



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**ESCENARIOS DE TERMINACIÓN EN LOS PROCESOS DE
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN UN GRUPO DE
PSICOTERAPEUTAS PSICOANALÍTICOS**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención
en Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

CAROLINA DEL CASTILLO DÍAZ

PIERINA TRAVERSO KOROLEFF

Asesora

LIMA – NOVIEMBRE DE 2010

AGRADECIMIENTOS

A Pierina Traverso, por su asesoría, correcciones y sobre todo por la confianza depositada en mí desde el principio. Gracias por tus aportes, compromiso con mi trabajo y acompañarme hasta el final.

A José Mogrovejo por el interés en la presente investigación, la ayuda constante y las valiosas sugerencias. Gracias por la disposición y el tiempo dedicado a responder cada una de mis preguntas y dudas.

A Patricia Martínez por la asesoría al inicio de este estudio.

A Carla Mantilla por ayudarme en la delimitación de mis objetivos de investigación y consejos para el desarrollo de este trabajo.

A la institución que hizo posible el contacto con los participantes. Gracias por su confianza.

A todos los participantes por su disposición, colaboración e interés en mi estudio.

A Tula Miranda por su gran ayuda e interés en la búsqueda de bibliografía.

A Beatriz del Castillo y Johanna Brahim por su apoyo.

A Rosa Díaz por su valioso trabajo en la corrección de estilo y el empeño en aclarar mis dudas.

A mis padres, Laureano y Ana María, por incentivar me a lo largo del desarrollo de mi tesis y motivarme a dar siempre lo mejor de mí.

A mi hermana Mariana por todos los favores realizados y animarme cuando lo necesitaba.

A Raed por tu paciencia, tolerancia y estar conmigo cuando te necesito.

A mis abuelos, familiares y amigos por el interés demostrado en mi tesis y sus constantes palabras de aliento.

RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad describir cómo se da en la práctica la *terminación* de los procesos de psicoterapia psicoanalítica. Con este propósito se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra de psicoterapeutas psicoanalíticos con experiencia en el trabajo psicoterapéutico con pacientes adultos. La muestra intencional estuvo integrada por 10 participantes, entre 40 y 65 años de edad, quienes egresaron de una escuela de formación en psicoterapia psicoanalítica en Lima como mínimo hace 10 años. Los resultados indican que en los procesos de psicoterapia psicoanalítica con pacientes adultos en la mayoría de casos es el paciente quien toma la iniciativa de finalizar el proceso. Se encontraron dos modalidades de *terminación*: la «terminación de mutuo acuerdo», decisión tomada en conjunto con el paciente sobre la base del cumplimiento de los objetivos; y la «terminación abrupta», en la cual, por diversas razones, el paciente decide finalizar el proceso sin el consentimiento del terapeuta. Entre los temas a trabajar en dicha fase se encuentra la elaboración de la despedida y el trabajo de duelo, el recuento de lo vivido en el proceso, reforzar los logros e interpretar en función a la situación de «cierre». Los resultados indican que los sentimientos de los terapeutas en la «terminación de mutuo acuerdo» son la sensación de bienestar y satisfacción; sentimientos ambivalentes; sensación de gratitud; y sensación de tristeza y dolor. En cambio, en la «terminación abrupta» se encontró la sensación de preocupación, culpa y frustración; la sensación de rabia y molestia; sentimientos de tristeza; y la sensación de alivio.

Palabras clave: psicoterapia psicoanalítica, psicoterapeuta, *terminación*.

ABSTRACT

This research aims to describe how *termination* of psychoanalytical psychotherapy processes takes place in practice. For this purpose, semi-structured interviews were conducted to a sample of psychoanalytical psychotherapists experienced in psychotherapeutic work with adult patients. The planned sample was made up of 10 participants between 40 and 65 years old who graduated from a psychoanalytical psychotherapy training school in Lima at least 10 years ago. Results show that, in most cases of psychoanalytical psychotherapy processes with adult patients, patients are those who take the initiative for ending the process. Two *termination* modes were found: The “mutual agreement termination”, a decision made together with the patient based on the compliance of objectives, and the “sudden termination” in which patients decide for different reasons to end the process without the therapist’s consent. Among the subjects to be worked on in such a phase, there are the preparation for the farewell and mourning work, the recount of what was lived during the process, the reinforcement of achievements, and the interpretation according to the “closure” situation. Results also show that therapists’ feelings during a “mutual agreement termination” are the sense of wellbeing and satisfaction, ambivalent feelings, sense of gratitude, and sense of sadness and grief. On the other hand, therapists’ feelings during the “sudden termination” are the sense of concern, guilt and frustration, sense of anger and nuisance, sense of sadness, and sense of relief.

Key words: Psychoanalytical psychotherapy, psychotherapist, *termination*.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
TÍTULO	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO 1: LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA Y LA <i>TERMINACIÓN</i> DEL PROCESO PSICOANALÍTICO	1
La psicoterapia psicoanalítica	1
Aspectos técnicos de la fase de <i>terminación</i> del proceso psicoanalítico	10
Sentimientos del terapeuta ante los distintos tipos de <i>terminación</i>	14
Planteamiento del problema	16
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	19
Participantes	19
Instrumentos	19
Procedimiento	20
CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
REFLEXIONES FINALES Y LIMITACIONES	45
REFERENCIAS	47
ANEXOS	
A: Ficha sociodemográfica	
B: Lista de preguntas	
C: Consentimiento informado	
D: Categorías y unidades de análisis	

INTRODUCCIÓN

La fase de la *terminación* de la psicoterapia psicoanalítica ha sido motivo de reflexiones y trabajos escritos desde hace varias décadas (Rivera, 2001). A partir de lo señalado en el texto de Freud de 1937, «Análisis terminable e interminable», diversos autores han brindado su opinión sobre la importancia de la fase final del tratamiento terapéutico y el manejo propio de esa etapa.

Sin embargo, a pesar de que los psicoanalistas generalmente aceptan que la *terminación* es una fase crucial en el tratamiento, los intentos realizados para formular los principios clínicos para guiar esta etapa son poco claros (Bergmann, 1997; Frank, 1999 citado en Roe, Dekel, Harel, Fennig & Fennig, 2006; Novick, 1982).

Además, se conoce que son muy pocos los tratamientos que finalizan por «mutuo acuerdo» entre el paciente y el terapeuta, pues el índice de abandono prematuro es realmente alto. Se encontró en una revisión sobre el tema en países occidentales que solamente el 1% de los pacientes que llegan a consulta permanecen después de la sesión número 50 (Rivera, 2001), lo cual llama la atención debido a la importancia que tiene la fase final del tratamiento psicoterapéutico. Este dato parece implicar que un gran número de pacientes tiende a discontinuar la terapia antes de haber sido beneficiado del todo por los servicios psicoterapéuticos (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Hunt & Andrews, 1992; Kazdin, Mazurik & Siegel, 1994; Phillips, 1987 citado en Westmacott & Hunsley, 2010).

Por ello, la presente investigación busca centrar la atención en la fase de *terminación* de los procesos de psicoterapia psicoanalítica al describir el escenario de la *terminación* en dichos tratamientos. En este trabajo el término escenarios se entiende como la manera en la que se da en la práctica la *finalización* de los procesos de psicoterapia psicoanalítica con pacientes adultos a partir de las experiencias de un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. Asimismo, se buscará conocer quién toma la iniciativa de *terminación*, cómo manejan los psicoterapeutas psicoanalíticos dicha fase y cuáles son los sentimientos de los psicoterapeutas ante los distintos tipos de *terminación*.

Para efectuar la presente investigación se propone la realización de entrevistas a profundidad a un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos de Lima Metropolitana, por lo que resulta indispensable comprender los postulados teóricos de dicha orientación.

Cabe señalar que en el Perú no existe una línea de investigación relacionada con el proceso y los resultados terapéuticos (Mantilla y Sologuren, 2006), lo cual resalta la

importancia de conocer cómo se da la *terminación* de los procesos de psicoterapia psicoanalítica en nuestro medio.

Por esta razón, se espera que el presente trabajo pueda ser de utilidad para dar mayor claridad sobre lo que ocurre en la fase de la *finalización* de la psicoterapia psicoanalítica, así como conocer los distintos escenarios en los que la *terminación* ocurre en nuestro medio. Además, se espera que este trabajo aliente futuras líneas de investigación en psicoterapia psicoanalítica en el Perú.



CAPÍTULO 1

LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA Y LA *TERMINACIÓN* DEL PROCESO PSICOANALÍTICO

La psicoterapia psicoanalítica

La psicoterapia psicoanalítica es una forma de psicoterapia que se basa en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis (Laplanche & Pontalis, 2006); deriva de las ideas planteadas por Sigmund Freud, sus colaboradores y seguidores, y tiene como propósito ayudar a las personas (McWilliams, 2004).

La mayoría de pacientes suele buscar la psicoterapia cuando un equilibrio preexistente en sus vidas ha terminado por razones internas o externas (Bergmann, 1997). Para este autor, ese desequilibrio evoca sentimientos de ansiedad o depresión y la ayuda analítica se busca porque el paciente considera que él solo no podrá encontrar un nuevo balance.

En ese sentido, las metas de la psicoterapia psicoanalítica consisten en la resolución del conflicto, la mejora de la capacidad de relacionarse como resultado de comprender mejor las propias relaciones objetales internas, la mejora de la capacidad de funcionamiento reflexivo (Gabbard, 2004) y la búsqueda de los potenciales de salud y cambio (Fiorini, 2001).

Gabbard (2004) plantea que la psicoterapia psicoanalítica transcurre como un contrato de trabajo compartido por las partes, el paciente y el terapeuta, en el cual se busca observar el «vínculo» que se desarrolla entre ellos. La situación es asimétrica, lo cual surge de la función de cada uno, dado que el terapeuta debe adoptar una actitud reservada, cordial, contenida y continente, pero sin llegar a ser distante, y la debe conservar durante todo el tratamiento psicoanalítico; mientras que el paciente deberá mostrar abiertamente lo que le pasa, lo que piensa y siente (Etchegoyen, 2009).

Asimismo, la psicoterapia psicoanalítica parte del supuesto de la existencia de conflictos psíquicos inconscientes para el paciente y tiene el fin de solucionarlos, sea de manera parcial o total, a través de la relación paciente-terapeuta (Coderch, 1990). Por ello resulta fundamental prestar atención y cuidar la alianza terapéutica, ya que una parte importante del proceso terapéutico es el trabajo sobre la alianza que sostiene el tratamiento (Fiorini, 2001).

Es importante destacar que para comprender la base teórica de la psicoterapia psicoanalítica resulta indispensable partir de los postulados de Freud. En su libro *Análisis*

terminable e interminable, Freud (1937) explica: «El efecto terapéutico se liga con el hacer consciente lo reprimido —en el sentido más lato— en el interior del ello; preparamos el camino a este hacer consciente mediante interpretaciones y construcciones» (p. 240).

De esta manera, el objetivo es que el paciente haga consciente lo inconsciente al tomar conciencia de los elementos de conflictos antiguos y actuales que estaban olvidados, reprimidos o escindidos, y ligar los conflictos actuales con los antiguos (Fiorini, 2001). Ello ha sido y continúa siendo el fin de toda técnica analítica, puesto que la escisión de la personalidad, provocada por la no aceptación de una y otra de sus partes por la conciencia, constituye la causa última de todas las perturbaciones psíquicas (Racker, 1979).

Este último autor realiza una síntesis de los aspectos teóricos mencionados y trabajados por Freud. En primer lugar, señala que Freud descubrió que existían resistencias que se oponían al recuerdo y provenían del hecho de que lo que debía ser recordado era penoso y vergonzoso para el paciente o iba en contra de sus sentimientos morales. Estos eran los impulsos sexuales y agresivos que constituían en gran proporción lo reprimido, por lo que su recuerdo o aceptación consciente llevaba a la cura. Además, antes de comunicar al paciente sus impulsos reprimidos debía haber superado sus resistencias mediante la comprensión y el señalamiento de las manifestaciones de estas, sus modos de actuar y motivos.

Así, el estudio de las resistencias llevó a Freud al descubrimiento de procesos y mecanismos de defensa del Yo que la psique efectuaba ante la necesidad de defenderse de sensaciones de displacer que su conciencia rechazaba. Ante ello, el autor menciona que se deben señalar los modos en los cuales el Yo rechaza los impulsos y los motivos de este rechazo. Es recién cuando las defensas son superadas que el paciente puede sentir y admitir sus deseos y fantasías instintivos como pertenecientes al Yo y alcanzar la cura.

Por otro lado, Racker (1979) también plantea que es necesario resaltar la presencia de la «transferencia» como un elemento muy valioso e imprescindible en la labor analítica. Asimismo, muchos terapeutas psicoanalíticos concuerdan en que la «transferencia» no se crea por la situación terapéutica, sino que se revela en ella (Lemma, 2003). Esta autora sugiere que la «transferencia» es más que solo la repetición de los patrones de relación del paciente con figuras significativas del pasado, ya que en el presente se la entiende como un proceso en el cual las emociones actuales y las partes del *self* son externalizadas en la relación con el terapeuta. Trabajar con la «transferencia» implica la exploración de las fantasías inconscientes del paciente a

medida que estas se presentan en la relación con el terapeuta, interpretándolas en el aquí y el ahora.

Además, Racker (1979) señala que Freud descubrió el fenómeno de la «contratransferencia», la cual consiste en los impulsos y los sentimientos que surgen en el analista hacia el analizado, y recalcó la importancia de considerarla y dominarla para que no perjudique la labor del analista. Al principio, la «contratransferencia» era vista como una perturbación y un serio peligro para el trabajo del analista, pero posteriormente se vio que podía ser un instrumento técnico de gran importancia al considerarla una respuesta emocional a la «transferencia» que indica al analista lo que sucede en el analizado en la relación con él. De esa forma, el terapeuta, al prestar atención a sus emociones contratransferenciales, podría hacer uso de ellas y ponerlas al servicio de la terapia (Holmes, 2003).

Al respecto, Lemma (2003) menciona que las reacciones emocionales que produce el paciente en el terapeuta sirven como pautas adecuadas y útiles sobre lo que el paciente no puede articular verbalmente. De esta manera, provee al terapeuta de importantes fuentes de información sobre el estado mental del paciente y sus necesidades, lo cual se puede utilizar para el mejor entendimiento del paciente.

Se sabe que la psicoterapia se dirige a la psiquis utilizando como instrumento de comunicación la palabra (Etchegoyen, 2009). Asimismo, la misión básica del terapeuta para Coderch (1990) consiste en observar y comprender el funcionamiento mental del paciente, haciéndole partícipe de la comprensión alcanzada.

Una de las herramientas fundamentales de la psicoterapia psicoanalítica es la «asociación libre», la cual es utilizada en el psicoanálisis como método básico de trabajo. Esta consiste en la comunicación del paciente a su analista de cada uno de sus pensamientos sin selección (Racker, 1979). A través de ella se accede al inconsciente y el paciente participa activamente al intentar vencer las resistencias preconscientes para decir todo lo que pasa por su mente (Guitier, 1992).

Además, la esencia de la psicoterapia radica en la capacidad de escucha del terapeuta (Fiorini, 2001; Paul, 1973), ya que solo de ella surge la comprensión (Paul, 1973). Paul sostiene que la profesión del terapeuta lo convierte tanto en un oyente interesado al desear aprehender la estructura del relato de su paciente como atento en lograr la comprensión por medio de su atención activa. Asimismo, el terapeuta debe esforzarse por percibir todos los aspectos y las características de la comunicación de su paciente: el contenido del relato, el tono de voz, las palabras elegidas por él, el uso de metáforas, los cambios de ritmo y tiempo, así como las pausas. Todo ello está en relación con la atención flotante, regla técnica establecida por Freud que consiste en no querer fijarse en nada en particular, prestando atención a todo cuanto uno escucha, ya que al

tratar de seleccionar uno sigue sus expectativas y se corre el riesgo de no encontrar más de lo que ya se sabe (Freud, 1912). Para Paul (1973), el fijarse en todo por igual resulta similar a lo que se le exige al analizado cuando se le pide que diga todo lo que se le ocurra, sin tomar en cuenta la crítica o la selección previa. Así, para que la psicoterapia sea eficaz, el acto de escuchar del terapeuta implica una pasividad considerable y una posición activa para el paciente, ya que este debe contar con plena libertad para decir lo que quiera (Paul, 1973).

Acerca de las intervenciones verbales del terapeuta, estos son el instrumento curativo para fortalecer el Yo y permitir al paciente manejar de manera adecuada los impulsos y las emociones que, hasta el momento, ha fracasado en sintetizar e integrar (Coderch, 1990). El mismo autor señala que la psicoterapia psicoanalítica tiene como instrumentos técnicos la confrontación, la clarificación y la interpretación, esta última es exclusiva de la psicoterapia psicoanalítica. Sobre la interpretación, Etchegoyen (2009) plantea que se refiere a algo que pertenece al paciente pero de lo que él no tiene conocimiento. La interpretación se ha constituido en el instrumento terapéutico por excelencia (Racker, 1979) y se entiende como una hipótesis sujeta a que el paciente la evalúe, tome o modifique (Fiorini, 2001). A propósito del tema, Holmes (2003) señala que el tiempo lo es todo, ya que solo una interpretación realizada en el momento adecuado podrá ser incorporada por el paciente.

Se debe mencionar que un instrumento importante al inicio de la psicoterapia psicoanalítica es la entrevista, pues por medio de ella el terapeuta puede brindar la indicación del tratamiento y formular el contrato analítico, cuyo propósito es definir en forma concreta la base del tratamiento que se va a realizar para que ambas partes tengan una clara idea de los objetivos, las expectativas y las dificultades a que los compromete el tratamiento analítico (Etchegoyen, 2009).

