

HOSPITAL "CALIXTO GARCIA"

La psicoterapia

Por el Dr.:

HÍRAM CASTRO LÓPEZ

Castro López, H. *La Psicoterapia*. Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

En una forma general se trata de exponer qué es y cómo se constituyó esta forma de tratamiento; en líneas generales se describen su técnica, indicaciones y preparación requeridas para ejercerla, considerando el tipo de psicoterapia, que es en nuestra opinión, la terapéutica indicada en una sociedad materialista-dialéctica.

En la medida que los conocimientos médicos se han ido ampliando, se fue haciendo necesaria la especialización para poder manejar las técnicas cada vez más complejas de cada rama, tiene esta situación el inconveniente de hacer muchas de dichas técnicas poco conocidas al médico no especializado, el cual no maneja adecuadamente sus indicaciones y resultados. Si bien este hecho es válido para muchas especialidades, es indudablemente en la Psiquiatría donde este estado de cosas se hace más evidente, y dentro de la Psiquiatría la especialidad menos conocida es la Psicoterapia. Esto nos ha motivado a realizar una breve síntesis que nos permita conocer lo que de esta especialidad sea necesario para el médico general.

Psicoterapia es la utilización terapéutica de nuestro conocimiento psicológico del hombre.

La psicoterapia es una de las armas terapéuticas más antiguas de la humanidad, pues como tal pueden interpretarse la sugestión que producía un sacerdote egipcio al invocar los dioses en la curación de un enfermo, y los milagros que

hicieron célebre el templo de Asclepiades en Epidauru durante la Grecia Antigua.

En este templo los enfermos llegaban generalmente después de un largo viaje y se sumergían en una fuente purificadora, después de la cual debían mantenerse a la entrada de varios días con sus noches, oyendo a los oradores y viendo las inscripciones que dejaban en las paredes los que habían sido "curados".

En el momento de ser admitidos, los enfermos presentaban un estado semi-consciente por la fatiga, las exhortaciones mantenidas durante días por los sacerdotes y el miedo a lo desconocido, todo lo cual era aprovechado para ejercer una enérgica sugestión que hacía desaparecer los trastornos funcionales en los neurópatas.

Si analizamos con cuidado esta situación, podemos apreciar que ya en aquella época se habían estudiado los mecanismos psicológicos apropiados para producir estas curaciones y se ponían en práctica en una forma menos ingenua de lo que aparentaba.

Aunque los nombres de los dioses hayan ido cambiando, las circunstancias en que se hacían producir sus "milagros"

eran más o menos semejantes, siendo innumerables los ejemplos que son del caso mencionar en el presente trabajo.

La primera modificación de importancia fue producida por *Antón Mesmer* (1733-1815), el cual sirvió de puente entre las antiguas concepciones magico-religiosas y las posteriores científicopsi-cológicas.

Este médico consideraba que existía “un fluido continuo y fluctante que proviene de los astros y afecta la materia, insinuándose sus efectos en particular en la sustancia nerviosa”; esta energía podía transmitirse de una persona a otra y del equilibrio que tuviera en el organismo, dependía la salud o enfermedad.

Por la semejanza que tenía con las fuerzas magnéticas lo llamó magnetismo y lo utilizó para curar las enfermedades. Este método con un fundamento teórico tan extravagante fue utilizado en la práctica con éxito y se le llamó más tarde, hipnotismo, impregnando posteriormente amplias esferas de la Psiquiatría.

Dicho método psicoterapéutico fue estudiado científicamente y se le dieron diferentes interpretaciones: fenómeno fisiológico (*Charcot*), fenómeno psicológico, sugestión (*Berheim*), que es un estado de disociación de la conciencia al disminuir la tensión psíquica, provocada en una forma artificial (*Janet*), pero su técnica varió grandemente hasta el momento actual, en que todavía es utilizado en determinadas ocasiones.

Comenzaba la edad de oro de las psicoterapias y por todas partes surgían nuevas escuelas con diferentes concepciones.

