

Artículo de revisión

Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México

Psychodynamic Analysis of Transference and Countertransference in the Formation of Family Physicians in Mexico

Análise psicodinâmica de transferência e contratransferência na formação de médicos de família no México

Ricardo Urbina-Méndez,* Clara I. Hernández-Vargas,* Isaías Hernández-Torres,* Miguel Á. Fernández-Ortega,** Arnulfo Irigoyen-Coria*

ATEN FAM 2015;22(2)

Resumen

Se realizó un análisis de las reacciones psicodinámicas de los alumnos en formación de la especialidad en Medicina Familiar a través del “Taller de autoimagen”, como una estrategia educativa con especial énfasis en las reacciones transferenciales, contratransferenciales y en las diversas formas de comunicación no verbal y verbal.

Summary

An analysis of the psychodynamic reactions of Family Medicine students through the workshop “Taller de autoimagen”, as an educational strategy with special emphasis on transferences, countertransferences reactions and various forms of non-verbal and verbal communication.

Resumo

Realizou-se uma análise das reações psicodinâmicas dos estudantes em formação na especialidade em Medicina Familiar, através da oficina de “auto-imagem”. Foi realizado como uma estratégia educacional o que dá especial ênfase a reações de transferência, contratransferência e várias formas de comunicação não-verbal e verbal.

Introducción

El fundamento del ejercicio de la medicina es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo. La actividad del médico va más allá del diagnóstico, pues tiene una función terapéutica y posee un momento afectivo conocido como transferencia.¹

La relación médico paciente (RMP) es la interacción involuntaria, inconsciente, matizada de emociones y afectos que emana del contacto entre médico y paciente a través de la entrevista en el escenario del consultorio con la finalidad de brindar ayuda al enfermo. Como bases fundamentales tiene a la comunicación verbal y no verbal, el deseo desinteresado de ayuda, el respeto, la confianza y la solidaridad.

La RMP es desigual, la autoridad del médico (que en el ámbito mexicano generalmente no se discute) es paternalista ya que genera una total dependencia del paciente hacia el médico, se caracteriza por una estructuración interpersonal asimétrica de dependencia y una finalidad de ayuda, de servicio técnico-asistencial.² En la actualidad este modelo tiende a cambiar, pero aún predomina ampliamente, sobre todo en el marco de la medicina institucional.

Palabras clave: medicina familiar, educación médica, procesos psicoterapéuticos

Key words: Family Medicine, Medical Education, Psychotherapeutic Processes

Palavras chave: medicina de família, educação médica, processos psicoterapêuticos

Recibido: 27/11/14
Aceptado: 26/11/14

*Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). **Subdivisión de Educación Continua, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia:
Ricardo Urbina-Méndez
rum1754@yahoo.com

Este artículo debe citarse: Urbina-Méndez R, Hernández-Vargas CI, Hernández-Torres I, Fernández-Ortega M, Irigoyen-Coria A. Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México. *Aten Fam*. 2015;22(2):58-61.

En los últimos años, dicho modelo se ha transformado por la influencia de las instituciones de salud, los intereses del médico y del paciente, los avances tecnológicos y el entorno social, económico y cultural. El tipo de RMP varía de institución a institución, así como en el ejercicio privado de la medicina familiar.

En la RMP existe una dualidad: observar y ser observado. El médico no es consciente de la curiosidad que despierta en los pacientes, sin embargo, es objeto de observación y de un análisis “casi microscópico”. La información real que el paciente no obtiene la elabora a través de fantasías de acuerdo con el papel que juega el médico en la transferencia.

La actividad del médico familiar (MF) es semejante a la del psicoanalista, debido a que aplica en forma constructiva capacidades cognitivas para comprender el inconsciente del paciente a través de la historia familiar. Por su parte, el psicoanalista ejecuta actos similares a través de la alianza terapéutica, del acercamiento emocional y afectivo, de manera coloquial: “se pone en los zapatos del paciente”. Los MF también experimentan emociones en consulta, aunque la mayoría de las ocasiones no perciben ni identifican las diferentes formas de comunicación verbal y corporal, paulatinamente entran en intimidad para ser capaces de ofrecer ayuda en los aspectos orgánicos, psicológicos y familiares.

Transferencia

La transferencia es un término generado en la teoría psicoanalítica, Freud descubrió que durante la transferencia se revive la relación del sujeto con las figuras parentales, en especial la ambivalencia hacia ellas; distinguió dos tipos de transferencia, una positiva, cuando aparecen sentimientos de ternura, y otra negativa, cuando emergen sentimientos de hostilidad. La transferencia (positiva y negativa) en manos del médico se convierte en el más potente de los instrumentos terapéuticos y juega un papel importante en el proceso de la curación.

