

---

---

*¿Cómo sortear los riesgos de  
la Iatrogenia en la relación  
psicoterapéutica?  
Una perspectiva relacional*

**ALEJANDRO ÁVILA ESPADA**

---

---

*Con un emotivo recuerdo y como reconocimiento a Teresa Suárez,  
siempre interesada en los procesos de cambio psíquico y social, y en  
nuestra capacidad de ser agentes transformadores.*

Interrogarnos sobre los riesgos iatrogénicos que tenemos o inducimos en nuestras intervenciones psicoterapéuticas es una pregunta (o mejor un conjunto de preguntas) que resulta fundamental. Trabajamos como profesionales de la Salud Mental en contextos públicos institucionales y también en contextos de atención de carácter privado, a veces como profesionales que formamos parte de un equipo que lleva a cabo la intervención, a veces sosteniendo personalmente (como clínicos, pero también como personas que somos) la intervención misma, a través de nuestro planteamiento estratégico, táctico, e incluso técnico. No aportamos una intervención tecnológica, sino principalmente humana y social, con sus riesgos y sus límites.

Partamos de constatar la obviedad de que si desplegamos como clínicos un marco psicoterapéutico es para favorecer el cambio y facilitar la ayuda psicológica que las personas necesitan para afrontar sus dificultades vitales, aliviar o transformar su dolor psíquico en algo valioso para su desarrollo y despliegue como personas. No es aplicable aquí el modelo médico convencional de "curación" (del proceso morbosos), sino el de considerar que nuestra intervención que contribuye a reorientar o resignificar un proceso psíquico, intra e intersubjetivo. Allí donde había principalmente sufrimiento, ahora puede haber transformación y crecimiento.

Muchas veces esa acción va dirigida a un complejo grupo relacional, la familia, la pareja, el grupo de trabajo, "sistemas" que se co-determinan, en los que cualquiera de las experiencias que viven no puede ser entendida como "experiencias de un sujeto" sino como grupales, o al menos como experiencias que una persona(s) tiene/siente/percibe en un contexto relacional de pertenencia, social y culturalmente determinado.

Es decir, no estamos o intervenimos ahí para mantener o potenciar lo patológico o disfuncional, sino para ayudar a resolverlo, transformarlo o superarlo. Sin embargo, ese riesgo existe. Y ese es el tema que nos convoca hoy aquí.

Para clarificar nuestra posición vamos a intentar respondernos a varias preguntas.

### **¿Qué y quiénes somos para el paciente en la relación psicoterapéutica?**

¿Cómo nos ven los pacientes? Esperan al “médico” que descubrirá qué nos pasa y que tras ello nos curará la “enfermedad”. Suele ser frecuente que la persona “exija” certezas sobre el origen y sobre la resolución del sufrimiento psíquico, pero pocas veces -si alguna- podemos ofrecer tales certezas. El origen siempre es complejo y multifactorial, no es nuestra prioridad encontrar y transmitir al paciente una explicación que le ayude a comprender y resignificar, y que en todo caso será poco útil, al menos a corto plazo, para resolver el conflicto o aliviar el sufrimiento. Es como si ahora, confrontados con una catástrofe natural, pero también sociopolítica, como sucede en este momento en varias zonas de España<sup>1</sup> esperásemos que “comprender” o “explicar” lo que ha pasado, ayudase a resolver las necesidades inmediatas.

Depositar en el clínico la esperanza de ayuda es natural en nuestra cultura, y es parte de la esencia de nuestro papel como tales clínicos. Esperar que el clínico despliegue sus capacidades “mágicas” (o “científicas”) de curación de los trastornos es una atribución que nuestra cultura viene depositando en figuras como el chaman, el hechicero, el sacerdote, el brujo, el alquimista, el médico, o el psicólogo... figuras invocadas desde la organización social de las culturas primitivas, y a través de los siglos, hasta los mitos del presente.

Ya en la modernidad, y conforme avanzó el siglo XX, el clínico instrumentaba los descubrimientos de la ciencia, y los avances terapéuticos que estos implicaban, pero fue también reconociendo la importancia de la participación del sujeto en su proceso de cambio, y/o la responsabilidad de la sociedad en el mantenimiento de la inadaptación y el conflicto, en el individuo y sus grupos de pertenencia.

<sup>1</sup> En el contexto de las DANA que asolan determinadas áreas.

