciones que la verdad nos va a demorar mucho

En cambio tenemos frente a este tipo de terapia cognitivo conductual en la cual partes de una noción con variables haces tu análisis funcional de la conducta obtienes estas variables y pones técnicas específicas para trabajar eso Y lo que te da como resultado un protocolo indistintamente del número de sesiones para trabajar este caso si es que no hay un orden correcto O si es que la patología no se trabaja sólo con psicoterapia se lo deriva a la psiquiatría y se lo trabaja multidisciplinariamente mientras que el psicoanálisis nace del pensamiento y todo este tipo de cuestiones que se susciten en la psicosis en la perversión y en la neurosis son mecanismos de defensa por parte del inconsciente lo cual no se puede ser tangible.

Entonces tenemos un costo de resultados de unos seis meses en terapia cognitivo conductual o de tercera generación frente a un año o dos de una terapia psicoanalítica

¿Qué desventajas podría encontrarse dentro de la práctica cognitivo-conductual?

Si dentro de la terapia cognitivo conductual a pesar de ser estructurada a pesar de tener sus protocolos y de saber cómo hacer hay una situación en la cual el psicólogo te da la técnica y tú tienes que aplicarla obviamente si el paciente no la práctica o el paciente no lleva a cabo esta técnica pues no va a haber mejoría.

El segundo punto es que te vuelves más directivo tú tienes que hacer esto y lo de aquello para mejorar y no tienes que hacer esto y aquello para evitar el problema pero hay un cierto margen en el cual pues el paciente no en todos los casos asisten para ser escuchados para poder sacar todo lo que llevan por dentro ejemplo y los problemas de pareja, problemas de su vida cotidiana y necesitan hablar pero la psicoterapia cognitivo conductual se centra en el problema y en qué hacer con el problema, no como una forma en la cual tú puedas dentro de la sesión 45 minutos o la hora exacta abarcar eso que absorbes esa situación.

O sea que en otro tipo de terapia si se hace eso ponen el punto central al paciente de lo que siente su experiencia o aplicas o enseñas algo sumamente básico y el paciente tiene que hacer y ya entonces hablamos de mecanismos más emocionales allí la terapia Cognitivo conductual te deja debiendo Aunque para eso salió la terapia racional emotiva conductual que es un subtipo de terapia cognitivo conductual pero a pesar de eso aunque trabaja con emociones o Con el pensamiento racional emotivo y con todo este tipo de situaciones no hay un correcto balance si la persona sólo quiere ir a desahogarse como tal el protocolo fijo quizás lo puedes moldear un poco pero la finalidad es lograr el bienestar del paciente y esto lo aplicas a través de técnicas y no simplemente escuchando de nada sirve que te desahogues y no te Van a dar nada no te ofrecen las estrategias necesarias para poder afrontar la situación.

Dudas estudiantes y pacientes:

Puntos negativos de la terapia cognitivo-conductual

1. el adoctrinamiento del sufrimiento

Basado quizás en no poner el punto principal en el dolor del paciente en lo relacionado a esta situación porque vemos que existe conductas que se pueden cambiar a través de pensamiento , El pensamiento detona una emoción , Esa emoción detona una conducta si cambiamos patrones de pensamiento a través de una reestructuración cognitiva o si cambiamos formas de comportamiento con un condicionamiento operante o un condicionamiento clásico o vamos a solucionar el problema como tal y el punto de sufrimiento no lo topamos como tal Sino que vamos a ver conductas repertorios de pensamiento repertorios conductuales y más que todo ese es el punto es en el que nosotros vamos a trabajar cosa que en otras doctrinas se basan en el alivio del sufrimiento por ejemplo en el logoterapia en el sentido de la vida en el psicoanálisis es descubrir el síntoma o descubrir la raíz del problema. El sufrimiento en la TCc no le estamos mucho en cuenta

Ya que si cambiamos es el paciente va a dejar de sufrir Y si sigue sufriendo es porque el paciente no quiere cambiar prácticamente esa es la premisa entre en pocas palabras de lo que se promover en Tcc

2. cambio superficial.

Las técnicas de terapia cognitiva conductual no son las mismas para todos los pacientes. Para cada paciente se analizan las variables y se toman técnicas similares por ejemplo una reestructuración cognitiva y tú dices está está aplicando esa técnica, pero no es la técnica porque puede ser una flecha descendente, una flecha ascendente, un auto registro ABC O otras situaciones que se relacionan con eso de allí.

Si es que una persona tiene hábitos crea un hábito o esta acción al ser repetida puede crear una forma de comportamiento del entonces vamos a la premisa de si tú aplicas esto por X cantidad de tiempo lo vas a adquirir en tu repertorio de conductas así que cuando vaya a suceder esta situación vas a saber qué hacer ante esto de aquí y obviamente va a reducir el malestar clínico que se maneja dentro de tu problema como tal.

Si es que tú le aplicas y la aplicación la forma adecuada se vuelve parte de ti y sabes qué hacer sabes cómo reaccionar en distintos momentos, pero obviamente no todos los pacientes son así hay pacientes que aplican una vez por otra cuando surgen estas situaciones vuelve el problema como tal pero es por no practicar suficiente. Dentro de la variable está en cómo el psicólogo aplique la técnica.

Cosa que para otras corrientes se podría decir que sí porque estás “reprimiendo” ciertas conductas.

