

ALBERTO ÁLVAREZ ARBOLEDA
1932 - 2010



Taller N° 8 Presentación Obra del Dr. Alberto Álvarez Arboleda

In Memoriam ¹

Diana Robles²

Es para mí un honor, poder conversar con ustedes, acerca, de mi maestro, el Doctor Alberto Álvarez Arboleda, el conocido hombre de las tres A.

Nació en la ciudad de Pereira el 20 de julio de 1932, en un hogar tradicional y religioso, conformado por Don Justo Pastor Álvarez Soto y Doña María Arboleda Arboleda; era el tercero de seis hijos hombres. Con los mayores, tenía una diferencia de edad de 10 y 5 años.

Su infancia y juventud transcurrieron en su natal Pereira, entre el juego, los amigos, con quienes conformaba una comunidad, definida por su esposa como similar a los *Amish*, en USA, a la que pertenecían con su segundo hermano, el más cercano y admirado, por su simpatía y popularidad. Compañeros de aventuras, en el juego de canicas, y de planes como correr por la carrilera elevada del tren, teniendo que resguardarse, colgados de uno de los pilares que la sostenían, cuando este pasaba; guardando en la vía del tranvía las tapas de gaseosa que ganaban en el juego de canicas o, en su defecto, nadando en el río Otún; riesgos que tomaban, a pesar de la prohibición de sus padres.

También fueron sus intereses, la música, el fútbol, la poesía, los cuentos, la lectura de temas, como la Literatura, Historia, Antropología, Filosofía, Religión, Mitología, el cine, las

ciencias, entre otros, además de la investigación en aquello que le generaba curiosidad, como la tecnología y temas científicos; ya en este momento, dejaba entrever su inclinación por el cine, al que asistía semanalmente; a pesar, de sus pocos recursos, conseguía con su hermano las boletas más económicas y tenían que competir con los otros niños su entrada, abriéndose paso entre la multitud.

Estudió en el colegio Deogracias Cardona, de donde se graduó con honores como el mejor Bachiller. Para ese entonces, declinó la convocatoria para hacer parte de la selección de fútbol de Pereira; gracias a esa decisión, tuvimos al maestro con nosotros.

Adelantó sus estudios de Medicina en la Universidad Nacional, después de haber rechazado una beca que otorgaba la ciudad de Pereira, para estudiar el pregrado en Bogotá, ya que consideró, que podía ser mejor utilizada por otras personas que la necesitaban.

Se destacó como jugador de fútbol en la Facultad y por su excelente desempeño académico. Incursionó en las áreas de la Cirugía, Medicina interna y Anatomía patológica, antes de descubrir su verdadera inclinación por los estudios del Inconsciente. Por esto, en 1958, ingresó al Hospital Neuropsiquiátrico de mujeres, lugar en el que conoció a su esposa Doña

¹ Trabajo presentado el 22 de octubre de 2012, dentro del marco de los Talleres 50 años de la APC, Homenaje a los Fundadores, en el auditorio Henri García E. de la Clínica Montserrat, del ICSN, Bogotá, Colombia.

² Md., Psq., Psicoanalista, Miembro Titular APC. droblespacheco@tutopia.com.

Stella Segura, quien adelantaba su práctica en Psicología clínica, y con quien se casó el 15 de diciembre de 1961.

Padre de Sergio Andrés, Daniel y María, bautizada con el nombre de su madre. La niña falleció en el momento del nacimiento. A sus hijos les inculcó su amor por la lectura y por las Ciencias exactas, como lo recuerda su hijo Sergio en las palabras que envió, para el homenaje póstumo que se realizó en la Clínica Montserrat, en noviembre de 2010.

Sergio Andrés, quien estudió ingeniería electrónica, es Doctor en Matemáticas, reside en Estados Unidos desde 1989, en donde se desempeña en su campo profesional, como docente universitario de dedicación exclusiva; casado con la Sra. Carolina Ruiz Carrizosa, Ingeniera y doctorada en la misma área, también docente, padres de Catalina, de 13 años.

Daniel, médico cirujano general, se desempeña como jefe de urgencias de la Clínica Reina Sofía y como docente de la Universidad El Bosque, casado con la señora Ligia Londoño Ibarra, también Médica Cirujana. Padres de Andrés Felipe, Laura Juliana y Andrea Isabela, nietos con los que más compartió, sus aventuras como abuelo.

En 1966 viajó a estados Unidos, motivado por sus amigos Hernando Romero y Horacio Arias. A su llegada, se vinculó con el Hospital de Westboro en Massachussetts, en donde ejerció como médico y cursó los estudios que le permitieron más adelante, realizar su residencia en el Hospital de Worcester Massachusetts, donde ejerció como Psiquiatra, durante aproximadamente seis años; luego, en compañía del Dr. Kaplan, recibió un curso de Psiquiatría social en la universidad de Harvard; ulteriormente ejerció en el Hospital Saint Joseph, en Missouri.

A su regreso al país, se vinculó, en 1974, al Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, en

donde ejerció como Psiquiatra de planta, con funciones docentes y administrativas.

Fue docente de la Universidad Nacional, en el primer programa de Psiquiatría que existió en el país, y de la Universidad del Bosque, entre los años de 1983 al 2004; además, se desempeñó como Psiquiatra de la Secretaría Distrital de Salud, dictando cursos a los maestros y realizando terapias en el Centro del Niño, internado para niños con problemas emocionales, en compañía de los doctores Mario González, José A. Márquez y Álvaro Méndez.

Se retiró del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Montserrat, en enero de 2004. Recibió la medalla del Instituto el 10 de diciembre de 2004, con la que exaltaron su dedicación incondicional a la institución.

Después de haber hecho este recorrido por sus aspectos que académicos, hablemos ahora del ser humano. Desde su juventud, dejó ver ese espíritu investigativo, amoroso, capaz de condolerse del otro, empático, respetuoso, amable, generoso; calificativos que quedan cortos para describirlo. A raíz de este coloquio, revisé el material que sus colegas y amigos escribieron sobre él, y solo resta contarles a ustedes las diferentes anécdotas que caracterizaron a mi admirado maestro, Supervisor y, en pocas palabras el abuelo, como cariñosamente nos referíamos a él en la Residencia de psiquiatría.