Desde una (Neuro)Psiquiatría Biológica idealizada universalmente, hasta el reconocimiento de la trascendencia de la subjetividad en el “trastorno mental”, o de la multideterminación social que regula cualquier expresión psicopatológica o desadaptativa.

Las diferentes concepciones psicoterapéuticas aparecidas desde la transición del siglo XIX al XX, se fueron posicionando en torno a estos debates.

Freud y su entorno, jugaron un papel crucial al interrogarse sobre lo psíquico, ante la constatación de las facetas inconscientes del conflicto y su eventual resolución a través de estrategias como la interpretación y el posible insight o toma de conciencia del aporte de significado que esta representaba; también mediante el reajuste de las defensas, evolucionando desde el uso de las más disfuncionales a las más adaptadas. El valor de la “interpretación” (emitida por el psicoterapeuta) para provocar el cambio siempre fue una construcción racional idealizada. El reajuste de las defensas, incluyendo ya opciones en las que el sujeto participaba, empezaba a abrir otros horizontes, aunque también sobrevalorado, pues el sujeto no puede cambiar solo en un contexto que le determina.

En esas primeras décadas de teorización y experiencia clínica, se trataba de ganar conocimiento en el ámbito de lo desconocido, y que este conocimiento (traído a la conciencia) aportase una nueva perspectiva al síntoma psíquico o a la angustia ante el conflicto. En esta dirección convergieron también enfoques más racionalistas (Janet, Adler, Rogers) y también enfoques antropológicos y de resignificación de la carga simbólica de la cultura y los mitos, como propuso Jung. En todas esas aproximaciones se trataba de cambiar la “conciencia” de la persona, ignorando o minimizando en gran medida el peso del contexto social y cultural en su construcción y formulación.

Las voces discrepantes con la utilidad de esta aproximación no tardaron en oírse: Ferenczi primero, y luego

Sullivan y Fromm redujeron el peso de lo individual e introdujeron lecturas sociales, interpersonales. Ferenczi llamó la atención de los clínicos de su época acerca de que lo que sucedía en la relación interpersonal paciente-terapeuta era determinante de la evolución de los procesos patológicos y en todo caso clave para propiciar el cambio. El título que le dio a su *Diario Clínico* de 1932 (silenciado durante cincuenta años) ya lo dice todo: Sin simpatía no hay curación.

Sullivan, ya a principios de los años 30 del siglo XX, le dio la vuelta a la teoría de la causa de la ansiedad: Su origen no era el conflicto intrapsíquico “pulsión/defensa”, sino que la ansiedad en la persona tenía un origen social, interpersonal: calmar al cuidador o al otro significativo, para encontrar la calma subjetiva. Un enfoque semejante surgió casi en la misma época a través del pensamiento de Enrique Pichon Rivière, aunque no tuvo trascendencia en la clínica psicosocial hasta dos décadas después, ya a finales de los cincuenta. Con Pichon -y sus numerosos y diferentes discípulos- se reconceptualizó el conflicto psíquico como expresión de un conflicto grupal y social. Los continuadores de Sullivan sostuvieron una práctica social e institucional transformadora (v.g. Frieda Fromm-Reichmann, Harold Searles, ambos con el foco en lo interpersonal determinante y el potencial de cambio de los contextos que permiten la expresión de la creatividad) complementaria a la extraordinaria contribución de Erich Fromm para comprender la dinámica social y cultural que determina lo psicopatológico. Reconocidos o no como aportaciones decisivas, es relevante constatar la plena vigencia actual de sus planteamientos.

No olvido mencionar a los psicólogos que aspiraban a controlar la conducta sin incidir en la conciencia (Pavlov, Watson, Skinner...), que mantuvieron así la ilusión de que el cambio individual era posible, donde el clínico era finalmente un “técnico” de la conducta, que reparaba los aprendizajes defectuosos de las personas, en última instancia no responsables de su conducta, que había sido condicionada

o aprendida. La idealización del cambio conductual o de la capacidad de control de una conciencia racionalmente administrada, en la medida en que aportaba ciertos logros, y daba “esperanzas de control tecnológico”, nos distrajo de lo esencial. Aunque el sujeto sea capaz de aprender y desaprender ciertas conductas (y mejorar así su adaptación social a un contexto determinado) no por ello cambia como persona, subjetiva, social y contextualmente determinada.

