

## Fases iniciales

---

Decía Sigmund Freud que en psicoterapia, como en ajedrez, existían procedimientos muy estudiados y muy reglados de apertura y de terminación, mientras que las fases intermedias eran, por su propia naturaleza, menos accesibles a la reglamentación y más dependientes de la creatividad o la intuición del jugador (o de la terapeuta). Pero lo cierto es que, como en el ajedrez, el curso de la terapia entera (de hecho, incluso su posibilidad misma) está fuertemente condicionado por lo que sucede en los primeros momentos de la misma y que es muy difícil remontar un mal comienzo. Hoy sabemos, por la investigación proceso-resultados, que lo que sucede en las primeras sesiones predice, en muy buena medida, los resultados que se obtendrán al final de la terapia.

Muchos manuales de psicoterapia se refieren a estos primeros momentos del proceso psicoterapéutico como *fase de evaluación*. Hemos preferido el término más general de **fases iniciales** en consideración de que, si bien la evaluación es una tarea central en este momento de la terapia no es, ni mucho menos la única (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997).

Llamaremos **fases iniciales** a la parte del proceso psicoterapéutico que transcurre entre el momento en el que se realiza la indicación de la intervención psicoterapéutica y aquel en el que se establece el contrato por el que paciente y terapeuta acuerdan sobre que y cómo van a trabajar durante el resto del

tratamiento. Suelen emplear entre una y seis sesiones. Lo más frecuente es que se lleven a cabo en menos de tres (cuando no es así la terapeuta debe preguntarse seriamente por qué).

Durante estas fases iniciales se persiguen tres tipos de **objetivos**: 1) la evaluación y correspondiente **formulación del caso** (que incluye el **plan de actuación**) 2) la construcción de la **alianza de trabajo** y 3) el acuerdo de un **contrato**.

## 1. Objetivos

### 1. *Evaluación y formulación para la planificación*

En el momento de iniciar el proceso psicoterapéutico generalmente ya tenemos la información sobre la persona que va a ser paciente que nos ha permitido hacer la indicación de psicoterapia. En este momento habremos, incluso, acordado con él una primera versión de su demanda que abra la posibilidad de plantear una intervención psicoterapéutica. Pero esta información será, generalmente, insuficiente para guiar nuestra actuación durante el proceso terapéutico, y tendremos que dedicar un tiempo a ampliarla.

Esta idea se ha cuestionado en ocasiones desde posiciones psicoanalíticas extremas según las cuales para que el proceso terapéutico (analítico) comience no es preciso que nadie (ni la terapeuta ni la paciente) disponga de una idea más o menos precisa sobre la naturaleza del problema. Desde tales posiciones se ha planteado, incluso, que tal visión previa, sería más un obstáculo que un instrumento para el buen fin del proceso analítico. Tales ideas –que pretenden prevenir contra el *furor sanandi* que pueda entorpecer el proceso analítico– son poco acordes con nuestra definición de psicoterapia, en la que lo esencial es, precisamente, la pretensión de producir cambios (de tratar) y de hacerlo del modo más eficiente posible.

Para la mayoría de los terapeutas el proceso terapéutico debe comenzar con una evaluación específica que requiere actividades específicas en las que terapeuta y paciente van a tener que realizar actividades que probablemente van a ser diferentes de las que van a tener que llevar a cabo en otros momentos de la terapia.

Por ello el proceso de **evaluación** ha sido objeto de atención detallada en casi todos los prontuarios de psicoterapia y refleja las hipótesis de base sobre los mecanismos del cambio que se busca. Strupp y Binder (1989), por ejemplo, establecen que este proceso se refiere a cuatro **tipos de información**

1. **naturaleza de la “enfermedad” previa y actual** incluyendo detalles sobre síntomas, historia de “enfermedades” relevantes de los miem-

bros de la familia, tratamientos anteriores y examen formal del estado mental

2. **historia de relaciones pasadas**, incluyendo una historia familiar detallada
3. información sobre **relaciones actuales**
4. observaciones de **transacciones en la relación terapéutica**

Cada propuesta de psicoterapia especifica los procedimientos por los que se obtiene la información relevante para la definición de las pautas disfuncionales a las que nos referiremos detalladamente en las fases intermedias.