Nos acompañó, silenciosa y respetuosamente, a formarnos; nos enseñó sobre Psicosis, porque, para ese entonces, dirigía el Grupo de pensamiento. Recuerdo, que uno de mis compañeros le preguntó en dónde leer sobre el tema, y con su particular tranquilidad y sapiencia, le respondió "¿ya se leyó el Quijote, doctor?"

Era usual verlo compartir su arepa, o uno de los paquetes de platanitos, que acompañaba con una coca cola pequeña, con alguno de los pacientes agudos o, en su defecto, verlo en el jardín del servicio haciendo unos pases

con el balón, logrando, así, contactarse con pacientes que no establecían ningún vínculo con el mundo externo.

Así transcurrían sus días en la Clínica Montserrat, siempre presto a responder las inquietudes que los residentes tuviéramos o, simplemente, compartiendo con nosotros los comentarios sobre cualquier película, estuviera o no en cartelera, o preguntando "¿Dra., ya se vio tal película?, después de consultar en una hoja tamaño carta doblada en cuatro partes, que sacaba de su bolsillo, en la que anotaba las películas que estaban en cartelera y chuleaba después de haberlas visto.

Siempre respetuosamente, nos preguntó y escuchó qué pensábamos de este u otro paciente, valorando nuestras apreciaciones y profundizando sobre ellas, aclarándonos cualquier duda al respecto. En las semblanzas realizadas por sus colegas, en diferentes homenajes, coinciden en resaltar sus cualidades, como la generosidad, honestidad, bondad, sabiduría y especialmente su devoción por los pacientes.

Una anécdota ilustrativa: La Dra. Herminia Ángel de Tirado, nos contó, que cuando le robaron la camioneta, una vez fue encontrada por la Policía, la donó al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entidad a la que le fue asignada, por usufructo legal; desde este momento, decidió no volver a tener vehículo particular.

Siempre considerado, en muchas ocasiones trabajaba sin cobrar, ya que para él la carrera no representó un medio de enriquecimiento personal, sino un fin para su realización personal, como nos lo comentó su amigo y paciente, el Dr. Anibal Ramírez, quien, además, lo describió como un hombre ético, sapiente en el campo profesional, inmune a la adulación y a los "rencores de los aduladores", tan sencillo que no necesitó de nada que pudiera agregarle valor.

Todos lo recordamos como un lector de múltiples los temas, enriqueciendo nuestros seminarios con aportes de diferentes autores, aplicándolo a otras áreas del saber; interesado respetuosamente en nuestras experiencias laborales y de vida, las cuales ejemplificaba con su vasto conocimiento para enseñarnos y, de paso, compartir sus intereses musicales y, especialmente, algunas de las anécdotas relacionadas con sus nietos, y hasta con su mascota, a quien también cuidaba, de vez en cuando.

Era un hombre reservado, pero siempre fue muy interesante escucharlo; así fuera de manera discreta, dejaba entrever que su familia era el pilar de su vida. Compartir con él esta faceta humana, nos llevó, a mis compañeros de residencia y a mí, a apodarlo El abuelo. Con envidia, queríamos participar de todo lo que, fantaseábamos, tenían sus nietos, de quienes se sentía orgulloso, y a quienes acompañó en cada momento -los llevaba al cine cada ocho días, como lo hizo con sus hijos, así nos lo recordó su hijo Sergio, quien además, lo describió como un hombre reservado y profundamente interesado en la lectura.

Su obra

Tengo la satisfacción, gracias a la Dra. Píñilla, de tener el primer ejemplar, que guardo como un tesoro, de Psicoterapia psicoanalítica y analizabilidad, el cual fue convertido en artículo, para ser publicado en la revista *Psicoanálisis*, de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, en el volumen 9 de enero de 1997; en él hace un extenso resumen sobre la Psicoterapia psicoanalíticamente orientada, y sus escuelas o movimientos desde sus primeras manifestaciones históricas, cuando se utilizaba el enfoque natural de la enfermedad, hasta nuestros días, en que se atiende en Psicoterapia

a pacientes que antes no tenían la indicación para ser tratados de esta manera.

Le reconoce un

[...] origen humilde, como terapia destinada a servirle a aquellas personas no adecuadas para recibir el Psicoanálisis, cuyo fin es alcanzar la salud por medios psicológicos restableciendo el equilibrio interno, estabilizando las emociones, fortaleciendo el Yo, creando y ampliando el insight, mejorando el juicio de realidad, entre otros.

Freud realizó su distinción entre el Psicoanálisis como terapia etiológica y curativa, y otros esfuerzos psicoterapéuticos, como tipos de sugestión pasados de moda. En la cita de Budapest en 1918, menciona: "Asimismo, en la aplicación popular de nuestros métodos, habremos de mezclar quizás el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa, y también el influjo hipnótico pudiera volver a encontrar aquí un lugar, como en el tratamiento de las Neurosis de guerra. Pero, cualquiera que sea la estructura y composición de esta Psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuaran siendo, desde luego, tomados del Psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia."

Se apoyó en el trabajo realizado por Robert S. Wallerstein, escrito en 1989, en donde se resume el aporte de diferentes autores, con el fin de determinar las características de la Psicoterapia, su aplicabilidad y las diferencias con el Psicoanálisis, concluyendo, en síntesis, que el proceso histórico de la Psicoterapia y su relación con el Psicoanálisis se divide en tres grandes etapas:

Etapa de la prehistoria dinámica, de la época en que Freud desarrollo el Psicoanálisis, como terapia específica de los trastornos mentales, diferen-

ciada de las terapias sugestivas, de la hipnosis, las estimulaciones eléctricas, curas de sueño, asociaciones forzadas, baños termales, y se convirtió en una psicología y terapia científica.

Etapa de los años 40 a los 70, que es el periodo de desarrollo de las Psicoterapias expresiva y de apoyo, basadas en el Psicoanálisis, con el que se guarda relación, pero del cual se diferencian en términos de técnicas específicas, objetivos y en el área de la psicopatología a la que se dirigen, periodo denominado Consenso psicoanalítico y etapa de Consenso fragmentado, en el que existen posiciones divergentes sobre el tema. En este periodo, se encuentran, según lo reveló el proyecto de investigación de la Psicoterapia de la clínica Meninger, infiltraciones, advertidas o inadvertidas, de combinaciones de técnicas y modalidades de apoyo, aun dentro de las más puras formas de Psicoterapia expresiva analítica.