Pero si lo vemos un hábito entonces no va a pasar nada. Diría que un 70% de los pacientes adquieren el hábito o estas formas de afrontamiento como le llamamos en terapia cognitivo conductual Y pueden sobrellevar una vida normal en la cual ya haya adquirido ese hábito.

Y el otro 30% de pacientes son así porque no entienden la técnica son necios no creen al 100% del resultado De la misma psicoterapia.

Entonces los pacientes vuelven después obviamente no se aplicará la misma técnica ya que el paciente se la sabe allí se evalúa las nuevas variables encadenante de esta conducta hacemos un camino de contra-condicionamiento, Desensibilización, O mejoramos éste estrategia de afrontamiento así trabajamos. Y así trabajamos los distintos casos.

3. Que solo alivia momentáneamente el malestar del paciente.

Puntos negativos del psicoanálisis (opinión)

1. Las limitaciones en cuanto a sus “bases científicas”.

Si hay muchos psicólogos con bases científicas que se encargan de eso la APA En su división 12 pone el tratamiento adecuado para cada psicopatología mencionada en la cual pues en ninguna sale un tratamiento psicoanalítico, creo en una o en dos Pero está en un nivel medio moderado en las cuales todavía no se puede ser aplicado pero si vamos a la analogía de somos profesionales de salud y tenemos que dar un nivel de margen de efectividad en nuestro tratamiento obviamente nos basamos en la ciencia es como decirle a un médico que te mande un medicamento prescrito y aprobado por la FDA probado por todos los protocolos para para el malestar o síntoma o la enfermedad que tenga también el Ecuador está en un nivel muy tradicional que nace de la medicina tradicional sale la medicina ancestral.

2. El tratamiento puede ser considerado por los pacientes como muy largo

Hay algo que hay que tener en claro es que estaba en un contexto donde las personas quieren algo rápido y Comprobado Yo no puedo utilizar el psicoanálisis tenerlo porque de nada sirve tenerlo dos o tres veces por semana o una vez por semana por qué al fin de cuentas las personas se puede sentir estancada O que la persona no entienda que esa es la forma en la que expresamos hablando de pulsiones hablamos de mecanismo de defensa hablamos de cuestiones donde requiera de un léxico alto más aún en Lacan cuando se habla del el significado el significado y todo este tipo de situaciones que engloban la personalidad desde alguna estructura lingüística entonces yo Me maneja en eso y si yo voy al psicoanálisis cuánto tiempo me demoraré en resolver este problema con el paciente

Y eso significa que si no se resuelve rápido el paciente puede llegar a la conclusión de que este psicólogo no sirve O ese psicólogo no está preparado o no sabe porque llevo un tiempo prudencial y no veo mejoría en las cuales no veo nada beneficioso la terapia Y se crean prejuicios con que sólo se va a psicólogo para que te escuchen y para que te aconsejen y te digan que está bien etc.

El psicoanálisis sirve para explicar la vida está bien pero tratamiento no voy a brindar algo a mis pacientes que lamentablemente con el tiempo no sea algo beneficio.

Habrán personas que no tienen los recursos para pagar un proceso que requiere de mucho tiempo por el contrario de la terapia cognitivo conductual en dos sesiones aproximadamente el 16 o máximo 20 sesiones en cinco patologías más complejas Psiquiátrica pues vas a ver vas a ver un nivel de efectividad total valoramos mucho el costo beneficio

Desventaja del cognitivo-conductual frente al psicoanálisis

1. la ejecución de tareas

Desventaja sería para el paciente al no ejecutar las tareas si bien es cierto nosotros Psico-educa vamos al paciente cuando tiene algún problema de diagnóstico de ansiedad le enseñamos las técnicas de Desactivación o técnica de manejo de ansiedad a través de técnica de respiración le damos las herramientas ahora depende del paciente de su constancia ya que se le puede enseñar todas las técnicas pero del paciente depende si las acepta o no o si las ve adecuada Hay pacientes que lo aplican un día o dos y ahí depende mucho de la efectividad y la forma en que aplica la técnica cómo le aplique o como lo adquiere en su repertorio de conductas

El paciente debe se alcanzar la cura...

2. La directividad con la que sé tiene que manejar.

Bueno es que cuando existe una barrera en la que el paciente no quiere aceptar se utiliza el diálogo socrático que es una de las técnicas que se utilizan dentro de terapia de reestructuración cognitiva para hacerle ver cuál es el error como tal y ponen en balanza si es que el paciente quiere estar bien o quiere seguir con su problema

Claro está que si el paciente viene perturbado o con síntomas altos de patologías derivadas de psiquiatría o que vaya a ser derivado en un futuro así quedaría claramente entonces debe hacerlo allí es directivo y si es que El paciente No quiere hacer él puede seguir viniendo y se le enseña cuando desea, pero de nada va a servir si no se lo aplica está el nivel del que el paciente quiera sanarse y que quiera mejorar

Psicólogo Julio Trejos

Presentación del entrevistado

Julio Trejos psicólogo grado de la Universidad estatal de Guayaquil experiencia en el área clínica dos años. Tiene un año de experiencia en el hospital de salud mental donde actualmente labora trabaja en el área de conductas adictivas y atención a pacientes en la Red psiquiatría generalmente en psiquiatría atienden a pacientes que tienen trastorno del estado de ánimo Ansiedad y depresión A veces también trabajar interdisciplinariamente con pacientes que tienen esquizofrenia.