En un trabajo previo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse 1997) planteábamos el siguiente listado de áreas a evaluar

1. evaluación del **problema**. (*¿Qué pasa?*)
2. evaluación de la **demanda** (*¿Por qué ahora?*)
3. evaluación de las **posibilidades de tratamiento** (*¿Qué será capaz de hacer para lograr lo que quiere?*)
4. evaluación de las **posibilidades de relación terapéutica** (*¿Cómo podríamos –ella y yo– trabajar para lograr eso?*)
5. evaluación de la **contratransferencia** (*¿Qué problemas me puede provocar esto?*)
6. evaluación del **contexto** (*¿Cómo repercutiría esto en el entorno y viceversa?*)

Listados de estas características son útiles como sistematizadores de la exploración que debe llevarse a cabo en estas fases. Sin embargo tienen el inconveniente de sugerir la idea de que podría llevarse a cabo *primero* un proceso de exploración completa y que *después* podría, sobre él, comenzarse a plantear una hipótesis sobre la que, *más tarde*, desarrollar un plan de tratamiento. Por ello preferimos entrenar a nuestros alumnos en el proceso de **formulación de casos** y pedirles que tengan en la cabeza la necesidad de completar este trabajo de formulación cuando emprenden las tareas exploratorias. Llamamos formulación al proceso por el que la información recogida durante la fase de evaluación se organiza en una serie de hipótesis sobre las que es posible entender la queja del paciente como un (conjunto de) problema(s) cuya solución supondría el logro de una serie de objetivos, y proponer una estrategia de tratamiento, previendo la modalidad, intensidad y duración del mismo y los problemas que más probablemente encontraremos durante su desarrollo. Es la intención de formular la que guía la exploración. Para mayor claridad expositiva hemos expuesto lo referente a la formulación en un capítulo aparte.

## 2. Construcción de la alianza de trabajo

La necesidad de cumplir el segundo objetivo de las fases iniciales –establecimiento de una **relación terapéutica**– es, una vez que se enuncia, obvia: de nada nos sirve una apreciación muy exacta del problema a tratar si no se dan las condiciones (de confianza, de acuerdo sobre la naturaleza de la tarea y sobre los respectivos roles a asumir en ella por el terapeuta y el paciente) que nos han de permitir trabajar. Sin embargo, parece necesario explicitarlo porque, a pesar de que todo terapeuta con cierta experiencia se ha visto en alguna ocasión renunciando a obtener alguna información o ralentizando el proceso de adquirirla para salvaguardar esta relación o, incluso, ha salido muy satisfecho de alguna primera entrevista en la que casi ni ha podido averiguar la naturaleza del problema sólo porque ha conseguido remover los obstáculos que inicialmente tendía el paciente ante cualquier intento de aproximación productiva, es frecuente que este objetivo se omita en los textos introductorios.

*Ramiro es un funcionario de Correos que acude de urgencias al centro de salud mental con un informe de la urgencia del hospital a la que había sido conducido por la policía tras protagonizar un incidente en el trabajo al descubrir una errata en su nombre en un listado, que pensaba que era intencionada y respondía a una conspiración de sus compañeros para humillarlo. Se trata de un varón de 29 años, que vive sólo, que, según los compañeros que le acompañaron al hospital, siempre ha rehuido los contactos sociales, pero que, hasta la fecha, había sido un trabajador ejemplar. Se comporta ante el entrevistador como si este fuera un policía que le va a someter a un interrogatorio y le dice que ha venido sólo para evitar que el juez, alertado por la policía, le detenga; que sabe que tiene derecho a guardar silencio, aunque está seguro de que el terapeuta ya habrá urdido algún plan para evitar que ejerza sus derechos porque al fin y al cabo cobra por obedecer a los jueces y a la policía sin pararse a pensar en la justicia de las decisiones de estos... El terapeuta le dice que (el terapeuta) está ofendidísimo porque está siendo víctima de una acusación infundada por parte de Ramiro, y que le parece sorprendente que Ramiro le pida que le crea, cuando él (Ramiro) está demostrando que no sólo nunca creería al terapeuta, sino que ha aparecido allí y, sin conocerlo le está acusando injustamente de tener intenciones malignas y de estar vendido a no sabe quién. Ramiro dice que el no está acusando a nadie y el terapeuta le recuerda que acaba de decir que él estaba vendido a un juez injusto y de acuerdo con los compañeros de su trabajo y que pretendía lavarle el cerebro. “Si a mí, que no me conoce me trata así. ¿Cómo se yo que no le ha hecho algo parecido a esos que dice que le maltratan?”. Ramiro dice que no quería decir que eso fuera seguro y el psiquiatra le contesta que de todos modos se siente muy dolido por su sospecha. “Así no podría trabajar con usted. ¿Cómo podría yo confiar en lo que me dice si sé que usted me considera un potencial enemigo? No sé lo que le pasa pero casi prefiero que no me lo cuente, porque en esta situación de falta de confianza me iba a costar creer que lo que diga sea la verdad... Lo único que sé es que, por lo que sea, parece que lo está usted pasando muy mal y que, así, es probable que siga mucho tiempo igual, porque. ¿Quién va a querer ayudar a alguien que empieza acusando a personas a las que ni siquiera conoce? Ramiro pide perdón: “Tal vez con usted me he equivocado, pero usted no sabe...”. El terapeuta le dice que no quiere que le cuente nada*