Es necesario señalar que para este autor el proceso psicoanalítico solo puede darse en un determinado «encuadre», el cual se constituye cuando algunas variables se fijan como constantes. Al respecto, Alizade (2002) plantea que el «encuadre» es el marco que permite el avance de la cura y consta de elementos externos como lugar, hora, frecuencia de las sesiones, vacaciones y recuperación o no de las sesiones, entre otros, así como de elementos internos. Este marco debe permanecer fijo e inmutable en el proceso, pues dentro de él van a transcurrir los contenidos del material del análisis y va a ayudar a enmarcar el campo de este.

Una vez explicada la psicoterapia psicoanalítica y al ser esta un método alternativo al psicoanálisis, pero que deriva de la misma teoría de la técnica psicoanalítica (Kernberg, 2001; Lemma, 2003; Wallerstein, 1989), resulta importante mencionar que

existen algunos autores que han establecido una delimitación entre ambas, lo cual, para Guiter (1992), no es tarea fácil.

Para Fiorini (1992) el psicoanálisis realiza aportes fundamentales como el uso del relato como «material», la búsqueda del *insight* y el papel del silencio. Además, la interpretación, el análisis de la «transferencia» y la neutralidad técnica son las tres características esenciales del método psicoanalítico (Kernberg, 1984; Kernberg et al., 1989 citado en Kernberg, 2001). Para Fiorini esta neutralidad técnica implica una rigurosa objetividad que va a permitir la puesta en evidencia de la «transferencia» y el análisis de esta como una distorsión de la relación terapéutica establecida mediante el «encuadre» y la determinación de las tareas del paciente y el analista.

El psicoanálisis es una forma especial de psicoterapia (Etchegoyen, 2009; Guiter, 1992) que ha realizado aportes de gran importancia al conjunto de técnicas psicoterapéuticas (Fiorini, 1992) y que se propone curar por medios psíquicos partiendo de supuestos básicos como la existencia de un psiquismo inconsciente, la sexualidad infantil, el complejo de Edipo, la «transferencia» y la «contratransferencia», y el postulado de que el método terapéutico consiste en hacer consciente lo inconsciente (Guiter, 1992).

Etchegoyen (2009) señala que Freud consideraba al psicoanálisis como una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica al plantear que el método de investigación va de acuerdo con el procedimiento curativo. Además, postuló que a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar e integrar su personalidad, alcanzando así la cura (Racker, 1979).

Asimismo, la «transferencia» constituye el fenómeno fundamental del desarrollo del proceso analítico y en su análisis reiterado se encuentra la posibilidad del psicoanalista de generar un cambio en la organización mental básica del paciente (Guiter, 1992). Este autor señala que para que una psicoterapia sea psicoanalítica debe tomar en cuenta y utilizar de manera significativa el fenómeno de la «transferencia».

Es preciso destacar que el psicoanalista debe tener como regla la abstinencia, de modo que, para que exista la posibilidad de análisis, la única actividad que debe realizar es la interpretación (Guiter, 1992).

Para Wallerstein (1989) resulta posible distinguir la psicoterapia del psicoanálisis al existir diferencias en los objetivos, la uniformidad y la rigidez del método de aproximación.

En cuanto a los objetivos, Racker (1979) menciona que para Freud la finalidad del análisis consistía en restituir la unidad psíquica y poner fin al enajenamiento entre el Yo y la libido. Además, la finalidad del psicoanálisis era el cambio estructural significativo (Kernberg, 2001; Lemma, 2003) y la integración de los conflictos inconscientes reprimidos o disociados en el Yo consciente (Kernberg, 2001).

En cambio, para Kernberg (2001) el objetivo de tratamiento de la psicoterapia psicoanalítica es la reorganización parcial de la estructura psíquica en el contexto de cambios sintomáticos significativos. Según Lemma (2003), la distinción entre los objetivos del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica no suele ser tan rigurosa en la práctica, ni tampoco lo son la técnica y la teoría, puesto que ambos se enfocan en la interpretación de la «transferencia».

Por otro lado, el psicoanálisis requiere de un mínimo de cuatro o cinco sesiones por semana para que se dé un correcto desarrollo del proceso (Alizade, 2002; Guiter, 1992; Lemma, 2003), además del uso indispensable del diván para favorecer la «asociación libre» (Alizade, 2002; Guiter, 1992). En cambio, la psicoterapia psicoanalítica requiere como mínimo dos sesiones semanales para explorar los desarrollos transferenciales y seguir la cambiante realidad de la vida cotidiana del paciente (Kernberg, 2001) y como máximo tres sesiones por semana (Lemma, 2003).

En cuanto a la duración del tratamiento, Kernberg (2001) plantea que en el psicoanálisis no puede haber límite de tiempo, dado que la duración de un análisis está determinada por la potencial disposición del paciente para el proceso y su grado de patología. No obstante, la psicoterapia psicoanalítica debe durar entre cinco y seis años (Jiménez, 2005). Inclusive, debe ser llevada a cabo «frente a frente», lo cual facilitaría al terapeuta prestar atención simultánea a la comunicación del paciente de su experiencia subjetiva mediante la «asociación libre», la comunicación paraverbal y el análisis de la «contratransferencia» (Kernberg, 2001).

Luego de haber expuesto las diferencias que existen para algunos autores entre la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis resulta posible centrar la atención en la fase final del proceso psicoanalítico.

Hill (2005 citado en Vásquez, Bingham & Barnett, 2008) postuló que la etapa de *terminación* de la psicoterapia es la culminación de la experiencia psicoterapéutica, la cual se basa en el progreso alcanzado a lo largo del tratamiento y permite a los pacientes funcionar eficazmente sin la ayuda activa del psicoterapeuta. Asimismo, la *finalización* es un proceso intencional que ocurre cuando el paciente ha alcanzado la mayoría de las metas del tratamiento (García-Lawson & Lane, 1997; Vasquez et al., 2008) o cuando la psicoterapia debe finalizar por alguna otra razón (Vasquez et al., 2008).

Para Etchegoyen (2009), la última fase del análisis se caracteriza por la pena de la despedida, la alegría de haber llegado a la meta y la incertidumbre por el futuro. Además, para poder abordar esta etapa resulta indispensable que el terapeuta tenga claro cuáles son los objetivos del proceso terapéutico, al igual que cuándo y hasta qué punto puede considerar que dichos objetivos han sido alcanzados lo suficiente como para dar por finalizado el tratamiento (Coderch, 1990).

Se sabe que la terapia es de tiempo limitado (Lemma, 2003), ya que, según Williams (1997), la *finalización* tanto para el terapeuta como para el paciente es anticipada porque ambos son conscientes de que se han comprometido a una relación terapéutica que en algún momento debe terminar.

En teoría la terapia debería llegar al final de manera natural cuando los conflictos del paciente han sido resueltos de manera parcial o total (Holmes, 1997), pero queda claro que en la práctica no todos los procesos terapéuticos terminan de la misma forma (Etchegoyen, 2009; Holmes, 1997), puesto que la *finalización* puede ser iniciada por el paciente o el terapeuta (Holmes, 2003; Vasquez et al., 2008) o por razones externas a la diada psicoterapéutica (Etchegoyen, 2009; Vasquez et al., 2008). Idealmente, se espera que el paciente y el psicoterapeuta logren ponerse de acuerdo sobre el momento de poner fin a la terapia (Vasquez et al., 2008), de modo que terminar sea una decisión tomada de manera conjunta (Holmes, 2003).

Etchegoyen (2009) establece una distinción importante al proponer que solamente se puede hablar de *terminación* cuando existe un acuerdo entre el analizado y el analista. Por lo tanto, cuando la decisión de culminar es unilateral o impuesta por circunstancias externas a la voluntad de las partes se trata, para él, de una interrupción del tratamiento o una *terminación* irregular.

Igualmente, Novick (1982) distingue dos tipos de *terminación*: la mutuamente acordada, en la que tanto el analista como el analizado llegan a la conclusión de que las metas terapéuticas han sido alcanzadas; y la prematura, la cual es iniciada por una de las partes. Él explica que existen dos categorías principales de *terminación* prematura. La primera se denomina *terminación* forzada y ocurre cuando la decisión es tomada prematuramente por el analista. Muchas veces esto sucede cuando el terapeuta debe mudarse (Dewald, 1965 y 1966 citado en Novick, 1982; García-Lawson & Lane, 1997; Vasquez et al., 2008), jubilarse o muere (García-Lawson & Lane, 1997; Vasquez et al., 2008), por enfermedad prolongada o por no sentirse competente para continuar tratando al paciente (Vasquez et al., 2008).

La segunda clase de *terminación* prematura es la iniciada por el paciente por diversas razones como mudanza, enfermedad física, intensas resistencias a la «transferencia» (Novick, 1976 y 1980 citado en Novick, 1982) o reacción terapéutica negativa (Novick, 1982). Vasquez et al. (2008) añaden que otras razones por las que los pacientes terminan el proceso de manera anticipada son porque no están listos para explorar el material clínico, creen que el tratamiento no los está ayudando, tienen metas diferentes a las de su terapeuta o cambian de trabajo, por lo que a veces pueden llamar para cancelar y decir que en ese momento ya se sienten bien o cancelar sin dar ningún tipo de explicación.

En una revisión acerca de complicaciones extraterapéuticas como económicas, laborales, de transporte y cambio de residencia se encontró que tienen un impacto negativo en el proceso psicoterapéutico por lo que podrían resultar en una *terminación* abrupta (Barnett, MacGlashan & Clarke, 2000 citado en Vasquez et al., 2008). Además, Lilliengren y Werbart (2005 citado en Vasquez et al., 2008) plantearon que los pacientes que perciben a su terapeuta como demasiado pasivo y sienten que han sido mal emparejados con este, y los pacientes que experimentan un aumento del conocimiento de sí mismos sin cambios significativos de sus problemas fundamentales tienen mayor probabilidad de encontrarse insatisfechos con el tratamiento y terminarlo.

Desde hace varias décadas los clínicos que ofrecen servicios de salud mental están preocupados porque muchos pacientes terminan el tratamiento de manera prematura (Baekland & Lundwall, 1975; Persons, Burns & Perloff, 1988 citados en Westmacott & Hunsley, 2010). En la revisión de siete estudios sobre el índice de deserción en tratamientos psicoanalíticos (Aronson & Weintraub, 1969; A. Freud, 1970; Earle, 1979; Hamburg et al., 1967; Hendrick, 1967; Sashin, Eldrea & Van Amerongen, 1975 citado en Novick, 1982) la *terminación* prematura se encontró entre 31 y 72% de los casos (Novick, 1982).

Wierzbicki y Pekarik (1993 citados en Westmacott & Hunsley, 2010) encontraron, con base en las conclusiones de 125 estudios, que cerca de la mitad de los pacientes terminó la psicoterapia antes de haber concluido el proceso recomendado. A su vez, Garfield (1994 citado en Vasquez et al., 2008) afirmó que entre 30 y 57% de todos los pacientes de psicoterapia abandonan el tratamiento de manera prematura. Incluso se encontró que más de 33% de los pacientes no regresa a psicoterapia después de una o dos sesiones (Goode, 2002 citado en Vasquez et al., 2008) y solo el 10% permanece en el tratamiento por más de 20 sesiones (Vasquez et al., 2008). Ello parece implicar que un gran número de pacientes tiende a discontinuar la terapia antes de haber sido beneficiados del todo por los servicios psicoterapéuticos (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Hunt & Andrews, 1992; Kazdin, Mazurik & Siegel, 1994; Phillips, 1987 citado en Westmacott & Hunsley, 2010).

Sin embargo, muchos pacientes que terminan el proceso terapéutico de manera prematura consideran que lo hicieron porque estaban satisfechos con la ayuda recibida, ya que solo pensaron ir a terapia por unas cuantas sesiones para resolver algún problema específico (Holmes, 2003). Similar hallazgo se encontró en una revisión de diversos estudios sobre las razones dadas por los pacientes para terminar la psicoterapia (Bados, Balaguer & Saldana, 2007; Hunsley et al., 1999; Pekarik, 1983 y 1992; Renk & Dinger, 2002; Roe, Dekel, Harel & Fennig, 2006; Todd et al., 2003 citados en Westmacott & Hunsley, 2010), puesto que la razón más frecuente brindada por ellos fue sentirse

satisfechos con los logros alcanzados (Westmacott & Hunsley, 2010). Por otro lado, en esa misma revisión, los autores plantean que muchos pacientes decidieron terminar el proceso terapéutico porque se encontraban insatisfechos con la terapia o con el terapeuta; también notaron que para muchos pacientes el motivo por el que terminaban el tratamiento prematuramente era externo. Si bien se encontró que los motivos dados por los pacientes para terminar el tratamiento terapéutico eran similares, resultaba claro que el porcentaje de pacientes que daba estas razones variaba en gran medida de un estudio a otro.

En otro grupo de estudios que examinaron el mismo tema se encontraron tres motivos principales por los cuales los pacientes terminan la terapia: los pacientes sentían que habían mejorado lo suficiente en la relación terapéutica como para terminar; los pacientes tuvieron que enfrentar algún tipo de limitaciones ambientales o los pacientes se sentían insatisfechos con la atención recibida (Carter, Turovsky, Sbrocco, Meadows & Barlow, 1995; Kasoff, Castonguay, Horowitz, Luboski & Boutselis, 2000 citados en Renk & Dinger, 2002). En un estudio que trabajó con una muestra de 407 pacientes adultos tratados con distintos enfoques psicoterapéuticos, acerca de las razones para terminar la terapia se encontró que el 35.8% no daba aviso o razón; el 23.5% finalizó la terapia por mutuo acuerdo; el 19.9% tuvo dificultades no relacionadas con el tratamiento como mudanza, limitaciones laborales, económicas, de horario, de transporte y dificultades de salud, entre otras; el 11.5% buscó atención terapéutica en otro lugar y el 8.5% estaba insatisfecho con la terapia (Renk & Dinger, 2002). Estos autores hallaron que los pacientes que terminaban la terapia sin brindar la razón de su decisión mostraban niveles más altos de síntomas depresivos en comparación con aquellos que llegaron a tener una *terminación* satisfactoria. Asimismo, se encontró que los pacientes que tuvieron una *terminación* satisfactoria habían acudido en proporción significativa a más sesiones que los pacientes que dejaron de ir a las sesiones terapéuticas sin dar razón alguna, los que presentaron dificultades externas a la terapia y los que buscaron atención terapéutica en otro lugar. Los autores agregan que los pacientes que abandonaron la terapia sin brindar explicación alguna tendieron a hacerlo en etapas tempranas del tratamiento.

Finalmente, en una investigación realizada en Canadá a escala nacional se preguntó a 693 pacientes, cuyos tratamientos fueron de diferentes tipos de psicoterapia, sobre las razones que brindaban para terminar la psicoterapia (Westmacott & Hunsley, 2010). Se encontró que la razón más frecuente, dada por el 43.4% de los pacientes, era que decidieron terminar la terapia porque ya se sentían mejor y precisamente se halló que los individuos con ingresos económicos medianos y altos presentaban mayor probabilidad de reportar que se llegaba a una *terminación* por esta razón. El 13.4% mencionó que había completado el tratamiento recomendado; el 14.1% decidió terminar

porque pensó que la psicoterapia no estaba ayudando; el 7.2% indicó que no se sentía cómodo con el enfoque del profesional; el 6.6% señaló que consideraba que sus problemas mejorarían sin la necesidad de continuar con la ayuda profesional; el 5.1% mencionó que quería resolver sus problemas sin ayuda profesional; el 5% manifestó que no podía seguir pagando el tratamiento y el 2.1% indicó que tuvo problemas de transporte, con el cuidado de sus hijos o de horario que llevaron a terminar el tratamiento. Asimismo, se encontró que resultan predictores significativos de la *terminación* prematura de la psicoterapia el tratarse de pacientes diagnosticados con algún trastorno mental y un bajo nivel de ingresos económicos. En ese sentido, los bajos ingresos disminuyen las probabilidades de *terminación* debido a una mejoría e incrementan la posibilidad de que el proceso termine por una percepción de que la terapia no está ayudando como debiera.

Aspectos técnicos de la fase de *terminación* del proceso psicoanalítico

La pregunta acerca de cómo saben los psicoterapeutas psicoanalíticos cuándo el tratamiento ha llegado a su fin ha sido menos explorada de lo que debería (Lemma, 2003). Al respecto Freud explicó en su libro *Análisis terminable e interminable* (1937) lo siguiente:

El análisis ha terminado cuando analista y paciente ya no se encuentran en la sesión de trabajo analítico. Y esto ocurrirá cuando estén aproximadamente cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias así como sus inhibiciones; y la segunda, que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprendible, eliminando tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión (p. 222).

Desde entonces, la *terminación* exitosa de la relación terapéutica es la meta de cada psicoterapeuta (Vasquez et al., 2008) e implica un desafío no solo para el paciente sino también para el propio terapeuta (Lemma, 2003). Sin embargo, las publicaciones específicas sobre cómo conducir técnicamente la fase de *terminación* resultan escasas (Rivera, 2001), por lo que quienes practican la técnica psicoanalítica se han visto desprovistos de pautas en cuanto a cómo llevar el proceso psicoanalítico a su fin (Bergmann, 1997).

Etchegoyen (2009) señala que existen muchas formas de terminar un proceso analítico, pues depende de las teorías, el propio estilo del analista, las preferencias del paciente, el medio social y las circunstancias de vida. A pesar de ello, todos los autores creen que de ninguna manera el analista debe ser quien proponga la *finalización*. Este autor sugiere que el terapeuta puede interpretar que el paciente piensa en terminar, que lo desea o lo teme, una vez que se ha dado cuenta de que esos deseos existen y el

paciente los reprime. Asimismo, el analista debe tratar de ver qué piensa el paciente antes de expresar su opinión y recién cuando el paciente haya aceptado que cree que está en la etapa de *finalización*, el terapeuta puede dar su opinión cuando el analizado lo pregunte y es en ese momento que se inicia formalmente la fase final.