Los enfoques centrados en perspectivas del individuo (lo inconsciente, la conciencia, la conducta) resultaban muy insuficientes en la clínica. Y el clínico seguía siendo un “mago” de la interpretación del conflicto inconsciente, de la reconstrucción de la racionalidad perdida, de la modificación de la conducta. Así, con sus matices, y a veces grandes diferencias, el clínico iatrogenizaba al sujeto al someterle a “sus operaciones” sin cederle el lugar protagonista que le corresponde en el cambio, “su” cambio.

Hizo falta que la tradición interpersonal se abriese camino, ya en la segunda mitad del siglo XX, para que la comunicación e interdeterminación entre sujetos y sus grupos sociales mostrasen todo su potencial en el hecho clínico y social, configurándose así más claramente los enfoques relacionales (psicodinámicos o sistémicos), que fueron encontrando y configurando su espacio propio, invitando al sujeto a ocupar su lugar en el contexto, en el grupo social, a cambiar, pero cambiando con los otros.

Un clínico psicoanalítico, Harry Guntrip (1975), ya avanzada la segunda mitad del siglo XX, ha dejado un testimonio personal de gran valor para comprender la experiencia que se vive en un tratamiento psicoterapéutico, en este caso, la que él mismo tuvo: “¿Qué es la psicoterapia psicoanalítica?... Es, como yo lo veo, la provisión de una relación humana confiable y comprensiva, de la clase (de experiencia) que establece contacto con el niño traumatizado profundamente reprimido, de una manera que le permite a uno (la persona) volverse cada vez más capaz de vivir, en la seguridad de una nueva relación real, con el le-

gado traumático de los primeros años de formación, a medida que se filtra o irrumpe en la conciencia”.

Es decir, en la psicoterapia la persona tiene la oportunidad, en base a la relación humana confiable y segura que ofrece el psicoterapeuta, de integrar su historia, las múltiples facetas de su identidad personal, identificar, reconocer lo traumático vivido, y a la vez recuperar su agencia para (re) construir su vida, deviniendo agente de esta transformación.

Dicha reconstrucción de su historia (no necesariamente la recuperación de la “verdad” histórica, también su contraste con la “verdad de la experiencia”) permite a la persona (re)conocer su contexto de origen, familiar, transgeneracional, los legados transmitidos por los antepasados, pero también (re)conocer sus propias construcciones, entre lo real y lo imaginado, de sus propios intentos de definición y diferenciación de su subjetividad. Nadie es sin historia, nadie es sin articular la contradicción entre la identidad atribuida y la propia diferenciada. Nadie resulta ajeno a los contextos que atraviesa, ni carece de familia y transmisión generacional, aunque formalmente la haya perdido, incluso tempranamente.

Cualquier teoría, estrategia, táctica o técnica que interfiera o dificulte este proceso de reconstrucción de quién somos, en una historia, en un contexto, en un(os) grupo(s) de pertenencia, deviene inevitablemente iatrogénica. Porque el sujeto intentará sostenerse y aliviar su sufrimiento con lo que le dan (en la psicoterapia), pero no habrá participado en su co-construcción. Esto nos implica, bien estemos hablando de personas/individuos, bien estemos hablando de sistemas (pareja, familia).

Por ello, psicoterapeuta(s) y personas/pacientes devienen historiadores de sí y de sus vínculos, buscadores de su propia historia, identificando y tolerando las inevitables lagunas de esta búsqueda. Arqueólogos pacientes, que a través de los restos dispersos que van encontrando, no pretenden reconstruir los sucesos vividos, sino más bien

comprender el mundo que los hizo posibles y en los que tuvieron significación. Recientemente he visitado Pompeya y Herculano, dos ejemplos extraordinarios de la posibilidad de re-experienciar el mundo de su época. Impresiona las opciones que da explorar los restos hallados para entender algo más de la experiencia, subjetividades y significación social de quienes los habitaron: nuestros antepasados, lejanos, pero nuestros.

Estamos mirando a los partícipes de la relación psicoterapéutica, poniendo hasta ahora énfasis en la experiencia de quienes demandan ayuda, los llamados pacientes. Pero, aunque volveremos a examinar esta problemática desde esa óptica, veamos ahora lo que vive el psicoterapeuta en dicha relación, que hemos de cuidar para que no sea iatrogénica para ninguno de sus partícipes.

### **¿Qué riesgos tenemos los psicoterapeutas, como personas, en la relación psicoterapéutica?**

Empecemos por lo obvio, pero a veces ignorado. Los psicoterapeutas somos personas, que aportamos nuestra subjetividad como soporte para que sea posible la relación terapéutica.