Aunque las diferencias entre Psicoanálisis y Psicoterapia expresiva existen, y son reales, las fronteras y los desarrollos específicos son mucho menos definidos. Existe, pues, un continuo desde el Psicoanálisis estrictamente considerado que va diluyéndose a través de la Psicoterapia expresiva y, finalmente, termina en la de apoyo, en la que aun se ve la fuerza de la sugestión.

Knight, en 1952, aclara su posición respecto de la Psicoterapia de apoyo, exploratoria y el Psicoanálisis así:

Por el término de apoyo quiero decir, que implica la intención de apoyar y reconstruir los mecanismos de defensa, y los métodos adaptativos, usados ha-

bitualmente por el paciente antes de su descompensación, y la implementación de esta intención a través del uso de técnicas explícitamente de apoyo. El Psicoanálisis ofrece el mejor método que pueda usarse para alcanzar los más ambiciosos objetivos de la modificación fundamental de la estructura de carácter, erradicando o reduciendo al mínimo los mecanismos neuróticos. El Psicoanálisis intenta una exploración al máximo, con el objetivo de lograr el más completo autoconocimiento y la alteración estructural de la personalidad.

En su artículo *La Psicoterapia Psicodinámica de la Esquizofrenia*, publicado en la revista *Psimonart*, volumen 1, número 1 de enero de 2008, toca uno de los temas de su mayor interés, resumiendo, extensamente, a diferentes autores, sin desconocer los aportes de las Neurociencias, de la Escuela cognitiva conductual y de los psicofármacos.

La esquizofrenia es una entidad que "requiere un tratamiento múltiple y sostenido a lo largo del tiempo, para evitar el deterioro de las funciones mentales de estos pacientes, conservar su capacidad laboral y para mantener un buen nivel de adaptación social."

El paciente esquizofrénico puede utilizar su capacidad y destreza para retirarse a un mundo de alucinaciones, de dinamismos regresivos y actitudes de rechazo, para evitar los intentos del psicoterapeuta de encarar terapéuticamente sus ansiedades.

Un paciente mutista puede salir de su silencio, usando en su lenguaje alusiones a imágenes, simbolismos para referirse a asuntos personales o concernientes al terapeuta, pero difíciles de entender, y este tendrá que depender de su sensibilidad empática para discernir el significado de tales comunicaciones, e intervenir de un modo adecuado, para

impedir que se cierre, nuevamente, este intento de comunicación con el mundo externo. Esta es una de las respuestas conductuales del paciente al excesivo dolor emocional, ansiedad y desconfianza en los demás; el irse a un mundo interno privado, que él maneja a su arbitrio.

El paciente puede tener una vaga noción de la irrealidad y soledad de su mundo ilusorio, ansía y teme el contacto humano, el cual evita por el riesgo de nuevas frustraciones; de ahí, que puedan pasar semanas y aún meses para aceptar al terapeuta. Una vez aceptado, la dependencia puede ser mayor que en un psiconeurótico, a causa de la inseguridad tan fuerte, la cual deja ver, que la actitud narcisística es una defensa contra el dolor mental, de ahí, que cualquier falla del terapeuta, la cual es inevitable, así como en la más perfecta de las madres, es vivida como un fuerte desengaño que, automáticamente, reactiva los traumas primarios anteriores. Para la parte primitiva de la mente, que no diferencia entre sí-mismo y el objeto materno, ello equivale a la retirada también de las fuerzas de sostén de la infancia, con la consecuencia negativa de una gran ansiedad y, en algunos casos, el paciente puede retirarse de la comunicación y refugiarse en el estupor catatónico.

La Psicoterapia psicodinámica es una modalidad terapéutica de gran utilidad, para que los pacientes aprendan a conocerse a sí mismos como personas, a reconocer sus fortalezas y así poder colaborar en su tratamiento. Este tipo de terapia se complementa muy bien con la farmacológica, con las cognitivas conductuales, así como con otros enfoques terapéuticos y psicológicos.

Se considera, que el tratamiento psicodinámico de la Psicosis implica una confrontación profunda y directa con el lenguaje del Inconsciente, con los aspectos primordiales y esenciales del Ser.

Alberto Álvarez, su Obra Escrita¹

M^a Victoria Niño²

Ha sido una experiencia agradable encontrarme, a través de algunos de sus escritos, con el Dr. Alberto Álvarez, a quien tuve como maestro en la formación, y con quien siempre me sentiré agradecida por alimentar mi inclinación por el Psicoanálisis. En estos artículos, publicados en enero de 1997 en la Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, se pone en evidencia su juiciosa y rigurosa tarea de lector incansable, y desarrollador de diferentes planteamientos relacionados con el tema de la Psicoterapia, a saber, "la Psicoterapia con pacientes *borderline*, la Psicoterapia con pacientes narcisistas, y las semejanzas y diferencias entre la Psicoterapia psicoanalítica y el Psicoanálisis," y con el tema de la analizabilidad.

La bibliografía relacionada incluye la revisión de trece libros, 27 artículos publicados en revistas psicoanalíticas de la API, la APA y de la APC, desde 1960 hasta 1994, además del artículo de Freud, Sobre Psicoterapia de 1905, y dos de revistas de difusión general, *Newsweek* de 1988 y *Scientific American*, de marzo de 1990. La bibliografía sobre Analizabilidad, por otra parte, incluye la revisión de tres libros y nueve artículos de las revistas de las asociaciones anotadas.

A continuación, presento algunos aspectos de estos trabajos, una labor que deja por fuera mucho de lo planteado por el Dr. Álvarez, dado que me propongo expresar, en solo algunas páginas, lo que él desarrolló en casi 50.