Se sugiere que el primer punto para empezar dicha fase sea el tratamiento del tema (Novick, 1982) en el que el analista debe tener éxito en convencer al paciente de que el trabajo analítico debe limitarse a las metas accesibles al tratamiento (Thöma & Kächele, 1989).

La fase de *finalización* permite realizar un balance, revisar los progresos de la terapia y lo que queda por trabajar (Holmes, 2003), revisar las metas, los cambios que han sido incorporados y las ganancias del tratamiento (Vasquez et al., 2008). Para estos últimos autores en la fase final se deben trabajar los sentimientos que surgen ante el término de la terapia y ponen énfasis en que la meta del psicoterapeuta consiste en ayudar a sus pacientes para que alcancen de manera exitosa las metas del tratamiento y, luego, concluir el trabajo en conjunto de manera planeada.

Para Dewald (1982) el mantenimiento de la situación analítica y la interpretación de la dinámica y los procesos de *terminación* son los aspectos técnicos más importantes para el éxito en la fase de *finalización*. Para él, si el analista hacia el final del proceso modifica su comportamiento o provee gratificaciones transferenciales podría implicar que ha habido algún grado de falla en la situación analítica, así como que el análisis resulta incompleto.

Además, este autor plantea que es esencial permitir suficiente tiempo para que el proceso de *terminación* se despliegue, sea trabajado y resuelto. Para él es importante interpretar las manifestaciones del conflicto y las reacciones y las respuestas ante este en el contexto de la *terminación* y sus conflictos específicos. Así como antes un conflicto en particular podía ser interpretado como una defensa para no continuar con el analista, ahora podría ser interpretado como una defensa contra la renuncia a la «transferencia» y la *terminación* del análisis.

Por otro lado, Holmes (2003) menciona que tanto pacientes como terapeutas llegan al final del proceso con preconcepciones y fantasías acerca de lo que significa separarse, lo cual se verá determinado en gran medida por las experiencias previas de pérdida. Incluso en la *terminación* de mutuo acuerdo el paciente puede ser presa de fantasías acerca de por qué el terapeuta está de acuerdo con él en terminar (Lemma, 2003). Por esta razón, la autora recomienda que una tarea clave de la última fase consiste en identificar las fantasías inconscientes que tiene el paciente del motivo por el cual la terapia está llegando a su fin.

Además, Williams (1997) señala que, muchas veces, apenas el terapeuta y el paciente acuerdan terminar la relación terapéutica el paciente puede presentar una aparente recaída. Esto puede consistir en la repetición de antiguos síntomas (Holmes, 2003; Williams, 1997), en parte con el objetivo de evadir el final (Williams, 1997). También, por el hecho de que la *terminación* se plantee y por el temor de quedarse sin el analista, suelen surgir en el paciente angustias y temores (Etchegoyen, 2009; Williams, 1997) que no hayan sido del todo trabajados (Williams, 1997). Incluso, el hecho de terminar evoca pérdidas tempranas y con frecuencia moviliza intensas ansiedades sobre la separación (Lemma, 2003). Por ello, Vasquez et al. (2008) sugieren que una meta importante de la *terminación* debe ser explorar en el momento apropiado el significado que tiene para el paciente la pérdida del psicoterapeuta.

Según Lemma (2003), cuando se acerca el final del tratamiento el terapeuta suele conocer suficientemente bien a sus pacientes como para poder anticipar el impacto emocional que experimentarán hacia el final. Además, los terapeutas se deben dar cuenta de que los pacientes tienen necesidades únicas y reacciones que deben ser trabajadas en función al estilo particular de cada uno (García-Lawson & Lane, 1997). Al respecto, Pedder (1988 citado en Holmes, 2003) comparó la *terminación* de la terapia con un adolescente que deja el hogar, quien podría necesitar ir y venir varias veces antes de poder independizarse y explicó que el terapeuta debía ser tolerante con las variaciones en el grado de involucramiento que el paciente puede necesitar hacia el final de la terapia. Por ello, una de las tareas del terapeuta consiste en diferenciar la *terminación* real de estos intentos de finalizar sin estar aún listo para hacerlo, ya que la *finalización* de la psicoterapia produce un periodo de inestabilidad psicológica en el cual el paciente está ilusionado con la idea de la autonomía, pero lo frena la ansiedad por la pérdida de la intimidad y la seguridad que representa la terapia (Holmes, 2003).

De acuerdo con García-Lawson y Lane (1997), la fase de *terminación* puede proveer información al terapeuta sobre el funcionamiento psíquico del paciente, facilitando así el proceso de *finalización*. Además, se deben analizar y trabajar los conflictos asociados con la *terminación* (García-Lawson & Lane, 1997), entre ellos el proceso de duelo. Al respecto, Etchegoyen (2009) explica que, a pesar de que casi todos los autores conciben la *terminación* del análisis como un proceso de duelo debido a que en ese momento se reactiva el temor del analizado de quedarse solo, abandonado y sin protección (Etchegoyen, 2009), suele existir una importante resistencia en el paciente para evitar el trabajo de duelo (Novick, 1982).

Sobre cuánto tiempo suele durar la fase final, García-Lawson y Lane (1997) afirman que no hay un tiempo definido para terminar la terapia, puesto que en algunos casos solo un mes es necesario, mientras que en otros se requieren entre 3 y 4 meses

para ayudar al paciente a movilizar y comunicar sus reacciones conscientes e inconscientes acerca de la *terminación*. En cambio para Holmes (2003) en algunos casos la *terminación* puede ser planeada y en otros necesita surgir como tema durante meses o años antes de que realmente pueda suceder; incluso algunos pacientes necesitan finalizar de pronto y otros de manera gradual.

Sobre cuándo establecer la fecha de *terminación*, Novick (1982) comenta que este es también un punto importante en dicha fase. Para él, el señalar fecha puede ser hecho por el paciente, pero es responsabilidad del analista dejarle claro el trabajo que se debe realizar en la fase de la *finalización*. Según este autor no existe unanimidad en cuanto a quién pone la fecha. Sin embargo, la mayoría de terapeutas considera que lo mejor (Williams, 1997) es que la fecha para finalizar el tratamiento sea establecida mediante una negociación entre paciente y terapeuta (Lemma, 2003; Vasquez et al., 2008; Williams, 1997). Para Etchegoyen (2009), desde el punto de vista de la técnica se pueden seguir dos distintos cursos de acción. El primero consiste en fijar una fecha concreta y el segundo tiene dos pasos: afirmar que el tratamiento no continuará más allá de determinada fecha y luego fijar el día exacto en el que se va a realizar la última sesión. Asimismo, la fecha debe ser establecida con 2 o 3 meses de anticipación (Etchegoyen, 2009) o usualmente varios meses (Etchegoyen, 2009; Lemma, 2003). Incluso Freud (1937) afirma que no es lícito que se extienda el plazo una vez fijado. Por ello, lo más recomendable es que una vez fijada la fecha se mantenga (Etchegoyen, 2009; García-Lawson & Lane, 1997; Lemma, 2003) e incluso se debe procurar que no se encuentre demasiado lejana en el futuro como para que impida al paciente conectarse con la realidad de una inevitable separación (Lemma, 2003).

En cuanto a la frecuencia de sesiones en esta fase no existe consenso. La literatura revela que algunos analistas mantienen la misma frecuencia de sus sesiones hasta el final de la terapia, intensificando los sentimientos y los pensamientos del paciente, mientras que otros tienden a reducir la frecuencia de las sesiones, disminuyendo la intensidad de las reacciones de la *terminación* (García-Lawson & Lane, 1997).

Asimismo, se debe dejar abierta la posibilidad en el futuro de que el paciente pueda requerir un nuevo tratamiento (Etchegoyen, 2009; Lemma, 2003), sea con el mismo analista o con otro (Etchegoyen, 2009). Debido a que en el futuro podrían suceder cambios en la vida del paciente que hagan que necesite recurrir nuevamente a consulta es importante que al terminar el tratamiento el analizado tenga la sensación de haber tenido una buena experiencia, lo cual le daría la confianza necesaria para buscar de nuevo ayuda (Thöma & Kächele, 1989). De allí la importancia de que en esta fase el terapeuta sepa mantener el balance entre guardar una suficiente distancia con el

paciente y mantener una cercanía, de modo que le permita al paciente regresar a la terapia en el futuro de ser necesario (Lemma, 2003). Por esta razón, la autora recomienda al terapeuta monitorear su propio comportamiento, ya que hacia el final de la terapia suelen ocurrir cambios en la relación terapéutica.

En una investigación realizada por Mantilla y Sologuren (2006) en la que participaron 40 profesionales representativos de cuatro orientaciones clínicas del trabajo psicoterapéutico individual con adultos, de los cuales 10 eran psicoterapeutas psicoanalíticos, se les preguntó acerca de los aspectos técnicos que introducen durante la fase de *terminación* del tratamiento. El 70% de los psicoterapeutas psicoanalíticos señaló determinar un plazo para cerrar el proceso, el 60% de ellos mencionó hacer recapitulaciones y resúmenes sobre lo trabajado, así como otorgar una gran importancia al trabajo de separación. Asimismo, el 50% refirió que le hace explícito al paciente que puede retomar el contacto cuando lo necesite y el 40% señaló disminuir la frecuencia de sesiones.

Finalmente, para Lemma (2003) terminar la terapia no requiere de alguna técnica particular, puesto que simplemente se necesita que el terapeuta permanezca atento al significado que la *finalización* tiene para sí mismo y para cada paciente. Además, para ella en la psicoterapia de largo plazo la *finalización* suele ser un asunto de negociación conjunta y cómo se termine reflejará probablemente el estilo de cada terapeuta. Por ello sugiere que el propio terapeuta debe estar constantemente alerta en cuanto a cómo procede con sus pacientes en el transcurso de la fase de *terminación*.

Sentimientos del terapeuta ante los distintos tipos de *terminación*

Así como los pacientes se involucran con sus terapeutas y desarrollan un apego hacia ellos, existe también un componente afectivo en el «vínculo» entre el terapeuta y su paciente (Lemma, 2003). Para esta autora, de igual manera como cada paciente reacciona en forma distinta ante la *terminación*, existen diversas respuestas del terapeuta en dicha etapa, las cuales serán determinadas en parte por la dinámica de cada uno acerca de la separación y la pérdida y en parte por la relación que mantenga con cada paciente. Para la autora hay pacientes que se extrañan, por lo que resulta difícil para el terapeuta dejar de verlos. Holmes (2003) indica que por esta razón los terapeutas pueden llegar a sentir tristeza ante el final. Al respecto, Viorst (1982 citado en Lemma, 2003) explicó que el fin de la psicoterapia puede representar para el terapeuta la pérdida de una persona que le agrada, o la carencia de una parte de ellos mismos que se siente identificada con el paciente, o la pérdida de la experiencia del propio terapeuta como alguien especial o poderoso, o el despojo de sus ambiciones terapéuticas.

Por otro lado, existe una minoría de pacientes con los que el terapeuta se puede sentir aliviado al dejar de trabajar (Lemma, 2003). La autora explica que el paciente al que uno no puede esperar para dejar de ver podría recordarle aspectos de sí mismo poco trabajados o incluso sus propios conflictos. De igual manera, el paciente al que podría extrañar podría ser el paciente que se ha convertido en una extensión narcisista del propio terapeuta. Por ello, si el terapeuta decide terminar o no con base en estos sentimientos es probable que pueda resultar en una decisión equivocada y de poca ayuda. Para la autora esta es la razón por la que la dinámica de cada terapeuta en cuanto al tema de separación requiere de monitoreo a medida que se acerca la fase final del tratamiento, ya que podría influir en la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente. Así, considera la supervisión como un aspecto clave para el proceso de monitoreo del terapeuta porque el supervisor ayuda a señalar si este podría estar, sin darse cuenta, coludido con su paciente al no terminar cuando está indicado y contribuye a que el terapeuta entienda el deseo del paciente de finalizar. Por ello, la supervisión es considerada un ámbito privilegiado en la formación del terapeuta que favorece tanto el análisis como la reflexión (Aurón, 2009).

En los casos en los que el paciente ha mejorado y alcanzado sus metas el terapeuta se siente satisfecho y piensa que ha hecho un buen trabajo; mientras que otros pacientes se van y dejan al terapeuta una intensa sensación de haber fallado (Lemma, 2003). La autora agrega que a veces esta sensación se puede entender como un ataque del paciente como defensa ante el temor a la pérdida del terapeuta, ya que en la mente del paciente el terapeuta se convierte en un fracasado, por lo que su pérdida sería irrelevante, facilitando de este modo el dolor por la separación, pero pudiendo dejar al terapeuta cuestionando su propia capacidad. Sin embargo, para ella, lo que se puede reconocer de manera racional como los límites de la terapia puede ser entendido por algunos pacientes como una falla propia de su terapeuta. Además, cuando los pacientes abandonan el tratamiento sin brindar razón alguna sobre su decisión dejan a los terapeutas preguntándose a sí mismos cómo podrían haber ayudado mejor a sus pacientes a alcanzar las metas terapéuticas (Renk & Dinger, 2002).

Si bien puede haber una tristeza real por la *terminación*, también existe una sensación de emoción ante la posibilidad de un nuevo comienzo (Holmes, 2003). En ese sentido, para este autor la *terminación* prueba la capacidad del terapeuta para tolerar la ambigüedad, dado que abarca tanto el optimismo como la tristeza ante la pérdida, lo cual lleva a evaluar sus fortalezas y puntos débiles. Es entonces que el espacio de terapia personal facilita al terapeuta la oportunidad de revisar distintos aspectos de su propia vida, entre ellos sus frustraciones y conflictos (Aurón, 2009).

Planteamiento del problema

La *terminación* de la psicoterapia psicoanalítica ha sido un tema poco investigado. La mayor parte de la investigación en psicoterapia está basada en terapias breves y se trata poco acerca de la *terminación* en tratamientos de largo plazo (Holmes, 2003). Según este último autor existen temas complejos en psicoterapia que necesitan ser investigados, ya que mientras tanto los terapeutas continúan finalizando los tratamientos basándose en la experiencia o la intuición.

A pesar de que clínicos y teóricos generalmente aceptan que la *terminación* es una fase crucial en el proceso psicoterapéutico, son pocos los intentos realizados para formular los principios clínicos para guiar esta etapa (Frank, 1999 citado en Roe, Dekel, Harel, Fennig & Fennig, 2006).

Además, se sabe que son pocos los tratamientos que finalizan según lo planeado, ya que la mayoría de pacientes termina la psicoterapia sin el acuerdo del terapeuta (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Pekarik, 1985 citado en Connell, Grant & Mullin, 2006). Rivera (2001) señala que el índice de deserciones prematuras es muy alto y que los tratamientos de largo plazo son completados solo por un escaso número de pacientes. En una revisión sobre el tema realizada por este autor en países occidentales encontró que más de la mitad de quienes consultan dejan de asistir antes de la quinta entrevista y apenas alrededor de 1% permanece luego de la sesión número 50. Estos datos parecen indicar que un gran número de pacientes tiende a discontinuar la terapia antes de haber sido beneficiados del todo por los servicios psicoterapéuticos (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Hunt & Andrews, 1992; Kazdin, Mazurik & Siegel, 1994; Phillips, 1987 citado en Westmacott & Hunsley, 2010).

Ello lleva a cuestionarse qué puede estar pasando en la fase de *terminación* para que sean tan pocos los tratamientos que terminen por acuerdo de ambos participantes. Según lo revisado en la literatura sobre el tema, la *terminación* acordada es la más deseada por los analistas, ya que el «mutuo acuerdo» permitirá a ambos participantes reconocer que los objetivos del tratamiento han sido cumplidos, así como terminar de trabajar las resistencias y los conflictos que se desarrollan en dicha fase, lo cual será crucial para el mantenimiento de la cura.

De esta constatación se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se da la fase de *terminación* en los procesos de psicoterapia psicoanalítica de acuerdo con un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos?

Dada esta situación resulta indispensable conocer cómo ocurre en la práctica la *finalización* del tratamiento psicoanalítico en nuestro medio. Mantilla y Sologuren (2006) señalan que en el Perú no existe una línea de investigación relacionada con el proceso y

los resultados terapéuticos. A ello se suma que en las sociedades occidentales la demanda de atención psicoterapéutica continúa en crecimiento geométrico (Poch, 1998).

De estos hechos se derivan los objetivos de esta investigación.

Objetivo general

- Describir cómo es el escenario de la *terminación* en los procesos de psicoterapia psicoanalítica según un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos.

Objetivos específicos

- Explorar quién toma la iniciativa de *terminación* y cuáles son los motivos para ello.
- Explorar cómo se maneja la etapa de *terminación*.
- Explorar cuáles son los sentimientos de los psicoterapeutas ante los distintos tipos de *terminación*.



CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio exploratorio con elementos descriptivos, ya que tiene como objetivo examinar un tema o un problema de investigación que ha sido poco estudiado para poder aumentar el grado de familiaridad con este fenómeno, de modo que puedan surgir en el futuro investigaciones más completas sobre él (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Asimismo, el diseño es no experimental, pues se busca recolectar la información sin un control directo de las variables (Kerlinger, 2002). Además, el diseño de la investigación es transeccional, dado que la recolección de datos se dio en un solo momento (Hernández et al., 2006).

Participantes

La muestra está formada por 10 psicoterapeutas psicoanalíticos, 5 hombres y 5 mujeres, de modo que existe una distribución equitativa por género. Los participantes son egresados de una escuela de formación en psicoterapia psicoanalítica en Lima y su egreso ocurrió como mínimo hace 10 años. Asimismo, se consideró que los participantes cuenten con experiencia en el trabajo psicoterapéutico con pacientes adultos. Respecto de la edad, la población elegida se ubica entre los 40 y los 65 años.