Bitrg afirmaba que la aplicación de placas metálicas en la piel de los enfermos, así como su ingestión producía la curación de ciertos trastornos neuropáticos; este planteamiento fue desvirtuado por la Academia de Biología de Francia, sin tener en cuenta el efecto como placebo de dicho método.

Dubois de Borne rechazaba el empleo de medicamentos en las neurosis, considerando que lo importante era una conversación cotidiana en que se persuadiera al paciente de la irrealidad de sus trastornos, orientando su actividad hacia el incremento de los valores morales.

Por aquella época comenzó sus trabajos *S. Fretid*, de *Visita*, influido por *Charcot* y *Berheim* de quienes aprendió hipnotismo y a partir de una teoría en común con *J. Bruvor*, en la cual consideraron que el origen de la historia de un hecho traumático que ha quedado fuera de la conciencia, conservando su fuerza para originar los síntomas podía ser traído de nuevo a la conciencia por medio de la hipnosis con lo que perdía su importancia patógena. No es nuestra intención en este trabajo tratar las concepciones teóricas de *Freud*, por lo que mencionamos sólo lo indispensable para la comprensión de su psicoterapia.

Comienza *Freud* hipnotizando a los pacientes para traer a la conciencia dicho hecho traumático (método catártico); después de algún tiempo se da cuenta que aunque el sujeto sea hipnotizado, si se le hace un “interrogatorio a presión” (ponía su mano en la frente del paciente y sugería que el hecho importante era el que venía en ese momento a la conciencia) pueden obtenerse los hechos significativos. Estas concepciones fueron abandonadas por él al pasar a su método definitivo, la asociación de ideas: Consiste este método en que el paciente vaya comunicando todo lo que venga a su mente, sin dirigir su actividad ni ejercer crítica de lo que aparezca (así sean cosas desagradables, tonterías, etc.). Aunque en apariencia la actividad mental vagaría sin ningún tipo de dirección, esto no ocurre así, porque el hecho de estar ante un médico, en una situación terapéutica, hace que el subconsciente guíe la actividad en la forma adecuada para llegar a los hechos traumáticos.

Si bien el paciente acude al médico por su deseo de curarse, esta actitud pronto es sustituida por una relación sentimental con el médico (transferencia), lo que constituye en lo adelante la motivación que lo lleva al tratamiento.

Consideraba Freud que era una forma particular en el fenómeno general de las relaciones interpersonales.

Mientras este sentimiento es moderado constituye la principal fuerza terapéutica, pero en la medida que se desarrolla el tratamiento, se va incrementando y toma la forma de un amor apasionado, o de un odio terrible pasando en este momento a convertirse en un obstáculo (resistencia) que provoca el cese de las asociaciones, haciéndose necesario para poder continuar el tratamiento, llevar a la conciencia del enfermo (interpretación) que se debe a la repetición en el terapeuta de las relaciones amorosas que fueron reprimidas durante la infancia, lo cual hace posible la superación del obstáculo "con una modificación duradera de la economía anímica" que conduce a la curación.

Señala una fuerza que actúa contra la labor de análisis evitando que surjan los contenidos reprimidos (resistencia), los cuales, para vencer este centinela, llegan a la conciencia disimulados con un disfraz, que, si no es muy intenso, puede ser interpretado; en el caso contrario hay que señalar dicha resistencia al paciente lo que al ser comprendido hace que desaparezca.

Hizo notar la importancia de la información extraverbal que es el conjunto de datos que brinda el paciente con su actitud y movimientos.

La actividad de los sueños tampoco escapó al sistema de Freud; consideraba que la función del sueño era proteger el dormir, tanto de las molestias externas, como de los impulsos interiores que nos despertarían si los incluyéramos en un sueño. Veamos un ejemplo del primer caso: Si cuando estamos durmiendo se desata un aguacero y nos salpica, nos despertaríamos, a no ser que soñáramos que estamos en una playa salpicados por las olas, lo cual nos permite continuar nuestro reposo.