Si nuestra formación nos ha transmitido la falacia defensiva de que somos "especialistas" que desplegamos unas estrategias, tácticas y técnicas para llevar a cabo nuestra labor de tratar el trastorno y el sufrimiento mental, y esa falacia defensiva pone especial énfasis en señalar los límites entre la persona que somos y el profesional que actúa, bien a través de un encuadre, de la definición de un setting, de unos límites éticos, diferenciando así netamente nuestro rol profesional de nuestra subjetividad, estamos ante un problema, y no leve.

No es que sea irrelevante o se pueda prescindir de todo lo antes mencionado. Pero ¿Estamos en la relación terapéutica para ser nosotros mismos que ayudamos al otro, sin implicarnos con él o ella? ¿Ese ser nosotros mismos sa-

tisface nuestras necesidades, o se ofrece como escenario de posibilidad para que el otro nos “use como objetos” en la satisfacción de sus necesidades, un uso simbólico e imaginario, pero también real en alguna medida?

Todos los partícipes en la relación terapéutica tienen necesidades que satisfacer. Que la persona que demanda ayuda pueda en el vínculo terapéutico satisfacer -al menos parcialmente- sus necesidades psicoafectivas, es algo deseable, si no se convierte en sustituto de su capacidad de satisfacerlas en sus vínculos y contextos interpersonales naturales. Por tanto ese es el límite que hay que respetar, que las experiencias que son posibles de vivir en ese vínculo terapéutico sean una llave que abre al escenario del mundo personal, incitando al sujeto a vivirlo con sus propios recursos, implicándose, metiéndose en la vida, transformando su limitación o sufrimiento en oportunidad.

¿Y qué viven los psicoterapeutas en la relación terapéutica con sus “pacientes”? (podemos bromear con la imagen de que son ‘pacientes’ porque tienen que esperar a que “lleguen” sus terapeutas, que se hagan presentes en el vínculo, sin ocultarse tras el rol del “especialista”).

Los psicoterapeutas son personas, y como tales tienen sus propias necesidades básicas, inevitablemente insatisfechas en alguna medida. Parte de ellas son necesidades básicas, de seguridad, de apego, de afirmación y reconocimiento. La fragilidad emocional derivada de los déficits de apego y de los inevitables duelos no suficientemente elaborados, se unen a los déficits narcisistas. Orientarse profesionalmente a la prestación de ayuda a otros en el ámbito de la salud mental no se puede deslindar del anhelo (consciente o no) de completar las propias necesidades insatisfechas. Y esto no se resuelve nunca del todo con el papel -imprescindible- que juega la propia terapia personal como parte del proceso de formación de los psicoterapeutas.

En otras palabras. El principal riesgo deriva de nuestras propias necesidades narcisistas insatisfechas que pueden

propiciar una falta de límites en el despliegue de nuestro rol profesional, en la recepción de la demanda y en el subsecuente despliegue de una supuesta ayuda “omnipotente” al otro, que obviamente no podremos sostener.

Si para nosotros, los psicoterapeutas, nuestro equilibrio psíquico y nuestro sentimiento de valía personal (afirmación y reconocimiento) depende principalmente de nuestros logros en el trabajo psicoterapéutico con el paciente, si la existencia y potenciación del vínculo con el paciente -obviamente necesario- y de que éste sea efectivo (se den los cambios esperados), resulta ser la principal fuente de nuestro sentimiento de valía como personas, estamos ante -y tenemos pues, un grave problema.

Recordemos qué es y qué función cumple el narcisismo en la configuración de la subjetividad adulta normal. Robert Stolorow, autor principal de la propuesta de una Teoría Intersubjetiva, y cuyas raíces conceptuales reposan en Kohut, definió el Narcisismo en uno de sus trabajos pioneros (1975) como “toda actividad mental cuya función sea resguardar la cohesión del Self, su estabilidad temporal, cargado con una afectividad positiva hacia la representación de sí mismo”. Kohut, en su trabajo de 1966 (*Formas y Transformaciones del Narcisismo*) defiende abiertamente el valor adaptativo del narcisismo frente al “ideal” del amor de objeto (que en lo real puede no estar presente, o sufrir importantes turbulencias), y postula la importancia de un narcisismo transformado (una redistribución de la libido narcisista del paciente, y la integración de las estructuras psicológicas primitivas en la personalidad madura). Kohut defiende así la contribución del narcisismo a la salud, la adaptación, y la consecución de logros, distinguiéndolo de las heridas narcisistas que son determinantes en la posterior patología narcisista que emerge como personalidad patológica. Del narcisismo primario (considerado un auto-investimiento surgido en un periodo en el que no hay diferenciación yo/tú), ese tono narcisista básico que impregna todos los aspectos de la personalidad, Kohut señala una línea de desarrollo