El promedio de edad de los participantes es $M = 55$ y el promedio de años de experiencia en el trabajo psicoterapéutico con pacientes adultos es $M = 24$.

Los participantes fueron elegidos mediante un muestreo intencional (Hernández et al., 2006), ya que su elección fue deliberada.

Instrumentos

Ficha sociodemográfica

Se utilizó una ficha sociodemográfica para recoger información puntual sobre los participantes, tales como nombre, sexo, edad, profesión de origen, año de egreso de la escuela de formación en psicoterapia psicoanalítica y años de experiencia en el trabajo psicoterapéutico con pacientes adultos (Anexo A).

Entrevista semiestructurada

Se realizó una entrevista semiestructurada, basada en una guía de temas, la cual permitía al entrevistador la libertad de realizar preguntas adicionales para precisar conceptos, así como obtener mayor información sobre el tema de interés (Hernández et al., 2006). La entrevista es

una poderosa herramienta de investigación que proporciona datos que ningún otro instrumento brinda al permitir realizar exploraciones profundas y obtener información directa (Kerlinger, 2002) de los propios expertos en el tema.

Asimismo, este tipo de entrevista permite conocer información que no resulta fácil de ser directamente observada (Patton, 2002) y facilita tener luego un patrón común para comparar los resultados (Vieytes, 2004).

Se estableció una lista de preguntas a explorar en el curso de la entrevista (Anexo B) cuyo empleo quedó a la libre discreción del entrevistador (Rodríguez, Gil & García, 1999). Dichas preguntas fueron sometidas a la revisión de dos expertos en el tema para determinar la validez de contenido (Hernández et al., 2006).

Procedimiento

Se contactó a una escuela de formación en psicoterapia psicoanalítica en Lima con el propósito de pedir la autorización de la institución para poder contar con la lista de psicoterapeutas que hayan egresado como mínimo hace 10 años. Una vez obtenida la lista, se seleccionó intencionalmente a los participantes que integraron la muestra.

Luego se procedió a contactar a los participantes por vía telefónica, informándoles de su elección para participar en la investigación, preguntándoles si deseaban formar parte de esta y verificando si realizaban un trabajo psicoterapéutico con adultos. Una vez aceptada su participación se acordó una cita, estableciendo el lugar y la hora para realizar la entrevista, la cual tuvo como duración aproximada una hora.

En el momento de la cita se tomaron en cuenta aspectos éticos, como el consentimiento informado por escrito (Anexo C), la libertad de coerción y la confidencialidad (Kerlinger, 2002). Además, se consultó a cada participante si aceptaba el uso de la grabadora a lo largo de la entrevista.

Una vez realizadas las entrevistas, cada una de ellas fue transcrita literalmente para facilitar el análisis posterior. Luego se utilizó el análisis de contenido, el cual es una valiosa técnica que permite al investigador sistematizar y analizar la información recogida (Vieytes, 2004). Se procedió a revisar cada una de las transcripciones de las entrevistas con el objetivo de definir las unidades de análisis y las categorías (Hernández et al., 2006). Las diferentes categorías se establecieron a partir de la agrupación de las unidades de análisis (Anexo D). Dichas categorías fueron revisadas también por expertos en el tema.

Los principales hallazgos encontrados en este estudio se presentan a continuación y se explican en relación con los objetivos planteados al inicio de la investigación. El primer punto a analizar será quién propone la *terminación* en la mayoría de casos. Luego se presentarán los sentimientos mencionados por los terapeutas ante el «término abrupto» del tratamiento. En seguida, se abordarán los resultados encontrados acerca de los motivos dados por los

pacientes al plantear la *terminación* del proceso, así como los motivos que señalan los terapeutas para tomar la iniciativa de finalizar el tratamiento psicoterapéutico. El siguiente punto a desarrollar será el manejo técnico de la fase de *finalización* en caso de «mutuo acuerdo», en el que se ahondará en la duración de la fase final, la frecuencia de sesiones en dicha fase y la postura del terapeuta ante la posibilidad de reconsulta. Por último, se presentarán los resultados obtenidos acerca de los sentimientos de los terapeutas ante el término de «mutuo acuerdo».

CAPÍTULO 3

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentarán los principales hallazgos encontrados en la investigación a partir de entrevistas a profundidad realizadas a un grupo de diez psicoterapeutas psicoanalíticas de Lima, siguiendo los objetivos planteados al inicio del presente estudio.

Con base en la *finalización* de la psicoterapia psicoanalítica, algunos autores como Etchegoyen (2009) y Holmes (1997) han señalado que en la práctica no todos los procesos terapéuticos terminan de la misma forma. Esto mismo ha sido mencionado por todos los participantes de la presente investigación, al dejar en claro que a lo largo de sus años de trabajo psicoterapéutico se han dado distintos tipos de *terminación*. Todos los entrevistados tienen clara la distinción entre la «terminación de mutuo acuerdo» y la «terminación abrupta» del tratamiento. En general, los terapeutas entienden la «terminación de mutuo acuerdo» como una decisión tomada en conjunto con el paciente basada en el cumplimiento de los objetivos, en la que ambos están de acuerdo en que se han alcanzado ciertos logros, el paciente está mejor y no hay mucho más que puedan seguir trabajando. En cambio, los participantes entienden la «terminación abrupta» como una interrupción del tratamiento por parte del paciente que se puede dar independientemente del tiempo que el consultante haya estado en terapia, ya que puede ocurrir tanto al inicio como después de un año de iniciado el proceso. Asimismo, la «terminación abrupta» se puede dar de distintas maneras, entre ellas se encuentra que el paciente súbitamente deje de asistir a las sesiones y no se comunique con el terapeuta para informarle de su decisión; o podría pasar que de pronto el paciente en plena sesión le anuncie al terapeuta que es la última vez que acude a consulta, lo cual podría ser por razones externas a la terapia, como motivos económicos, mudanza o cambio de trabajo, e incluso podrían tomar esta decisión por motivos de resistencia.

A lo largo de las entrevistas se entendió que lo ideal para los terapeutas, tal como postula la teoría, son las terminaciones en las cuales paciente y psicoterapeuta logran ponerse de acuerdo en el momento de poner fin, como sugieren Vasquez, Bingham y Barnett (2008). Sin embargo, se observa que este ideal no se cumple en la práctica, ya que en el presente estudio se encontró que la gran mayoría de participantes señala que es el paciente quien en la mayor parte de los casos propone la *finalización* del proceso. Al respecto, los resultados obtenidos indican que es frecuente que el paciente decida terminar de manera «abrupta» el tratamiento.

«Solo en un caso de diez habrá un acuerdo establecido, en la mayor parte de los casos es el paciente el que va a abandonar mi tratamiento» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 52 años).

«En la mayoría de casos yo diría que el paciente [...] a veces por razones externas» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 48 años).

Ello concuerda con lo encontrado en diversos estudios sobre el tema. Entre ellos se observa que, a partir de las conclusiones de 125 estudios, se encontró que cerca de la mitad de pacientes había terminado la psicoterapia antes de haber concluido el proceso recomendado (Wierzbicki & Pekarik, 1993 citado en Westmacott & Hunsley, 2010). Asimismo, en otro estudio se afirmó que entre 30 y 57% de todos los pacientes de psicoterapia abandonan el tratamiento de manera prematura (Garfield, 1994 citado en Vasquez et al., 2008). También Rivera (2001) señaló que la «terminación abrupta» estadísticamente supera a la de «mutuo acuerdo». Por lo tanto, resulta preocupante la alta frecuencia de la «terminación abrupta», dado que, según mencionan algunos autores, ello parece estar implicando que un gran número de pacientes tiende a discontinuar la terapia antes de haberse beneficiado del todo por los servicios psicoterapéuticos (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Hunt & Andrews, 1992; Kazdin, Mazurik & Siegel, 1994; Phillips, 1987 citado en Westmacott & Hunsley, 2010). Por ello, cabe preguntarse qué podría estar ocurriendo para que la «terminación abrupta» se dé de manera tan frecuente.

«Yo creo, no sé por qué no se habla de las terminaciones, ¿no? Podría lanzar hipótesis, ¿no? Que es porque la mayoría no son de común acuerdo y es muy difícil, ¿no? Dar cuenta de procesos no acabados, no sé si se podrán llamar así, no acabados» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 63 años).

«En los cursos de técnica [...] pasa algo curioso. Siendo un tema tan importante, a veces algo pasa como si no nos diéramos el tiempo para abordarlo suficientemente [...] al final tienes una clase para terminación y algo pasa que no alcanzó el tiempo, la fecha, no se dio la clase. Quiero decir que es un tema inmensamente importante [...]; sin embargo, cuando nos formamos me parece que no le damos tanto peso, tiempo, atención a esa parte. No sé si sea un *acting* nuestro, una resistencia a la terminación, una subvaloración de la misma, ¿no?» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 52 años).

Vemos así que varios de los terapeutas consideran que la etapa final de la psicoterapia psicoanalítica es compleja y ha sido poco mencionada. Incluso pareciera que esto sucede desde la formación, tal vez a manera de *acting* por parte de los terapeutas al resistirse a abordar dicha etapa. En ese sentido, Rivera (2001) postula que las publicaciones específicas sobre la *terminación* han sido muy pocas y menos aún lo escrito sobre las complicaciones que suceden en el tramo final del tratamiento. Llama la atención que, a pesar de este reconocimiento, al parecer, resultan insuficientes los esfuerzos por aclarar y establecer el

diálogo entre los psicoterapeutas sobre lo que podría estar sucediendo en los casos de «terminación abrupta».

En relación con la «terminación abrupta», vale la pena indagar acerca de los sentimientos del terapeuta ante este tipo de *finalización* por iniciativa del paciente. Al respecto se encontró que casi todos los terapeutas entrevistados identificaron rápidamente los distintos sentimientos y sensaciones que les suscita este tipo de *terminación* y la mayoría da cuenta de una sensación de preocupación, culpa y frustración. Estos sentimientos coinciden con lo indicado por Lemma (2003) al describir que hay pacientes que se van y dejan al terapeuta una intensa sensación de haber fallado. Inclusive, cuando los pacientes abandonan el tratamiento sin brindar razón alguna sobre su decisión, pueden dejar a los terapeutas preguntándose a sí mismos cómo podrían haber ayudado mejor a sus pacientes a alcanzar las metas terapéuticas (Renk & Dinger, 2002). Esto se asemeja en gran medida a lo descrito por los participantes, puesto que la mayoría parece sentir una mezcla de confusión al no estar seguros de qué fue lo que pasó, culpa al creer que han hecho algo mal y por eso el paciente se fue, y preocupación por lo que pueda sucederle en adelante al consultante.

«Frustrada, preocupada, o sea siempre pienso qué cosa se pudo hacer, qué cosa no logré ver, no logré manejar, [...] como cuestionándome [...] y en todo caso te queda como aprendizaje» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 48 años).

«Siempre me preocupa mucho, por qué termina mal, siempre es bueno analizar [...] qué fue lo que hice yo mal para que se fuera así» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 54 años).

En primer lugar, pareciera que la mayoría de los entrevistados registra estos sentimientos en los casos en los que el paciente tenía poco tiempo acudiendo a la terapia, ya que algunos participantes señalan no sentirse muy sorprendidos ante la «terminación abrupta» con pacientes que acudieron a consulta por pocas sesiones y que no parecían estar lo suficientemente comprometidos con el proceso. Los sentimientos de preocupación y frustración de los terapeutas parecen surgir en los casos en los cuales el terapeuta se siente confundido al no tener claro qué podría haber pasado para que el paciente se haya ido de pronto. Esta confusión pareciera verse acompañada por una sensación de inquietud ante la incertidumbre de no saber por qué el paciente se fue de esa manera. Por ello, empiezan a cuestionarse sobre lo que pasó, algo que estaba sucediendo en el «vínculo» y no llegaron a percibir o entender a tiempo o si tuvieron un mal manejo técnico. A partir de este cuestionamiento, pareciera que más de la mitad de los participantes siente culpa al pensar que la causa de la «terminación abrupta» fue suya por haber cometido algún error o una falla técnica. En la muestra se observa que algunos terapeutas consideran que un error técnico fue proponer al paciente la psicoterapia psicoanalítica sin que tenga las condiciones

adecuadas para hacer frente a dicho tratamiento o haber realizado una interpretación inadecuada fuera de tiempo. Vemos así que, independientemente de la experiencia adquirida, existe en gran medida un alto grado de reflexión por parte del terapeuta, quien busca examinar su proceder y detectar qué fue lo que no percibió del proceso que cree que debería haber podido llegar a manejar. Algunos terapeutas indican que, de repente, ante la necesidad de esclarecer lo que pasó, buscan supervisar lo sucedido y analizar con algunos colegas el caso, lo cual les ayuda en la exploración personal y les permite realizar un aprendizaje, con miras a evitar cometer el mismo error en el futuro, en caso de que así haya sucedido.

Asimismo, se encontró que algunos participantes mencionaron una sensación de rabia y molestia ante el término intempestivo del tratamiento. Probablemente, la cólera sea una respuesta ante la frustración y la impotencia al pensar que por un mal manejo el paciente se fue y no pueden hacer nada por cambiar esta realidad. Podría ser también que ante la «terminación abrupta», el terapeuta, de manera más personal, vea frustrado su deseo por llegar a una «terminación de mutuo acuerdo» que permita al consultante verse beneficiado en mayor grado, lo cual, naturalmente, le podría generar cólera e impotencia. En ese sentido, pareciera que algunos terapeutas sienten que han invertido mucha energía y trabajo en el proceso, por lo que no están de acuerdo en que el paciente se vaya y deje el tratamiento inconcluso.

«Mucha rabia porque sientes que están dejando algo importante que estás haciendo, que ha sido un esfuerzo de los dos» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 63 años).

En algunos casos pareciera que el terapeuta venía apreciando un progreso y un trabajo en conjunto pero, por alguna razón del paciente, las cuales serán discutidas más adelante en profundidad, este decidió irse. Se podría asumir que algunos pacientes crean que ya han logrado lo suficiente y no están interesados en profundizar más, por lo que deciden irse de pronto, tal como menciona Holmes (2003). En cambio, podría ser que el terapeuta haya tenido en mente un proceso más largo, con objetivos más complejos, por lo que considera que aún les falta mucho por trabajar, llegando quizás a sentirse frustrado con la decisión del paciente.

También se encontró que algunos participantes describieron que ante la «terminación abrupta» surgen sentimientos de tristeza. Lemma (2003) comenta que hay pacientes que se extrañan, por lo que resulta difícil para el terapeuta dejar de verlos. Además, Holmes (2003) explica que, al extrañarlos, los terapeutas pueden llegar a sentir cierta tristeza ante el final. Lo descrito por estos autores coincide con la sensación de pena relatada por algunos de los

participantes; queda claro que ante este tipo de *terminación* con pacientes que han acudido a consulta por un periodo significativo de tiempo pueden llegar a sentir tristeza.

«Tristeza, digamos, que haya llegado a fin, o sea como que un duelo pues saludable, no; como una despedida de una persona con la cual has pasado [...] mucho tiempo deja huellas en ti» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 54 años).

Con base en lo encontrado en las entrevistas se puede inferir que los terapeutas han desarrollado sentimientos positivos, entre otros, hacia sus pacientes. Ambos han invertido muchas horas trabajando juntos hacia un objetivo común, han compartido experiencias y se ha desarrollado un «vínculo». Pareciera que algunos terapeutas tienen la sensación de haber sido abandonados por sus pacientes y toman lo sucedido de modo personal al sentirse muy dolidos. Por ello, se aconseja recurrir en estos casos a un espacio terapéutico o a supervisión, ya que esta última, según Aurón (2009), permite una visión con perspectiva.

Por último, algunos terapeutas mencionan una sensación de alivio ante el «término abrupto» del proceso. Para Lemma (2003) existe una minoría de pacientes con los que el terapeuta se puede sentir aliviado al dejar de trabajar, dado que algunos pacientes podrían recordarle al terapeuta aspectos de sí mismo poco trabajados e incluso sus propios conflictos. Como señala esta autora, pareciera que los casos en los que el terapeuta siente un alivio al dejar de ver a un paciente no ocurren con mucha frecuencia.

«A veces uno puede sentir que se va alguien y sientes alivio, pero yo creo que cuando sientes ¡ay, qué alivio!, quiere decir que hay una parte tuya que no trabajaste o no supervisaste bien ese caso» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 54 años).

Es posible suponer que este alivio se puede deber a que las sesiones con el paciente fueran por lo general muy intensas, demandándole demasiado esfuerzo y energía al terapeuta, o que el paciente le podría generar cierto rechazo por alguna otra razón. Otra opción podría ser, como se verá más adelante, que se presente una situación de *impasse* en la que tanto el paciente como el terapeuta se sienten estancados en el proceso, hablando de lo mismo y sintiendo que no hay avance.

Finalmente, resulta sorprendente la poca literatura disponible acerca de los sentimientos que surgen en el terapeuta ante la *finalización* del proceso psicoanalítico. Como señala Rivera (2001), es poco lo que se ha escrito sobre el impacto del último tramo del tratamiento en el analista. Inclusive así, lo poco que se encuentra no parece haber sido muy desarrollado por los autores, lo cual podría evidenciar cierto desinterés por el tema de los sentimientos de los terapeutas. Es más, hay categorías halladas en la presente investigación, como la sensación de rabia y molestia, que al parecer no han sido aún exploradas.

A continuación se presentarán los motivos dados por los pacientes al plantear la «terminación abrupta» del proceso y, en segundo lugar, los motivos que ofrecen los terapeutas para tomar la iniciativa de finalizar el tratamiento psicoterapéutico.