En el segundo caso, la censura que se ejerce contra el acercamiento de los impulsos prohibidos a la conciencia, se debilita al dormir, pero no desaparece, lo que permite alguna libertad para que dichos impulsos afloren siempre y cuando sea en una forma poco evidente, "disfrazados". "Soñar es la realización disfrazada (contenido manifiesto) de un deseo reprimido (contenido latente)", esto hace de los sueños la forma ideal de penetrar al inconsciente. Describe los mecanismos que usa el proceso de elaboración onírica en la siguiente forma:

Condensación: es la fusión de varios elementos dando la sensación de unidad, por ejemplo: "era la casa de mi tía, sin embargo, los muebles eran los de mi casa".

Desplazamiento: mecanismo en el cual se da poca importancia a los hechos fundamentales y mucha a los triviales.

Dramatización: transformación de los contenidos en imágenes visuales.

Simbolización: la sustitución de un hecho del contenido latente por otro que lo represente.

Elaboración secundaria: es la estructuración final que le da coherencia al sueño, se preocupa de hacerlo irreconocible.

También estudió toda la actividad del individuo, llegando a la conclusión de

que no había equivocación, olvido, etc., que no tuviera una motivación inconsciente (actos fallidos).

En nuestra opinión, si podemos negar todo el edificio teórico de la doctrina psicoanalítica (evolucionismo mecanicista, biologismo exagerado, concepto de desarrollo de la libido e impulso de iteración) estamos obligados a reconocer que nos abrió las puertas del mundo que estaba más allá de los elementos conscientes, señaló la relación médico-paciente, hizo interesantes observaciones sobre el mecanismo de producción de las neuronas ideando el método terapéutico para su curación.

Este tratamiento era muy prolongado y rígido; el paciente se acostaba en un chaise-longue y el médico se colocaba a su espalda, durante una hora diaria, en muchas ocasiones por varios años.

Muchos discípulos siguieron estas técnicas de modo ortodoxo, habiendo algunos que todavía lo hacen, mientras que otros introdujeron modificaciones más o menos profundas; entre éstos, a nuestro juicio, fue Franz Alexander, quien introdujo las modificaciones más importantes.

Contrasta la rigidez de la terapia de Freud con la flexibilidad de la de Alexander; modifica éste la postura por considerarla artificial y «pie facilita el desboqué de la imaginación, prefiriendo dos butacas frente a frente, aunque advierte la necesidad de evitar que se convierta en una entrevista social mediante un manejo adecuado de los silencios y las emociones.

Considera que la asociación de ideas no es la técnica obligada, introduciéndose sesiones directas; llega hasta impartir a pacientes, directrices para la vida, que le permitan adaptarse al ambiente y desarrollar las aptitudes, indicando para algunos enfermos, psicoterapias de apoyo y cambios ambientales.

Uno de los elementos más importantes de su terapia es la experiencia emocional correctiva, que consiste en que el paciente con ayuda de la situación terapéutica pueda enfrentar y vencer conflictos que fueron insuperables en el pasado. “No basta recordar el hecho traumático, es necesario tener una experiencia emocional correctiva”. El tratamiento debe prolongarse a la vida diaria de las sesiones, todo lo cual es discutido en la sesión siguiente sirviendo de experiencia emocional correctiva.

“La verdadera conquista es el dominio que el paciente logre (en la relación transferencial) de un conflicto emocional anteriormente insuperado”.

El número de sesiones y su frecuencia deben ser variables, dependiendo de la madurez del yo del paciente; a medida que éste es más fuerte, las sesiones pueden ser más espaciadas y de un contenido emocional más intenso; en algunos casos solamente da dos o tres sesiones en total, esto es fundamental para evitar las grandes dependencias (neurosis transferencial).

Para preparar una terminación definitiva del tratamiento propone hacer interrupciones temporales de tiempo variable que se analizan posteriormente.

Considera en resumen que no debe orientarse el tratamiento hacia el pasado, sino al presente, ya que hasta las mismas interpretaciones deben hacerse de las actitudes actuales del paciente y sólo cuando éstas sean comprendidas, referirlas al pasado.

Indudablemente que, si Freud sentó las bases de la psicoterapia, Alexander, aunque partía de una base analítica, despojó al tratamiento de gran parte de su concepción teórica ritual e idealista y lo puso en un nivel más real y práctico.