narcisista para la que propone dos formas: el sí-mismo narcisista (fusionado con la imago materna, base de la primera imagen de uno mismo, como ha mostrado sistemáticamente la investigación del desarrollo temprano), y la imago parental idealizada, una construcción que facilita el acceso a la diferenciación.

Para Kohut, ese narcisismo primario bien integrado, es un proceso esencial para mantener integrada la representación de sí mismo, que evoluciona con la persona en su desarrollo afectivo y social, y que no se opone per se a la elección de objeto de amor en la alteridad, sino que para consolidarse como sujeto necesita antes configurar objetos del sí mismo que cumplan esa función de mantener la cohesión del sí mismo, y solo si esos objetos sí mismo fallan en cumplir esa función se despliega el narcisismo como un narcisismo secundario, patológico, en el adulto.

El narcisismo que le supone un importante riesgo al psicoterapeuta es este último, el que deviene en solución que repara los déficits del narcisismo primario, sus propios déficits. Hay pues dos caminos que el psicoterapeuta puede escoger (consciente e inconscientemente), el que le lleva a refugiarse en las satisfacciones de un narcisismo grandioso, omnipotente, que pseudo calma las ansiedades de percibir sus déficits narcisistas (p.e. mostrándose al mundo como un "gran terapeuta", distante y "admirable"), y el camino más complejo y tortuoso, pero posible, de desplegar como persona las transformaciones del narcisismo primario, unas vías que nos dan la oportunidad de compensar esos déficits narcisistas primarios con nuestra propia agencia y a través de los vínculos saludables con los demás.

Según Kohut (1966), para que se logre la constitución del sujeto maduro adulto posterior, es central la evolución del narcisismo primario hacia el narcisismo transformado (una redistribución de la libido narcisista del paciente, y la integración de las estructuras psicológicas primitivas en la personalidad madura). Pero ¿cuáles son esas transformaciones? Recordémoslas.

La primera es la creatividad del ser humano, que implica tanto la autopercepción de las propias capacidades -aunque en constante tensión con su falla- como las opciones de reconocimiento que tales capacidades brindan a través de las reacciones de los otros seres humanos. Más allá de las tensiones del reconocimiento (ser capaces de reconocer el valor de lo aportado por otro requiere capacidad de regular las propias tensiones narcisistas) podemos percibir como el otro se conmueve con la creación, y estimula así su propia creatividad. Ser creativo implica ser flexible y sostenerse en ese vínculo en el que hay bondad entre la percepción de uno mismo y del otro. Ser creativo implica tolerar la propia fragilidad, reconociéndola, usándola como motor de nuevas experiencias y descubrimientos. Si el psicoterapeuta, como persona que es, está abierto a desplegar su creatividad, podrá evocar, en las personas con las que trabaja, resonancias semejantes. Lachman (2008) ha aportado sobre este tema una obra extraordinaria (*Transformando el narcisismo*).

La segunda transformación es la capacidad empática. Se trata de un proceso de resonancia neural, que ha sido constatado en el registro del sistema de neuronas espejo. Se accede a la conexión empática de forma automática, y se amplía en la observación intencional e implicada. Mantener y focalizar en la conexión empática implica una renuncia, al menos parcial, a la escucha narcisista de uno mismo. Nos importa, vivencialmente, lo que el otro siente y expresa. Estamos abiertos -no intencionalmente- a la conexión/comunicación inconsciente. Sentimos lo que el otro siente, y el otro puede igualmente sentirnos, y eso nos mantiene en conexión con la riqueza de la alteridad. Es decir, sentimos al “paciente” y el “paciente” siente que le sentimos, y que a la vez somos receptivos a las resonancias de sus estados subjetivos, en una espiral dialéctica.