Se encontró que las razones por las que los pacientes toman la decisión de terminar de manera «abrupta» el proceso son muy variadas y han sido detalladas por los participantes en su totalidad. Un motivo importante mencionado por la mayoría de los entrevistados alude a variables externas al proceso, tales como problemas económicos, viaje por estudios, cambio de lugar de residencia y falta de tiempo, entre otros. Al parecer, las complicaciones extra terapéuticas, sean económicas, laborales o de cambio de residencia pueden tener un impacto negativo en el proceso psicoterapéutico (Barnett, MacGlashan & Clarke, 2000 citado en Vasquez et al., 2008), por lo que estos factores podrían resultar en una «terminación abrupta». Asimismo, algunos participantes explican que ante complicaciones extra terapéuticas es necesario profundizar con el paciente este tema, debido a que algunas veces se podría tratar de resistencias del paciente que, al ser evidenciadas y trabajadas, pueden evitar una «terminación abrupta».

Otros motivos importantes acerca de las razones para plantear la *terminación* dadas por los pacientes a la mayoría de terapeutas de la muestra es la sensación de mejoría emocional y la percepción de haber logrado los objetivos planteados. Este dato está de acuerdo con lo encontrado en la investigación de Westmacott y Hunsley (2010), en la que el 43.4% de los pacientes mencionó haber decidido terminar la terapia porque ya se sentía mejor. Igualmente, en la revisión de otros estudios, esta percepción de haber alcanzado los logros fue el motivo más frecuente señalado por los pacientes al indicar que decidieron dar por finalizado el tratamiento al sentirse satisfechos con los logros alcanzados (Bados, Balaguer & Saldana, 2007; Hunsley et al., 1999; Pekarik, 1983, 1992; Renk & Dinger, 2002; Roe, Dekel, Harel & Fennig, 2006; Todd et al., 2003 citado en Westmacott & Hunsley, 2010).

«Creo que ya estoy bien [...] yo ya vine para eso nomás» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 54 años).

«Que ellos se sienten bien, han logrado sus objetivos» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 61 años).

Por la manera en la que los terapeutas verbalizaron sus respuestas se entiende que para la mitad de los participantes esta mejora emocional y la percepción de los pacientes de haber logrado los objetivos planteados están estrechamente ligadas. De tratarse solamente de «terminaciones abruptas» este dato coincidiría con lo postulado por Holmes (2003), dado que para él muchos pacientes que terminan el proceso terapéutico de manera prematura consideran que lo hicieron porque estaban satisfechos con la ayuda recibida, ya que solo

pensaron ir a terapia por unas cuantas sesiones para resolver un problema específico. Esto parece estar relacionado con la necesidad del paciente de alcanzar metas específicas y rápidas. Pareciera que, en los últimos años, la tendencia de los consultantes es desde el inicio del proceso querer lograr objetivos específicos en un corto plazo de tiempo. Así, ante el registro del paciente de sentirse mejor, más tranquilo y aliviado, y habiendo alcanzado los objetivos puntuales que tenía en mente, decide poner fin al proceso. Sin embargo, ante estos casos da la impresión, por lo mencionado por algunos terapeutas, que puede pasar que las metas del terapeuta para el tratamiento no coincidan con las del paciente. Esto mismo es referido por Vasquez et al. (2008), quienes señalan que una de las razones de los pacientes para terminar anticipadamente es tener metas diferentes a las de su terapeuta. Entonces, cuando el terapeuta sugiere continuar trabajando porque aún no han concluido el proceso, el paciente, al haber logrando lo que esperaba, encuentra total sentido en dejar de acudir a las sesiones.

Por eso mismo, es tarea del terapeuta advertir al paciente que la sensación de mejoría podría expresar una mejora parcial y que aún existen aspectos de fondo que deben ser tratados. Al hacer esto quizá se podría prevenir algunas «terminaciones abruptas» por parte del paciente. No obstante, algunos participantes mencionan que es necesario distinguir esta sensación de mejora de lo que se denomina una «fuga a la salud», en la cual el paciente refiere sentirse mejor a manera de resistencia para poder desprenderse de la terapia.

Por otro lado, según los resultados obtenidos, la mitad de los participantes identifica la sensación de estancamiento del paciente como un motivo por el que decide abandonar la terapia. Para los entrevistados esto alude a la sensación del paciente de que el proceso no avanza a pesar de haber transcurrido cierto tiempo, de sentirse atrapados e, incluso, insatisfechos e incómodos.

«No me siento cómodo, siento que no avanzo, siento que estoy atrapado en esto y es mucho tiempo» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 56 años).

«Siento que ya, digamos, no está pasando nada» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 54 años).

Este hallazgo coincide con lo planteado por la literatura, puesto que son varios los autores que se pronuncian en este sentido. Entre ellos se encuentran Vasquez et al. (2008) al plantear que una de las razones por las que los pacientes terminan el proceso de manera anticipada es porque creen que el tratamiento no los está ayudando. Asimismo, la revisión de Renk y Dinger (2002) sobre los motivos principales por los cuales los pacientes terminan la terapia sugiere que la sensación de insatisfacción con la atención recibida es similar en diversos estudios. Incluso, en un estudio que tuvo una muestra de 407 pacientes adultos

sobre las razones para terminar los servicios terapéuticos individuales se encontró que el 8.5% estaba insatisfecho (Renk & Dinger, 2002), y en una investigación canadiense se halló que el 14.1% decidió terminar porque pensó que el acudir a algún tipo de psicoterapia no estaba ayudando (Westmacott & Hunsley, 2010).

Esto lleva a intuir que, al pasar ya un tiempo considerable, el paciente se ve obligado a realizar un balance entre el tiempo y el dinero que invierte en la terapia y lo que siente que está ganando, por lo que decide abandonar el tratamiento. Esto coincide con lo planteado por Holmes (2003), quien señala que usualmente la terapia termina cuando el paciente siente que su inversión ya no justifica su ganancia.

La percepción del paciente del proceso como doloroso y desgastante fue otro motivo mencionado solo por algunos terapeutas. Esta razón se asemeja a lo propuesto por Vasquez et al. (2008) al afirmar que un motivo por el que los pacientes terminan el proceso de manera anticipada es porque no están listos para explorar el material clínico. Con base en esta afirmación y lo declarado por algunos participantes se puede inferir que consideran que quizás el paciente dio ese motivo porque no contaba con los recursos requeridos para afrontar una psicoterapia psicoanalítica en ese momento, o este tipo de proceso movilizó mucho al paciente al punto de salir de las sesiones más angustiado, lo que lo llevó a pensar que ir a terapia tuviera un efecto contraproducente para él. Se puede asumir también que este motivo puede ser entendido como una resistencia del paciente quien, al sentirse afligido por momentos al tratar en terapia temas dolorosos, prefiere cortar el tratamiento para evitar seguir profundizando sobre esos aspectos y experimentar ese malestar.

Por último, la necesidad del paciente de independizarse del terapeuta es señalada por algunos entrevistados. Este motivo también se encontró en un estudio ya mencionado acerca de las razones brindadas por los pacientes para terminar la terapia, en el cual el 6.6% señaló que consideraba que sus problemas mejorarían sin la necesidad de continuar con la ayuda profesional y el 5.1% mencionó que quería resolver sus problemas sin ayuda profesional (Westmacott & Hunsley, 2010). Pareciera que, ante el temor de algunos pacientes de depender de la terapia y el terapeuta para sentirse bien y seguros, optan por continuar solos.

Cabe señalar que se observa que en la mayoría de investigaciones sobre las razones brindadas por los pacientes para terminar la terapia sobresalen las variables externas al proceso, coincidiendo también con lo visto en el presente estudio, al ser estas variables uno de los motivos principales referidos por los participantes.

Es importante destacar que varios de los participantes, ante el anuncio del paciente de terminar de manera «abrupta» la terapia, intentan tener un «cierre» con este, para que ambos tengan la oportunidad de conversar acerca de las razones por las que se quiere ir y para que sepa el paciente que cuando desee puede volver a contactar al terapeuta, en caso lo considere necesario. Da la impresión de que para varios de los entrevistados es muy

importante que, a pesar de una *terminación* «abrupta», el paciente se pueda ir tranquilo y en buenos términos con el terapeuta.

Por otro lado, vale la pena indagar acerca de los casos de «terminación de mutuo acuerdo» en los que, específicamente a partir de la mejora del paciente, el terapeuta decide esperar a que sea el propio paciente quien proponga la *terminación*. Esto último concuerda con lo propuesto por Etchegoyen (2009) al señalar que todos los autores creen que no es conveniente que el analista sea quien proponga la *finalización*, ya que, para él, el terapeuta debe tratar de ver qué piensa el paciente antes de expresar su opinión. Al respecto, se observa que la mayoría de los participantes señala que es fundamental la capacidad de espera del terapeuta, de modo que pueda darle al paciente la oportunidad de que él mismo sea quien plantee la posibilidad de *finalización*.

«A mí, personalmente, me gusta que sea el paciente, porque si es que el paciente no lo ha propuesto, si el terapeuta, el analista, sugiere la terminación, para el paciente muchas veces esto puede ser una forma de sentir que lo sacan» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 59 años).

«Yo preferiría que lo haga el paciente [...] porque siento que si yo lo digo [...] puede no ser bien recogido» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 63 años).

En general, las respuestas de los participantes nos hacen pensar que los terapeutas sienten una considerable preocupación y temor ante la posibilidad de tomar la iniciativa de comenzar a trabajar la última fase del tratamiento. Quizá piensan que, si lo sugieren, el paciente podría angustiarse al sentirse, tal vez, forzado a terminar el proceso y no creer estar aún listo ni preparado para ello. Pareciera que el temor detectado en varios participantes podría estar relacionado con la preocupación por la reacción del paciente, pues si este llegara a sentir que el terapeuta quiere finalizar la terapia antes de tiempo, podría estropearse el tratamiento y, en parte, los beneficios alcanzados, solo por haberse adelantado con la propuesta de finalizar.

«Uno se puede equivocar pues siempre tienes que estar como cuidando la relación, entonces, imagínate, después de hacer un trabajo bien y todo no termina bien, es una pena, ¿no? [...] me puedo equivocar, pero así es para mí» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 63 años).

Se puede suponer que otra de las reacciones de los pacientes que pueden temer los participantes es que, si el terapeuta sugiriera antes de tiempo la *finalización*, el paciente podría sentirse rechazado o abandonado, e incluso podría pensar que el terapeuta no es capaz de poder con él y por eso, quizá, no le queda otra alternativa que terminar.

Es posible inferir que tal vez por estas razones la mayoría de terapeutas prefiere esperar y, sobre todo, respetar los tiempos de cada paciente, quizá sobre la base de que nadie mejor que el propio paciente para conocerse a sí mismo y decidir que puede haber llegado el momento en el que siga su vida sin la necesidad de continuar asistiendo a consulta. Así, el terapeuta brinda al paciente la posibilidad de tener una participación más activa en su proceso terapéutico al ser él mismo quien proponga finalizar. En ese sentido, se entiende que los terapeutas deben tener claro y poder diferenciar los casos en los que el paciente presenta una mejora global y, además, parece ya sentirse listo para trabajar la fase final de los casos en los cuales, a pesar de esta mejora integral, el paciente parece aún no estar preparado para que se le sugiera siquiera la posibilidad de ir terminando.

En cuanto a los motivos que dan los terapeutas para tomar la iniciativa de finalizar el tratamiento psicoterapéutico, es decir, en los que no es el paciente quien lo propone, se encontró que una razón dada por la mayoría de participantes es la percepción de *impasse* en el tratamiento, lo cual es entendido por los terapeutas como una situación de estancamiento que se viene dando desde hace ya algún tiempo en la terapia.

Al parecer, muchos de los participantes se atribuyen a sí mismos la sensación de estancamiento e incomodidad. Pareciera que, debido a la falta de herramientas para un caso específico, varios entrevistados sienten que sus capacidades son limitadas para poder seguir ayudando al paciente y no saben qué hacer para sacar el proceso del estancamiento. Esta razón es similar a la indicada por Vasquez et al. (2008), quienes postulan que la *terminación* puede surgir del terapeuta al no sentirse capaz de continuar proporcionando sus servicios. En estas circunstancias se encuentra que algunos psicoterapeutas le dicen al paciente que creen conveniente dejar de seguir trabajando juntos, ya que el proceso desde hace un tiempo no avanza y quizás el mismo paciente también pueda estar sintiendo que la terapia no le está siendo útil, por lo que le podría convenir continuar con otro colega.

«Cuando me doy cuenta de que [...] las posibilidades de poder seguir ayudando ya son muy limitadas» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 52 años).

«Uno mismo sugiere un colega con quien le va a ir mejor [...] porque a veces a la terapeuta o el terapeuta no le gusta [...] ciertos casos no le va bien con ciertos pacientes porque no son de su preferencia, porque hay residuos personales no analizados» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 52 años).

Curiosamente, algunos terapeutas adjudican la percepción de *impasse* a cuestiones personales y conflictivas propias no analizadas lo suficiente. Esto último podría reflejar la importancia de que el propio terapeuta haya tenido o se encuentre en un proceso terapéutico que le permita conocerse mejor e identificar problemáticas específicas con las que le es difícil

trabajar. Incluso, ante esta situación se encuentra que muchos de los participantes deciden derivar al paciente con otro terapeuta, quien esperan que pueda ayudarlo a continuar su proceso y seguir avanzando.

Además, algunos participantes entienden la situación de *impasse* como una sensación mutua, en la que paciente y terapeuta detectan cierta frustración y cansancio, quizás al sentir que las sesiones giran frecuentemente en torno al mismo material. Curiosamente, la mitad de los participantes también reportó la sensación de estancamiento como un motivo importante por el que los pacientes decidían finalizar el proceso. Al parecer, los pacientes expresaron a los participantes sobre todo que sentían que no pasaba nada, que el proceso no les aportaba, se sentían incómodos y creían que estaban perdiendo su tiempo. Se observa entonces que esta sensación es compartida, motivo por el cual es de suma importancia que el terapeuta la detecte y se detenga a pensar y analizar qué puede ser lo que está pasando y por qué, de modo que tenga claro si es debido a la problemática del paciente, a aspectos propios del terapeuta no resueltos o del «vínculo» en sí.

Al intentar entender estos resultados se encuentra que son pocos los participantes que han señalado que recurren a supervisar los casos en los que sienten que se ha producido un *impasse*. Quizá podría ser porque muchos de los terapeutas creen que no sería bien visto entre sus pares mencionar que han recurrido a otro u otros colegas para ayudarlo a entender qué puede estar pasando en el proceso que se ha quedado estancado. Podría ser también que, por el hecho de haber trabajado con tantos pacientes, varios participantes asuman que ya no es necesario buscar una supervisión. Basado en este hecho, y en la poca claridad que tiene la mayoría de participantes respecto de lo que podría estar generando el *impasse*, se enfatiza en la recomendación de unos pocos participantes de ir a supervisión cuando se considere necesario, independientemente de los años de experiencia que tenga el terapeuta, puesto que, como señala uno de los participantes: «Cada paciente es completamente diferente».

Otro motivo señalado por los participantes para tomar la iniciativa de finalizar la psicoterapia psicoanalítica es la dificultad económica. Así como el tema monetario fue mencionado por los participantes como una razón importante por la que el paciente concluye el proceso, algunos participantes explican también que, ante las dificultades del paciente para cumplir con los honorarios, algunas veces se ven obligados a poner fin al tratamiento. Las respuestas observadas son muy diferentes, pero se puede inferir que lo que sucede con mayor frecuencia es que, ante el impedimento real del paciente de cumplir con el pago acordado, el terapeuta se ve obligado a derivarlo a un colega cuyos honorarios correspondan a lo que el paciente esté en condiciones de remunerar.

«Dificultades en la parte económica [...] una de las características del encuadre es que, salvo situaciones muy especiales, haya honorarios y cuando no hay esa posibilidad hay que remitir a otra persona» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 52 años).

Incluso, algunos terapeutas explican que, ante el retraso sistemático en los pagos de ciertos pacientes, han llegado a sentir que este se estuviera aprovechando de sus servicios. En ese sentido, al no verse remunerados, deciden poner fin a esta situación. Ello concuerda con lo descrito por Vasquez et al. (2008), quienes mencionan que una razón apropiada para finalizar surge cuando el paciente, en varias ocasiones, deja de pagar al terapeuta.

Parece casi evidente que la retribución económica desempeña un papel importante en la *terminación*, quizá debido a que, ante las dificultades del paciente para cumplir con lo que se comprometió al inicio del proceso, pareciera que el terapeuta siente que no le está siendo retribuido el esfuerzo realizado en la terapia. Esto último coincide con lo afirmado por Holmes (2003), para quien es un hecho que hacer psicoterapia es un trabajo por el cual el terapeuta espera que se le pague. Los participantes que aludieron a este motivo parecen tener claro lo afirmado por este autor, dado que entienden que, al incumplir el paciente con el compromiso de pago, el sentido del proceso se puede llegar a desvirtuar. Esto quiere decir que, quizá sin darse cuenta, podrían invertir menos energía en el trabajo psicoterapéutico y prestar menor interés, dado que sienten que no están siendo retribuidos como deberían. Ello puede resultar peligroso y afectar la calidad del trabajo del terapeuta, llegando al punto de decidir concluir el tratamiento.

Se podría resaltar entonces la importancia del «encuadre», puesto que el terapeuta debe dejar en claro desde el principio que la psicoterapia psicoanalítica es un proceso largo que puede durar meses o años, por lo tanto si va a iniciar un tratamiento de esta naturaleza el paciente debe ser consciente de que se está comprometiendo a pagar la cantidad acordada mes a mes.