Otro de los discípulos que hace importantes modificaciones es H. S. Sullivan,

el cual al pertenecer a la Escuela del Psicoanálisis Cultural introduce modificaciones de influencia social, siendo a nuestro juicio su más importante aportación, el criterio sobre relaciones interpersonales, las que en el caso de ser adecuadas proporcionan seguridad, pero en el caso contrario generan la ansiedad.

Desde el punto de vista práctico introduce interesantes aportaciones a la técnica, su libro "La Entrevista Psiquiátrica," obra que en nuestra opinión debía ser leída por todo psiquiatra, y quizás por los médicos generales, ya que es una técnica de aplicación para una psicoterapia profunda, sino un acabado estudio de lo que es una entrevista con un enfermo psiquiátrico, cualquiera que sea la conducta que vayamos a seguir con él.

Ya en el campo de la técnica de psicoterapia propiamente hablando hace incapié en el manejo de la ansiedad, lo cual deviene en una de sus principales armas terapéuticas; la ansiedad es manejada por medio de las transiciones (suaves, moderadas y bruscas) que son las formas como llevamos a, o sacamos un paciente de un tema, casi siempre en atención a la ansiedad que queremos producir o evitar. También introduce las validaciones que son comprobaciones que hacemos con el paciente de las hipótesis formadas sobre él.

Podemos agregar, por último, dentro de la terapéutica analítica, la modificación técnica introducida por *W. Reich*, el cual considera que en algunas enfermedades (neurosis de carácter) el principal síntoma es el carácter del paciente, el cual constituye como una resistencia que debe ser analizada a partir de su desarrollo en la relación interpersonal con el terapeuta poniendo al paciente repetidamente frente a la situación desde diferentes ángulos. Considera que ésta es la única forma de

analizar a estos pacientes, y que todos en algún momento de su tratamiento emplean este tipo de resistencia, la cual liace ineficaz en este momento la técnica psicoanalítica usual.

Hemos insistido en el psicoanálisis porque aunque no es la única técnica de psicoterapia, es la más extendida y estructurada.

Como habíamos mencionado anteriormente, nuestro propósito no es una acabada revisión de las psicoterapias lo que nos justifica tratar otras escuelas a nuestro juicio menos relevantes, citando entre ellas la psicoterapia no dirigida, de poca complejidad (rechaza las interpretaciones y la dirección) y menos aplicación.

El análisis existencial presenta mayor cuerpo doctrinal, pero entendemos que es más investigativo que terapéutico; en fin, existen numerosas psicoterapias eclécticas que engloban en forma más o menos lógica, elementos conceptualmente distintos y que en la mayoría de los casos son excluyentes.

No debemos dejar de mencionar la psicoterapia basada en el aprendizaje, entre las que se destaca la de *Dollarcy y Miller*, los cuales consideran que la neurosis es un producto del aprendizaje y que el tratamiento debe ser llevado a producir un nuevo aprendizaje correcto; en cuanto a elementos técnicos es una psicoterapia compleja, de la cual podemos opinar por no tener experiencia práctica en ella.

Ahora debemos considerar otra situación, ¿cuál es a nuestro juicio el método psicoterapéutico indicado en nuestro medio?

Para contestar esta pregunta debemos situarnos en que estamos dentro de un pueblo en revolución, con una modificación profunda de todas las antiguas

instituciones y una filosofía marxista-leninista. Una de las características (de nuestro estado es la intensa politización de sus ciudadanos, por lo que los elementos filosóficos entran a formar parte importante en las concepciones individuales.

¿Es posible que este enfermo materialista dialéctico pueda ser comprendido y dirigido por una terapéutica de liase idealista que no tenga en cuenta las características históricas, sociales e ideológicas que tanta importancia tienen en la formación de la personalidad?

No nos encontramos ante un problema nuevo, esto ha sido considerado y reconsiderado a lo largo de muchos años, [^]a *Politzer* en el 1928 se declara defensor del psicoanálisis, aunque señala la necesaria reforma de algunos principios teóricos; desde luego, hay que tener en cuenta que en el 1939 escribe un artículo titulado "El Fin del Psicoanálisis" en el que resume la evolución de su pensamiento al respecto declarando la imposibilidad de armonización de ambas doctrinas.