En la transferencia, las experiencias del pasado y de las actitudes hacia los padres no deben tomarse en un sentido realista, sino de acuerdo con el inconsciente y las fantasías.^{3,4} La transferencia se puede definir como “pasar energía de un sitio a otro”, concepto válido también en términos psicológicos; es un acto inconsciente, en el que lo que se transfiere es el afecto de una representación a otra y el receptor es el médico, quien debe ser neutral.⁵ Psicodinámicamente, el médico y el paciente interactúan de manera consciente e inconsciente, son dos personalidades diferentes, con historias distintas, en una interacción dinámica. Los enfermos acuden al médico, que representa una autoridad que ellos estructuran de acuerdo con sus necesidades y fantasías; buscan la salud, ser atendidos, escuchados, reconocidos y ser correspondidos en la confianza que otorgan al médico.

El proceso de transferencia se da a partir de vivencias inconscientes y neuróticas que el paciente revive a través de su médico durante la consulta, en relación con las experiencias infantiles que tuvo con las figuras afectivas y/o de autoridad. Los sentimientos, actitudes y deseos, originalmente ligados a las figuras importantes de sus primeros años de vida, son proyectados en otras personas, en este caso en el médico familiar.

La transferencia del paciente tiene el poder de distorsionar tanto la realidad como al médico, ante quien repite su necesidad de dependencia, de ser dirigido cuando lo percibe como figura protectora, o bien, la reacción es de rebeldía o desafío como forma de respuesta ante una realidad imaginaria.

En Medicina Familiar la transferencia tiene otras connotaciones, cuando es positiva es un auxiliar importante en la adherencia al tratamiento y en el proceso curativo, de cualquier forma, el médico de familia es un espejo en el que el enfermo proyecta fantasías, deseos y necesidades, pero también malas relaciones, como ira, descalificación, rebeldía, abandono de tratamiento, incluso conflictos médico legales.

Transferencia y contratransferencia

La transferencia no es estable, es cambiante y va de un polo a otro; en un momento determinado el médico puede ser maravilloso o el que todo lo sabe, lo que facilita la adherencia al tratamiento; pero después puede ser el peor de los facultativos, por lo que se abandona el tratamiento o la consulta.

El paciente genera una demanda transferencial que tiene por consecuencia un efecto terapéutico positivo, en la cual toma consciencia de sí mismo, de su enfermedad y de lo que puede hacer para colaborar íntimamente con el médico en el proceso de curación.

Contratransferencia

Freud describió la contratransferencia como un acto que surge en el médico por el influjo que el paciente ejerce en su sentir inconsciente. Para algunos autores, la contratransferencia incluye la capacidad de empatía, antipatía, simpatía y otros afectos, el funcionamiento mental del médico, sus fracasos, conflictos y problemas. El mismo Freud la consideró negativa y como un proceso a dominar por completo, para después entenderla como una herramienta terapéutica necesaria para comprender los procesos transferenciales del enfermo. Sienta precedente de un hecho generalmente olvidado: tanto el enfermo como el médico se encuentran dentro de una relación interactiva, por lo que el paciente se ve influido por el médico y viceversa.⁴

La contratransferencia puede perturbar la curación, ya que ningún médico va más allá de lo que sus propios complejos y resistencias le permiten, por eso conviene que el MF conozca *a priori* sus conflictos inconscientes.⁴

La contratransferencia positiva permite al médico la energía necesaria para comprender al paciente; la negativa, por otra parte, interfiere en la motivación y en la objetividad del médico para realizar sus intervenciones. Para evitar efectos negativos, el médico debe tomar una actitud de alerta para sublimar su contratransferencia

y mantenerla positiva, es decir, debe adoptar una actitud de afecto hacia el paciente a pesar de las agresiones que este le infiera.

La contratransferencia es como la reacción espontánea del analista a la personalidad del paciente. El proceso se resuelve en formaciones inconscientes, que alcanzan expresión en la actitud del analista, actitud que a su vez produce modificaciones en la transferencia del paciente. En Medicina Familiar esto es aplicable, porque el paciente es el espejo en el que se refleja el médico, uno de los errores frecuentes del MF es no considerar sus propios conflictos (personales, no resueltos, manifiestos) en la contratransferencia con sus pacientes.

La contratransferencia, tanto positiva como negativa, puede empañar la labor del MF, incluso bloquearla, se puede tornar manipuladora, con intenciones dictatoriales para someter al paciente y a la familia, bajo un control autoritario que gratifica al médico con el poder de decidir por los demás. Pocas veces el médico familiar hace consciente la capacidad de analizar sus reacciones frente a los pacientes y las familias, no se percata de cómo se daña la relación profesional, se perjudica la comunicación y puede ser la causa de que el enfermo abandone el tratamiento y la consulta.