Tengo estudios realizados en manejo grupal con personas problemáticas De consumo de sustancias, dependencia emocional ansiedad y depresión tengo estudio de psicología clínica

Mi enfoque es cognitivo conductual tercera generación y en la aplicación utiliza bastante la técnicas de la terapia narrativa que sí se puede trabajar mediante el enfoque cognitivo conductual es el modelo que maneja para la intervención con sus pacientes

¿Asiste usted a cursos de formación de forma regular? ¿Cada cuánto tiempo?

Sí por supuesto El último curso que realicé lo culmine en octubre del año pasado era un diplomado internacional en intervención en drogodependencia Y otras adicciones lo hago cuando una formación Le dé una validez Las horas revisó también quiénes son los expositores y qué modelo es el que se enseña ya que existen diversas formaciones de pseudoterapias. Y un profesional siempre estará pegado a la información quede una validez científica frecuentemente hago esto pasando un mes a veces dos dependiendo del tema que me genera mayor interés con la finalidad de brindar una mejor atención a los pacientes siempre y cuando me permiten esas herramientas yo accedo a la formación

¿Sobre qué temática fue el último seminario o curso al cual asistió?

Era un diplomado internacional en intervención en drogodependencia Y otras adicciones lo hago cuando una formación Le dé una validez Las horas revisó también quiénes son los expositores y qué modelo es el que se enseña ya que existen diversas formaciones de pseudoterapias. Y un profesional siempre estará pegado a la información quede una validez científica frecuentemente hago esto pasando un mes a veces dos dependiendo del tema que me genera mayor interés con la finalidad de brindar una mejor atención a los pacientes siempre y cuando me permiten esas herramientas yo accedo a la formación

¿Está usted dentro de un proceso de trabajo personal bajo el esquema cognitivo-conductual?

Si he tenido en el último mes una consulta psicológica con mi psicólogo fue en el mes de junio Usualmente acudo una o dos veces al año sesiones de una semana pues como sabemos los psicólogos no estamos exceptuados de tener algún tipo de dificultad a nivel emocional

Usted consulta a colegas cognitivistas sobre casos que esté llevando.

Donde yo laboro en el hospital de salud mental que tenemos Dos reuniones en un staff donde se reúnen todos los profesionales psiquiatras médicos psicólogos enfermeros todo el equipo que asiste a las pacientes y tenemos otra reunión que tenemos dos veces al mes que se llama estudios de casos clínicos allí se reúnen los psiquiatras y los psicólogos donde hacemos un estudio de todos los pacientes internos para observar cómo va su evolución de su tratamiento evidentemente dentro de esa reuniones pues existen colegas que manejan el mismo modelo que yo y otros que maneja la corriente psicodinámica el punto está en el respeto que se tiene de un profesional a otro y encontrar un punto de coincidencia en donde todos puedan tener una mejor aproximación del perfil del paciente para buscar su beneficio trabajar en sus necesidades y su situación problemática disminuya básicamente mis reuniones son con psiquiatras y psicólogos que manejan otro tipo de orientación

¿Conoce usted de qué manera trabaja el psicoanálisis?

Bueno como psicólogo general en nuestra universidad tuvimos que estudiar todos los postulados teóricos de la psicología no sólo estudiamos psicoanálisis También cognitivo conductual estudiamos la escuela estructuralista funcionalista Gestalt el conductismo radical de Watson el enfoque narrativo también estoy un poco de humanismo entonces conozco los aspectos básicos como trabaja el psicoanálisis.

¿Cuáles considera usted que son los aspectos positivos del psicoanálisis?

Yo creo que el aporte histórico de Sigmund Freud fundamental y primordial tengo colegas que son muy radicales y que no lo aceptan pero en mi opinión la forma de hacer psicología fue diferente apartir en Sigmund Freud El observó que los pacientes psiquiátricos sólo eran objetos de catalogarlos cómo una persona que está demente que el deterioro mental era eso y nada más aló que Freud se comenzó a cuestionar de qué tiene que ver algo más qué genera ese comportamiento

Otro punto a favor es como el psicoanálisis puede aportar de manera positiva a la psicología infantil.

Pues las pruebas Proyectivas yo no las uso en personas adultas pero de los niños es muy importante ya que ellos no tienen la capacidad de explicarse mediante el lenguaje entonces en las pruebas Proyectivas pueden arrojar un resultado más fidedigna ya que si un psicólogo interviene mediante la palabra directa puede estar un poco falseando la información en cambio las pruebas proyecto arrojan un resultado más de acuerdo a la edad y la capacidad de expresarse del niño mediante el lenguaje

Yo si reconozco esas cualidades que tiene psicoanálisis en la parte histórica que fue muy fundamental.

¿Cuáles considera usted que son los aspectos negativos del psicoanálisis?