La tercera transformación es la capacidad del ser humano para admitir la finitud de su propia existencia y de actuar de acuerdo con este doloroso descubrimiento. La madurez del ser humano transita por este recorrido a tra-

vés del reconocimiento de sus límites, y la aceptación de la transitoriedad humana, uno de los principales reguladores de la omnipotencia narcisista. En torno a este tema hay numerosos desarrollos valiosos, entre ellos los recientes de Buechler, quien ha reflexionado en profundidad sobre los alcances y límites de la labor del psicoterapeuta (2024). La vida, y la terapia, es una sucesiva elaboración de duelos, y que elaboremos este proceso, y a la vez el “paciente” sienta que lo reconocemos, con su propia dificultad inherente a aceptar la finitud, es esencial.

La cuarta transformación es la capacidad para el humor, una especie de triunfo (transitorio) del narcisismo sobre la finitud, donde se integra la aceptación de la experiencia (propia y ajena) con la trascendencia que promueve el humor, que nos permite vernos en nuestros límites sin desvincularnos de nosotros mismos. ¿Hay verdadera psicoterapia si no podemos reírnos juntos terapeuta y paciente de las vicisitudes de la vida, y también de nosotros mismos?

Por último, Kohut nos propone la sabiduría, como una forma de integración de la superación de los refugios narcisistas, la aceptación de los límites propios, y la capacidad de verse y vernos en perspectiva, que incluye la historia propia y social y también su prospectiva, renunciando a los “refugios” narcisistas. Lo que la sabiduría le ofrece al sujeto es la capacidad de re-construir y narrar su sentimiento de identidad. Una sabiduría del paciente, del terapeuta, pero también del proceso en sí.

El clínico ha de tener suficientemente cubiertas sus necesidades narcisistas primarias, su necesidad de reconocimiento, y haber adquirido sus principales transformaciones, las mencionadas, para no convertir su práctica clínica en el espacio privilegiado donde satisfacerlas. Porque... ¿Hay rol y escenario mejor para el psicoterapeuta que necesita compensar sus déficits que la acción clínica?

En esta ocasión no me ocuparé de desarrollar un factor de protección muy importante para el psicoterapeuta: el

trabajo en equipo; complejo, difícil, pero imprescindible como apoyo y como higiene mental. Y que a la vez nos remite a cómo afrontar el desgaste -inevitable- de una larga trayectoria profesional, que puede derivar en el síndrome de “estar quemado”.

**¿Qué riesgos provocamos para el paciente? ¿Sabemos y podemos distinguir entre lo que “hace enfermar” en la relación psicoterapéutica y lo que facilita crecer como persona, ganar autonomía y seguridad?**

Es importante distinguir entre “necesidades” y “deseos”. Las necesidades, si son tales, requieren satisfacción. Si su insatisfacción pone en peligro el equilibrio biológico y psicológico -y el equilibrio psíquico difícilmente puede ser separado del biológico- el sujeto que es el clínico no estará disponible para prestar ayuda.

Los “deseos” son construcciones subjetivas y pueden ser transformados en sus sustitutos simbólicos o imaginarios, sin que sean necesariamente satisfechos en lo real.

La(s) persona(s) que nos piden ayuda, tienen un derecho legítimo y natural a ser ayudadas a hacer viable la satisfacción de sus necesidades. Nuestro ámbito de intervención y el vínculo terapéutico será escenario necesario para lograr en algunas de ellas, principalmente la de reconocimiento de su subjetividad diferenciada, pero no solo. Caso a caso, contexto a contexto, habremos de jerarquizar prioridades.

En cambio, qué hacer con los deseos, pertenece al sujeto. Esencialmente la psicoterapia ha de ayudar al sujeto a reconocerse, y a despertar o reactivar su agencia, en todos los planos de su existencia. Si nos convertimos -los psicoterapeutas- en acompañantes didácticos, suplantamos su espacio propio de despliegue de su subjetividad. Una subjetividad, que una vez cumplida la necesidad de ser reconocida y diferenciada, ha de elaborar su propio camino.

Respetar, y sobre todo potenciar la capacidad de agen-

cia del sujeto es esencial para que la relación terapéutica no sea iatrogénica. Usemos como metáfora de lo potencialmente iatrogénico, el prototipo convencional del psicoanálisis freudiano o sus equivalentes.