Siempre es pertinente que el médico la identifique, pues él es el único responsable en el manejo de las relaciones con sus pacientes. Esta situación es muy frecuente, casi nunca identificada y limitada, en la que él mismo puede ser el origen de muchas iatrogenias físicas y emocionales.

En la transferencia y contratransferencia, la comunicación verbal y no verbal son muy importantes porque construyen o destruyen la RMP a través de una palabra, actitud o movimiento.

En el análisis de la comunicación no verbal observamos el movimiento corporal, las características físicas, los comportamientos táctiles y el entorno o medio. Es una comunicación útil para repetir, contradecir, sustituir, complementar, acentuar y regular la comunicación verbal.^{5,6}

En el proceso de aprendizaje de los alumnos médicos de familia, una herramienta útil es el “Taller de autoimagen” a través del cual se pueden analizar, desarrollar y evaluar sus competencias, en torno al manejo de la transferencia y contratransferencia con los pacientes.⁷

Cuando los MF son poco sensibles a la autocrítica, causan severos daños a los pacientes, porque lo que está actuando en ese momento es la contratransferencia y la propia neurosis; sin percatarse de ello, pueden provocar efectos negativos en la consulta, incluso conductas iatrogénicas. Los pacientes son tomados como objetos para satisfacer sus necesidades personales como el narcisismo o sus propios temores.

En esto radica la dificultad de muchos profesionales de la salud para encarar las malas noticias con los pacientes, el trato con enfermos terminales y el pánico de anunciar la muerte del paciente a la familia. El MF puede provocar temores en el paciente, lo que genera que no sean buenos acompañantes en el proceso terminal y jamás acompañen a los enfermos que se encuentran solos al fallecer.

Psicodinámicamente el médico de familia y el paciente interactúan de manera consciente e inconsciente, son dos personalidades distintas; se debe recordar que los enfermos ven al médico como figura de autoridad estructurada de acuerdo con sus necesidades y fantasías, buscan un modelo que les proporcione tranquilidad, confianza y reconocimiento, ese alguien les restablecerá la salud, con esperanzas de curación y vida. Se trata de vivencias inconscientes y neuróticas que el paciente tiene frente a su médico en relación con las vivencias infantiles y con las figuras afectivas y/o de autoridad. Los sentimientos, actitudes y los deseos, originalmente ligados a importantes figuras de los primeros años de la vida, son proyectados en otras personas en este caso en el médico que representa a aquellas en el momento actual.⁴

Cabe decir que este fenómeno en la consulta es una representación simbólica de esas vivencias infantiles, al médico se le percibe como un padre o una madre, o

como ambos, de ello derivan las reacciones de sometimiento o de desafío a la autoridad.

Dentro de los hallazgos en la transferencia, los médicos son vistos como figuras autoritarias, pero ambiguas porque se entrecruzan con una postura maternalista de sobreprotección. El profesional es percibido como una figura casi perfecta con escasas características humanas, inconscientemente se le erige como una persona que no sufre, enferma o que no tiene defectos, se crea a un personaje idealizado. En este caso se trata de buenos pacientes, que admiran al médico, obedecen ciegamente las indicaciones y se adhieren al tratamiento, las relaciones son largas y fructíferas, creando una amistad terapéutica.

Sin embargo, algunos pacientes presentan reacciones de resistencia, que van en contra de la relación con el médico, pueden constituir fuerzas negativas que favorecen la no adherencia al tratamiento y a las indicaciones médicas. Los pacientes que tienen problemas con la autoridad reaccionan al contrario, se rebelan, desafían y la cuestionan, no reaccionan con sumisión, no se apegan al tratamiento como una manifestación de inconformidad y rebeldía. Son enfermos que vagan de médico en médico, los caracteriza la incredulidad y desconfianza, toman actitudes agresivas en forma encubierta o abierta, y son considerados malos pacientes. Cuando cuestionan al médico este reacciona en forma negativa, pues lo traduce como agresión al narcisismo y al poder de su autoridad.

Tratando de ejemplificar algunos de estos mecanismos psicodinámicos, de transferencia y contratransferencia con los pacientes, a continuación se presentan dos viñetas clínicas que se han tomado del “Taller de autoimagen” que realizan los alumnos del “Curso de especialización en Medicina Familiar para médicos generales”, de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México:

Mujer de la tercera edad, que en el momento de la exploración física tiene dificultad para subir al banco de altura, alcanzar la mesa

de exploración y colocarse en decúbito ventral, el médico (alumno) observa impasible sin intervenir; al concluir la exploración, sorprendentemente la señora se apoya en él para poder bajar. Al ser interrogado acerca del porqué no la ayudó, él contesta: “en la escuela de medicina nos dijeron que los pacientes son intocables”.