Un punto negativo del psicoanálisis es que las intervenciones suelen ser demasiado extensas pueden durar dos o tres o cuatro años

Yo soy más de práctica las terapias breves sé que existe terapias breves en psicoanálisis pero yo creo que hay que centrar el problema aquí en y en el ahora si bien es cierto conocer la historia del sujeto como los traumas de la infancia o alguna

situación pasada es importante para tener el perfil de la persona y su historia clínica siento que a veces el psicoanálisis se enfoca demasiado en ese ámbito que ya han sucedido hay que tratar de trabajar en el aquí en el ahora o aquella persona que viene con un trastorno de ansiedad o una fobia social O una especie de depresión o estado depresivo su problema es actual hay que abordar y hay que tratar que el paciente recupere su funcionalidad en su vida cotidiana está bien una sesión conocer cuál es su historia pero hay que trabajar en el aquí en el ahora. Muchas veces no avanza en el paciente porque se queda trabado o marcado en conocer demasiado su pasado el pasado es importante pero no debe ser lo relevante dentro de la consulta

¿Qué desventajas podría encontrarse dentro de la práctica cognitivo-conductual?

Claro está que toda terapia tiene su punto débil pues está en constante construcción dentro de la terapia cognitivo conductual suele cometer el error de estar en un extremo o al otro extremo A veces se centra quizás en la parte cognitiva y Desconozca ciertos aspectos fundamentales del origen de una conducta de una persona Y eso puede conllevar a que la terapia se centre solamente en las acciones concretas sin entender que detrás de esa acción suya hace una situación personal que les parece que la persona todavía no lo ha expuesto pues el cognitivo conductual se trata de pensamiento y la conducta es la acción que realiza esa persona se puede acusar que quizás este modelo también es un poco reduccionista y pensar que sólo las personas son pensamiento y acción y no intervienen ciertos factores que vayan también a contribuir mi visión como psicólogo es bio psicosocial de la persona Hay que ser más integradores sin llegar a ser eclécticos ojo yo no estoy de acuerdo con el eclecticismo qué es la práctica de mezclar todo si bien es cierto tengo colegas que estudian y utilizan el Marco teórico del psicoanálisis no estoy de acuerdo sin embargo mi opinión es que ellos se formen y se empapen bien de su teoría y trabajar únicamente desde ese modelo que ellos están estudiando

Otro error que cometen los psicólogos unitivo conductual sería tomar pruebas Proyectivas en las cuales ellos no están capacitados para hacerlo es un error teórico pues esa persona no está capacidad capacitada para dar una correcta interpretación.

Creo que hay que ser integradores para el momento de pensar en el bienestar del paciente

Puntos negativos de la terapia cognitivo-conductual

1. el adoctrinamiento del sufrimiento

No, la en la interpretación de los hechos del modelo cognitivo conductual existe una pequeña fórmula al igual que Lacan utilizaba Matemáticas en el cognitivo conductual también tratamos de utilizar esas analogías hay una ecuación que dice $A+B=C$

A= es el hecho.

B= interpretación.

C= la conducta.

No se trata de adoctrinamiento al dolor tratamos de trabajar B es la interpretación, que es lo que está haciendo el paciente para que interprete una situación como algo traumático entendemos que lo siento así pero tratamos que voy a la otra cara de la moneda es interpretación puede ser dada por una distorsión cognitiva o por algún tipo de idea irracional lo cual lo estudió Albert Ellis y a partir de allí existe la terapia Tercera racional emotiva que nos ayude encontrar cuáles son esas ideas irracionales que están manteniendo una conducta que causa dolor el enfoque cognitivo conductual trabaja más bien en sacar ese dolor por medio de la interpretación que le está causando otra técnica de la cognitivo conductual es la desensibilización sistemática Quizás en éste. En este tipo de técnicas expone el paciente con un hecho traumático para estudiar como sus emociones y reacciones pero progresivamente se lo voy a exponiendo mediante una terapia de exposición para que el vaya desasociado el miedo o ese dolor o ese hecho Y podemos estar pensando en que los tengamos adoctrinando para el dolor pero en realidad se está trabajando para la que interpretación de eso que hace daño se vaya cambiando que seguramente se debe a una serie de distorsiones cognitivas

Dicen que este modelo adoctrina el dolor pero el dolor hay que afrontarlo porque el dolor va a haber siempre.

2. cambio superficial.

Ésa crítica es válida es igual que acusamos al psicoanálisis de introducir recuerdos falsos al usuario esas creo que como terapeuta psicoanalítica estoy encontrando el origen de la fobia por ejemplo pero quizás más bien estoy induciendo a que esa persona

tenga un recuerdo de algún trauma infantil materno en el ámbito sexual y el paciente puede estar seguro de que eso fue así la contraparte es que por acá en algún lado Logramos hacer que esa persona pierda el miedo a la fobia Pero hasta ahí. Si el paciente viene con otra fobia el problema no es que no hemos descubierto a qué le tiene miedo sino que existe una disfuncionalidad ¿por qué tienes miedo? Pues ahora trabajemos en ese miedo que estamos notando que al fin y al cabo sigues teniendo miedo ese no era el objeto en este enfoque se permite que el paciente regrese a replantear y cuestionar qué es lo que hicimos bien y qué es lo que hicimos mal

Pero en el psicoanálisis con respecto a la fobia uno le puede encontrar que supuestamente la fobia que está asociado a un episodio sexual pero trabajamos en la sesión pero podemos incluso introducir recuerdos falsos que no han pasado y eso sucedió mucho en los casos de Sigmund Freud

Y eso fue también uno de los grandes cuestionamientos del psicoanálisis En este modelo trabajamos con lo que el paciente siente que es una necesidad de trabajar

