

Juan Antonio Portuondo Espinosa (La Habana 21-1-1927 – Barcelona 17-8-2005)¹



Realizada por María Ángeles Soler Carreras²

Juan solía decir: “Yo soy cubano, sí; pero más que cubano, soy habanero y más que habanero, soy del barrio de El Vedado”. Él no hubiera salido nunca de su Cuba natal si no hubiera sido porque allí no se podía vivir. Después de haber simpatizado, en un principio, con el castrismo, fue viendo como su país iba decayendo. Solicitó ir a Miami a ver a su madre, enferma de cáncer y cuando le llegó el permiso al cabo de aproximadamente dos años, su madre ya había fallecido.

Citaba a menudo a Heráclito y Parménides, “¿Quién es más fuerte, la montaña porque no se mueve, o el río porque fluye? Él contestaba: “Para mí la montaña. Su fuerza está en que no se mueve”. Y, esa era su fuerza.

Todos los días leía, escribía y además se pasaba largos ratos pensando. Le gustaba la soledad. Cuando llegaba a sus clases o con sus pacientes, siempre traía frases muy interesantes. Era muy carismático y sobre todo una persona realmente auténtica. Unos días antes de su muerte dijo la última de sus frases: “El secreto de la felicidad está en la fidelidad”.

En su juventud, las universidades en Cuba no ofrecían grados ni licenciaturas, solo doctorados. Estudió medicina y se especializó en psiquiatría. Estudió también filosofía (ambas en la Universidad de La Habana). Le interesaba el ser humano, su mente y sus emociones y sentimientos. Fue un apasionado de la psicología (estudió la carrera dos veces, en dos diferentes universidades de La

¹ Soler Carreras, María Ángeles. (2020). X. *Clínica e Investigación Relacional*, 14 (2): 554-567. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2020.140228

² Escrito por M^a Ángeles Soler Carreras, psicoterapeuta-psicoanalista y directora del Centro Internacional de Psicología. Miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional. Miembro de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas). Miembro de IARPP (International Association for Relational Psychoanalysis) y IARPP-España. Con mi profundo agradecimiento al Dr. José Miguel Sunye, que se interesó por la biografía de mi esposo, y a CeIR que la publica en primer lugar.

Habana) y del Judo, en 1957 obtuvo el diploma oficial de grado "Cinta Negra Tercer Grado" Tercer Dan, con carácter de profesor.

En La Habana trabajó en Recursos Humanos, como psicólogo y publicista de la CMQ, un gran holding en comunicación perteneciente a sus primos hermanos maternos, Goar y Abel Mestre Espinosa, pioneros en la industria audiovisual de Latinoamérica. También trabajó como director del departamento de recursos humanos para la Compañía Bacardí en su destilería en Puerto Rico, abogando por el bienestar y la motivación de los empleados.

Pasó después a la clínica, como psiquiatra y psicoterapeuta, ejerciendo en su consulta privada en el barrio del El Vedado y en la Clínica de Neuropsiquiatría e Higiene Mental, en La Habana. Colaboró con el Dr. Frisso Potts en psicodrama. También en el departamento de psiquiatría del Hospital de Niños Aballí, haciendo psicoterapia de grupo con niños de 10 a 12 años y con sus padres, aplicando asimismo tests mentales y para diagnóstico. Conoció al Dr. Jacob Levi Moreno y a su esposa, con quienes colaboró. Asimismo trabajó, en tiempos diferentes, en el Hospital Calixto García y en el Hospital Psiquiátrico de La Habana (Mazorra), siendo en este último hospital, director del departamento de psicología, donde se dedicó al diagnóstico con tests proyectivos, a la investigación y a la psicoterapia de grupo. Tuvo bajo su dirección a más de 12 psicólogos clínicos y extendió su trabajo a entrenar a éstos, especialmente en el test de Rorschach, entre otros. Este hospital contaba con más de cinco mil pacientes. Enseñó psicología en la Escuela de Enfermeras y la Escuela de Oficiales de la Armada en Managua, La Habana.

Pidió a las autoridades cubanas el permiso para la emigración a España, tierra de sus abuelos y con el tiempo, se lo otorgaron. Llegó a Madrid en Julio del 1968. Se dedicó a la enseñanza y divulgación del Test de Rorschach y otras materias. Enseñó en diferentes centros de psicología el Psicodiagnóstico de Rorschach y Rorschach Psicoanalítico, TAT, Escala de Wechsler Bellevue, Psicodrama y Psicoterapia Individual y de Grupo, Psicopatología, Psicología, Psicoanálisis, etc. Fue miembro de la Sociedad Española de Psicología, de la American Psychological Association, de la "Moreno Academy World Center of Psychodrama Sociometry and Group Psychotherapy", etc. También perteneció a la Asociación Cubana de Psicoanálisis. Fue asimismo miembro del Colegio Médico Cubano Libre en el Exilio, de Miami.

En Cuba conoció la técnica de John Nathaniel Rosen, a través del Dr. Óscar Sagredo quien regresó desde los Estados Unidos con la intención de formar en Cuba a psiquiatras y psicólogos en psicoanálisis directo. Todo ello se truncó con la llegada de Castro al poder, ya que el régimen no simpatizaba en absoluto con el psicoanálisis, ocupando su lugar el conductismo, que llegó a ser enseñado en todas las aulas y a funcionar en su totalidad cuando llegaron los psicólogos rusos a Cuba. Fue desde España que Portuondo empezó a formarse en psicoanálisis directo en Norteamérica.

Le interesaban mucho las personas con psicosis, ya que había tratado a muchos en Mazorra y en Doylestown con Rosen, y se le daba muy bien su relación con ellos. Solía contar anécdotas del hospital de Mazorra, como la de un interno con quien jugaba a damas con él y con un ginecólogo que asistía a las internas. El paciente era un gran jugador de damas, aunque siempre perdía con Juan, -le dejaba ganar-. Cuando Juan recibió la autorización para poder salir de Cuba y el paciente se enteró, al despedirse le entregó un papel escrito por él diciendo que extendía un cheque al Dr. Portuondo para cobrar un millón de dólares en un banco de los Estados Unidos, con la especial condición de que él estuviera presente.

Vivió unos años en Madrid donde fundó el Centro de Consultoría de Psicología, S.A., siendo presidente y director técnico.