Análisis: falló la empatía (colocarse en los zapatos del paciente), se generalizó por una indicación inadecuada y demostró carencia de educación y atenciones hacia los adultos mayores. O bien, se dio la aparición de dispatía, definida como la elaboración de juicios hacia los pacientes, de tal forma que se denigra la imagen o la autoestima de la persona. En este caso, la paciente por sus condiciones de anciana y mujer no merece atenciones, se encuentra por debajo del estatus y jerarquía del médico, quien carece de sensibilidad y de educación, e inconscientemente demuestra temor ante la vejez y no percibe las limitaciones en su propio mundo.⁵ La reacción de contratransferencia manifiesta un conflicto de autoridad rígida, inflexible y poco asertiva.

Pareja en la que ambos tienen 17 años de edad, en consulta con su hijo, lactante de seis meses. El médico en formación, al orientar acerca de la ablactación y estimulación temprana, excluye de las indicaciones al padre y no lo toma en cuenta ni lo hace participar, le ofrece su propia computadora como distractor, mientras se dirige exclusivamente a la madre de familia.

Análisis: contratransferencialmente el médico se identifica con la figura masculina, actúa con base en un machismo en el que “los hombres no se hacen cargo de los hijos”, refleja su forma de pensar, que es más fuerte que la educación universitaria recibida. El alumno no efectuó ninguna acción de planificación familiar porque “no pensó que se fuera a embarazar tan pron-

to”, sin embargo, al cuestionar la evolución del caso, comentó que la paciente volvió a la consulta con un nuevo embarazo y abandonada por el esposo. ¿Qué grado de responsabilidad tuvo el médico al omitir la planificación familiar? En ese sentido hablamos de iatrogenia, ocasionada por conflictos contratransferenciales.

Conclusiones

El MF es el único responsable del control de la transferencia y la contratransferencia, pues los pacientes no poseen una percepción consciente de estos fenómenos, el primero está obligado a tener un buen comportamiento tanto profesional como personal, es un compromiso al que tiene que responder desde la perspectiva del profesionalismo y la ética. Como respuesta, el paciente debe generar una buena relación transferencial que tendría como consecuencia un efecto terapéutico positivo, en el cual hace consciencia de sí mismo, de la enfermedad y de todo cuanto puede hacer para colaborar con el médico en su proceso de curación.

Es necesario que el médico reconozca las características de su propia personalidad, sus límites, deficiencias y situaciones que ocasionan efectos nocivos en los pacientes, porque sin darse cuenta proyectan en ellos frustraciones, ansiedad, depresión, temores, prejuicios y conflictos no resueltos con los padres y/o la autoridad.

Los pacientes constituyen objetos de satisfacción para las necesidades inconscientes del médico, el narcisismo, el autoritarismo, el hecho de sentirse salvadores de la humanidad e incluso contaminar la relación con sus propios temores, causando daños a la salud.

La contratransferencia rige la mayoría de las consultas de los médicos, pues no poseen la sensibilidad para percibir este

fenómeno, mucho menos cuando inician la formación; sin embargo, se observa que en el segundo o tercer año de la especialización mejoran. El MF en ocasiones reacciona con ira, contenida o manifiesta, cuando el enfermo no se somete o lo cuestiona.

El médico jamás está en un grado de superioridad frente al paciente, aunque la relación con él sea asimétrica, humanamente son iguales. Frente a él tiene a un ser que sufre y que necesita una respuesta racional, consciente, sensible, afectiva y plena de sentimientos positivos.

Resulta fundamental señalar que las instituciones formadoras y los propios docentes, tienen la gran responsabilidad de considerar la importancia de los fenómenos transferenciales, contratransferenciales y de la comunicación médico-paciente, como elementos esenciales en la formación y desarrollo del perfil profesional del médico de familia, para así otorgar una atención médica de mayor calidad, así como más humana.

Referencias

1. Lain-Entralgo P. La relación médico enfermo. Historia y teoría. [Internet] Madrid: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes; 2012. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/>
2. Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de psicoanálisis. 6ta ed. México: Ed. Paidós; 2004.
3. Freud S. Obras completas. Tomo II. México: Biblioteca Nueva Siglo XXI; 2002.
4. Vives-Rocbert J. Compilador. El proceso psicoanalítico. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana/Ed. Plaza y Valdés; 1977.
5. Hernández TI, Hamui SL, Navarro GAM, Valencia IY. Comunicación médico-paciente en Medicina Familiar. México: Editorial Prado/Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
6. Membrillo A, Fernández MA, Quiroz R, Rodríguez JL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. México: Editores de Textos Mexicanos; 2008.
7. Fernández-Ortega MA, Hernández-Torres I, Urbina-Méndez R, Hernández-Vargas CI. Análisis de la videograbación como estrategia educativa en la Especialidad de Medicina Familiar en México. Rev Cubana Med Gen Integ. 2012;28(4):668-81.