3. Que solo alivia momentáneamente el malestar del paciente.

No podemos entrar más allá de lo que él paciente no nos permita en el aspecto de la sexualidad por ejemplo si es que el paciente no quiere hablar de ese tema no se indaga en ese tema Si el paciente viene por una aracnofobia trabajamos en eso y pierde miedo a las arañas y también parte de la sinceridad del paciente y que aborde el miedo en que subyace si el paciente no nos ofrece esa información necesaria nosotros no podemos más allá sólo trabajamos con lo que él paciente viene

Eso es lo que se trata de hacer la mayor cantidad de asistencias objetiva en base a la demanda que viene del paciente a la consulta

Puntos negativos del psicoanálisis (opinión)

1. Las limitaciones en cuanto a sus “bases científicas”.

Ese es el mayor talón de Aquiles que tiene el psicoanálisis porque se ha expuesto a experimentación todas las teorías del psicoanálisis como la existencia del inconsciente la interpretación de los sueños y nada de eso se puede replicar de forma científica porque cada vez representa resultados diferentes Y esa es la mayor crítica que existen en psicoanálisis que no existe base científica.

Tuve la experiencia de estar en la Universidad de tener una maestra de orientación analítica que utiliza se marcó teórico Y decía que no defendía el psicoanálisis desde el científico o no pues el psicoanálisis una filosofía de vida.

De hecho, hay una anécdota de Freud que recibió un premio de literatura, pero él lo rechazó porque decía yo no hago literatura yo no estoy bonito yo lo que hago es estudio clínico eso es un punto débil de parte del psicoanálisis con el contrario de la terapia cognitiva conductual que está bajo el rigor científico.

La psicología científica se plantea se replantea y se actualiza lo que hace 20 años se conocía como fijo ya no lo es pues siempre se actualiza mientras que el psicoanálisis no existe esa posibilidad de actualización siempre la ciencia está en constante evolución en constante progreso por eso el psicoanálisis tiene poco reconocimiento.

Desventaja del psicoanálisis frente al cognitivo-conductual (opinión)

1. Ser una pseudociencia

La psicología científica se plantea se replantea y se actualiza lo que hace 20 años se conocía como fijo ya no lo es pues siempre se actualiza mientras que el psicoanálisis no existe esa posibilidad de actualización siempre la ciencia está en constante evolución en constante progreso por eso que el psicoanálisis tiene poco reconocimiento.

2. No tiene mucho reconocimiento

La psicología científica se plantea se replantea y se actualiza lo que hace 20 años se conocía como fijo ya no lo es pues siempre se actualiza mientras que el psicoanálisis no existe esa posibilidad de actualización siempre la ciencia está en constante evolución en constante progreso por eso que el psicoanálisis tiene poco reconocimiento.

3. El tiempo de tratamiento.

No estoy de acuerdo, también hay que rescatar el tiempo del paciente y eso el psicoanálisis lo resalta mucho y también ese espacio de escucha. Pues necesitamos soluciones que el paciente necesite no rápido, pero si concreta que tenga un objetivo medible para yo comprobar que se está funcionando.

Desventaja del cognitivo-conductual frente al psicoanálisis

1. el proceso terapéutico cognitivo conductual no perdura.

Basado en experiencia puedo decir que he abordado a pacientes en episodios de depresión y por medio de la terapia cognitivo conductual no tengo buenos resultados claro está luego regresan a consulta ya el problema no es el estado depresivo ahora han descubierto por ejemplo lo que realmente está pasando es que tienen un problema de afrontamiento o de baja tolerancia a la frustración. Ya la depresión no es una opción porque has sabido identificar y reconocer cuáles son los patrones conductuales que le están llevando ese estado depresivo.

Me da la percepción de ver a un paciente que tiene capas pero lo único que puedo observar de esas capas es su conducta algo similar al psicoanálisis.

Y en base a esas conductas nosotros tenemos que seguir analizando de donde o que mantiene esa conducta y cómo podemos lograr que esa conducta sea tóxica se vaya a de esa aprendiendo también muy cognitivo conductual más que todo a desaprender ya que si bien es cierto aprender es un proceso desaprender también es un proceso y se participa en conjunto con la desasociación de ciertas ideas irracionales...

Si me preguntan por qué se comporta así yo les diría que hay un pensamiento que se ejecutó y que desembocó en una conducta ahora hay que analizar ese pensamiento porque está persistiendo en cognitivo conductual se llama pensamientos rumiantes o pensamientos intrusivos.

La directividad con la que sé tiene que manejar.

Hay dos tipos de intervenciones en la directiva y la que no es directiva. Uno puede ser directivo sabiendo que esa directividad puede ayudar al paciente pero nosotros no podemos pretender ser todo el tiempo directivo porque entonces hacemos al paciente dependiente de esa consulta hay ocasiones en las que los abordajes se vuelven directivos eso debe ser totalmente controlado con una finalidad para el bienestar del paciente. Pero si es un psicólogo cognitivo conductual que siempre es directivo no está haciendo un buen trabajo porque no se puede hacer todo el tiempo directivo.

Psicólogo Miguel de la Rosa

¿Asiste usted a cursos de formación de forma regular? ¿Cada que tiempo?

Si, estuve en la Jornada de la NEL en Chile noviembre 2022

Sobre qué temática fue el último seminario o curso al cual asistió.