*que haga que luego se sienta inseguro, que, de momento le basta con saber que, efectivamente, lo está pasando mal, que, por lo menos, no le va a mentir, y que si necesita ayuda va a recurrir a él. Ramiro llora cuando dice que sí que lo está pasando muy mal y pide perdón por no sentirse seguro como para contar exactamente lo que ha sucedido, Dice que en ese momento está muy confundido. Finalmente acuerdan una cita para el día siguiente. Al terminar la entrevista (tres cuartos de hora) las hojas de anamnesis de la historia están en blanco. El terapeuta está satisfecho. Año y medio después el paciente, que sigue trabajando sin grandes problemas, sigue acudiendo a consulta, aunque le sería aún muy difícil contar la historia de su enfermedad.*

Casos como este suponen ilustraciones extremas de la afirmación de Marvin Goldfried (comunicación personal) de que el objetivo principal de la primera sesión es conseguir que haya una segunda.

En la medida en la que construir la alianza de trabajo es un objetivo de cuyo logro debemos asegurarnos antes de dar por terminadas las fases iniciales es preciso disponer de un modelo de alianza que nos permita observarla y, de algún modo, medirla. El concepto de alianza de trabajo se debe a Greenson (1967) que la define como *la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica*. Aunque tal idea ha sido duramente criticada en medios psicoanalíticos por presuponer la existencia de un área del yo libre de conflicto el uso del concepto (como *alianza de trabajo* o *alianza terapéutica*) se ha generalizado desde entonces y ha sido objeto de diversas formalizaciones y de una buena cantidad de investigación en la que ha aparecido como potente indicador de resultados (Gelso y Carter, 1985; Horvath y Greenberg, 1989; Moras y Strupp, 1982). Una de las propuestas de formalización que, por su simplicidad ha tenido más aceptación ha sido la de Bordin (1979) que se refiere a la colaboración entre paciente(s) y terapeuta(s) en tres diferentes escenarios: tareas, objetivos y vínculos. La alianza en cuanto a **tareas** se refiere al acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a que las actividades que se llevan a cabo durante las sesiones (o como resultado de las mismas, como en el caso de las tareas para casa) es pertinente y útil para tratar el problema del paciente. El componente **objetivos** se refiere al acuerdo en cuanto a qué es lo que pretende lograrse con la intervención. El concepto de **vínculos** se refiere a la relación entre ambos e incluye aspectos como la confianza, la aceptación o la empatía. Un concepto relacionado con este aspecto de la alianza es el de *rappport*. Malan define el *rappport* como “el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta”. Para este autor la atención al *rappport* es una actividad central del terapeuta y la sensibilidad para detectar sus oscilaciones una cualidad imprescindible para la práctica de la psicoterapia. Para Malan el criterio por el que una interpretación puede considerarse acertada es, ni más ni menos, porque produce un incremento del *rappport* (Malan, 1979).

Terapeutas de orientación más cognitivo-conductual como Marvin Goldfried han utilizado, en ocasiones, para referirse a la alianza de trabajo la metáfora de la *anestesia*. Como la anestesia en cirugía, la alianza de trabajo sería un requisito para que las intervenciones terapéuticas puedan actuar, aunque ella no sea terapéutica en sí misma. El propio Marvin Goldfried nos contaba como un terapeuta experiencial (Lesley Greenberg) le hizo ver que es difícil sostener que algo que incluye entre sus componentes los lazos interpersonales entre terapeuta y paciente no tenga efectos terapéuticos (al menos vía *experiencia emocional correctiva*).