Por último, la dificultad del paciente para desprenderse del proceso a pesar de su mejoría es referida por algunos de los participantes. Resulta claro para ciertos terapeutas que existen casos en los que, al estar seguros de que el paciente ya ha alcanzado sus objetivos y mejoría deseada, es correcto y apropiado que el terapeuta le sugiera que ya es momento de finalizar. Esto es similar a lo que describe Coderch (1990) cuando refiere que para poder abordar esta etapa resulta indispensable que el terapeuta tenga claro cuáles son los objetivos del proceso terapéutico, al igual que cuándo y hasta qué punto puede considerar que dichos objetivos han sido alcanzados lo suficiente como para dar por finalizado el tratamiento. Sin embargo, existen pacientes a quienes, pese a haber alcanzado los objetivos, les resulta demasiado difícil asumir y decidir que ya es momento de acabar la

terapia, por lo que pareciera que preferirían seguir acudiendo a sus sesiones indefinidamente.

«Cuando veo que están yendo bastante bien en su vida, no traen ya mayores conflictos, cuando a veces veo que siguen en el proceso terapéutico un poco porque no se atreven a dar el paso a andar por su propia cuenta y siento internamente la obligación de ayudarlos a dar ese paso» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 59 años).

«En los casos que uno siente que el paciente quiere seguir quedándose eternamente, digamos, casi, casi una rutina [...] ya no, ya se ha logrado esto, se ha logrado lo otro [...] hay que reconocer que esto ya llegó a su fin» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 54 años).

Da la impresión de que este temor y dificultad del paciente para poner fin al proceso correspondiera a que no se siente capaz de continuar solo, al creer que al dejar de ir físicamente a terapia la mejoría alcanzada y los beneficios obtenidos podrían desaparecer. Asimismo, pareciera que algunos de los participantes identifican este temor del paciente y deciden esperar un tiempo pero, ante la falta de determinación del consultante, deciden tomar la iniciativa, ya que, de acuerdo con Lemma (2003), la terapia es de tiempo limitado y en algún momento debe terminar.

Ante esta situación pareciera que algunos participantes sienten que es su deber hacer algo al respecto, puesto que, si piensan que el paciente ya está preparado para seguir solo, no pueden dejar que continúe un proceso que ya cumplió su propósito. En general, es claro que la mayoría de participantes, al percatarse de que se han alcanzado los objetivos y una mejoría estable, decide esperar que sea el propio paciente quien proponga la *terminación*; sin embargo, existen casos en los que si esta espera es excesiva el terapeuta se ve obligado a tomar la iniciativa de *finalizar*.

Con base en el manejo técnico de la fase de *finalización* en caso de «mutuo acuerdo» se presentarán y analizarán los principales hallazgos de la presente investigación. Como ya se mencionó, los participantes entienden la «terminación de mutuo acuerdo» como una decisión tomada en conjunto con el paciente a partir del cumplimiento de los objetivos del tratamiento. Una vez que el paciente y el terapeuta coinciden en que se han alcanzado ciertos logros y el paciente está mejor, acuerdan empezar a trabajar con miras a finalizar el proceso terapéutico. La mayoría de participantes comenta que juntos ponen un plazo suficiente o una fecha límite que le permita al paciente sentirse preparado para irse. Por ello, vale la pena indagar acerca de la duración de la fase de *terminación*. Al respecto, Dewald (1982) plantea que es esencial permitir suficiente tiempo para que el proceso de *terminación* se despliegue, sea trabajado y resuelto. En la presente investigación se encontró que la

mayoría de participantes considera que la última etapa usualmente puede durar entre 2 y 6 meses. Lo declarado por la mayoría de los psicoterapeutas coincide con lo planteado por diversos autores. Entre ellos, Etchegoyen (2009) señala que es común que el último tramo del proceso dure meses. García-Lawson y Lane (1997) explican que la fase final no tiene un tiempo exacto de duración, dado que no hay una extensión de tiempo definida para terminar la terapia, puesto que en algunos casos solo un mes es necesario, mientras que en otros se requiere entre 3 y 4 meses. Algo similar fue lo que se encontró en el presente estudio, puesto que la duración de esta etapa parece ser relativa y depende de los diferentes factores que explican los participantes. Entre ellos se encuentra el tiempo que haya durado el tratamiento, puesto que, si la terapia se viene realizando desde hace 3 años, la etapa final podría llegar a durar 6 meses. Además, según señala la mayoría, la duración depende de las necesidades del paciente y de la urgencia que tenga para terminar las sesiones. Esto último ha sido reconocido también por Holmes (2003) al plantear que algunos pacientes necesitan finalizar de pronto y otros de manera gradual. Inclusive, algunos participantes indican que este tiempo está supeditado a la dificultad que puedan tener los pacientes para aceptar el final, ante lo cual el terapeuta debe otorgarles el espacio suficiente para que asuman que se encuentran en un proceso de «cierre». Por esta razón, el tiempo que dure esta última etapa se encuentra en función de las necesidades y las demandas del paciente. Ello coincide con lo señalado por García-Lawson y Lane (1997) al enfatizar la importancia de que el terapeuta se dé cuenta de que los pacientes tienen necesidades únicas que deben ser trabajadas en función al estilo particular de cada uno.

Sobre la frecuencia de sesiones en la fase de *finalización*, en la revisión de la literatura se observa que no existe un consenso. Según García-Lawson y Lane (1997), algunos analistas mantienen la misma frecuencia de sus sesiones hasta el final de la terapia, mientras que otros tienden a reducirla. Incluso, en la investigación realizada por Mantilla y Sologuren (2006) se encontró que el 40% de los psicoterapeutas psicoanalíticos declaró disminuir la frecuencia de las sesiones. Algo similar fue lo observado en la presente investigación, dado que las respuestas de los participantes fueron muy variadas; algunos mencionaron que en la fase final mantienen la misma frecuencia de trabajo, otros optan por disminuirla y algunos señalan que depende de la situación de cada paciente.

Los participantes que prefieren continuar con la misma frecuencia con la que sus pacientes han acudido a consulta explican que ello facilita la despedida. En cambio, otros terapeutas indican que tienden a disminuir y distanciar las sesiones en la fase final, por ejemplo, al pasar de dos veces por semana a una, luego una vez cada quince días y, más adelante, una vez al mes. Al respecto Rivera (2001), en la fase final del tratamiento, acostumbra reducir de manera gradual la frecuencia de las sesiones. Para este autor, ese procedimiento permite al paciente disponer de mayores oportunidades para ponerse él

mismo a prueba al enfrentar los problemas cotidianos y experimentar la capacidad de «autoanálisis». Así, al reducir el terapeuta la frecuencia podría estar buscando darle la oportunidad al paciente para que, poco a poco, logre ir separándose de la terapia y ensaye la capacidad de estar solo.

Sin embargo, algunos participantes optan por continuar con la misma frecuencia o disminuirla, dependiendo de la problemática del paciente y la dificultad que pueda tener para desprenderse del proceso. Así, una participante explica:

«Con personas que [...] a nivel primario los vínculos con la madre [...] no han sido atendidos [...] voy disminuyendo [...] de dos veces a una vez, después cada 15 días, después una vez al mes, de ahí dejamos un mes entero y de ahí nos vemos 2 veces más y ya está» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 54 años).

Queda claro que para algunos terapeutas la decisión sobre la frecuencia de sesiones depende totalmente de lo que el paciente necesite, por lo que procuran hacer, dentro de lo posible, todo lo que pueden para ayudar a que el paciente se despida de la mejor manera. En este sentido, Holmes (2003) postula que la estrategia a utilizar en esta etapa dependerá de las necesidades de cada paciente.

Es importante señalar que para algunos participantes no fue tarea fácil responder sobre este punto, puesto que no les fue sencillo dar una respuesta categórica. Pareciera que la frecuencia de las sesiones de la última fase del tratamiento psicoanalítico depende tanto del estilo del terapeuta como de las necesidades que presente cada paciente.

Según lo que los entrevistados identifican como el manejo técnico de la fase final de la psicoterapia psicoanalítica, se encuentra que la gran mayoría se inclina a considerarlo como distinto a las fases previas del tratamiento. Nuevamente, para algunos participantes no resultó fácil dar cuenta acerca de este punto, puesto que como primera respuesta dijeron que consideraban dicha fase similar a las anteriores, pero en el transcurso de su explicación se dieron cuenta de que sí creían que el enfoque era diferente. Ello genera la impresión de que, a pesar de los años de experiencia, no es fácil para los psicoterapeutas psicoanalíticos tener claro exactamente qué caracteriza la fase de *terminación* y qué aspectos la diferencian de las etapas previas. Quizás ello podría deberse a que estadísticamente la «terminación abrupta» ocurre con mayor frecuencia que la de «mutuo acuerdo» (Rivera, 2001), lo cual implica que han tenido menores oportunidades para poner en práctica el manejo de dicha fase y, en especial, determinar cada uno de los terapeutas con qué tipo de abordaje se siente a gusto.

Uno de los temas más mencionados por los participantes a trabajar en dicha fase es la elaboración de la despedida y el trabajo del propio duelo. Lo encontrado en la presente investigación es semejante a lo señalado en el estudio de Mantilla y Sologuren (2006), en el

que el 60% de los participantes mencionó otorgarle una gran importancia al trabajo de separación.

La mitad de los entrevistados explicó que es básico enfocarse en trabajar la separación, por lo que parte de trabajar la despedida implica que el terapeuta tenga en mente que, con cierta frecuencia, se debe remitir en la terapia al tema de la *finalización*. Por ello, tal como indican García-Lawson y Lane (1997), se deben analizar y trabajar los conflictos asociados a la *terminación*. Además, también es importante que se dé un adecuado proceso de duelo tanto en el paciente como en el terapeuta. Sobre este tema, Etchegoyen (2009) explica que a pesar de que casi todos los autores conciben la *terminación* del análisis como un proceso de duelo debido a que en ese momento se reactiva el temor del analizado de quedarse solo, abandonado y sin protección (Etchegoyen, 2009), suele existir una importante resistencia en el paciente al evitar el trabajo de duelo (Novick, 1982). En ese sentido, es importante que el terapeuta otorgue el tiempo suficiente a esta fase para darle la oportunidad al paciente de ir realizando un duelo ante un proceso que ya se acaba y que el terapeuta mismo lo trabaje también, sea en una terapia personal o en supervisión, lo cual ayudaría a ambos a despedirse de manera «saludable».

Además, se encuentra que en esta fase algunos terapeutas realizan con el paciente un recuento de lo vivido en el proceso, estableciendo una comparación entre cómo estaba el paciente al llegar a consulta y cómo se siente ahora. Lo descrito resulta similar a lo planteado por algunos autores. Entre ellos, Holmes (2003) explica que la fase de *finalización* permite realizar un balance, revisar los progresos de la terapia y Vasquez et al. (2008) sugieren que en dicha etapa se revisan las metas, los cambios que han sido incorporados y las ganancias del tratamiento. Asimismo, en la investigación realizada por Mantilla y Sologuren (2006) se encontró que el 60% de los participantes mencionó hacer recapitulaciones y resúmenes sobre lo trabajado. Algunos participantes del presente estudio mencionan que realizan un recuento de los logros obtenidos a lo largo de la terapia como, por ejemplo, tener una relación de pareja, mejoras laborales o académicas. Se debe destacar que se percibe un énfasis por parte de algunos participantes ante el hecho de que dichos logros han sido alcanzados con base en un esfuerzo mutuo. Además, resulta fundamental que se haga este recuento porque los pacientes deben poder irse de la terapia habiendo tenido un espacio para conversar y que les quede claro qué es lo que han logrado.

A pesar de que en la presente investigación no se encuentra un consenso sobre si el terapeuta continúa o no interpretando en la fase final, algunos participantes mencionan que continúan analizando e interpretando, pero enfatizan que el tema que está de fondo en la mente del terapeuta es el de la *terminación*. En ese sentido, constantemente el terapeuta remite el material que aparece, sean asociaciones de experiencias previas de cómo terminar o sueños, a la situación real de que se está terminando el proceso. Este punto coincide con lo

sugerido por Dewald (1982), puesto que para él es importante interpretar las manifestaciones del conflicto y las reacciones y las respuestas a este en el contexto de la *terminación*. Por ello, las interpretaciones se van a referir a la situación de separación y es necesario que se dé un tiempo suficiente de «cierre» para ayudar al paciente a conectarse con experiencias anteriores de separación y despedida que haya tenido a lo largo de su historia.

Además, algunos terapeutas indican que en esta última fase suele pasar que se reactiven antiguos síntomas del paciente y surja una recaída. Williams (1997) señala que muchas veces, apenas el terapeuta y el paciente acuerdan terminar la relación terapéutica, el paciente puede presentar una aparente recaída. Esta puede consistir en la repetición de antiguos síntomas (Holmes, 2003; Williams, 1997), en parte con el objetivo de evadir el final (Williams, 1997). Lo mismo es señalado por alguno de los entrevistados, al indicar que el reactivar inconscientemente los síntomas es una manera del paciente de evitar desprenderse del proceso. Asimismo, algunos entrevistados comentan que podría ocurrir que, con motivo del final del proceso, muchas angustias pueden empezar a movilizarse, por lo que resulta imprescindible trabajarlas y remitirlas también a la situación de separación. Ello concuerda con lo encontrado en la literatura en el sentido que por el hecho de que la *terminación* se plantee y por el temor de quedarse sin el analista suelen surgir en el paciente angustias y temores (Etchegoyen, 2009; Williams, 1997) que no han sido del todo trabajados (Williams, 1997).

Asimismo, algunos terapeutas comentaron que han notado que hacia el final del tratamiento el paciente ya no idealiza al terapeuta como en las etapas iniciales, ya que lo percibe de manera más objetiva y el trato entre ambos es más horizontal, natural y espontáneo. Alguno de los entrevistados denominó esta situación como una menor distorsión e intensidad de la «transferencia». Curiosamente, en la revisión de la literatura este último punto se encuentra tratado como un criterio para dar por terminado el proceso terapéutico. Algunos autores explican que se trata de la mejora de las relaciones objetales (Firestein, 1974; Weiss & Fleming, 1980 citado en Thöma & Kächele, 1989), al encontrarse libres de distorsiones transferenciales (Firestein, 1974). En el presente estudio se observa que la disminución de la distorsión transferencial es quizás una característica de la fase final y tal vez una consecuencia de la mejora integral del paciente, tanto en el ámbito de las relaciones interpersonales como en el funcionamiento psíquico.

Incluso se encontró que para algunos terapeutas la última fase se caracteriza por un clima cálido en la terapia. Los participantes describen este ambiente cargado de una sensación mutua de agradecimiento por la experiencia porque, como señalan algunos de ellos, el terapeuta siente gratitud hacia el paciente por haber estado ahí y haberle enseñado aspectos que contribuyeron a su aprendizaje.

En cuanto a la posibilidad de reconsulta, se encontró que entre los entrevistados no existe un consenso. Si bien la mayoría de terapeutas suele mencionar a sus pacientes la posibilidad de poder volver a contactarlos más adelante si lo consideran necesario, algunos terapeutas opinan que esta posibilidad depende de la situación de cada paciente. Lo encontrado aquí es similar a lo señalado en la investigación de Mantilla y Sologuren (2006), quienes encontraron que la mitad de los participantes refirió que le hace explícito al paciente que puede retomar el contacto cuando lo necesite. Entonces, es claro que no existe un acuerdo entre los psicoterapeutas psicoanalíticos sobre qué postura adoptar acerca de iniciar un nuevo proceso con aquellos pacientes con los que ya habían finalizado la terapia.

La mayoría de terapeutas que está de acuerdo con la posibilidad de reconsulta les comenta a sus pacientes que en el momento que consideren necesario pueden buscarlos. Los psicoterapeutas les explican que van a estar disponibles y ya saben dónde encontrarlos en caso que lo necesiten, pero también les dicen que pueden buscar a otro terapeuta si así lo quisieran. Ello coincide con lo planteado por Etchegoyen (2009) y Lemma (2003) al sugerir dejar abierta la posibilidad en el futuro de que el paciente pueda requerir un nuevo tratamiento. Etchegoyen (2009) especifica que esto puede darse con el mismo analista o con otro. Se debe señalar que la mayoría de terapeutas se mostró dispuesta ante la posibilidad de reconsulta. Al parecer, la mayoría de participantes toma con mucha naturalidad esta posibilidad e incluso se refiere a algunos casos que han tenido, en los que los pacientes regresan a consulta luego de meses o años de haber finalizado el tratamiento y los buscan por un problema puntual, conversan por algunas sesiones y, cuando se sienten mejor, dejan de acudir a consulta. Quizás esto suele ocurrir en parte porque muchos pacientes pueden sentirse en confianza al recurrir nuevamente con el terapeuta con el que ya han trabajado por cierto tiempo, ya que los conocen, saben su historia, recursos y problemática. Entonces, ante la necesidad de acudir nuevamente a consulta, podrían buscar al terapeuta con el que ya han establecido un «vínculo», sobre todo si él mismo dejó claro que si lo necesitaba podía buscarlo en cualquier momento. Este anuncio del terapeuta parece transmitir mucha calma al paciente porque se va sabiendo que ante cualquier eventualidad o problema futuro tiene un lugar seguro al cual acudir en busca de ayuda. Esto concuerda con lo descrito por Thöma y Kächele (1989), ya que en el futuro podrían suceder cambios en la vida del paciente que hagan que necesite recurrir nuevamente a consulta, por lo cual es importante que al terminar el tratamiento el analizado tenga la sensación de haber tenido una buena experiencia, lo cual le daría la confianza necesaria para buscar de nuevo ayuda. Como con acierto señala un participante: «Nadie tiene la felicidad comprada», por lo que uno nunca sabe si el paciente necesitará nuevamente un proceso terapéutico. Por ello, resulta imprescindible que en la fase final el terapeuta sepa mantener el balance entre guardar una suficiente distancia con el

paciente y tener cierta cercanía, de modo que le permita regresar a la terapia en el futuro de ser necesario (Lemma, 2003).