El seminario al que asistí tiene de tema “*Anormalidades y Factor (a) en la clínica psicoanalítica*” se trató de las vicisitudes de la clínica psicoanalítica y los testimonios del pase.

¿Está usted dentro de un proceso de análisis personal?

Si, desde mi punto de vista personal mi formación era insuficiente, parte de mi vida personal y familiar pedía análisis desde el primer ciclo de mi carrera universitaria, para mí se mostró una incapacidad para postergar “eso” y poder a empezar a trabajar en el sentir de lo que me ocurría en mi vida y la forma en que sufría. A partir del dispositivo analítico me di cuenta que iba pesquisando el material práctico que sin el análisis no lo hubiera podido atravesar, la gran rigidez de mi práctica en el contenido teórico y como la experiencia del diván me permitió tener una lectura del estilo de la técnica y el modo de intervenir para apertura una asociación

Hubo una rigidez, mucha seriedad y lo que yo empecé a ver en el análisis es lo que me permitió en ese punto poder desarticular, hacer caer esas cosas que pues en mi prácticas la vi más suelta como mucha más soltura y como también poder supervisar la práctica lo muy implicado que se puede estar en el psicoanálisis en pro de dirigir bien una cura, la lectura que uno tuvo de lo que le pasó al paciente. y la lectura de nuestro acto en la clínica y poder preguntarse de eso que uno hizo “remarque esto, pregunté lo de acá , pude pesquisa algo de esto, como privilegie una cosa de la otra” etc. el saldo de eso en tu práctica te ayuda a tener una mejor soltura no solo se trata de aprender psicoanálisis en lo teórico, uno puede enamorarse de la teoría y fascinarse por lo que Lacan decía , si bien es cierto en la práctica se puede hacer uso de algo de lo que dijo lacan porque algo me sonó ocurre de que a veces no existe una relación directa también en ocasiones el analista no lo podrá ver el camino hacia la cura por su propio fantasma.

El fantasma te limita mucho a leer las cosas de una manera, cuando esas cosas no están atravesadas el analista puede ver el mismo síntoma en todo el mundo o la misma dificultad transferencial en todo el mundo y no es eso... es algo de uno mismo.

Uno puede saber bien de la técnica pero a nivel de estrategia y a veces la orientación política tiene que ver con la lectura del síntoma solamente si lo atraviesas en la supervisión y el análisis.

En un grupo de estudio también se habla de cómo en analista se siente “lo que te pasa a ti, lo que te pasa en tu práctica” lo que te paso en relación de un caso esto llega a los grupos de estudios o llamados “Carteles” uno llega con la pregunta y se estudia eso, la psicosis, neurosis los niños etc se puede hacer supervisión.

Consulta usted a colegas de orientación cognitivista (conductual) sobre casos que esté llevando.

El primer contacto con la psicología fue cuando empecé estudiando pedagogía allí básicamente abarque cuestiones de aprendizaje en base al cognitivo conductuales, alguna humanística y constructivistas para mi siempre hubo una lectura que de repente existía algo más no podría ser solo la conducta o solo el potencial había algo en el fondo que en aquella época no comprendía pues evidentemente estaba en otra área que no era de la educación en lo personal siempre pensaba las cosas de niño, no me parecía que la superficie era solo lo único.

Cuando trabajaba con niños aplicaba una técnica pero no servía de ese modo para ese niño lo cual en aquel entonces no trabajaba en mi análisis personal, existía una frustración hacia mí mismo. Empecé estudiando por una contingencia la pedagogía muy bien elegida pero contingencia al final ya que cerraron mi carrera ello motivó en mí en tomar una decisión de estudiar psicología y poder encontrar respuestas a esas preguntas que surgieron. Al estudiar psicoanálisis le permitió dar una respuesta a esas dudas de lo que hay más allá de la conducta de la caja negra, algo pasaba entre el estímulo y la respuesta.

¿Conoce usted de qué manera trabaja el cognitivo-conductual?

El primer contacto con la psicología fue cuando empecé estudiando pedagogía allí básicamente abarque cuestiones de aprendizaje en base al cognitivo conductuales,

alguna humanística y constructivistas para mi siempre hubo una lectura que de repente existía algo más no podría ser solo la conducta o solo el potencial había algo en el fondo que en aquella época no comprendía pues evidentemente estaba en otra área que no era de la educación en lo personal siempre pensaba las cosas de niño, no me parecía que la superficie era solo lo único.

Cuando trabajaba con niños aplicaba una técnica pero no servía de ese modo para ese niño lo cual en aquel entonces no trabajaba en mi análisis personal, existía una frustración hacia mí mismo. Empecé estudiando por una contingencia la pedagogía muy bien elegida pero contingencia al final ya que cerraron mi carrera ello motivó en mí en tomar una decisión de estudiar psicología y poder encontrar respuestas a esas preguntas que surgieron. Al estudiar psicoanálisis le permitió dar una respuesta a esas dudas de lo que hay más allá de la conducta de la caja negra, algo pasaba entre el estímulo y la respuesta.

¿Qué desventajas podría encontrarse en la práctica psicoanalítica?