La Universidad Complutense de Madrid (Escuela de Psicología y Psicotecnia -Sección Clínica-) le convalidó sus estudios, habiendo aprobado los correspondientes cursos en dicha universidad, otorgándole un diploma correspondiente a los programas de 1970. Asimismo y tras cumplir con los requisitos también de esta Universidad, le fueron otorgados el grado académico de Doctor en Medicina y Cirugía y Título de Médico Especialista en Psiquiatría, así como el de Doctor en Filosofía y Letras. Se colegió en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid en junio de 1980.

En el 1970 fundó el Centro Internacional de Psicoterapia y Psicodiagnóstico, impartiendo clases en Madrid, en Barcelona y en Valencia. Posteriormente fundó el Centro Internacional de Psicología, en Barcelona, todavía vigente. Portuondo eligió Barcelona como lugar de residencia, por el mar.

Desde su llegada a España centenares (por no decir miles) de alumnos han sido formados en psicología, en sus técnicas de psicodiagnóstico y en el psicoanálisis en general y el directo en particular. Son muchos los que todavía nos visitan y envían su recuerdo y gratitud.

Intercambiaba su trabajo con sus estancias en los Estados Unidos, en Doylestown (PA), recibiendo entrenamiento en Psicoanálisis Directo por el Dr. Rosen, y en Miami donde fundó la International University of Psychology, el Institute of Direct Psychoanalysis y el International Center of Psychology.

El Dr. Portuondo realizó múltiples aportaciones en varias pruebas psicológicas importantes. En el caso del Psicodiagnóstico del Rorschach, su huella se encuentra reflejada a lo largo de toda la prueba, por ejemplo, en la clasificación de las respuestas al test, en su método para apreciar el tipo de apercepción, síndrome del suicidio, defensas del Yo, síndrome del autismo, índices de deterioro esquizofrénico, análisis de las zonas clásicas y zonas especiales de las manchas, tablas para una mejor comprensión de la capacidad de control de los impulsos, factores represivos, culpabilidad, madurez emocional, capacidad de sublimación, sentido y principio de la realidad, principio del placer, agresividad destructividad, aspectos introversivos-extratensivos y en el psicodiagnóstico nosológico. Asimismo, y con el fin de dar una verdadera comprensión psicodinámica a la prueba, fue el creador y autor del amplio tratado del Rorschach Psicoanalítico. En esta obra, aparte del enfoque psicoanalítico dado a las diferentes partes del test, aparecen técnicas auxiliares que forman parte fundamental del test, le dan una nueva dimensión y lo enriquecen ampliamente.

Aportó asimismo al Test de la figura humana de Karen Machover, donde aparte de añadir sus propias interpretaciones a los diferentes detalles de las figuras, lo enriqueció con su capítulo dedicado al diagnóstico nosológico, así como por la utilización de la técnica de hacer una historia acerca de cada dibujo y la utilización de la asociación libre para la aclaración de significados individuales que de otra manera quedarían ocultos. Concretamente las técnicas son las siguientes: 1.) Técnica del "Dibujo de uno mismo", 2.) Técnica del "Dibujo libre", 3.) Técnica de "Inventar una historia sobre ambos dibujos", 4.) La asociación libre modificada y 5.) la "Historia de las doce palabras".

En el Test de Apercepción Temática (TAT) de Henry A. Murray, aportó su propia técnica, consistente en dar un enfoque que permitía apreciar de forma rápida y en su justa medida todos los factores, situaciones, temas, matices y contenidos emocionales existentes en las historias narradas. Respecto a los Temas son aquellas situaciones que predominan y destacan en una lámina, por

ejemplo: el tema familiar, de pareja, profesional, escolar, vocacional, económico, sexual, social, moral, religioso. Y, respecto a los Matices son las manifestaciones afectivas que se desarrollan en el tema de cada historia, por ejemplo: la inseguridad, la dependencia/independencia, agresividad, ansiedad, frustración, ambiciones, temor, dudas, depresión... Añadió también un apartado para los índices diagnósticos, y propuso, formas de aplicación reducida a fin de acortar la duración del test y obtener los mismos resultados.

Por otra parte, el Dr. Portuondo aportó asimismo como técnica proyectiva "La Autobiografía", que se puede utilizar aparte o como complemento del material obtenido con las historias del T.A.T. Esta técnica consiste, en rasgos generales, en solicitarle al paciente que redacte su biografía y ésta se analiza tomando en consideración aspectos como: La extensión de la misma, cómo la empieza y cómo la termina, la organización lógica y secuencial del registro de su vida, la forma superficial o profunda de hacerlo, que seleccionó y porqué, omisiones de personas y acontecimientos importantes de su vida, tendencia a desvalorar o exagerar sus vivencias, la expresión de intereses, necesidades, aspectos vocacionales, etc.

El Dr. Portuondo, con el paso del tiempo, dejó de interesarse por los tests mentales alegando que prefería descubrir a la persona directamente. Más tarde, también era consciente de las limitaciones del psicoanálisis.

Fue creador de la técnica llamada "Psicoterapia Contratransferencial de Grupo". Todo ello venía de su encaje con la forma de trabajar del Dr. Rosen quien hacía especial hincapié en la contratransferencia y sus interpretaciones eran directas (Psicoanálisis Directo fue un término acuñado por el Dr. Paul Federn cuando vio trabajar en vivo y en directo al Dr. Rosen, con pacientes psicóticos). Juan le decía a Rosen, que su técnica debería llamarse Psicoanálisis Contratransferencial Directo.

La técnica de grupo de Portuondo se compone de grupos heterogéneos y no cerrados, así si un paciente se va puede entrar otro, con el consenso de todos. No utiliza ningún criterio especial para la formación de los grupos, ya que en ellos pueden existir todo tipo de personas, como en la vida misma. Lo importante es que el terapeuta funcione. Por lo regular, una breve entrevista personal basta para ubicar a los pacientes o estudiantes en entrenamiento, en un grupo u otro. Se trata de grupos compuestos de cuatro a doce miembros, siendo lo más cómodo de ocho a diez personas por grupo. Se reúnen de una a dos veces por semana y la duración es de una hora y media por sesión. El tratamiento suele durar de dos a cuatro años, dependiendo esto más de cada paciente en particular.