Mi colega Carlos Rodríguez Sutil (2010), buen conocedor de la obra de Ronald Fairbairn, subraya como este autor duda de la conveniencia de que el paciente esté tumbado en el diván, sin tener visión del analista. Le parece que es una herencia fortuita de la técnica hipnótica. El diván –comenta Fairbairn– es una forma de distanciamiento pero tal distanciamiento debe ser diferenciado cuidadosamente de la objetividad de las interpretaciones, pues sólo tiene un alto valor defensivo para el analista. El terapeuta no es neutral si quiere ser efectivo, cada interpretación es ya una intervención. Ciertamente opinamos que en psicoanálisis demasiado a menudo se ha confundido “neutralidad” con “objetividad”. El uso del diván, desde luego, tiene que ver con una concepción teórica del tratamiento, que de forma totalmente arbitraria impone en la práctica una situación traumática, reproduciendo el trauma infantil en el que el bebé es abandonado sólo, llorando en su cochecito, o aislado en su cuna durante la escena primaria. El requisito de la asociación libre, combinado con la postura recostada, podría decirse que ritualiza un tabú contra cualquier forma de actividad, excepto la expresión verbal. Dado que las inhibiciones de la actividad constituyen un factor tan importante en la génesis de los síntomas y de las dificultades internas, se plantea la cuestión de si el reforzamiento artificial de dichas inhibiciones no puede suponer en muchos casos un serio trauma emocional para el paciente, que aumenta su resistencia e incluso favorece las reacciones terapéuticas negativas (Fairbairn, 1957). Desde luego, hay pacientes adaptados a la posición pasiva a los que la posición recostada les proporciona una protección apetecible frente a la angustia que para ellos implica la actividad, dispuestos a explotar la situación analítica de una manera masoquista. La cuestión es hasta dónde es esto deseable.

Todo aquel que sinceramente acude en busca de una psicoterapia debe haber sufrido privaciones importan-

tes en su infancia, y esta le puede servir para obtener equivalentes a las relaciones objetales de las que careció (Fairbairn, 1957). En cambio, el planteamiento clásico implica someterse a una nueva e importante privación, reproducción de la anterior con el riesgo, por tanto, de que se genere una retraumatización. Esto sería iatrogénico.

Por otra parte señala Rodríguez Sutil (2010): “Reactualizamos el mismo daño del que ya empezaron a ser objeto en su infancia (Ferenczi, 1932). Esa retraumatización dejará de serlo cuando el terapeuta, y luego el paciente, descubran su vía de entrada en esa dinámica de frustración y repetición. El terapeuta deberá aceptar el sufrimiento del paciente desencadenado por su actitud de rechazo o desatención, por ejemplo, al quitar importancia a las quejas del paciente. Debemos pensar que el sufrimiento, salvo raras excepciones, siempre es real, aunque el paciente pueda estar desorientado sobre el motivo que lo provoca. Esta comprensión, según mi experiencia, está en el núcleo de muchos enactments.” (Rodríguez Sutil, pp. 173-74).

Los límites que imponen a la práctica asistencial la dinámica de las instituciones son otra importante fuente de iatrogenia, esta vez como boicoteo del mismo abordaje psicoterapéutico, que requiere continuidad en las sesiones, un tiempo por sesión suficiente, y una preparación de calidad que incluya tanto al profesional como al contexto de la intervención. Si la intervención no tiene una calidad suficiente, deviene iatrogénica porque mantiene vinculado al sistema de ayuda a las personas que ni pueden prescindir de ella, ni se benefician realmente de la ayuda psicoterapéutica. Y no solo los “pacientes”, los profesionales de la asistencia pública están desesperados, o “tiran la toalla” porque no encuentran vías para cambiar esta dinámica.

Quienes viven el día a día de la práctica en la asistencia pública se preguntan, ante la frustración que impone la dinámica asistencial en las instituciones al Psicoterapeuta y su trabajo posible: ¿Es iatrogénico el abordaje de la patología comúnmente llamada “trastorno mental común” con citas tan espaciadas en

el tiempo? (p.e. una sesión cada mes o incluso más espaciadas) ¿Seguiría siendo efectivo el abordaje focal-breve estructurado si para hacerlo viable, proponemos al paciente que permanezca un tiempo en lista de espera, a cambio de poder recibir un abordaje psicoterapéutico adecuado, continuado en el tiempo, y con dichos indicadores de calidad? Y cuando predominan condiciones muy concretas que requieren programas e instituciones específicas (p.e. los trastornos graves de la alimentación, las adicciones), ¿tienen dichos programas recursos profesionales y comunitarios que les permita tener verdaderos objetivos psicoterapéuticos, o solo institucionalizan y cronifican a los pacientes, en un modelo de puertas giratorias...?