W. Reich fue otro de los defensores de un psicoanálisis materialista, aunque es *José Bleger* con su obra "Psicoanálisis y Dialéctica Materialista" quien da más cuerpo a este pensamiento.

No creemos que sea conveniente plantear en este trabajo disertaciones filosóficas, lo cual no es su finalidad, pero afirmamos que para nosotros un psicoanálisis materialista dialéctico, no es psicoanálisis, ni es materialista dialéctico.

Y que un paciente materialista, en un medio materialista, ¹¹⁰ puede ser tratado con método idealista.

Nos sentimos influidos por las opiniones de la escuela de los psicoterapeutas marxistas franceses, considerando como ellos que:

Las enfermedades susceptibles de tratamiento por psicoterapia profunda, veremos que, en su mayoría, si bien existe alguna predisposición del individuo, han sido adquiridas por distintos hechos de su devenir histórico, hechos que son producidos en el campo de las relaciones interpersonales y que a su vez han dejado alteraciones en su capacidad de relación.

La psicoterapia es simplemente una relación interpersonal en la cual se van a hacer patentes todas las alteraciones que presenta el paciente en su capacidad de relacionarse, dando ocasión para reeducar estas funciones de relación.

No se entienda por esto que el psicoterapeuta es un consejero o "un director espiritual" a la moda católica; el psicoterapeuta trata de reconstruir junto con el enfermo su drama social por medio de esta relación interpersonal, en la que se pondrán en evidencia todos los conflictos y contradicciones del sujeto, así como la naturaleza profunda de su organización afectiva. El paciente irá "sintiendo" cómo es él en realidad; decimos "sintiendo" porque esta situación no es un proceso cognoscitivo puramente, si así fuera no tendría valor terapéutico, aquí se mezcla la comprensión del hecho con su intensa vivencia emocional, lo cual lleva a una toma de conciencia real de la situación, por ese pasar y repasar de lo afectivo a lo cognoscitivo, lo cual produce una variación en alguna línea de conducta, que por producir ¹¹¹¹ resultado exitoso al analizarse posteriormente, conllevará a una nueva toma de conciencia a un nivel superior que reforzará la primera.

La conducta del sujeto tiene un significado, el que puede descomponerse en un significado general de acuerdo con los esquemas del resto de la sociedad, que es o puede hacerse claramente inteligible al paciente, y un significado par-

tiular, que es el que condiciona en realidad dicha conducta; éste sólo puede alcanzarse por un conocimiento profundo y cuidadoso de toda la historia del sujeto, pero esto es más difícil de llevar al conocimiento del paciente, lo cual se logra por la interpretación de determinadas conductas tenidas dentro de la situación psicoterapéutica, interpretación que como señalábamos anteriormente debe ser sentida (el insight de los psicoanalistas). El terapeuta no sólo se sienta a esperar que aparezcan estos hechos, sino que debe ir conduciendo la situación de modo que se hagan evidentes estas conductas, porque como habíamos dicho, su aparición dentro de la sesión la pone en lugar privilegiado para que el paciente vivencié su naturaleza patógena.

En este sistema se parte de hechos reales tomados de la práctica sin ninguna elaboración teórica ficticia o idealista, llegando después a la comprobación con la misma práctica del resultado de la modificación de la conducta del paciente.

Hasta el momento hemos enfocado la psicoterapia en un sentido profundo y a un nivel especializado por lo que nos interesaremos ahora por la psicoterapia del sentido común, accesible al médico general, aunque sea aplicada en algunas ocasiones por el especialista.

Esta psicoterapia no requiere formación técnica, ya que surge espontáneamente de la práctica médica cotidiana y no rebasa los límites de lo que sugiere el sentido común; tiene más en cuenta los elementos generales de la sociedad, que la dinámica individual del sujeto. Su elemento fundamental es un asesoramiento al paciente, con comprensión de la situación dramática en que vive.