Respecto de los sentimientos despertados en los terapeutas ante la «terminación de mutuo acuerdo», la totalidad de la muestra se refirió a este tema. Así como los pacientes se involucran con sus terapeutas y desarrollan un apego hacia ellos, existe también un componente afectivo en el «vínculo» entre el terapeuta y su paciente (Lemma, 2003). Para esta autora, de igual manera como cada paciente tiene una reacción diferente ante la *terminación*, existen diversas respuestas del terapeuta en dicha etapa, las cuales serán determinadas tanto por la dinámica de cada uno acerca de la separación y la pérdida como por la relación que tenga con cada paciente. Así, se encontraron diversos sentimientos ante la «terminación de mutuo acuerdo».

En primer lugar, la mayoría de entrevistados señaló sentir una sensación de bienestar y satisfacción. Según Lemma (2003), en los casos en los que el paciente ha mejorado y alcanzado sus metas, el terapeuta se siente satisfecho y piensa que ha hecho un buen trabajo. En general, las respuestas encontradas coinciden con lo planteado por esta autora, ya que resaltan la sensación de satisfacción de los terapeutas al haber podido ayudar a sus pacientes a sentirse mejor y alcanzar sus metas, lo cual denota haber realizado un buen desempeño a lo largo de un amplio periodo de tiempo.

«Satisfecha, contenta [...] de ver el desarrollo del paciente, de que ha sido un desarrollo conjunto [...] ha logrado cosas, es el mayor reconocimiento al trabajo de uno» (psicoterapeuta psicoanalítica mujer, 48 años).

Al parecer, lo común y esperable ante este tipo de *terminación* es que surjan sentimientos positivos, de satisfacción y bienestar. Como indican algunos autores, la *terminación* exitosa de la relación terapéutica es la meta de cada psicoterapeuta (Vasquez et al., 2008) e implica un desafío para el propio terapeuta (Lemma, 2003). Entonces, al haber logrado la meta deseada y finalizar el tratamiento a partir de un acuerdo entre ambos participantes, se esperaría que predomine la satisfacción al observar el trabajo culminado y sentir que uno ha ayudado significativamente al paciente a sentirse mejor y alcanzar sus propósitos.

En segundo lugar, es claro que la mayoría de participantes experimentó sentimientos ambivalentes. Si bien puede haber una tristeza real por la *terminación*, también existe una sensación de emoción ante la posibilidad de un nuevo comienzo (Holmes, 2003). En ese sentido, para este autor, la *terminación* prueba la capacidad del terapeuta para tolerar la ambigüedad, dado que abarca tanto el optimismo como la tristeza ante la pérdida, lo cual lleva a evaluar sus fortalezas y puntos débiles (Holmes, 2003).

«Hay una mezcla de alegría y pena, alegría y tristeza» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 54 años).

«Hay tristeza, hay alegría, hay contento porque el paciente está mejor y [...] da pena [...] la última etapa es como ese poemario de Vallejo, *Trilce*, triste y dulce» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 52 años).

Al parecer, estos sentimientos que denotan ambivalencia suelen darse en los casos en los que el terapeuta ha estado acostumbrado a trabajar por un largo periodo de tiempo con el paciente, por lo que la mayoría se siente satisfecha con el trabajo realizado, pero también con tristeza al tener que dejar de ver al paciente.

En tercer lugar, algunos participantes mencionan una sensación de gratitud ante la «terminación de mutuo acuerdo». Esta sensación parece ser compartida en ocasiones con el paciente, ya que, así como el paciente puede sentirse agradecido con el terapeuta por haberlo ayudado, muchos de los terapeutas están profundamente agradecidos con el paciente por haberse comprometido con un proceso de largo plazo y por la disposición de haberse dejado ayudar.

«Quedamos uno y otro profundamente agradecidos por la experiencia porque para mí también ha sido todo un aprendizaje» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 54 años).

En cuarto lugar, solo unos pocos participantes señalaron haber sentido tristeza y dolor ante la «terminación de mutuo acuerdo». Lo anterior es explicado por Lemma (2003), quien señala que hay pacientes que se extrañan, por lo que resulta difícil para el terapeuta dejar de verlos.

«Es triste separarse, es cierto. Uno tiene que acostumbrarse a la idea de llevar a la persona de otra manera, ya no cara a cara» (psicoterapeuta psicoanalítico hombre, 54 años).

Algunos participantes enfatizan que sienten mucha pena cuando los procesos acaban a pesar de que haya sido de «mutuo acuerdo», puesto que piensan que van a extrañar al paciente, con quien habían desarrollado un «vínculo» y llegaron a sentir cierta estima al haber trabajado con ellos por cierto tiempo. A pesar de que es usual que los terapeutas puedan llegar a sentir tristeza ante el final (Holmes, 2003), siempre es importante que busquen un espacio para elaborar su propio duelo ante el término del proceso, puesto que, como señala Lemma (2003), el tema de separación requiere de monitoreo a medida que se acerca la fase final del tratamiento, ya que podría influir en la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente. Además, esta autora considera que la supervisión es un aspecto clave para el proceso de monitoreo del terapeuta porque el supervisor contribuye a que el



psicoterapeuta entienda el deseo del paciente de finalizar, lo cual podría disminuir los sentimientos de dolor con motivo del final.



REFLEXIONES FINALES Y LIMITACIONES

En conclusión, se encontró en la presente investigación que en los procesos de psicoterapia psicoanalítica con adultos en la mayoría de casos es el mismo paciente quien toma la iniciativa de la *finalización* del proceso.

En cuanto a la «terminación abrupta», entre las razones mencionadas por los participantes que suelen dar los pacientes se encuentran las siguientes: variables externas al proceso, tales como problemas económicos, viaje por estudios, cambio de lugar de residencia y falta de tiempo, entre otros; la sensación de mejoría; la percepción de haber logrado los objetivos planteados; la sensación de estancamiento; la percepción del proceso como doloroso y desgastante; la necesidad de independizarse del terapeuta; y la necesidad de alcanzar metas específicas y rápidas.

Sobre la «terminación abrupta», casi la totalidad de la muestra profundiza acerca de los principales sentimientos que surgen ante este tipo de *finalización*. Entre los sentimientos que más resaltan se encuentra la sensación de preocupación, culpa y frustración; la sensación de rabia y molestia; sentimientos de tristeza; y la sensación de alivio.

Por otro lado, se encontró que los motivos por los que los participantes decidieron tomar la iniciativa de plantear la *terminación* son los siguientes: la percepción de *impasse*, dificultades económicas y la dificultad del paciente de desprenderse del proceso a pesar de su mejoría.

Sobre la «terminación de mutuo acuerdo», se encontró que la mayoría de los participantes decide esperar a que sea el propio paciente quien proponga la *terminación*, de modo que tenga la oportunidad él mismo de plantearlo.

En cuanto al manejo técnico de la fase de *finalización* en caso de «mutuo acuerdo» se encontró que la duración de la fase final fluctúa entre 2 y 6 meses, pero sobre la frecuencia de sesiones y la posibilidad de reconsulta no existe un consenso. Al parecer, cada terapeuta adopta un manejo en función a su estilo y las necesidades del paciente, por lo que muchas veces se trata de una negociación entre ambos. Además, entre los temas a trabajar mencionados por algunos terapeutas en dicha fase se encuentran los siguientes: la elaboración de la despedida y el trabajo de duelo; el recuento de lo vivido en el proceso; reforzar los logros; e interpretar en función a la situación de «cierre». Incluso, algunas de las características de la fase final descritas por varios de los entrevistados fueron la posibilidad de reactivación de antiguos síntomas del paciente y angustia ante la separación, menor distorsión e intensidad de la «transferencia» y un clima cálido en las sesiones.

Sobre los sentimientos de los participantes ante el «término de mutuo acuerdo» se encontró que la totalidad de la muestra comentó sobre este punto. Entre los sentimientos

descritos se encuentran: sensación de bienestar y satisfacción; sentimientos ambivalentes; sensación de gratitud; y sensación de tristeza y dolor.

Como limitaciones que podrían haber influido en el curso de la investigación es importante tener en cuenta que el no haber realizado entrevistas a pacientes adultos que hayan experimentado un proceso de psicoterapia psicoanalítica impide establecer una comparación entre la opinión de los pacientes y las respuestas brindadas por los psicoterapeutas respecto de los objetivos de la presente investigación.

Finalmente, otra limitación es la carencia de instrumentos psicométricos, tales como encuestas y cuestionarios para los pacientes, que permitan complementar la información obtenida a partir del punto de vista de los psicoterapeutas en el presente estudio.



REFERENCIAS

- Alizade, A. (2002). *Lo positivo en psicoanálisis implicancias teórico-técnicas*. Buenos Aires: Lumen.
- Aurón, F., Fortes de Leff, J., Gómez, M. & Pérez, J. (2009). *El terapeuta y sus errores: reflexiones sobre la terapia*. México, D. F.: Trillas.
- Bergmann, M. S. (1997). *Termination: The Achilles heel of psychoanalytic technique*. *Psychoanal. Psychol.*, 14, 163-174.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herber.
- Connell, J., Grant, S. & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 60-67.
- Dewald, P. (1982). The Clinical Importance of the Termination Phase. *Psychoanalytic Inquiry*, 2(3), 441-461.
- Etchegoyen, H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fiorini, H. (1992). *Teoría y técnica de psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H. (2001). Qué hace a una buena psicoterapia psicoanalítica. En R. Bernardi, D. Defey, J. H. Elizalde, H. Fiorini, P. Fonagy, S. Gril, J. P. Jiménez, H. Kächele, O. Kernberg, G. Montado, J. Rivera y R. Sandell. *Psicoanálisis, focos y aperturas* (pp. 74-90) Uruguay: Psicolibros.
- Firestein, S. (1974). Termination of Psychoanalysis of adults: A review of the literature. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22(4), 873-894.
- Freud, S. (2004 [1912]). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En *Obras Completas*, tomo XII, pp. 1654-1660. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2004 [1937]). *Análisis terminable e interminable*. En *Obras Completas*, tomo XXIII, pp. 211-254. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabbard, G. (2004). *Long Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. Londres / Washington D. C.: American Psychiatric Publishing.
- García-Lawson, K. & Lane, R. (1997). Thoughts on Termination. *Psychoanalytic Psychology*, 14(2), 239-257.
- Guter, M. (1992). Diferencias entre psicoterapia y psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 49(2), 297-311.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México, D. F.: MacGraw-Hill.

- Holmes, J. (1997). Too early, too late: Endings in Psychotherapy. An attachment perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14(2), 159-171.
- Holmes, J. (2003). *The search for the secure base: Attachment Theory and Psychotherapy*. Londres: Biddles, Guildford & King's Lynn.
- Jiménez, J. (2005). Psicoanálisis y Psicoterapia ¿dónde están las diferencias? El aporte de la investigación empírica. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 7(8), 91-114.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento*. México, D. F.: MacGraw-Hill.
- Kernberg, O. (2001). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas. *Psicoanálisis APdeBA*, 23(1), 201-227.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2006). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lemma, A. (2003). *Introduction to the Practice of Psychoanalytic Psychotherapy*. Londres: Wiley.
- Mantilla, C. & Sologuren, X. (2006). Criterios para evaluar la eficiencia: hablan psicoterapeutas psicoanalíticos, conductuales cognitivos, racionales emotivos y psicoanalistas. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(2), 223-266.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. Nueva York / Londres: Guilford Press.
- Novick, J. (1982). Termination: Themes and Issues. *Psychoanalytic Inquiry*, 2(3), 329-365.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Paul, I. (1973). *Cartas a un joven terapeuta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Poch, J. (1998). *Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Racker, H. (1979). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Renk, K. & Dinger, T. (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1173-1181.
- Rivera, J. (2001). Terminación de tratamientos en las terapias psicoanalíticas un aporte a la legitimación de nuevos modelos. En R. Bernardi, D. Defey, J. H. Elizalde, H. Fiorini, P. Fonagy, S. Gril, J. P. Jiménez, H. Kächele, O. Kernberg, G. Montado, J. Rivera y R. Sandell. *Psicoanálisis, focos y aperturas* (pp.115-145). Montevideo: Psicolibros.
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G., Fennig, S. & Fennig, S. (2006). Clients' feelings during termination of psychodynamically oriented Psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(1), 68-81.

- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- Thöma, H. & Kächele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Vol. I. Barcelona: Herder.
- Vasquez, M., Bingham, R. & Barnett, J. (2008). Psychotherapy termination: Clinical and ethical responsibilities. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 653-665.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*. Buenos Aires: De las Ciencias.
- Wallerstein, R. (1989). Psicoanálisis y Psicoterapia: una perspectiva histórica. En British PsychoAnalytical Society. *Libro Anual de Psicoanálisis*. Lima: Imago.
- Westmacott, R. & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: A general population study. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 965-977.
- Williams, S. (1997). Psychotherapeutic ends and endings. *British Journal of Psychotherapy*, 13(3), 337-350.





ANEXO A

Ficha sociodemográfica

1. Nombre:
2. Sexo:
3. Edad:
4. Profesión de origen:
5. Año de egreso de la escuela de formación en psicoterapia psicoanalítica:
6. Años de experiencia en el trabajo psicoterapéutico con pacientes adultos:



ANEXO B

Lista de preguntas

Las preguntas realizadas en la entrevista semiestructurada a los participantes fueron las siguientes:

- En su experiencia, ¿cómo suelen terminar los procesos terapéuticos?
- ¿Quién propone la *terminación*?
- ¿Cómo se llegó a ello?
- En su experiencia, ¿qué razones suelen dar los pacientes al plantear ellos mismos la *terminación* del proceso terapéutico?
- ¿Cómo suele acoger usted la iniciativa del paciente de finalizar el proceso?
- ¿Cómo se siente usted cuando el proceso termina de manera «abrupta» y el paciente decide dejar la terapia?
- En su experiencia ¿hay casos que terminan por «mutuo acuerdo»?
- ¿Cómo se llega a esa *terminación*?
- ¿Cómo se siente al finalizar un proceso que termina por «mutuo acuerdo»?
- ¿Le ha ocurrido alguna vez que usted haya tomado la iniciativa al plantear la *finalización* del proceso terapéutico?
- En su experiencia, ¿cuáles son los criterios que usted utiliza para llegar a la decisión de finalizar un proceso?
- ¿De qué manera los criterios que usted utiliza coinciden con los criterios formales que su perspectiva psicoterapéutica establece?
- ¿Cómo es el manejo técnico de la fase de *finalización* si es que se llega a un acuerdo con respecto al término del proceso?
- ¿Considera que esta etapa es distinta de las fases previas?

ANEXO C

Consentimiento informado

Consentimiento informado

Yo, _____ de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en la investigación que será realizada por Carolina del Castillo, alumna de la Especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, como parte de la formación académica del curso Seminario de Tesis en Psicología Clínica.

La información obtenida será utilizada exclusivamente para los fines de la investigación, manteniendo siempre el anonimato del participante.

Dado que la participación en la investigación es voluntaria, el participante puede decidir retirarse en el momento que lo considere pertinente.

Lima, ____ de _____ de 2009

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la investigadora

ANEXO D

Categorías y unidades de análisis

Tabla 1

Quién propone la terminación

El paciente es quien propone la terminación	
No lo planteo hasta que la persona no me lo plantea	E1
En la mayoría de casos yo diría que el paciente [...] a veces por razones externas	E2
A mí me gusta que sea [...] el paciente, porque si es que el paciente no lo ha propuesto, si el terapeuta [...] sugiere la terminación para el paciente muchas veces esto puede ser una forma de sentir que lo sacan	E3
Lo ideal y lo que siempre sucede en realidad es el paciente [...] siempre el paciente es el que pide que se termine la terapia	E4
Solo en un caso de diez habrá un acuerdo establecido, en la mayor parte de los casos es el paciente el que va a abandonar mi tratamiento	E5
El paciente, por lo general es el paciente [...] porque él es el que va sintiendo que [...] hay un manejo más plástico, adecuado	E6
Yo preferiría que lo haga el paciente [...] porque siento que si yo lo digo [...] puede no ser bien recogido	E7
Permito que la otra persona lo plantee generalmente [...] tengo la paciencia para esperar [...] no quiero apresurar nada	E9

Tabla 2*Motivos dados por los pacientes al plantear la terminación***Variables externas al proceso**

De viaje por estudio	E7
Irse a hacer la maestría a otro lado	E8
Se fue a Italia, en fin, tenía una maestría	E9
Que se van a vivir fuera	E2
Cambian de lugar de residencia	E6
Vivir muy lejos, mudarse	E7
Cambian de trabajo	E6
Por problemas económicos muy severos que ya no se pueden tampoco tratar de manejar en la consulta	E2
A veces el paciente quiere venir y no tiene recursos económicos, eso es todo un problemón	E4
El tema del dinero [...] la persona [...] pierde el trabajo o tiene una dificultad familiar y tiene que invertir en eso lo que invertía en la terapia	E7
El esfuerzo económico que [...] no justifique en este momento y hay otros gastos más importantes	E8
Estoy en dificultad económica y entonces no puedo pagar [...] o no puedo seguir pagando o tengo que venir menos o puedo pagar pero me angustia tanto el tema económico porque lo pago ajustadamente que así no me va a servir	E10
A veces suceden eventos imprevistos en la vida de ellos que tornan bastante difícil la continuidad	E6
Que ya se quieren ir porque tienen otras cosas que hacer	E7
Que tienen que estudiar [...] que la universidad está muy difícil	E9
No tener tiempo	E10

Tabla 3*Motivos dados por los pacientes al plantear la terminación***Mejoría emocional**