No podemos hacernos todas las preguntas, y menos aún responderlas, pero tenemos graves problemas que afrontar.

Concluiré esta intervención con una cita de la escritora norteamericana Toni Morrison, sobre como transformar el sufrimiento psíquico a través del acto creativo, que está siendo evocada estos días en que se continúa constatando la crisis de nuestro mundo, y que me consta que le hubiera gustado a Teresa Suárez:

La tarea del artista en tiempos de desesperación  
(Toni Morrison, 2015):

“Éste es precisamente el momento en que los artistas se ponen a trabajar. No hay tiempo para la desesperación, no hay lugar para la autocompasión, no hay necesidad de silencio, no hay lugar para el miedo. Hablamos, escribimos, hacemos lenguaje. Así es como las civilizaciones se curan. Sé que el mundo está herido y sangrando, y aunque es importante no ignorar su dolor, también es fundamental negarse a sucumbir a su malevolencia. Al igual que el fracaso, el caos contiene información que puede conducir al conocimiento, incluso a la sabiduría. Como el arte”.

Por ello, pongamos en palabras (o en actos creativos) nuestros sentimientos y todos los relatos que constatan

que el cambio creativo y progresivo es posible, aunque esté fuertemente amenazado por el inmovilismo o las tendencias de regresar a etapas anteriores en las que encerrarnos en una falsa seguridad.

## BIBLIOGRAFÍA

Akhtar, S. (1999). The Distinction Between Needs and Wishes: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 47:113-151

Ávila Espada, A. (2011). Dolor y sufrimiento psíquicos. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 129-145.

Ávila Espada, A. (Ed.) (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.

Ávila Espada, A. (2014). Intersubjetividad y soluciones narcisistas. Del narcisismo proactivo, fuente de soluciones protésicas para la identidad a sus transformaciones. *Temas de Psicoanálisis* n° 8

Buechler, S. (2024). *Permanezco ejerciendo como psicoterapeuta. Los pesares y alegrías de una carrera clínica*. Madrid: Ágora Relacional.

Coderch, J. (2004). La personalidad narcisista de nuestro tiempo. *Temas de Psicoanálisis*, VIII-IX.

De Zulueta, F. (2007). The perversion of the professional caring relationship. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 1 (3): vii-xii.

Fairbairn, W.R.D. (1957). Psychoanalysis and Mental Health. En *'From Instinct to Self'. Selected Papers of W.R.D. Fairbairn*. David E. Scharf & Ellinor Fairbairn Birtles (1994) (eds.) N.J.: Jason Aronson (vol. I, caps. 3). (v. original: Freud, the psychoanalytical method and mental health. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 2, 53-61.

Ferenczi, S. (1932). *Sin simpatía no hay curación. Diario clínico de 1932*. Buenos Aires; Amorrortu, 1982.

Guntrip, H. (1975). My Experience of Analysis with Fairbairn and Winnicott (How Complete a Result Does Psycho-Analytic Therapy Achieve?). *Int. R. Psycho-Anal.*, 2:145-156

Kohut, H. (1966). Forms and Transformations of Narcissism. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 14:243-272. (Versión castellana del Seminario sobre H. Kohut, *Ágora Relacional*, 2008)

Lachmann, F. (2008). *Transforming Narcissism*. New York: Routledge

Morrison T. (2015). No place for self-pity, no room for fear. *The Nation*. <https://www.thenation.com/article/archive/no-place-self-pity-no-room-fear/>

Renik, O. (1993). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62: 553-571.

Renn, P. (2018). Ethics and Iatrogenia in Clinical Practice: A Relational Perspective. *Attachment: New Directions in Relational Psychoanalysis and Psychotherapy* 12:71-82

Rodríguez Sutil, C. (2010). *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del psicoanálisis relacional*. Madrid: *Ágora Relacional*.

Searles, H. F. (1975). The patient as therapist to his analyst. In: P. Giovacchini (Ed.), *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, Vol. 11: Countertransference. New York: Jason Aronson.

Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton.

Stolorow, R. D. (1975). Toward a Functional Definition of Narcissism. *International Journal of Psychoanalysis* (56): 179-185.



JORNADA CIENTÍFICA  
DE HOMENAJE A  
TERESA SUÁREZ RODRÍGUEZ  
“Prevención de la iatrogenia  
en la práctica clínica  
psicoterapéutica”

Editor. Miguel Ángel Sánchez

Colección Pensamientos Majoris