Dado que, en las fases iniciales, es más fácil que cada uno de los participantes en la terapia atribuya al otro ideas y sentimientos respecto a cada uno de estos aspectos (tareas, objetivos y vínculos) que no se correspondan con los que éste experimente, es preciso que el terapeuta esté entrenado para reconocer y explore los signos de acuerdo con respecto a cada uno de estos componentes:

*Elena se esforzaba denodadamente por proporcionar toda suerte de información sobre sus síntomas en las primeras sesiones. A cada pregunta del terapeuta respondía añadiendo nuevos detalles y ejemplos. Parecía encontrarse a gusto haciendo esto. Tampoco el terapeuta estaba descontento y, en la supervisión describió a Elena como "muy colaboradora". Cuando, después de hablar con su supervisora, le pidió a Elena que le contara lo que le parecía que habían estado haciendo hasta entonces esta le dijo que contarle al terapeuta todo lo que sabía sobre los síntomas para que él, que era médico, pudiera proporcionarle un remedio que los hiciera desaparecer. El terapeuta le explicó que lo que pretendía es que revisaran juntos las circunstancias que le habían llevado a la situación que motivó la consulta para que ella pudiera considerar el actuar de otra forma. La paciente se mostró desanimada porque había interpretado el trabajo que estaban haciendo como señal de que estaban cerca de "acertar por fin con lo que tenía y darle una medicación adecuada" (y ahora resultaba que tenía que iniciar una exposición sistemática) y porque ahora pensaba que lo que había interpretado como interés del médico por ella era una estrategia para obligarla a hacer lo que le daba miedo hacer. Terapeuta y paciente no estaban de acuerdo sobre en que consistían las tareas que debían afrontar en la terapia y para qué eran importantes e interpretaban las actividades que realizaban de modo distinto.*

*La terapeuta de Noemí había quedado impresionada por lo que pareció superficialidad en sus relaciones afectivas, su hostilidad con las mujeres y su conducta provocativa con los hombres y su modo dramático de solicitar afecto o atención. Consignó en la historia un diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad. Consideró que la relación de Noemí con su actual novio (15 años mayor que ella y líder en una comunidad marginal) potenciaba este patrón de comportamiento y pensó en trabajar sobre esta relación. Noemí colaboró al principio. Poco a poco fue mostrándose irritada con la terapeuta. Finalmente le recordó que había acudido a consulta por un problema de insomnio, que la terapeuta le había sido útil porque le había hecho notar que guardaba relación con el consumo de psicoestimulantes (que había controlado desde la primera sesión) y que no tenía intención de cambiar nada más en su vida.*

Un desacuerdo en los objetivos como el del ejemplo anterior, puede ocurrir por la situación inversa.

*Raúl acude a consulta con un cuadro depresivo que fue puesto en relación con la muerte de su padre un año antes. Quince sesiones más tarde, ya eutímico, Raúl expresaba su sorpresa ante la mención, por parte del terapeuta de la posibilidad del alta porque él esperaba que, ya que habían estado hablando de tantas cosas de su vida, la terapia podría servirle para decirse por fin escribir y poder así dejar el empleo de administrativo en el que trabajaba.*

El caso de Ramiro, citado un poco más arriba (página 96) podría servir para ilustrar la necesidad de atender al componente relacional de la alianza terapéutica en las primeras sesiones de la terapia.