A este nivel pueden ser manejados: el reposo y la terapéutica ocupacional, un cambio de ambiente o la indicación de actividades específicas que permiten al paciente una mejor adaptación.

Se ha discutido si la psicoterapia de psicóticos es de utilidad; en nuestra opinión en los psicóticos como en todo enfermo debe emplearse la psicoterapia del sentido común, aunque como terapéutica principal, ya que no somos partidarios de los métodos psicoterapéuticos específicos para psicóticos. Si se tratare de neuróticos que pasan a una descompensación de nivel psicótico de su neurosis, consideramos oportuno que se trate con las formas habituales químicas y biológicas, para que una vez desaparecido el brote, se enfoque con la psicoterapia indicada a su neurosis.

Por último, mencionaremos brevemente la psicoterapia de grupos, muy útil en tanto que permite manejar un número mayor de enfermos en menos tiempo. Aunque en nuestra forma de ver, lo que se gana en tiempo, se pierde en profundidad, por lo que está indicado en pacientes con trastornos de gravedad moderada (para algunos autores no es así) y sobre todo conflictos señalados en su forma de conducirse con los demás.

Estos grupos pueden ser pequeños (de 8 a 12 pacientes) en los cuales se seguirán técnicas similares a las ya descritas. Tienen la ventaja de que una actitud es vista con más claridad cuando la muestra otro, que cuando la mostramos nosotros, por lo que se presentan una serie de comparaciones que facilitan la comprensión de los problemas individuales. En los grupos existe la libertad de hablar y decir lo que el paciente quiere cuando él quiere, siempre (por esto sea aceptado por los demás, ampliándose aquí la relación médico-paciente, a una relación entre todos los miembros, lo que unido al secreto de los problemas que se traten, hace que una vez establecida esta relación, se planteen problemas que ninguno de los pacientes hubiera pensado expresar fuera del grupo.

En esta actividad surgen líderes que guían al grupo hasta que son sustituidos, provocándose conflictos y diferencias entre ellos que deben ser interpretados por el terapeuta o cualquier otro paciente.

Los grupos pueden admitir otros pacientes (abiertos) una vez constituidos, o no (cerrados); el hecho de faltar un paciente o ingresar otro nuevo produce una alteración en la dinámica de la relación con el grupo, la cual debe ser analizada.

Una modalidad de estos grupos fue introducida por Moreno: en ella cuando un tema tiene suficiente fuerza emocional para interesar a todos los pacientes, pasa a ser escenificada, siendo el paciente del problema el protagonista y el resto del grupo el público participante. El peiooterapeuta actúa como director de escena en uniforme activa y enérgica, pudiendo haber otros profesionales que actúen como actores auxiliares; lo fundamental es la espontaneidad, tanto del público como de los actores que viven la situación dramática del sujeto, la cual es discutida posteriormente en el grupo pudiendo ser puesta en escena de nuevo con las modificaciones producidas en la discusión.

Este método tiene la ventaja de unir a la vivencia cognoscitiva emocional del paciente, el reforzamiento de la acción, lo cual completa la totalidad de los procesos.

Actualmente se manejan grupos psicoterapéuticos de gran número de pacientes; creemos que son de gran utilidad siempre y cuando se pierda la perspectiva de que la profundidad no puede sobrepasar en ellos la de una psicoterapia de sentido común, pudiendo manejarse, cambio de intereses, laborterapia, repartición de responsabilidades, etc.

¿Cuáles son las indicaciones de la psicoterapia?

La psicoterapia de sentido común está indicada en todo paciente que presenta alguna dificultad en su modo de ver el medio ambiente, y en aquellos que presenten alguna patología reactiva a problemas en éste; en su mayoría estos trastornos deben ser manejados por el médico general.

La psicoterapia profunda está indicada en aquellos pacientes que presentan alteraciones de mayor gravedad, como la neurosis y algunos trastornos de personalidad (inmadurez, inestabilidad emocional, histerias, etc.), y aunque la psicoterapia es la indicación principal, debe ser acompañada de un adecuado tratamiento farmacológico. En los últimos tiempos los hallazgos dentro de la bioquímica de las enfermedades psiquiátricas han brindado un tratamiento más científico de éstas desde el punto de vista farmacológico, que incluye por supuesto a las neurosis (fobia depresiva, etc.). La histeria es en estos momentos la única que escapa a estos hallazgos y por tanto la que recibe la indicación principal de este tratamiento dentro de la neurosis.