Psicoterapia en pacientes *borderline*

En esta parte, el Dr. Álvarez define este Síndrome, y luego hace un recorrido histórico a través de los Psicoanalistas que se ocuparon del asunto, desde 1953 hasta 1987. Enumera y desarrolla los puntos básicos de coincidencia, y los aspectos técnicos para tener en cuenta. Comienza el planteando la dificultad de tratar estos pacientes, a pesar de que este diagnóstico sea cada vez más frecuente en Colombia. La dificultad, dice Álvarez, radica en la Transferencia hostil dependiente, las severas reacciones regresivas, las conductas violentas auto y hetero destructivas, y las crisis psicóticas transitorias. Ya en 1953, antes de que este diagnóstico hubiera "alcanzado aún un estatus oficial en la nomenclatura psiquiátrica", Robert Knight había planteado que el Psicoanálisis estándar era contraindicado para estos pacientes y que habría que comenzar con un Psicoterapia psicoanalítica exitosa, cara a cara, con un encuadre bien estructurado, un terapeuta visible (el Dr. Álvarez habla de terapeuta), personal y activo que provea al paciente una fuerza integradora y de contacto con la realidad. En 1971, Elizabeth Zetzel recomendaba una terapia de apoyo altamente estructurada, para evitar el desarrollo de una reacción Transferencial regresiva inmanejable.

¹ Trabajo presentado en 22 de octubre de 2012, dentro del marco de los Talleres 50 años de la APC, Homenaje a los Fundadores, en el auditorio Henri García E. de la Clínica Montserrat, del ICSN, Bogotá, Colombia.

² Ps., Psicoanalista, Miembro Titular APC. mariavini@hotmail.com

Álvarez retoma a Waldinger (1987), quien considera, que autores conocidos como Masterson, Buie, Adler y Kernberg, recomiendan una psicoterapia intensiva dinámicamente orientada con estos pacientes, de dos a tres sesiones semanales. Pero otros, como Boyer, Giovachini, Volkan y Chessik, hablan de tratamiento psicoanalítico estándar, intensivo, de cinco sesiones por semana, y con uso del diván. Kernberg la denomina 'expresiva', Masterson 'reconstructiva' y Chesick 'psicoanalíticamente orientada'.

Kernberg menciona a Winnicott, Bion, Khan, Volkan, Green, Little, Giovachini, Searles y Modell, como Psicoanalistas que han trabajado con este tipo de pacientes. Los temas básicos, en que todos coinciden, son retomados por Álvarez, y los enumero a continuación:

1. Estabilidad del encuadre.
2. Mayor nivel de actividad del terapeuta.
3. Tolerancia de la hostilidad del paciente.
4. Convertir en no gratificantes las conductas autodestructivas (drogas, promiscuidad, manipulación y crisis agresivas inapropiadas), centrándose en los resultados negativos.
5. Establecer conexión entre las acciones del paciente y sus sentimientos en el presente.
6. Bloqueo y límites en conductas de actuación.
7. Localizar clarificaciones e interpretaciones tempranas en el aquí y ahora.
8. Cuidadosa atención a los sentimientos Contratransferenciales, para minimizar el peligro real de actuaciones del terapeuta.

Aspectos técnicos

Álvarez señala, que hay desacuerdo entre los profesionales clínicos, sobre si las interpretaciones transferenciales son útiles para mantener un marco de referencia estable al comienzo del

tratamiento, o si la creación de un ambiente de sostén (*holding*) es lo esencial para amainar la tormenta de las fases iniciales de la terapia.

Interpretación: la utilidad del contenido

Como señala Álvarez, para Kernberg el uso de defensas primitivas (disociación, negación, proyección e idealización primitiva) hacen que el paciente distorsione los comentarios del analista, de manera que, las interpretaciones deben encuadrarse adecuadamente, para que él las pueda entender y, poco a poco, reemplace las defensas primitivas por otras de más alta calidad.

Ambiente de sostén: el ambiente estable, proviene de la experiencia de sentirse empáticamente sostenido; es fundamental para acercarse a un paciente que tuvo una falla en el desarrollo de objetos introyectos que den sostén y calmen; es crear lo que nunca ha existido.

Orígenes de la Transferencias. Viene de las distorsiones defensivas, hechas por el niño en sus tempranas relaciones, "creando monstruos, donde solo había padres imperfectos".

Proveer experiencias emocionales correctivas: algunos las proveen activamente, otros dicen, que el mejor modo es permaneciendo fiel al modelo psicoanalítico.

En cuanto al **pronóstico**, Kernberg habla de dos indicadores: la presencia de rasgos antisociales y la calidad de las relaciones objetales. El desarrollo de reacciones terapéuticas negativas contribuye a empeorar el pronóstico.

Psicoterapia con pacientes narcisistas

En esta parte, el Dr. Álvarez retoma la perspectiva de la Teoría del *Self*. Considera que

la terapia se centra en cómo el paciente trata de restaurar el sentido de vitalidad, cohesión y armonía de su *Self*, cuando es amenazado por la desorganización en la relación con un objeto propio o es afectado por algún ataque a su narcisismo. Dice, que en el ambiente terapéutico de sostenimiento empático, el terapeuta sirve como un objeto del *Self*. La meta de la terapia es reasumir el proceso de desarrollo interrumpido, formando estructuras internas que asuman las funciones de los objetos del *Self*. Señala, que es innecesario e ineficaz gratificar cualquier necesidad del paciente, a excepción de la de ser adecuada y empáticamente entendido. Retoma una cita de Kohut; ser comprendido, dice, "lleva a una consolidación del *Self*, lo que capacita a los pacientes a experimentar y explorar afectos que no podían tolerar previamente, por su intensidad o por su particular contenido: celos, rivalidad, hostilidad, amor, tristeza, culpa, vergüenza".

Refiriéndose al análisis, pero aplicable a la Psicoterapia en general, también retoma a Kohut:

Un análisis bien conducido, que ha sido llevado a una conclusión apropiada, provee al analizando más que la disminución o desaparición de sus síntomas dolorosos y perturbadores, existiendo en él ahora una cierta amplitud psicológica, quizás una chispa de aquella creatividad juguetona que lleva hacia nuevas situaciones con gozoso interés, y responde a ellas con una iniciativa afirmativa vital. Una persona así puede continuar, aun siendo más fácilmente traumatizada, que una que ha aprendido a mantener un confiable pero restrictivo equilibrio psíquico. Pero, aquella será más receptiva y responderá mejor que la que es rígidamente normal.