Que se sienten mejor, que se sienten bien, que ya no tienen razón de seguir viniendo	E1
Que ellos se sienten bien, han logrado sus objetivos	E4
Siente que ya se alivió, que ya mejoró su situación	E3
Que ellos ya se sienten mejor, que se sienten tranquilos, que han podido mejorar las dificultades que hayan presentado	E5
Que ya sienten que están bien, hasta han podido conocerse o resolverse	E7
Creo que ya estoy bien [...] yo ya vine para eso nomás	E9
Me voy porque ya estoy bien [...] se fue la angustia, la depresión y lo que sea y ya estoy bien	E10

Tabla 4*Motivos dados por los pacientes al plantear la terminación***Percepción de haber logrado los objetivos planteados**

Que ya no tienen razón de seguir viniendo	E1
Ya mejoró su situación, ya no quiere profundizar más	E3
Han logrado sus objetivos	E4
Que han podido mejorar las dificultades que hayan presentado [...] ya siente que ya ha logrado bastantes cosas, que siente que ya se encuentra bastante bien	E5
Yo ya vine para eso nomás o yo vine porque, no sé, porque tenía mucha ansiedad, ponte, le baja la ansiedad	E9

Tabla 5*Motivos dados por los pacientes al plantear la terminación***Necesidad de alcanzar metas específicas y rápidas**

Algunos quieren cosas muy puntuales, quieren cosas muy rápidas	E3
--	----

Tabla 6

Motivos dados por los pacientes al plantear la terminación

Sensación de estancamiento

La sensación de que no les aporta, de que no avanzan	E2
Que ya no le ven mucho sentido seguir con la terapia	E4
No me siento cómodo, siento que no avanzo, siento que estoy atrapado en esto y es mucho tiempo	E6
Siento que ya, digamos, no está pasando nada	E8
Me voy porque creo que no avanza, no sirve, no, esto no es para mí	E10

Tabla 7

Motivos dados por los pacientes al plantear la terminación

Percepción del proceso como doloroso y desgastante

Que es demasiado intenso, que es demasiado doloroso y que no quieren saber más	E2
Me siento mal en la sesión, me perturba, después me quedo pensando creo que en vez de bien me hace mal	E10

Tabla 8

Motivos dados por los pacientes al plantear la terminación

Necesidad de independizarse del terapeuta

Quieren parar solos, aunque se mueran de miedo algunas veces [...] muchos sienten que el hecho concreto de estar viniendo a terapia les genera cierta dependencia, entonces quieren probar solos	E4
Quiero estar, vivir esto ya solo o sola [...] quiero volar con mis propias alas [...] ver cómo me va	E8

Tabla 9

Motivos que dan los terapeutas para tomar la iniciativa de finalizar

Percepción de *impasse*

Lo que puede ocurrir es que en algún proceso se produzca un nivel de resistencia donde no hay avance [...] es mejor que continúe con otro terapeuta porque la relación transferencial genera un <i>impasse</i> que no nos permite seguir avanzando	E1
Solamente ha habido un caso en que yo tuve que proponer a la paciente que ya teníamos que terminar [...] la paciente tenía muchos años en terapia y siempre estábamos en lo mismo [...] de no avanzar	E4
Cuando me doy cuenta de que [...] las posibilidades de poder seguir ayudando ya son muy limitadas	E5
A veces tú sientes que, claro, está estancado el asunto [...] sientes tú que estás en un <i>impasse</i> [...] se entra a un punto donde el abordaje tú lo sientes estéril, lo sientes inútil [...] la cosa está ahí, no se mueve	E6
Hay pacientes con los cuales uno a lo largo del correr de un proceso se va cargando y decide mejor derivarlo	E6
Me ha pasado que siento que esa persona puede seguir otro vínculo, trabajar en cierto tipo de cosas y conmigo ya no	E8
He terminado casos cuando siento que no estoy trabajando nada, siento que yo pierdo tiempo y ella pierde tiempo también	E9
Uno mismo sugiere un colega con quien le va a ir mejor [...] porque a veces a la terapeuta o al terapeuta no le gusta [...] ciertos casos no le va bien con ciertos pacientes porque no son de su preferencia, porque hay residuos personales no analizados y uno piensa que con otro colega le puede ir mejor	E10
No nos estábamos sintiendo mutuamente cómodos	E10

Tabla 10*Motivos que dan los terapeutas para tomar la iniciativa de finalizar***Dificultades económicas**

Un chico pobrísimo [...] yo lo empecé a atender por nada [...] fue un proceso muy difícil [...] quedó muy claro en mis supervisiones que él estaba como aprovechándose mucho era una cosa medio psicopata que [...] me estaba a mí involucrando de una manera que ya no debía seguir [...] yo propuse la terminación	E7
Cuando [...] no te pagan [...] Mira, tú no pagas un mes, suspendemos porque yo pienso que tiene que hacerse cargo de algo que han acordado	E9
Dificultades en la parte económica [...] una de las características del encuadre es que, salvo situaciones muy especiales, hayan honorarios y cuando no hay esa posibilidad hay que remitir a otra persona	E10

Tabla 11*Motivos que dan los terapeutas para tomar la iniciativa de finalizar***Dificultad del paciente para desprenderse del proceso a pesar de su mejoría**

Cuando veo que están yendo bastante bien en su vida, no traen ya mayores conflictos, cuando a veces veo que siguen en el proceso terapéutico un poco porque no se atreven a dar el paso a andar por su propia cuenta y siento internamente la obligación de ayudarlos a dar ese paso	E3
En los casos que uno siente que el paciente quiere seguir quedándose eternamente, digamos, casi, casi una rutina [...] ya no, ya se ha logrado esto, se ha logrado lo otro [...] hay que reconocer que esto ya llegó a su fin	E8

Tabla 12

Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo

Duración de la fase de terminación entre 2 y 6 meses

De acuerdo al tiempo del tratamiento [...] eso puede tomar incluso un par de meses, varios meses [...] alrededor de dos meses aproximadamente	E1
Se acuerda, por decir, vamos a trabajar tres meses más. También depende de las posibilidades del paciente, de la urgencia con la que está planeando las cosas	E2
Depende del paciente [...] por lo menos uno, dos, tres meses de anticipación, dependiendo de cuán negador o negadora sea la persona para el proceso de cierre	E3
Puede ser de 2 meses o 3 meses de despedida [...] 3 meses más o menos	E4
Por lo general te tomas unos 2 o 3 meses, sobre todo en donde vas cerrando y yo siempre digo y si necesita alguna sesión más, la tomamos	E6
Depende de cada caso [...] más o menos 4, 6 meses una cosa así, pero es bien relativo	E7
Generalmente uno se pone un plazo [...] de unos 2 a 3 meses, dependiendo de la frecuencia	E8
Pacientes que están un tiempo prolongado, en procesos de años [...] nos ponemos 6 meses de plazo [...] porque es un proceso de 3 años	E10

Tabla 13

Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo

El paciente y el terapeuta acuerdan juntos la fecha de terminación

Acordamos una fecha que ya está ahí nomás [...] no debe coincidir con cosas especiales [...] ponemos ese tope, vamos a tener, digamos, unas 20 sesiones más y ya, 10 sesiones más y ya	E1
Es una fecha acordada entre ambos	E2
Yo, generalmente soy yo [...] depende de lo que necesite la persona	E3
Los dos, el paciente y yo, la conversamos de frente	E4
Yo dejo que el paciente decida [...] yo le planteo, pero me dejo mucho guiar por lo que él quiere	E5
Los dos [...] si hemos programado que vamos a tomarnos un par de meses más [...] nosotros sabemos cuándo es la fecha final	E6
Se sugiere, digamos, qué te parece que [...] acabamos en diciembre, es una sugerencia que puede venir y claro, finalmente lo propone el terapeuta	E8
Ponemos fecha [...] si bien se piensa en una fecha [...] eso también puede ser movido flexiblemente si la situación lo amerita	E10

Tabla 14

Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo

La frecuencia de sesiones se mantiene en la fase final

Tú has venido dos veces por semana [...] sigue viniendo dos veces por semana hasta el final	E1
Yo prefiero seguir normalmente porque es como el ritmo que ha venido a facilitar el proceso también va a facilitar la despedida	E7

Tabla 15

Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo

La frecuencia de sesiones disminuye en la fase final

Se va reduciendo poco a poco las sesiones	E4
Vamos a ir distanciando las sesiones, nos vamos a seguir viendo una vez cada quince días, una vez cada mes	E5

Tabla 16

Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo

La frecuencia de sesiones depende del caso

Con la misma frecuencia. Ahora, hay situaciones en que por motivos diferentes E6
puedan también ir espaciando, si lo veía 2 veces por semana a partir de tal fecha
nos vamos a ver una

Yo prefiero generalmente con personas que [...] a nivel primario los vínculos con E9
la madre [...] no han sido atendidos [...] despacio voy disminuyendo [...] de dos
veces a una vez, después cada 15 días, después una vez al mes, de ahí
dejamos un mes entero y de ahí nos vemos 2 veces más y ya está

Tabla 17

Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo

Reforzar recursos y logros

La técnica es un poco recordar lo que se ha vivido, las cosas más saltantes [...] E4
los logros. Me parece súper importante hacer como un recuento de cómo
llegó el paciente, qué logros hemos conseguido los dos

Lo esperable es que a partir de allí se comience a trabajar la despedida, E8
los recuerdos de lo que uno ha hecho

Se observa los logros para terminar, digamos algunos [...] tienen relación de E9
pareja, comienzan a ver la vida distinta, otros se plantean otras metas que
habían dejado en el cajón, como un negocio o un doctorado [...] otros trabajan
mejor o simplemente están más contentos

Tabla 18*Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo***De acuerdo ante la posibilidad de reconsulta**

Si la persona quiere volver a consultar puede hacerlo [...] puede buscarme a mí o puede buscar a algún otro colega para un proceso nuevo	E1
Decimos hasta aquí nomás pero puede volver en el momento que quiera	E4
¿Cuándo quieres que te vea?	E5
Queda la posibilidad de la alternativa abierta [...] estoy acá, estoy disponible	E6
Puede regresar donde mí cuando quiera, no por eso por lo que ha venido, sino por cualquier cosa	E9
Que la persona se vaya con la sensación de que, si el día de mañana [...] tengo alguna dificultad, no tengo que esperar estar pésima [...] ya sé que hay una cuestión como esta, como las sesiones que tuve	E10

Tabla 19*Manejo técnico de la fase de finalización en caso de mutuo acuerdo***La posibilidad de reconsulta depende del caso**

Salvo que haya alguna razón específica, por las cuales considere yo que no deben de venir, pero sino sí los acepto, además les doy la opción de que puedan regresar aquí o a cualquier terapia cuando deseen	E2
Yo prefiero que las personas, cuando ha habido estos procesos de cierre, si necesitan nuevamente ayuda, busquen a otro colega [...] los que se van sin haber procesado la terminación y vuelven, con ellos sí los retomo porque pienso que en esa oportunidad nos va a dar la posibilidad de sí elaborar el proceso de cierre o terminación	E3
Una paciente que había interrumpido su proceso [...] me volvió a buscar. Me sentí rarísimo cuando me dijo que quería revisar, trabajar y entrar un poco más. Sentí que no, que no era conmigo [...] ella tenía que comenzar con otra persona	E8

Tabla 20

Sentimientos del terapeuta ante el término abrupto del proceso

Sensación de preocupación, culpa y frustración

Siempre me preocupa mucho, por qué termina mal, siempre es bueno analizar [...] qué fue lo que hice yo mal para que se fuera así	E1
Frustrada, preocupada, o sea siempre pienso qué cosa se pudo hacer, qué cosa no logré ver, no logré manejar, o sea como cuestionándome [...] y en todo caso te queda como aprendizaje	E2
Muy confundida [...] es feo [...] y después te queda una pregunta: ¿qué pasó? [...] Me quedo un poco inquieta [...] con la incógnita de qué puede haber sucedido	E4
En el abandono uno se llena de fantasías [...] ¿qué habrá pasado desde este lado, qué habrá pasado desde el otro lado, qué habrá estado pasando y no me di cuenta, qué habrá estado pasando y no se trabajó? [...] no lo vi	E6
La sensación obviamente es de preocupación [...] siempre te deja una sensación que no es muy grata	E6
Me he quedado preocupada por alguien [...] pensando [...] ¿qué va a hacer esa persona?	E7
Te quedas mal [...] creo que es bueno también revisar lo que pasó con uno [...] quitarte la culpa, pero aprender de la experiencia	E7
Casos en donde [...] ha habido mal manejo técnico, el caso se ha ido [...] uno siente frustración y, bueno, elige sacarle un aprovechamiento, un mensaje de eso	E8
Hay casos que producen mucha impotencia [...] uno cree que ha podido ofrecer muchísimo más, sin embargo la patología del paciente o las dificultades que uno ha tenido [...] en ese tipo de casos [...] hacen que uno se sienta muy frustrado	E8
Cuando el proceso no hace bien el cierre uno se queda con ganas de saber qué ha pasado con esa persona	E10
Dentro del terapeuta no queda el asunto tan tranquilo	E10

Tabla 21

Sentimientos del terapeuta ante el término abrupto del proceso

Sensación de rabia y molestia

Mucha rabia porque sientes que están dejando algo importante que estás haciendo, que ha sido un esfuerzo de los dos	E7
Cólera, rabia [...] una impotencia [...] no ha habido un buen manejo, se te ha ido	E8
Lo que te puede dejar colgada y fregada es cuando no te pagan [...] eso te puede dar bronca	E9

Tabla 22

Sentimientos del terapeuta ante el término abrupto del proceso

Sentimientos de tristeza

Es doloroso [...] porque significa dejar de ver a una persona, ante la cual uno le ha desarrollado afectos [...] cariño [...] sentimientos positivos [...] como dejar que tu hijo se vaya, es como si su silla estuviera vacía, siempre hay algo de pena o dolor en esos hijos que se van	E5
A veces me siento muy dolida [...] porque es una ruptura, un vínculo donde una también se queda mal [...] he pensado qué pena	E7
Tristeza, digamos, que haya llegado a fin, o sea como que un duelo pues saludable, no, como una despedida de una persona con la cual has pasado [...] mucho tiempo deja huellas en ti	E8

Tabla 23

Sentimientos del terapeuta ante el término abrupto del proceso

Sensación de alivio

En algunos casos yo también puedo pensar que es mejor que se haya ido, ¿no? Un alivio digamos	E2
A veces uno puede sentir que se va alguien y sientes alivio, pero yo creo que cuando sientes ¡ay, qué alivio!, quiere decir que hay una parte tuya que no trabajaste o no supervisaste bien ese caso	E9
Algo transmitirá uno en la sesión que la paciente no percibió, continuó, no regresó o cuando dice que no va a regresar uno siente por algún lado como un alivio	E10

Tabla 24

Sentimientos del terapeuta ante el término de mutuo acuerdo

Sensación de bienestar y satisfacción

Te sientes bien [...] te quedas con un gustito de que las cosas fueron bien	E1
Satisfecha, contenta [...] de ver el desarrollo del paciente, de que ha sido un desarrollo conjunto, eh, de que ha logrado cosas, es el mayor reconocimiento, digamos, al trabajo de uno	E2
Si lo plantea porque yo he visto que está mejor [...] yo me siento bien, contento, siento esa satisfacción de haber cumplido con mi trabajo	E3
Yo siento que estoy cumpliendo [...] se ha superado el conflicto, lo que los hacía sufrir	E3
Me siento muy bien [...] me da gusto, me da muchísimo gusto	E4
Cuando es mutuo acuerdo por lo general [...] es una sensación adecuada, bonita	E6
Yo me siento muy satisfecha [...] porque hay un mutuo acuerdo, sientes que realmente has ayudado a la persona, sientes que la persona a través de sus logros exteriores también refleja [...] los logros internos	E9
Son procesos bastante satisfactorios [...] la sensación de satisfacción de haber trabajado con esa persona, de haber tenido la posibilidad de ver de cerca cómo una persona enfrenta sus dificultades	E10
Le da una sensación de tranquilidad	E10

Tabla 25*Sentimientos del terapeuta ante el término de mutuo acuerdo***Sentimientos ambivalentes**

Hay una mezcla de alegría y pena, alegría y tristeza	E1
Me da gusto realmente, me da pena también que se vayan	E4
Me siento triste [...] generalmente es el sentimiento que prevalece en mí [...] hay tristeza, hay alegría, hay contento porque el paciente está mejor y [...] da pena [...] la última etapa es como ese poemario de Vallejo <i>Trilce</i> , triste y dulce	E5
Cuando hay mutuo acuerdo, uno se siente bien [...] y claro siempre uno añora [...] porque esto es también parte del proceso [...] no es una cosa así, tú ves a una persona fríamente y se acabó	E6
Se siente muy bien [...] te da una satisfacción [...] una alegría, realmente da pena la despedida [...] igualito como cuando un hijo se va [...] estás con pena porque se vaya, pero estás feliz de que se vaya [...] que se pueda ir bien, es bien bacán	E7
El terapeuta, o la terapeuta, puede estar contento, satisfecho, pero también apenado porque no va a seguir viendo a esa persona	E10

Tabla 26*Sentimientos del terapeuta ante el término de mutuo acuerdo***Sensación de gratitud**

Quedamos uno y otro profundamente agradecidos por la experiencia porque para mí también ha sido todo un aprendizaje	E1
Hasta diría yo con agradecimiento porque han dejado ayudarse y eso ya es un montón	E3
Agradecimiento [...] a uno le provoca, digamos, agradecerle al paciente por haber estado allí [...] porque a uno le ha enseñado muchas cosas	E8

Tabla 27

Sentimientos del terapeuta ante el término de mutuo acuerdo

Sensación de tristeza y dolor

Es triste separarse, es cierto. Uno tiene que acostumbrarse a la idea de llevar a la persona de otra manera, ya no cara a cara E8

Se mueve a ambos lados y a algunas personas las extraño [...] que penita [...] claro, tampoco es que te mueres E9