Una desventaja es que el psicoanálisis está fuera de todo estándar y es que el psicoanalista que está atendiendo y no se esté formando es una realidad fuera de cualquier prejuicio pues si estás formándote te va a pasar que piensa que es la persona o el caso el que está mal, el causal de que el caso no haya salido adelante y que a veces en realidad es el propio analista es la mayor desventaja de la práctica analítica he hecho de que existan personas que no se estén formando. es el mayor mal que le hacen al psicoanálisis.

Que el psicoanálisis ante un momento en que un sujeto tenga que hacer una elección pueda dar una respuesta. Una persona que padece de algo en particular se pueda estar allí se puede dar acompañamiento es dar una estrategia transferencial cualquiera que esta sea él pueda leerse.

Dudas estudiantes y pacientes:

Puntos negativos del psicoanálisis

1. Las limitaciones en cuanto a sus “bases científicas”.

Cuando lacan prevé la caída del nombre del padre, no solo habla del padre como autoridad en casa, habla de las brujas que te dirigen hacia la vida en relación por

ejemplo a la masculinidad, a la feminidad, la muerte y el amor eran idea, ahora no, cuando aparece un amor es fácil que la neurosis se alinee a eso, que lo consienta que lo trabaje la lógica del amor es el esclavo de repente nace una nueva corriente que te dice no tienes que dormirte porque en el futuro puede venir algo ese es el pseudo padre y la gente se agarra de eso, la gente está desorientada en la vida ejemplo: adolescente no sabe qué hacer con su vida, niños están cada vez más adultizados en cuestiones que tal vez caen más en represión y no por volver a eso, hay que tener una lectura de aquello, no es que antes era mejor pues si bien es cierto en cada época tenía sus limitaciones sirve ciertas particulares, ahora bien si aparece algo como una respuesta la gente lo toma y se aferra a eso, un claro ejemplo sería las redes sociales que establecen un modo de ser, y también cuando esta viene por la época.

El Twitter era el modo de comunicarse y no lo estas entonces no están en comunicación, el psicoanálisis no está en el discurso de la ciencias, de hecho es un milagro que no lo esté hasta la religión se puede emparentar muy fácil con la ciencia, es bueno que algo esté Existiendo para mí es un logro que no lo esté allí uno realmente puede salir de lo universal de crear algo que se aproxima más a lo real. uno puede hablar como lo que es un sujeto.

2. El tratamiento puede ser considerado por los pacientes como muy largo.

La gente menciona que el tiempo del análisis es largo, finalmente la gente avanza lo que quiere avanzar, tenemos la idea de que tenemos que curar es la gente que llega hasta el fin, la gente que llega hasta el fin es la que quiere.

Existe la gente que viene a resolver un problema y se queda porque en realidad tiene 3 hay gente vino que sin saber lo que le pasaba y llegó a conocer algo de sí y eso le sirvió en la vida.

Hay efectos terapéuticos, pero lo mejor es el efecto psicoanalítico ya que sigues trabajando mientras que el efecto terapéutico se da en una sesión y fue inolvidable para el paciente...

De allí está el que se quiere formar, hay que estar en constante pregunta para estar en formación.

El psicoanálisis perdura en el tiempo

Al psicoanálisis hay que hacerlo existir, si solo nos quedamos en las paredes de nuestro consultorio entonces no vamos a poder hacerlo existir, es importante la transmisión que se pueda hacer en universidades, en eventos de arte, instituto, es importante estudiarlo si no desaparecerá aun así hay que tener en consideración que el psicoanálisis es una respuesta para algunos.

Hay que entender que para algunos muy causados por el deseo, el síntoma como si fuera un partenaire / una pareja sirve. Le seguimos apostando a eso.

Puntos negativos de la terapia cognitivo-conductual

1. cambio superficial.
2. Que solo alivia momentáneamente el malestar del paciente.

Es paradójico porque toda solución tiene su tiempo de caducidad. La diferencia es que en el psicoanálisis te da una visión de que eso puede cambiar, “me servía esto, ahora ya no” busco algo que me soluciones” es un espacio para crear soluciones eso es el psicoanálisis.

Lo conductual está más orientado a la Pedagogía entonces hay que aprender que el otro dice , tiene una pata en lo educacional y lo educacional en lo social tiene que ver con el ideal social y aprender del otro. si se aprende al otro y la rutina te hace ver que está en el camino adecuado en la cotidianidad claro que tendrá su efecto rápido te alinea a la sociedad.

Es ceder el instinto... en función de algo bueno que está ligado a la sociedad en esa vía se entiende y que está íntimamente ligado a lo social.

Desventaja del cognitivo-conductual frente al psicoanálisis

1. la ejecución de tareas

No necesariamente la ejecución de tarea puede ser una desventaja dependiendo del caso por caso desde mi experiencia tuve a un paciente donde le dije que quizás anotar ciertas cosas ya que a mi paciente lo hace para hacer poesía y le dije “tráigalo cuando usted quiera” pues serviría como una estrategia transferencial.

Pues ya depende del profesional observar qué utilidad puede tener para ese paciente.

Generalmente no se manda hacer tareas la contraparte sería que al mandar hacer tareas te posicionas como el gran otro gozador que espera la tarea y qué lectura... para que le sirva al paciente quizás en la otra corriente no hay esa posibilidad de apertura por ser un estándar.

El proceso terapéutico cognitivo conductual no perdura con el tiempo

La directividad con la que sé tiene que manejar.