Psicoterapia de apoyo

Señala, refiriéndose a la Psicoterapia de apoyo, que para los psicólogos del *Self*, la meta es la restauración del equilibrio psíquico en los pacientes que padecen un desarreglo, como una depresión inmovilizante, o en los que experimentan angustia masiva, con fragmentación del sí-mismo y con pérdida o disminución de los mecanismos propios que mantienen funciones vitales. El terapeuta de apoyo tiene que adoptar una postura, "ser el espejo, el padre idealizado u otros roles, y tiene que desplegar las requeridas y específicas funciones del sí-mismo."

Las fases de esta terapia son:

1. El establecimiento del *rapport*.
2. Las demostraciones de seguridad en la Psicoterapia, para que el paciente reduzca la defensa a establecer la Transferencia.
3. La formación del vínculo sí-mismo objeto del sí-mismo.
4. La terminación.

Psicoterapia intensiva (expresiva)

Sobre la Psicoterapia intensiva (expresiva) Álvarez adopta la perspectiva cuya meta es ganar control sobre un déficit del sí-mismo o sobre las fijaciones en un vínculo arcaico del sí-mismo- y el objeto del sí-mismo. La metodología refleja el énfasis de los problemas del paciente en su medio ambiente, por lo cual se alía con el terapeuta para estudiar el problema 'allá afuera'. Esto es entre él y la situación ambiental que está reactivando la función del sí-mismo. El material obtenido debe ser llevado a sus raíces genéticas, ya que una de las metas de la Psicoterapia es revelar, una y otra vez, la presencia del pasado en el presente.

Relaciones, semejanzas y diferencias entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis

Señala que, en 1950, se llevaron a cabo tres paneles sobre este tema en la Asociación Psicoanalítica Americana, que dieron lugar a varios artículos publicados en 1954 en el *Journal*, y que Robert Waterstein retomará en 1989, en un artículo sobre este materia, en el que dice, que se basará para esta parte de su desarrollo. Cita la definición de Psicoanálisis de Gill, que, considera, llegó a ser muy conocida:

El Psicoanálisis es la técnica, que empleada por un analista neutral, resulta en el desarrollo de una Neurosis de Transferencia regresiva y en la posterior resolución de esta Neurosis, a través de, y exclusivamente, técnicas interpretativas.

En estos paneles no se aclaró la diferencia entre Psicoterapia de apoyo, la de expresión y Psicoanálisis. Se preguntó si eran "real y cualitativamente distintas o si se trata de puntos nodales cristalizados dentro de un continuo; o son aún menos distinguibles, solo una variación cuantitativa"

Con Rangell sostenía, que la diferencia estaba en la técnica, dado que ambos tratamientos provenían de un cuerpo metapsicológico idéntico, pues, "no es que un método sea mejor o peor o más o menos loable que el otro. Hay indicaciones y contraindicaciones para cada uno".

Bibring, en 1954, con su definición de los Cinco principios terapéuticos básicos, había planteado, que la interpretación es el más importante, en Psicoanálisis, y que los otros se le subordinan, solo se emplean para facilitarla. Para él, las Psicoterapias expresiva y de apoyo, hacen un uso diferente de los mismos principios.

En el año de 1956, en la Fundación Menninger se inició una investigación sobre la naturaleza del Psicoanálisis y la Psicoterapias basadas en el mismo, y postularon indicaciones para lo que llamaron Consejo terapéutico, Terapia de apoyo, Psicoterapia expresiva y Psicoanálisis.

En 1959, la Asociación Psicoanalítica Internacional dedicó, por primera vez, un panel del Congreso de Roma a la "relación del Psicoanálisis con la Psicoterapia", denotando la importancia que, a nivel mundial, ya había alcanzado dicho tema.

Después, en Atlanta hubo un simposio sobre Psicoanálisis y Psicoterapia, similitudes y diferencias; perspectivas de 25 años. En este, participaron Gill, Rangell y Stone. Gill se mostró partidario de mostrar las diferencias entre las tres. Rangell, por su parte, consideraba, que no existía análisis sin los mecanismos básicos de la intervención psicoterapéutica que había postulado Bibring, en 1954. Rangell habla de "una serie de territorios fronterizos, en los que los procedimientos terapéuticos son practicados en un área gris, entre el Psicoanálisis con parámetros y una Psicoterapia consistentemente intensa". Considera, que es posible trazar una línea entre los dos, aunque, en muchos casos, esta línea es difícil de determinar. Para Rangell, el proceso psicoanalítico no está determinado por factores mecánicos externos sino por un proceso interno. Hace hincapié en que, en la situación terapéutica, el *insight* cognitivo solo es incompleto, y que son necesarios los afectos; solamente, el *insight* cognitivo afectivo es eficaz y, más aún, alcanzado en el aquí y ahora, fusionado con la Transferencia y el pasado.

En 1981, Bernstein trata sobre pacientes que, antes de comenzar con un psicoanálisis, pasan por una etapa de Psicoterapia, conducida por el mismo analista. Estos pacientes, sostiene, tienen un Yo intacto y presentan

resistencia transitoria al Psicoanálisis, que les son modificadas y atenuadas en esta Psicoterapia, cara a cara, con una a dos sesiones por semana. Otros, que temen la Regresión y activación de conflictos libidinales y agresivos, necesitan también un periodo preparatorio de Psicoterapia, ya que ellos creen, que así sus conflictos son más controlables.

En 1983, la Asociación Psicoanalítica Americana dedicó un panel a esta materia, pues en una encuesta sobre práctica psicoanalítica, en 1981, había encontrado, lo que Levine argumentaría en 1985: que, por lo menos, una de cada ocho personas sometidas a Psicoanálisis había pasado por prolongados periodos de Psicoterapia preparatoria con su analista. Señala que, en ambos tratamientos, en la fase inicial, se recurre a intervenciones similares, aunque no idénticas.

Más adelante, Blanck y Blanck (1987) se refieren a La contribución de la psicología del yo a la comprensión del proceso de Terminación en Psicoanálisis y Psicoterapia, y dicen, que la Terminación se lleva a cabo, cuando el funcionamiento autónomo ha alcanzado el óptimo nivel esperado, y añaden, que ello no difiere en Psicoanálisis y en Psicoterapia.