Al comienzo se pide a los componentes que traten de ser espontáneos, que la autoridad está centrada en el grupo y no en el terapeuta. Ante cualquier pregunta por parte de algún miembro, se procura contestar escuetamente aunque de manera amable y natural. Después de unas sesiones, esas preguntas de base ansiosa tienden a desaparecer. En las primeras semanas, se les da algunas pocas y breves instrucciones para la mejor marcha del grupo. La técnica de Portuondo intenta ser democrática, con la autoridad centrada en el grupo, es interpretativa, de base psicoanalítica, no ortodoxa, y sobre todo utiliza la contratransferencia. La finalización de los grupos se hace de mutuo acuerdo entre la mayoría de miembros y el terapeuta, previo haberse fijado, un tiempo antes, la terminación del tratamiento. Si algún miembro desea continuar más tiempo, puede hacerlo en otro grupo. Todo debe ser flexiblemente enfocado. Su utilidad se destaca para el tratamiento de las neurosis y de las inadaptaciones sociales.

Portuondo por su formación y por su personalidad, fue un hombre espontáneo que decía lo que sentía de manera clara, profunda y muy afectiva. Es por ello que su estilo como psicoanalista y la manera de relacionarse con sus pacientes, en psicoterapia individual y grupal, llegaba a éstos en una conexión afectiva profunda. En su consulta tenía un espejo tapado con una cortina y cuando sentía que era necesario, le pedía al paciente retirar la cortina y mirarse al espejo. Dependiendo de la problemática del paciente, le preguntaba: "¿Ves quién está ahí en el espejo, mi viejo? Ese es tu peor enemigo" o en sus clases pedía a sus alumnos que se miraran en el espejo, preguntando: "¿Ustedes creen que se conocen? Ustedes se ven como les miraron. Déense una ducha psicológica y empiecen a ser ustedes mismos. Atrévase a convertirte en persona, esa es la gran revolución".

Los grupos de psicoterapia de Portuondo eran muy creativos. Él utilizaba todas sus tácticas para que los pacientes se dieran cuenta de sus fallas y conflictos. Era provocador, si así lo creía conveniente. Hacía pensar a las personas y sobre todo a sentir.

Un día nos llamó el padre de un paciente para avisar que su hijo no podía venir al grupo porque llevaba una semana sin poderse levantar de la cama. Este joven padecía de una grave depresión. Ese día Juan pidió al grupo desplazarnos a casa del paciente, previo consentimiento de los padres, y todos accedimos. Fue una experiencia muy enriquecedora para los que estábamos aprendiendo y para los que eran pacientes suyos. La familia se sintió muy sostenida en su sufrimiento por el grupo y muy agradecida. El chico acabó levantándose y animándose. Sin embargo, Juan advirtió que fuera a su psiquiatra al día siguiente y ese mismo día fue hospitalizado por temor al suicidio. El joven asistió a pocas sesiones, pero su padre quiso venir y hacer psicoterapia de grupo para tratar de ayudar a su hijo a través de él.

Otro ejemplo de cómo trabajaba, es que tuvo un joven paciente a quien todos queríamos mucho. Estaba siendo tratado en psiquiatría y diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Empezó a hacer terapia individual y grupal con Portuondo y tras unas sesiones, le preguntó "¿qué te parece si grabamos nuestras sesiones y después les enseñamos, tú y yo, a los demás compañeros lo qué es la esquizofrenia?. El joven accedió con entusiasmo y así fue como pudimos escuchar sus sesiones grabadas dirigidas y explicadas por ellos mismos. Cuando oímos las primeras, podíamos escuchar su discurso delirante y cómo Juan y él se interrelacionaban, pero después de unas cuantas, el joven dejó de delirar y se comunicaba ya bastante normal. Juan le dijo con mucho cariño: "Mi viejo, no te me pongas bien tan pronto que si no ¿qué carajo le vamos a enseñar a los demás?"

Juan practicaba un psicoanálisis nada ortodoxo sobre todo en su práctica. No era dogmático ni estricto, era libre. Decía: "para tratar a una persona hay que sentirla". Tenía una voz pausada y firme, una manera de hablar y de expresarse clara y emotiva. No tenía prisa, era un gran orador y, siempre con gran sentido del humor a través de su acento y su gracia cubana. Llegaba emocionalmente a las personas. Aprendía de sus pacientes y de la vida. Decía que no había nada más maravilloso que aprender.

Sobre la práctica del psicoanálisis directo adaptada a las neurosis, por el Dr. Portuondo

Tanto el Dr. Rosen en su creación de la práctica clínica del "Psicoanálisis Directo" para las psicosis como el Dr. Portuondo extendiendo las ideas del primero y aportando, además, las suyas propias en la práctica del psicoanálisis para las neurosis, muestran importantes ideas afines al psicoanálisis contemporáneo, basadas precisamente en el vínculo emocional y afectivo así como en la relación terapeuta-paciente. Tanto así que podemos decir que son precursores, en bastantes aspectos, del psicoanálisis relacional. La interacción y la calidad humana entre analista y paciente ya lo

demuestra la forma en que hemos visto cómo el Dr Portuondo se relacionaba con sus pacientes. Enumeramos como ejemplo de ello, y añadimos para su mejor comprensión, los siguientes conceptos e ideas, como "miscelánea" teórico-técnica:

- Destaca el determinante principal en la relación niño-madre más que el clásico complejo de Edipo. Trabaja sobre la angustia y el trauma inicial. En el psicoanálisis directo lo fundamental es el miedo a perder la leche materna (o su sustituto), si el alimento es lo biológico, el cariño o amor es su derivado psicológico. El miedo o la angustia inicial va a producir la disociación primaria que esto nos llevaría a la sensación de inadecuación, no validación, etc., en la que se va prefigurando la personalidad del infante.

- Tiene en cuenta las observaciones de Spitz sobre la importancia del cariño materno.