Existe una directividad pues la terapia cognitivo tiene como una objetividad hacia lo social que finalmente no se trata del síntoma, si no de la conducta como esto se muestra y entonces es des-adaptativo , no es el síntoma, es el trastorno que no anda en lo social , por ejemplo nivel de trastorno se dice en el DSM malestar significativo para no trabajar, estudiar y dedicarse a cosas cotidiana son las 3 variables , La Tcc necesita ser directivo está en relación del discurso del amo y el paciente tiene que tener una reinserción rápida para que sea productivo.

Anexo 2. Encuestas

Objetivo: analizar los principales prejuicios del psicoanálisis y el cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al malestar psíquico mediante una encuesta, para levantar información que permita la prevalencia de los prejuicios en la población estudiantil y pacientes.

¿Cuál considera usted que son posibles puntos positivos de la terapia cognitivo-conductual?

¿Cuál considera usted que son posibles puntos negativos de la terapia cognitivo-conductual?

¿Cuál considera usted que son posibles puntos positivos del psicoanálisis como forma de tratamiento al síntoma psíquico?

¿Cuál considera usted que son posibles puntos negativos del psicoanálisis como forma de tratamiento al síntoma psíquico?

¿Qué considera usted como fortaleza del cognitivo-conductual frente al psicoanálisis?

¿Qué considera usted como fortaleza del psicoanálisis frente al cognitivo-conductual?

¿Qué considera usted como desventaja del psicoanálisis frente al cognitivo-conductual?

¿Qué considera usted como desventaja del psicoanálisis frente al cognitivo-conductual?

¿Qué considera usted como desventaja del cognitivo-conductual frente al psicoanálisis?

Si solo pudiera elegir entre estas dos opciones ¿Qué corriente elegiría usted para atenderse?

- Psicoanálisis
- Cognitivismo

Señale lo que considere como una posible desventaja en el proceso terapéutico de la orientación cognitiva

1. La TCC es coercitiva, generando sufrimiento en los pacientes; éstos deben someterse y aceptar pasivamente las técnicas que aplique el psicólogo.
2. La TCC deshumaniza al hombre.
3. La TCC es afín y funcional al sistema capitalista.
4. Existe una estrecha relación entre conductismo y consumismo.
5. Hay una "alianza" entre la TCC y la industria farmacológica.
6. Las TCC, Como no resuelven la raíz del problema, solo alivian las manifestaciones sintomáticas, que luego retoma más fuerte en una nueva manifestación.

En caso de haber seleccionado una o varias respuestas a la pregunta anterior, argumente sus razones.

Señale lo que considere como una posible desventaja en el proceso terapéutico de la orientación psicoanalítica.

1. El psicoanálisis genera malestar por revivir acontecimientos traumáticos
2. Carece de validez científica, no se apoya en la investigación.
3. El Tratamiento psicoanalítico es de varios años o interminable.
4. El psicoanálisis es casi exclusivamente el trabajo del paciente.
5. El psicoanálisis es obsoleto y superado.
6. El psicoanálisis es una terapia que tiene como finalidad conocerse a ti mismo.

En caso de haber seleccionado una o varias respuestas de la pregunta anterior, argumente sus razones.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Farías Chiriboga, Oscar Elías** con C.C: #0956739288 autor del trabajo de titulación: **Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al síntoma psíquico**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 09 de febrero de 2023

f. _____
Nombre: **Farías Chiriboga, Oscar Elías**
C.C: **0956739288**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al síntoma psíquico.		
AUTOR(ES)	Farías Chiriboga, Oscar Elías		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psi. Cl. Rojas Betancourt, Rodolfo Francisco		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad De Filosofía, Letras Y Ciencias De La Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	09 de febrero de 2023	No. DE PÁGINAS:	96
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis, prejuicio, Cognitivo Conductual		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Psicoanálisis, Síntoma Cognitivo Conductual, Conducta.		
RESUMEN/ABSTRACT:			
<p>El trabajo tuvo su finalidad de establecer un estudio comparativo de los principales prejuicios en torno al psicoanálisis y cognitivo-conductual como métodos de tratamiento al malestar psíquico su importancia para recolectar y descartar ideas erróneas que existe la psicología con respecto al tiempo, la evidencia y los resultados que influyen de manera perjudicial en la orientación de los estudiantes y pacientes al momento de elegir un método de tratamiento. Sus objetivos fueron analizar los principales prejuicios del psicoanálisis y cognitivo conductual en los estudiantes y pacientes mediante el uso de encuestas. Se solicitó un análisis y esclarecimientos a los 4 expertos de cada orientación mediante las entrevistas la metodología es método cualitativo. Dentro de los resultados de las encuestas obtuvimos los prejuicios del psicoanálisis que fueron que hay “limitaciones en sus bases científicas”. Mientras que el cognitivo conductual tienen “cambios superficiales” y “La directividad con la que sé tiene que manejar”. Se concluyó el psicoanálisis tiene limitaciones científicas a diferencia del cognitivo conductual Para ambos el tiempo es una variable que afecta la rapidez. El psicoanálisis tiene poco reconocimiento, La similitud en ambas posturas es que es difícil eliminar en su totalidad las manifestaciones sintomáticas e la terapia cognitivo conductual es necesario mantener un orden y objetivos mientras que el psicoanálisis no apunta a la objetividad.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593990891792	E-mail: (Oscar_elias97@hotmail.com)	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			