En el panel de la Asociación Psicoanalítica Americana, en Diciembre de 1983, se trató la cuestión de la conversión de Psicoterapia a Psicoanálisis. Uno de los puntos centrales era si esta hacía indispensable el cambio de terapeuta. También, se revisaron importantes conceptos sobre Psicoanálisis y Psicoterapia psicoanalítica.

Álvarez señala, que Horwitz no recomendó la Psicoterapia como paso previo al Psicoanálisis, pero opinó que sí ayuda a que los pacientes adquieran "[...] un sentimiento de convicción acerca del trabajo de sus conflictos neuróticos y, como un proceso de tratamiento analítico, puede contribuir

a una resolución de sus dificultades". Ticho, por su parte, ve un continuo entre Psicoterapia de apoyo, Psicoterapia expresiva y Psicoanálisis, pero sugirió diferenciarlos, tanto en términos de metas como de técnicas. Recomendó, que, en el primero y en el último año del entrenamiento psicoanalítico, se incluyera el estudio de la Psicoterapia.

Para Kernberg es ventajoso mantener estrictas diferencias entre el Psicoanálisis, la Psicoterapia expresiva y la Psicoterapia de apoyo, con sus indicaciones y contraindicaciones. Dice, que se debe comenzar por la terapia más expresiva, y que le parece más fácil cambiar de esta una menos expresiva: esto es, de Psicoanálisis a Psicoterapia exploratoria y de esta a la de apoyo.

Por su parte, Gill opinó que cambiar, de Psicoanálisis a Psicoterapia expresiva, puede significar una derrota para el paciente, a quien se le dijo que el Psicoanálisis era el mejor tratamiento. Ve "un continuo de la Psicoterapia psicoanalítica, con más sugestión en un polo y más análisis en el otro". Considera, que el Psicoanálisis puede ser practicado en muy amplias y variadas condiciones, que incluyen: una frecuencia inferior a la óptima, uso de silla en lugar de diván, una patología más severa que la típica en un paciente de análisis y, aún, cuando el analista esté solo parcialmente entrenado. Lo que hay que hacer es analizar la Transferencia y combatir la sugestión, de forma que se dé "el movimiento en una dirección analítica". Piensa, que un análisis parcial es mejor que ninguno y que hay "que dedicarse a hacer tanto análisis como se pueda en las circunstancias que se den".

Álvarez anota, que González, (1989) en Psicoanálisis y Psicoterapia, en mensaje del Presidente al VI Congreso de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, recuerda las contribuciones de miembros de la Asociación:

1. Octubre 1975, primer seminario de la Asociación, sobre Psicoanálisis y Psicoterapia;
2. Martínez (1966) Las Psicoterapias;
3. Rosselli, (1968) Psicoterapia, Alcances y Limitaciones;
4. Masserman y Uribe, (1986) Principios y Prácticas de la Psicoterapia Biodinámica.

Yo agregaría, a esta lista, dos artículos más sobre el tema, uno de Plata (1975) "Psicoterapia Psicoanalítica", y otro de Álvarez (1994), "Psicoterapias Breves".

González, en su artículo, revisa conceptos de Rado, Kohut, Kernberg, Bion y Winnicott, especialmente en lo relacionado con análisis modificados en pacientes fronterizos, narcisistas y psicóticos, y menciona el trabajo del Dr. Lizarazo, "Un paciente fronterizo-Varias comunicaciones" (1988-1989), que ejemplifica un análisis con parámetros.

También, Márquez (1994), en el trabajo titulado "Psicoanálisis y Psicoterapia", presentado en el XXXIV Congreso Nacional de Psiquiatría y en el 8° Simposio de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, expone interesantes conceptos.

Más adelante, Álvarez reporta, que en un panel sobre La diferencia en la terminación en Psicoterapia y Psicoanálisis, llevado a cabo en la Asociación Psicoanalítica Americana (1989), reportado por Terence Becker, Shane disertó sobre la indicación de la terminación de un Psicoanálisis, y la llamaba la "resolución de la Neurosis de Transferencia", mientras que, "en una terapia psicoanalítica no se necesita una completa resolución de la Transferencia". Otro factor en consideración fue la resolución de los síntomas y el cambio estructural, siendo lo primero básico en la Psicoterapia y lo segundo en el Psicoanálisis. Señaló, que en ambos tratamientos se deben tener en cuenta las metas: "Un sentimiento subjetivo de bienestar, mejoramiento de las relaciones con otros, un

más o menos bien claro programa vital, logros adecuados según la edad, y el reasumir un desarrollo normal".

Cooper está entre quienes ven entre el Psicoanálisis y la Psicoterapia "la existencia de un continuo, claramente separable en los dos finales del espectro y distinguible muy difícilmente en la zona media." Señala, que a los pacientes se les recibe en Psicoterapia en lugar de Psicoanálisis, fuera de factores de tiempo y dinero, por las siguientes razones:

1. Al paciente se le considera como falta de capacidades psicológicas para una más profunda autoexploración;
2. Las áreas de dificultades son limitadas, y existe un nivel de adaptación psicológica razonable; y
3. El paciente está demasiado enfermo para el análisis, falta de una adecuada estructura psíquica para tolerar las frustraciones, la especial forma de intimidad o el desmonte de las funciones adaptativas, que pueden ocurrir en el análisis.

Pulver opinó, que en cuanto a la recurrencia de síntomas al final del tratamiento, él no ve la diferencia entre Psicoterapia y Psicoanálisis, y que todas las diferencias dependen, especialmente, de la personalidad del paciente, o sea, del significado que la Terminación tenga para él. El significado universal es de separación; además, para algunos es un triunfo edípico, un desengaño. Da por sentado que los pacientes son libres de contactarlo posteriormente, y si un paciente duda de poder hacerlo, él lo pone en discusión y le hace saber que puede hacerlo si lo desea. Cooper también expresó, que acepta hacer seguimiento de sus pacientes, pero que a algunos les recomienda no entrar en contacto con él por algún tiempo, en lo posible, para facilitarles elaborar lo relacionado con la Terminación, y que algunos pacientes solo vuelven años más tarde. Firenstein

sostenía, que "uno no puede dar por terminado algo, sin terminarlo", y que el seguimiento puede no ser bueno para el paciente.