- Introduce el concepto de imitación-incorporación-identificación. Con este psicodinamismo nos explica Rosen las relaciones interpersonales tempranas. Ejemplo: El niño de unos 2 años solamente va a imitar a su cuidador/a y si toma un bizcocho que está encima de la mesa, se lo come. Viene la madre (antaño, ahora no especialmente) y le dice: "No, el bizcocho ahora, no; después de la comida". Y le da unos golpecitos suaves en la mano. El niño va a ir aprendiéndolo. Y cuando lo aprende, lo hará por imitación. Así, más adelante, tiene hambre y se dice "No, no ahora no" y se da unos golpecitos en la mano. Está imitando a la madre. Y, con 5 o 6 años, ya no va a imitar a la madre, sino que ya la ha incorporado. Entonces, ve los bizcochos y se dice a sí mismo: "no deben comerse los bizcochos fuera de las horas de comida". Incorporó a su madre dentro de él, la orden. Ya no se tiene que dar los golpecitos en la mano. En el futuro cuando él tenga que trabajar con personas o cuando tenga hijos, le hará lo mismo. Le gustase o no, va a repetir el mismo patrón.

- Respecto al concepto de "Resistencia", para el psicoanálisis directo es "el medio ambiente inicial" la raíz fundamental donde radican tanto las resistencias en sus orígenes básicos, como la compulsión a la repetición. El paciente a la vez que se defiende de su propio medio ambiente inicial, lo necesita como algo vital para sobrevivir (aunque no haya sido adecuado). En toda "resistencia" es importante destacar el montante de "dependencia afectiva" con respecto a su medio ambiente inicial.

El psicoanalista directo, durante el tratamiento y basándose en su contratransferencia, tiene períodos en que se salta las resistencias, intentando movilizar (mover) al paciente (y sus afectos).

- Amplía el concepto de "transferencia" hasta llevarlo al medio ambiente maternal inicial. Considera que la transferencia no es la consecuencia de haber buscado ayuda (a través del tratamiento) sino la razón de la búsqueda de ayuda. No es necesario inducirla ni resolverla, si persiste es una señal de que las necesidades afectivas del paciente no han sido aún adecuadamente satisfechas.

- En el psicoanálisis directo la actitud contratransferencial es decisiva para su práctica. Para el psicoanálisis directo la contratransferencia es la respuesta afectiva del analista frente a la transferencia (o aspectos de ésta) del paciente. Y la intuición es la capacidad de comunicarse de inconsciente a inconsciente. La contratransferencia incluye a la intuición pero ésta no incluye a la contratransferencia.

La transferencia y la contratransferencia componen juntas una unidad básica que crea y desarrolla las relaciones interpersonales dentro del encuadre psicoanalítico.

Es a través de su contratransferencia que el analista puede sentir y comprender mejor lo que el paciente hace en relación con el analista, así como lo que siente y hace frente a sus sentimientos dirigidos al analista, en el tratamiento.

- En el psicoanálisis directo el psicoanalista "se presenta" y en el clásico "se esfuma".

- Al *acting out* el psicoanálisis directo lo concibe como un intento de "curación" o una especie de "tanteo" de la nueva realidad por lo cual trabajará con esto al igual que otro síntoma o conducta, etc. que pueda surgir dentro del tratamiento.

- El psicoanalista directo se relaciona directamente con la parte sana para que ayude en el tratamiento. Utiliza la "alianza terapéutica" y la separa claramente de los aspectos neuróticos. Esta parte sana del yo es la que será decisiva para lograr en cooperación con el psicoanalista directo, la curación de la parte "enferma" del cliente.

- Las interpretaciones directas en psicoanálisis directo son vivenciales y suelen ser algo más elaboradas que los comentarios asociativos e interpretativos, los cuales conforman expresiones cortas y asociadas al material más inmediato que aporta el paciente pero cuyo fin es aclaratorio y con frecuencia algo interpretativo: Ejemplo: "Yo en su lugar haría lo mismo"; "me siento tan molesto como usted", "estamos intentándolo", etc.

Las interpretaciones directas poseen una mayor carga contratransferencial e intuitiva y no esperan por una mayor maduración del paciente. Sólo buscan su "reacción afectiva"

- El psicoanalista directo utiliza las comunicaciones subverbales. También puede cambiar de asiento, caminar, etc., o sea se expresa y se presenta vivamente. Es más activo y curativo, se viven con el paciente sus conflictos.

- En la práctica del psicoanálisis directo, el analista procura vincularse afectivamente con el paciente lo más posible que la situación del encuadre básico lo permita. Es dentro de este fuerte vínculo afectivo como se pueden lograr poco a poco el alivio de los síntomas, la toma del "insight" del paciente y el fortalecimiento de su Yo, así como la reestructuración de la personalidad total. Las personas sufren y padecen por falta de amor básico (de madre, de padre y de hermanos).

- Es el vínculo afectivo en donde se decide la batalla de la mejoría y curación del paciente. Las interpretaciones y las construcciones sólo ayudan. Para lograr un auténtico "insight" se necesita previamente del citado vínculo afectivo entre paciente y analista. Inclusive hay conflictos psicológicos que se resuelven a través de los afectos sin necesidad de interpretaciones y sin insight. Lo que más cura sería la relación afectiva, bien utilizada y dirigida del y por el psicoanalista.

- El psicoanalista directo le habla al paciente de algo de su propia vida, aunque de manera controlada y moderada, para estimular al paciente a relatar hechos parecidos o no de su vida.

- "Dame la mano": acostado en el diván o sentado le pides al paciente que te dé su mano. También puedes acariciar con tu mano suavemente la mejilla del paciente. Todo esto cuando se sabe hacer sincera y cariñosamente suele producir, además de un cierto bienestar relajante, un aumento del vínculo afectivo a nivel positivo.

- "Dame un abrazo": igual que lo anterior, pero hecho de pie y al final de la sesión, sirve de relajante afectivo y de vinculante transferencial. A la vez es como una especie de test que sirve para evaluar la transferencia del paciente (según cómo te abraza) y la contratransferencia del analista (según cómo lo abrazamos), así como elemento terapéutico a nivel vivencial. Todo sin excesos y bajo el debido control de la profesionalidad.

- Autoanalizarse: todo psicoanalista tras cada día de trabajo (y a veces entre sesiones), debe dedicar unos minutos para autoanalizarse y vincularse (ponerse en el lugar del prójimo y sus conflictos) con relación a su vida personal y especialmente a la relación y vínculo afectivo entre su paciente y él mismo.

- Cada sesión (como cada sueño, etc.) debe intentar ser planteada lo más totalmente posible, casi como si fuese un análisis completo.

- Debemos utilizar (contratransferencialmente) los propios afectos, palabras y comentarios del paciente (intuición) para comunicarnos con él y/o romper también sus defensas.