La psicoterapia profunda es un tratamiento que debe ser aplicado por el especialista, aunque en apariencia inocuo, en la práctica se observa que puede producir iotrogenia intensa, llegando incluso a poner al paciente en un estado que haga extraordinariamente difícil su curación posterior (caótico) aunque se aplique una psicoterapia adecuada.

El especialista que se dedica a realizar este tratamiento debe recibir una preparación que varía según la escuela y el maestro.

Como tipo para dar una idea de este entrenamiento podemos enfocar en forma muy general el dado por el profesor

JA. Bustamante a un grupo de nosotros; consistió en cinco cursos de duración variable, entre siete y nueve meses aproximadamente cada uno. Durante dos años se alternaron dos horas semanales de clases teóricas con aproximado de cuatro horas prácticas; la práctica estaba a cargo del profesor que realizaba las sesiones en una cámara apropiada (para evitar que el tratamiento se altere al haber espectadores visibles) con discusión posterior de las técnicas y manejos.

En el siguiente curso se inició el control de uno o más casos por cada discípulo, cambiaron las clases teóricas por

seminarios más espaciados y continuaron las sesiones por el profesor.

Los dos últimos años se eliminó la actividad teórica pura, pasando los discípulos a desarrollar sesiones en la cámara, seguidas de discusión posterior con el equipo y el profesor (una semanal cada uno, que hacían varias a la semana por equipo).

Creemos que este entrenamiento brindó una preparación básica, que tendrá que ser desarrollada por cada uno con la experiencia individual y quizás en cursos posteriores.

SUMMARY

Castro López, H *Psychotherapy*. Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

In a general way it is exposed what it is and how it was established; its technic, indications and required preparation for performance are briefly described, considering the type of psychotherapy, with in our opinion is the indicated therapy in a materialist-dialectic society.

RESUME

Castro López II. *La Psychothérapie*. Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

L'auteur essay d'expliquer quel est, et comment s'est constitué cette forme de traitement. Il a exposé, en générale, la technique, les indications et la préparation nécessaire pour pouvoir l'exercer, tenant en compte le type de psychothérapie, qui à notre avis c'est la plus indiquée dans une société matérialiste-dialectique.

FE3KME.

Кастро Ллонбэ H. нХХОТепанRH. Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

HejjaeTCH odmee HSJioxeHHe o noHBjremoi 11 ycTaHOBjieHint sToro -mpa jie- ^eHM z onncHBaaTCH MeTojui, noKa3aHHH a nojiTOTOBKa iieoóxoim.me cne- iIHajiHCTaM b 3Toá oóJiacTH.B 3to sce Bpewn paccMaTpiiBaeTCH KaKOii no Hameiny MHeHmo HBJiHeTcfl no,nxo,nfimHM bhjiom ncnxoTepanini n comiamicTH- ■qecKOM oómeCTBe.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, French:* Terapéuticas Psicoanalíticas. Editorial Ronald Press Co., New York 1946.
- Bonnajé, Muldworj, Bequnrl y otros:* Psicoterapia y Materialismo Dialéctico. Ediciones Nuestro Tiempo, Buenos Aires 1965.
- Conferencia Depto. de Psiquiatría, Universidad de La Habana. Impresora Universitaria.
- Freud, S.:* Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1948.
- Uorney, K.:* La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo. Editorial W. IV. Norton & Co. New York 1937.
- Junet:* Medicina Psicológica. Editorial M. Aguilar, Madrid.
- Lebcdinski, Platonov:* Problemas Psicoterapia. Editorial Quetzal, Buenos Aires 1962.
- Platonov:* La Palabra como Factor Fisiológico y Terapéutico Ediciones Lenguas Extranjeras, Moscú 1958.
- Keich, IV.:* Análisis del Carácter. Editorial Or-gone Inst. Press, New York 1945.