Analizabilidad

Álvarez comienza citando a Freud, quien en el artículo "Sobre Psicoterapia" (1905), se refiere a las indicaciones y a las contraindicaciones del Psicoanálisis. "No debemos atender tan solo a la enfermedad, sino también al valor individual del sujeto, y habremos de rechazar aquellos enfermos que no posean un cierto nivel cultural y condiciones de carácter, en las que podamos confiar, hasta cierto punto"; y agrega, que el sujeto debe ser aún susceptible de educación. Igualmente señala:

Las Psicosis y los estados de confusión mental y de melancolía profunda (pudiéramos decir tóxica), contraindican así la aplicación del Psicoanálisis, por lo menos tal como hoy se practica. De todos modos, no creo imposible que, una vez adecuadamente modificado el método analítico, quede superada esta contraindicación y se pueda crear una Psicoterapia de la Psicosis.

La Sociedad Psicoanalítica de Nueva York, en 1954, hizo un simposio sobre La Ampliación del Campo de Indicaciones del Psicoanálisis, en Arden House (citado por Etchegoyen), donde participaron Leo Stone, Edith Jacobson y Anna Freud. Stone anotó, que Abraham trató pacientes maniaco-depresivos con el apoyo de Freud; Ernest Simmel con adictos alcohólicos y psicóticos internados; Ferenzi y Melanie Klein estudiaron los tics.

Para Stone, el Psicoanálisis es la terapia que se propone resolver los problemas del paciente en la Transferencia y con la interpretación,

aunque se usen los parámetros de Eissler; estos no deben obstaculizar el proceso y, una vez removido, debe analizarse. Deben tenerse en cuenta elementos dinámicos de la personalidad del paciente: "Tales como narcisismo, rigidez, pensamiento dereístico, alejamiento y vacío emocional, euforia, megalomanía y muchos más."

En el Simposio de Copenhague (1967), presidido por Samuel A. Gutman, este planteó, que el deshacer la Represión, trabajando sobre el conflicto intrapsíquico, es lo que determina si un tratamiento es Psicoanálisis u otra cosa, ya que así se conscientiza el conflicto, se expande la conciencia y la libertad de decisión. Consideró, que los pacientes fronterizos, psicóticos, con perversiones, con adicciones y otros, "pueden ser tratados psicoanalíticamente, solo si en el tratamiento desarrollan una Neurosis de Transferencia o, cuando conflictos neuróticos encubiertos en la conducta, sean descubiertos". Insiste, en que los casos mejor indicados son "las Neurosis de Transferencia, esto es, histerias, fobias y neurosis obsesivas o, fenómenos caracterológicos derivados de estos", y agrega, que "Freud siempre insistió en que el tratamiento psicoanalítico podría muy bien no ser la más importante aplicación del Psicoanálisis".

En el mismo Simposio, Elizabeth Zetzel (1968) separó cuatro formas de Histeria femenina, en relación con el grado de analizabilidad; en su trabajo La así llamada Buena Histérica. Los dos primeros grupos de estas pacientes son analizables por el grado de desarrollo edípico y genital alcanzado; las del tercer grupo también lo son, aunque con un poco más de dificultad, debido a síntomas depresivos de fondo, y las del cuarto grupo son raramente analizables, ya que funcionan en un nivel pseudo-edípico y pseudo-genital.

P.C. Kuiper y A. Valenstein (1968), en este Simposio, se refirieron también al tipo de pa-

cientes, y enumeraron los siguientes aspectos: capacidad de *insight*; deseo de ser ayudado, pero no solo de que se le suprima el sufrimiento; posibilidad de crecimiento mental; tener una fuerte motivación; deseo de autoconocimiento, de introspección y habilidad para la misma; tener buena actitud psicológica; tener partes sanas de la personalidad. R. Diatkine (1968) opinó, que solo después de comenzar el análisis es cuando se sabe si el paciente es analizable o no.

A. Namnun (1968), opinó, que "el analista debe aprender a vivir con la inevitabilidad de lo impredecible en la analizabilidad" y que, "el análisis de prueba, es alguna vez, el único medio para hacer una evaluación confiable", porque el balance de fuerzas cambia en esta situación, o sea que, el análisis puede hacer al paciente analizable, por medio de que "el Yo autónomo facilita el análisis y, a su turno, el análisis fortalece al Yo autónomo".

Con el Simposio La Ampliación del Campo de Indicaciones del Psicoanálisis (1954) "se trasladó el énfasis de los criterios diagnósticos a los criterios de aptitud" en el tratamiento psicoanalítico. Anna Freud (1954) comentó, que no hay garantía de que dos personas con iguales síntomas, reaccionen idénticamente a iguales intervenciones técnicas.

Ya que el análisis de prueba, propuesto por Freud, no se institucionalizó, se dejó que el analista buscara los factores que influyen positivamente en el proceso analítico. La primera entrevista quedó como heredera del análisis de prueba, valorándose en ella la capacidad del paciente para manejar las interpretaciones.

Además de las indicaciones, contraindicaciones y analizabilidad, Álvarez comenta el concepto de accesibilidad, propuesto por Betty Joseph (1975), y mencionado por Etchegoyen. Según ella, la accesibilidad no depende de la

clasificación nosográfica, sino de "la personalidad profunda del paciente."

"La accesibilidad solo puede establecerse con la marcha misma del análisis; la analizabilidad, en cambio, aspira a detectar la situación previamente, efectuando la clasificación de los futuros analizados". Los pacientes de difícil acceso, ella los relaciona con los de la Personalidad 'como si' de Helen Deutsch, el Falso *Self* de Winnicott, la Pseudomadurez de Meltzer y los pacientes narcisistas de Rosenfeld. En ellos, se presenta una disociación entre "la parte paciente" y "una parte mediadora o colaboradora del analista". Esta última es, en realidad, hostil a que se establezca una verdadera alianza terapéutica, y conduce con frecuencia a que el analista actúe la Contratransferencia, altere la asociación libre, malentienda las interpretaciones, y utilice al analista y al trabajo analítico para alcanzar sus propios fines.