- En alguna que otra sesión y cuando el caso lo requiera y la intuición analítica directa lo permita, podemos, con cierta moderación, provocar situaciones afectivas algo tensas en el paciente para intentar «moverlo» emocionalmente.

- En el análisis directo de las neurosis somos madre y padre al unísono y otras veces pasamos del papel de madre

al de padre y viceversa.

- El mejor camino para llegar al inconsciente: así como para Freud eran los sueños, para Klein analizar a niños pequeños, para Rosen comprender los psicóticos, para Rorschach las manchas de tinta de su test mental, para nosotros lo son los afectos de los pacientes.

- El cambio psicológico que ocurre durante y a través del «psicoanálisis directo» se debe básicamente al rejuego entre el insight y el vínculo afectivo (relación real y fantaseada) con el analista directo; vínculo que éste último fomenta (moderadamente) por considerarlo imprescindible para un adecuado insight vivencial así como para cualquier progreso (y re-estructuración de la personalidad) que se desee que sea profundo y duradero.

- En «psicoanálisis directo» se trabaja con personas de cualquier edad, patología, etc.; así como de pie, sentado o en el diván. Tampoco tiene mayor importancia el número de sesiones semanales ni la duración del tratamiento. Lo importante es el paciente y adaptarse a cada caso en particular y de forma empírica. Es una técnica menos teórica pero mucho más práctica y directa.

- Como ya hemos mencionado, el «psicoanálisis directo» le da importancia a la «alianza terapéutica» con la parte sana del Yo del paciente. Sin olvidar el Ello y el Super-Yo, es el Yo en su aquí y ahora un aspecto importante de esta técnica directa.

- El tipo de material sobre el que trabajamos depende de lo que el paciente nos cuente y deposite en nosotros, de lo que nos transfiera. No obstante, en algunos casos, debemos buscar con nuestra «intuición» los puntos conflictivos del caso e intentar removerlos con interpretaciones directas y/o con nuestra actitud contratransferencial.

- Es importante destacar los «círculos viciosos» o «aspectos cíclicos» de los trastornos emocionales que se suelen repetir una y otra vez, periódicamente, en los pacientes. Estos conflictos psicológicos están compuestos por variadas causas del pasado y también del presente, y lo típico es su repetición inexorable: se cometen los mismos fallos. No debemos buscar aquí la causa principal del problema, sino enfocar la situación como un todo o conjunto integral y actuar así en consecuencia; o sea, no hay una causa más grave que otra, es el «círculo vicioso» de la totalidad del conflicto al que debemos enfrentar como una gestalt viviente.

- No debe olvidarse que a pesar de la teoría y de la técnica, por depurada que ésta sea, el principal instrumento de trabajo del psicoanalista o del psicoterapeuta sigue siendo su propia personalidad.

- Es conveniente al comenzar el análisis o antes (nosotros solemos hacerlo después en la segunda, tercera o cuarta sesión) preguntarle al paciente sobre sus vínculos familiares, es decir: ¿quién manda en su casa, la madre o el padre?; ¿a cuál de los dos prefiere?; ¿cuál es el hermano o hermana preferido de su madre o de su padre?; ¿cuántos hermanos tiene?; ¿qué lugar ocupa en edad dentro de sus hermanos?, etc.

Y por supuesto antes de todo, inclusive de la primera sesión, preguntarle el motivo de su deseo o necesidad de psicoanalizarse. Somos parcos en las preguntas.

- Algunas sesiones más adelante solemos también preguntarle sobre si recuerda su «primer sueño», «el sueño que más se repite» y el «más desagradable»; así como «su primer recuerdo», «el recuerdo que más se le repite» y «el recuerdo más desagradable». Con frecuencia no recuerdan bien estas cosas, pero al avanzar el psicoanálisis directo suelen llegar a recordar el «primer sueño» que tiende a estar situado alrededor de los cinco años de edad (de 4 a 6 años) y el primer recuerdo que suele aparecer a los dos años de edad (de 1½ a 2½ años). No es que éstos sean necesariamente sus primeros sueños ni recuerdos, pero es suficiente llegar hasta estos puntos antes expuestos.

- También debe tocarse el «medio familiar actual y del pasado» como un todo, sin olvidarse de intentar llegar hasta el M.A.M.I. (medio ambiente maternal inicial) aunque sólo sea por referencias de otras personas o de simples recuerdos de lo que le contaron al respecto al propio paciente sus familiares, etc.

- De todo lo hasta aquí dicho hay que intentar encontrar el núcleo central y básico de su o sus problemas (conflictos); buscar un posible denominador común de sus dificultades más apremiantes, mientras se prosigue

con el largo y arduo camino procesual del psicoanálisis.

- Trabajando en «psicoanálisis directo» se dice lo que se siente (aunque no necesariamente siempre) y luego pueden venir o no venir, las interpretaciones, las construcciones, los comentarios asociativos, los silencios, etc.

- El «psicoanálisis directo» se puede y es mejor utilizarlo con exclusividad, pero también podemos mezclarlo o integrarlo con psicoterapia de grupo, psicodrama, psicoterapia de pareja o de familia, etc., según las experiencias de cada psicoanalista directo.

- Sueño contratransferencial: cuando el analista sueña (o cree soñar) con algún paciente, está intentando contratransferencialmente comprender y/o resolver tanto los conflictos de su paciente como los suyos propios. Es un fenómeno que ocurre muy raramente.

- En nuestra experiencia el mero hecho de soñar es por sí mismo curativo, o sea, es un intento de autocomprensión y solución de aspectos conflictivos de la personalidad.

De menor a mayor grado soñar es curativo:

- Inclusive sin acordarse del sueño.
- Acordándose de partes del sueño.
- Acordándose bien de todo el sueño.
- Logrando interpretar alguna de sus partes.
- Pudiendo interpretarlo en su casi totalidad.

La expresión de los «sentimientos» es curativo (igual que soñar) aunque no se entiendan. Primero sentir, luego asociar, después pensar y al final actuar.

- Acto fallido del psicoanalista: su inconsciente se comunica con el inconsciente del paciente a nivel profundo. El analista se equivoca en lo que escucha cuando el paciente se equivoca en lo que siente. Aquí coinciden el acto fallido del analista al oír mal con el acto fallido del sentimiento del paciente. Ambos se equivocan momentáneamente. Se comenta y se aclara.