Álvarez toca, también, el tema del paciente mentiroso. Anota, que Edna O'Shaughnessy (1990), en ¿Puede un mentiroso ser psicoanalizado? Menciona la paradoja que se presenta al tomar un paciente con este problema, ya que el Psicoanálisis está fundado sobre la búsqueda de la verdad, y un mentiroso, para seguir siendo él mismo, tendrá que mentir en su análisis, lo que crea una contradicción que haría aparentemente imposible el análisis. Como espero haber podido transmitirles, el recorrido que hace Alberto Álvarez sobre estos temas es casi exhaustivo, gracias a su incansable capacidad de lectura y trabajo concienzudo.

Discusión

La Dra. Carrascal agradece a las Dras. Robles y Niño, por propiciar un reencuentro con el Dr. Álvarez, la una a través de ese aspecto humano que todos percibimos, así él de alguna forma se

presentara como una persona aparentemente como tímida, o lejana, pero que siempre era absolutamente cercano y amoroso, porque estaba como dándose cuenta de todo lo que le pasaba a las otras personas que estaban a su lado, y la otra parte de su obra, de todo ese pensamiento completo, profundo, erudito que tenía.

Para el Dr. Yamhure, de todo el trabajo con el Dr. Álvarez se rescata su inteligencia para llegar al problema; algo que es muy difícil en la comunicación, es hacer ver sencillo algo complejo, y parece ser que esa era una de las habilidades del Dr.; eso y su gran capacidad para pasearse desde el conflicto simple hasta el más profundo, con una gran versatilidad, que lo hacía justamente muy capaz.

El Dr. Méndez recuerda, que conoció al Dr. Alberto A. en el Hospital Neuropsiquiátrico, donde compartieron muchas cosas importantes. Se empezó la formación psicoanalítica con un grupo de siete; era muy buen compañero; en los seminarios, a todo le ponía algo de humor. Con esa actitud nadie se dormía, aunque eran de noche. Luego fueron compañeros en un Instituto, Centro de Estudios del Niño, dirigido por el Dr. Guillermo Sánchez Medina, quien los nombró psicoterapeutas de un grupo de niños muy difíciles; se hacía un grupo de psicoterapia para ellos y otro para los maestros, que eran quienes más necesitaban la psicoterapia, porque eran unos niños especialmente difíciles; de ahí salieron muchos profesores, buscando el análisis y el tratamiento psicoanalítico. Luego, en la clínica, indudablemente el contacto con Alberto, todos los días, trabajador incansable, sencillísimo, tal vez por eso hacía, como dice el Dr. Yamhure, lo difícil en algo sencillo, y por eso lo querían tanto los pacientes.

El Dr. Jiménez piensa, que todos tienen muchas anécdotas con Alberto Álvarez Arboleda. Son incontables, pero hay una cosa que sí es increíble del Profesor Álvarez y es esa

forma extraordinaria de respetar a los demás, de nunca hablar mal de nadie, siempre hacía una crítica constructiva y, fuera de eso, de no dejarse conocer. Cuando, por fin, apareció una poesía escrita por él, fue en un material que presentó en una reunión y cuando se fue a decirle que, por favor, la diera para publicarla, entonces la guardó, lo hizo con una elegancia y una altura, que era difícil volvérsela a pedir. Entonces, cuando murió, se le dijo a Daniel, su hijo, que lo único que queríamos es que por favor nos compartiera lo de la poesía; "¿cuál poesía?", dijo, "Si es que ustedes saben más de mi papá que nosotros, yo hasta ahora me entero que escribía poesía, nunca supimos de las poesías."

La Dra. Carrascal anota que, tuvo como profesor de Medicina y de Psiquiatría al Dr. Álvarez, en El Bosque, cuando empezó a trabajar allá; primero, influyó mucho en su formación como Psiquiatra, como Médica, como su alumna y, después, como compañera de trabajo. Tenía una capacidad especial para sintonizarse con los pacientes y traducir los Núcleos psicóticos; a raíz de eso empezó a comprender que la función del terapeuta, realmente, era la de traductor, porque lo que él hacía en aquella época era impresionante, sobre todo como sintonizaba lo inconsciente con los pacientes, los más psicóticos hablaban de una manera y él era capaz de tejer todas las locuras, unas y otras, y sacar todo absolutamente coherente, e integrarlos a ellos, e integrarnos; recuerdo, que nos hizo pensar muy bien en los simbolismos del Inconsciente. Él, más bien, preguntaba cosas, era muy cálido, en esa personalidad del analista que desaparece tras bambalina, porque su función no era el protagonismo.

Por su parte, el Dr. Ítalo lo recuerda desde sus días el Neuropsiquiátrico de la Calle 5ª, en el Asilo de Locas, y siempre le llamó la atención su manera como de manejar, en ese entonces, a las pacientes psicóticas; en los grupos, era preciso callar para apuntar, y eso atraía el

rechazo de los presentes. Pero, una de las cosas que era como poco conocida del Dr. Álvarez, era su afición por el Tango y por Carlos Gardel; le encantaba, él decía que Gardel que cantaba cada vez mejor.

El Dr. Oróstegui: participa su, experiencia, de algunos momentos compartidos durante su práctica; el Dr. le hizo una de las entrevistas para entrar a la Residencia de Psiquiatría, y recuerdo su manera de decir las cosas, poco empático, nada positivo; después, ya como Psiquiatra viendo los pacientes, la sensación que se tenía, cuando se estaba con él, se estaba como tranquilo, porque no se perturbaba mucho con el paciente, sabía atenderlo.

Después en los seminarios de Psicoanálisis, fui entendiendo que el Dr. Álvarez era muy reservado, que realmente había que estar muy dispuesto a aprenderle, se debía estar

muy atento para cogerle los momentos en que soltaba sus enseñanzas más importantes.

El Dr. Méndez refiere algo muy importante, a propósito de la empatía con los psicóticos: Álvarez tenía un método muy especial, tal vez único en el mundo: Cuando en el Hospital Neuropsiquiátrico se utilizaban los choques insulínicos, eso era muy impresionante, porque para sacar a los pacientes del choque, había que pasarles una sonda, con mucho cuidado, que no se fuera a ir por la tráquea. La mayoría hacíamos esto con mucho estrés, menos él; entonces, tuvo una gran idea: preparaba de 15 a 20 teteros, es decir, los regresaba a la etapa del seno; salían con una satisfacción grandísima, más rápido, pues volver a esa etapa de la lactancia los mejoraba notoriamente. Alberto era el seno bueno, porque les suministraba los teteros.