- Con la actitud afectiva positiva y cariñosa (sin excesos) del analista directo, se tramita por sí sola, y a la vez disminuye, la agresividad patológica del paciente.

- La doctrina o teoría: no debemos seguir ciegamente la teoría o doctrina psicoanalítica (ni ninguna otra) hay que escudriñar las propias ideas, la experiencia clínica y mantenerse abierto hacia la «sorpresa». Incluso un cambio en la técnica puede imponernos una revisión de la teoría y viceversa.

- En «psicoanálisis directo» más que interpretar se trata de un encuentro a dos, rodeado de fantasías inconscientes que se proyectan e introyectan pasiva y activamente. El «objeto transicional» entre las fantasías y la realidad es el «vínculo afectivo» y la «personalidad» del analista directo.

- A través del «vínculo afectivo» paciente-analista (dentro del proceso transferencial-contratransferencial) y con nuestro afecto comprensivo, se le ampliará al paciente su capacidad de amar y comprender, pasando posteriormente de su transferencia (neurosis de transferencia) a la vida real y cotidiana. Aquí volvemos a ver al analista directo como «objeto transicional» sirviendo de puente inicial entre psicopatología fantasmiosa y salud mental realista, o al menos no tan fantasmiosamente irreal.

Viñeta para aclarar algo mejor como funciona el psicoanálisis directo (Caso expuesto por el Dr. Portuondo):

Joven de 22 años, soltero, universitario, con una hermana un año mayor que él. Vive con sus padres y trabaja mientras estudia la carrera de Filosofía y Letras.

Su síntoma central es el aburrimiento y alguna ansiedad, junto a trastornos neurovegetativos.

Sólo se divierte cuando conquista alguna pareja (no importa que le guste mucho o poco), «goza con la conquista». Le llamaremos «A».

Tratamiento de «psicoanálisis directo» dos sesiones semanales de cuarenta y cinco minutos cada una. Se paga con su dinero su propio psicoanálisis. El resto de la familia ignora todo esto.

Diagnóstico nosológico provisional: «trastorno ansioso-depresivo» con tendencia a somatizar sus conflictos psicológicos y con un mal ajuste psicosexual.

Hablando siempre desde el punto de vista del «psicoanálisis directo» debemos decir que la antesala de la depresión es el aburrimiento, luego la sala será la tristeza, y posteriormente en la habitación de dormir aparecerá la depresión, hasta aquí todo es neurosis; más allá podrá sobrevenir la melancolía, sería el sótano donde impera la psicosis (y aquí si su Yo está más integrado podrá hacer una «melancolía» de la «psicosis maníaco depresiva», y si está menos integrado posiblemente hará una «esquizofrenia», o inclusive una mezcla de ambos: se convertirá en un «esquizo-afectivo»).

Acerquémonos ahora a las sesiones de psicoanálisis directo.

Primera sesión: Saludo normal; le pedimos que se recueste en el diván e intente contarnos todo lo que se le pueda ocurrir por absurdo e inadecuado que le pueda parecer. Callamos y el paciente comienza hablando de la sensación de vacío que hay en su vida, de que nada le interesa excepto hacer el amor con una mujer, pero que después deja de gustarle y necesita buscar alguna otra, y así sucesivamente. No siente ningún remordimiento al respecto, sólo esa sensación de vacío y aburrimiento cotidiano.

Cerca del final de la sesión le ponemos suavemente nuestra mano sobre su hombro izquierdo y le comentamos (contratransferencialmente) que a veces años atrás también hemos sentido algo parecido y que comprendemos lo molesto que debe ser esto ahora para él, especialmente al no conocer sus causas. Callamos ambos en un confortable silencio afectuoso (comienza un buen vínculo «transferencia-contratransferencia»).

Continúo todo el resto de la sesión con mi mano izquierda sobre su hombro también izquierdo (esto debido a la posición del diván y del sillón del analista) y al finalizar su tiempo (cuarenta y cinco minutos) se pone de pie y, al despedirnos normalmente, me comenta que se siente como si se hubiera quitado un gran peso de encima (sensación física de disminución momentánea, en este caso, de la depresión subyacente y de su angustia concomitante).

Muchas sesiones después (alrededor de dos años de tratamiento con dos sesiones semanales): Como de costumbre le coloco suavemente mi mano sobre su «hombro». Hacía varias sesiones que se quejaba de una sensación como de «falta de aire» o de que no le llegaba la respiración hasta el final (síntoma neurovegetativo o psicósomático denominado «hambre de aire» y que es un típico equivalente angustioso) e inclusive se había llegado a hacer un chequeo médico completo (preocupación hipocondríaca por su salud como expresión simbólica y desplazada de sus incertidumbres), el cual, al no encontrarse nada patológico, lo había tranquilizado bastante pero no del todo (a estas alturas del tratamiento habían aparecido algunos rasgos o defensas obsesivo-compulsivas aunque muy moderadas).

Hablando de su «hambre de aire» aprovecho y le pongo la mano en el «cuello» (también la «frente» y parte de la zona lateral y algo delantera del «cuello» son útiles al toque) y le pregunto de qué tiene ahora «miedo». Calla como meditando, y le añado: ¿Cuándo se va a dar cuenta de las veces que su hermana lo sacudía y terminaban enroscados plazeramente?. Ese es su hambre, su deseo, al que

a la vez teme por las consecuencias sociales y morales. Le pongo la mano en la frente y le repito un par de veces que «estoy aquí, junto a usted, para ayudarlo en todo». Hubo algunas lágrimas, después alivio y posteriormente una grata sensación corporal, la cual inclusive llegué a sentir yo mismo (¿contraidentificación afectiva?). Después continuaron otras muchas sesiones más.

Sobre el Dr. John Nathaniel Rosen

Haciendo sus prácticas en psiquiatría, empezó Rosen a aplicar el psicoanálisis directo, en el 1943, en el Hospital Estatal de Brooklyn, en Nueva York. Desde su inicio se sintió impulsado a comprender los pacientes con psicosis que allí habían. Pacientes que, en sus palabras, constantemente están lanzando un s.o.s., hasta que un ser humano, sintiente capta su llamada de socorro.

Para situarnos en esos tiempos, el tratamiento para estos pacientes con psicosis se hacía a través de las llamadas terapias físicas aunque también se les medicaba (neurolépticos mayores de la primera generación: "clorpromacina" nombre químico "Largactil" en España). Se les practicaba los electroshocks, también hacían los llamados "comas insulínicos" y las lobotomías.

Cuanto más los escuchaba, más le impresionaba la gran similitud que había entre lo que esos enfermos expresaban y el lenguaje de los sueños. Rosen estaba estudiando psicoanálisis y a la vez se estaba psicoanalizando con el Dr. Herman Nunberg (analista freudiano de la primera generación, emigrado a los Estados Unidos).

Aplicó lo aprendido, sobre todo, la psicología de los sueños a ese hablar supuestamente ininteligible y esas conductas supuestamente "sin sentido" de los pacientes psicóticos.

Acabó dándose cuenta de que el tratamiento de electroshocks reducía sensiblemente esas charlas y todas esas conductas de sus pacientes con psicosis, privándole a él continuar su estudio y observación, muy útil para la comprensión de la propia psicosis que era su meta.

Y, a pesar de que estaba ya sacando de la psicosis a varios esquizofrénicos catatónicos, acabó teniendo problemas en el Hospital. Si habían salido de su estado catatónico es porque no lo eran, es decir, estaba mal hecho el diagnóstico.

Por otro lado, en esa época y en ese preciso hospital, el psicoanálisis era considerado para muchos, sólo aplicable a los neuróticos y la idea de atender a los psicóticos, escucharlos y tratar de comprenderlos psicológicamente parecía considerarse ridícula o incluso extravagante.

Cambió de hospital, al prohibírsele ese tratamiento y ordenándole que debía dedicarse a hacer exámenes físicos a los pacientes.

Se fue al Instituto y Hospital Psiquiátrico del Estado de New York. Donde no parecían ser tan anti-freudianos y, tuvo Rosen bastantes oportunidades de tratar psicóticos psicoanalíticamente.

En el 1947 le publicaron en una revista muy importante de psiquiatría, un artículo llamado: "El tratamiento de la psicosis esquizofrénica por la terapia analítica directa".

En ese artículo Rosen plasmó su experiencia en el tratamiento con 37 pacientes con psicosis, que algunos de ellos habían sido pacientes del hospital anterior y otros de donde estaba en ese momento. En ese artículo ilustra Rosen toda la historia de cada uno de esos 37 casos y lo más importante era que todos ellos habían salido de la psicosis.

Como podemos imaginar, tuvo sus grandes detractores y por lo tanto sus grandes luchas. También tuvo a eminentes psiquiatras y profesionales que le apoyaron. No fue fácil el abordaje tan novedoso

hacia el tratamiento de este tipo de pacientes, en aquellos tiempos.

En 1956 se convirtió en asociado del Departamento de Psiquiatría en el Centro Médico de la Universidad de Temple de Philadelphia. Y, en esa misma época, fundó el Instituto para el Análisis Directo con ayuda de importantísimas donaciones como por ejemplo los hermanos Rockefeller y otros benefactores.

Rosen se hizo muy famoso ya que trató a una señora con psicosis, Anne Morrow Lindberg, la esposa de Charles Lindbergh –el aviador norteamericano quien a bordo del aeroplano “Spirit of St. Louis” realizó en el año 1927, la primera travesía sin escala Nueva York-París.

La fama que adquirió el Dr. Rosen por su éxito en el tratamiento, hizo que aportaran donaciones a su institución.

En su Fundación, en Doylestown, Philadelphia, no sólo se ocupaba del tratamiento de sus pacientes sino que también entrenaba a todos aquellos psiquiatras o psicólogos, etc. que venían no sólo de Estados Unidos, sino de cualquier parte del mundo.

Lo que hacía Rosen es que cuando trataba a sus pacientes, en todas sus sesiones de tratamiento, dejaba a todos esos profesionales de la salud que observaran lo que hacía. Y, después lo comentaban y lo discutían.

Rosen trataba a sus pacientes sin medicamentos, ni siquiera una aspirina. Para cualquier problema de salud que tuvieran, los derivaba al médico especialista correspondiente.

Es necesario decir, que no fue el primero en intentar aplicar, en la práctica, el psicoanálisis a los esquizofrénicos, pero sí que fue el único que formalizó una práctica psicoterapéutica específica para esquizofrénicos.

El término de “psicoanálisis directo” no fue creado por Rosen sino por el Dr. Paul Federn, uno de los pioneros en psicoterapia de psicosis, por no decir, el primero que se atrevió a utilizar el psicoanálisis para este tipo de pacientes.

Cuando Federn vio cómo trataba Rosen a sus pacientes con psicosis, le propuso ese nombre, puesto que les estaba tratando con psicoanálisis, pero con la diferencia de que las interpretaciones se hacían directamente.

Además, como hemos mencionado, el psicoanálisis directo es contratransferencial, ya que el elemento central y básico que el terapeuta maneja es su propia persona, su propia capacidad emocional para lograr entrar en contacto con lo que siente del paciente y curarlo.

Citamos un ejemplo de Rosen: “Fueron a recoger a una enferma a la que ya la habían metido en una camisa de fuerza. Poco antes, había recibido la noticia de que a su hijo lo habían matado en la guerra. La encontraron gritando y delirando. Rosen habló con ella unos minutos y le dijo: “Mamá, lo he oído. No van por usted ahora. Me han dicho que mientras esté conmigo está a salvo”. La mujer inmediatamente se tranquilizó y Rosen le quitó la camisa de fuerza y la trasladaron al hospital.

La unidad de tratamiento en Rosen era un lugar donde se atendía psicoterapéuticamente al paciente (sin ningún tipo de medicación) formando su nuevo hogar. Allí habían unos auxiliares para continuar durante las 24 horas del día, los siete días de la semana las instrucciones terapéuticas que el psicoanalista directo les iba dando, según la evolución del paciente. Una vez en la “unidad de tratamiento” (que es un cómodo chalet), comienza el “diálogo terapéutico” entre el analista directo y el paciente; los asistentes siempre están presentes y siempre serán los auxiliares del psicoanalista

directo.

Cuando a través de todo el proceso terapéutico para romper la situación psicótica (y pasar después a tratar la "neoneurosis") el psicoanalista directo ha sido incorporado por el paciente como una parte sana de su Super-Yo, entonces la "psicosis" comienza a ir resolviéndose. Día a día el paciente se irá moviendo (sin que falten recaídas) hacia la madurez y la realidad.

El concepto "principio rector (o gobernante)", mantiene que el psicoterapeuta debe ser un protector y proveedor cariñoso y omnipotente. Asume la responsabilidad de criar nuevamente al paciente. El paciente tiene que sentir que allí no se hace nada que no sea mandado por el analista. Éste debe ser para el paciente, un protector representante de la madre ideal que ahora tiene la responsabilidad de criar nuevamente al paciente. Todo ello, para tratar de ubicar al paciente y para que transfiera sus afectos principalmente al psicoanalista.

Rosen, al igual que Frida Fromm-Reichmann, tuvo un paciente (uno de sus primeros pacientes), llamado Millen Brand que fue un gran escritor y publicó un best seller, la novela titulada: "The Outward Room" (editada en español bajo el nombre de "Sueño salvaje"), basada en la vida del propio Dr. Rosen.

Sobre el Dr. Paul Federn

Federn fue un analista de la primera generación de Freud. Fue uno de los precursores en el tratamiento, bajo los métodos psicoanalíticos, a pacientes con psicosis, en la primera década del siglo XX.

En el 1904 ingresó en el círculo íntimo de Freud. Asistía a las reuniones de los miércoles en la casa de Freud, convertida en 1908 en la Sdad. Psicoanalítica de Viena. Se dedicó al análisis didáctico y fue presidente del instituto de psicoanalistas didácticos de Viena.

Cuando en 1924 Freud empezó con sus graves problemas por su cáncer, eligió a Federn como su representante personal. Es decir, todos los que solicitaban los servicios de Freud eran automáticamente enviados a Federn quien le presentaba a aquél sólo los casos que ofrecían particular interés clínico.

Se especializó en el estudio de las psicosis y especialmente de la esquizofrenia. La primera paciente de Federn, una artista, pintora. Se la llevó a su propia casa y la trató como si de su hija se tratara. La paciente estuvo en su casa durante unos años y cuando se curó, formó su propia familia llevando una vida completamente normal. Decía Federn que el yo del psicótico es débil, por lo tanto la psicoterapia puede ayudarlo. Y muchos pacientes que Freud hubiera rechazado eran aceptados por Federn, quien se esforzaba arduamente por curarlos.

Federn se dio cuenta de la importancia de una figura materna correctiva para el tratamiento del yo deficiente del psicótico y llegó a la conclusión de que la participación de una terapeuta, (una asistente social o una enfermera adecuadamente entrenada), era indispensable en el caso de los pacientes con psicosis. La enfermera suiza que él entrenó y que llegó a hacerse famosa en este sentido, fue Gertrud Schwing. En septiembre del 1938 dejó Viena para trasladarse a Nueva York.

Bibliografía de Juan A. Portuondo

Artículos

- Hasta el año 1968 doce artículos científicos sobre Psicología Clínica, Psicodiagnóstico de Rorschach, Psicoterapia de Grupo, Psicoanálisis, etc. publicados en la Revista Científica del Hospital Nacional Psiquiátrico de La Habana

- Cuatro artículos sobre Psicología en la Revista de Psicología de la Sociedad Española de Psicología (Madrid), publicada por el Instituto Nacional de Psicología (Dr. José G. Ermann, Presidente).

Libros publicados

- *Psicopatología en Psicología Clínica* (Ed. Biblioteca Nueva) 1985
- *Teoría y Técnica Psicoanalíticas* (Ed. Psique) 1988
- *Psicoanálisis* (Ed. Psique) 1990
- *Psicoanálisis de los Sueños* (Ed. Psique) 1989
- *El Psicodiagnóstico de Rorschach Clásico y Psicoanalítico* (Ed. Biblioteca Nueva) 1989
- *Psicoanálisis Directo y Psicoterapia de Grupo* (Ed. Psique) 1990
- *El Psicodiagnóstico de Rorschach en Psicología Clínica* (Ed. Biblioteca Nueva) 1976
- *Tablas de Respuestas para calificar el Psicodiagnóstico de Rorschach* (Editorial Biblioteca Nueva) 1978
- *Cuatro Técnicas en el Test de Apercepción Temática. La Autobiografía como Técnica Proyectiva* (Ed. Biblioteca Nueva) 1979
- *Escala de Wechsler-Bellevue (Su enfoque clínico)* (Ed. Biblioteca Nueva) 1976
- *Test Proyectivo de Karen Machover Tomo I* (Ed. Biblioteca Nueva) 1974
- *Test Sociométrico* (Ed. Biblioteca Nueva) 1971
- *Los Tests de formación de conceptos en Psicología Clínica* (Ed. Biblioteca Nueva) 1971
- *Introducción al Psicoanálisis* (Ed. Biblioteca Nueva, Barcelona) 1972
- *El Psicodiagnóstico de Rorschach en la Esquizofrenia* (Ed. Biblioteca Nueva) 1973
- *Interpretación Psicoanalítica del Psicodiagnóstico de Rorschach (Ejemplos de Respuestas)* (Ed. Biblioteca Nueva) 1972
- *El Rorschach Psicoanalítico* (Ed. Biblioteca Nueva) 1973
- *El Test Proyectivo de Karen Machover Tomo II* (Ed. Biblioteca Nueva) 1974
- *Hipnoterapia (Teoría y Práctica)* (Editorial Biblioteca Nueva) 1974
- *Zonas Clásicas y Zonas Especiales del Test de Rorschach* (Ed. Biblioteca Nueva) 1974
- *Adaptación de Folletos para Evaluar el Rorschach* (Ed. Biblioteca Nueva) 1970
- *Psicoterapia Tomo I* (Ed. Biblioteca Nueva) 1982
- *Psicoterapia Tomo II* (Ed. Biblioteca Nueva) 1982
- *Psicoterapia Tomo III* (Ed. Biblioteca Nueva) 1982
- *Psicoterapia Tomo IV* (Ed. Biblioteca Nueva) 1982
- *Psicoterapia Existencial, Gestáltica y Psicoanalítica* (Ed. Biblioteca Nueva) 1979
- *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama* (Ed. Biblioteca Nueva) 1985



J.N. Rosen con Juan A. Portuondo