### 3. Contrato

El tercer objetivo de las fases iniciales –el establecimiento de un **contrato**– es más controvertido y nos ha dado pie a muchas –y productivas– discusiones cuando lo hemos expuesto en cursos y seminarios. En nuestro país casi ningún terapeuta establece –ni siquiera en el sector privado– un contrato escrito. Un contrato verbal que, por lo menos explicita el monto de los honorarios, el horario, qué sucede en caso de urgencia y qué se espera de cada una de las partes, parece inevitable en el marco de la práctica privada. Pero la situación es menos clara en la práctica pública (podría parecer que la atención psicoterapéutica se atiene a un contrato general sobre uso de servicios ofertados por el Estado) y hemos oído a muchos compañeros sostener que ellos *no hacen contrato*. Nuestra postura al respecto es que el contrato es un elemento central en la práctica de la psicoterapia. Hasta el extremo de que nos parece, sencillamente, **imposible trabajar sin contrato** o, dicho de otro modo, **no creemos que sea verdad que estos compañeros trabajen sin contrato**. Lo que es posible es **no hacer explícito –a veces ni siquiera hacer consciente– el contrato que se firma**. Nuestra hipótesis es que allí donde alguien pretende trabajar sin contrato lo que existe es un **contrato implícito**. En el peor de los casos más o menos en los siguientes términos:

*“No se muy bien que le pasa, pero, le veré a usted cuando tenga sitio en mi agenda, durante un lapso de tiempo que depende del follón que tenga en la sala de espera y mientras usted no se cure, se desespere o tenga dinero para pagarse un buen psiquiatra, con el fin de enterarme de si usted mejora o muere a causa de la medicación que le he prescrito. Tampoco se si hago todo esto porque me parece usted una mujer maravillosa o porque me pagan para ello” (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 1997).*

Es importante hacer manifiesto algo diferente y las fases iniciales deben terminar con una discusión explícita de un contrato que se convierte, así, en

un instrumento terapéutico y de control del proceso. Las fases iniciales se extienden, por tanto, desde el primer contacto hasta el contrato.

Un contrato debe referirse al menos a tres áreas diferentes. En primer lugar debe referirse a lo que suele llamarse **foco**, esto es el tema o narrativa principal sobre el que versará la terapia. Se trata de acordar una versión del problema que puede ser compartida por terapeuta y paciente y que permita organizar el trabajo. Para conseguir esto la terapeuta debe hacer partícipe al paciente de su **hipótesis** sobre que le pasa a través de una exposición fundamentada que generalmente va a incluir alguna referencia a la base teórica que lo sustenta. Este tipo de referencia que nunca fue extraña a los practicantes de la modificación de conducta, se ha impuesto también en los manuales de terapias cognitivas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), interpersonales (Klerman Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) o psicodinámicos (Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1989; Ryle, 1990, 1995). Esta exposición debe incluir una estimación **pronóstica** y servir para justificar una **propuesta de tratamiento**. Las siguientes viñetas ilustran explicitaciones del foco en diversos contratos.

#### VIÑETA 1:

*... De modo que todas esas cosas que usted me ha estado contando (su tristeza, sus ganas de llorar, su cansancio, su incapacidad de dormir más de tres horas, su falta de ganas de hacer nada, su modo pesimista de afrontar las cosas, esa sensación de que usted lo hace todo mal y esa tendencia a echarse la culpa de todo, sus deseos de no despertar por las mañanas, sus ideas de quitarse la vida...), en fin, todo eso, constituye lo que nosotros (los profesionales) llamamos una depresión. Sé que cuando alguien está tan deprimido como usted le cuesta trabajo dar crédito a lo que le voy a decir a continuación, pero quiero que usted sepa, al menos, cuales son las razones y los objetivos que yo tengo para trabajar con usted. La depresión es un trastorno bien conocido. Y hoy disponemos no de uno, sino de muchos modos de tratarla. Utilizaremos de entrada uno, pero recurriremos a otro si fuera necesario. De hecho, por lo que sabemos sobre el curso natural de este trastorno, usted saldría de esta situación en la que se encuentra incluso sin tratamiento (... ya sé que eso cuesta creérselo cuando uno se siente como se siente usted). Lo que conseguiremos con el tratamiento es que salga antes. Una de las cosas que sabemos sobre los trastornos depresivos es que es frecuente que aparezcan en personas que han tenido el tipo de experiencia que usted me ha estado contando que tuvo alrededor de la enfermedad y de la muerte de su padre. Probablemente aquella experiencia implicó tal cantidad y tal intensidad de sentimientos que, obligada como estaba a dedicarse noche y día a cuidarlo, usted no pudo dedicarles suficiente atención. Probablemente por eso sucedió lo que me contaba que le causó tanta sorpresa de no poder llorar en el entierro. A usted le costaba hablar de ello incluso aquí. Y por lo que cuenta ha evitado volver a pensar en ello desde que sucedió porque le parece demasiado doloroso. Le voy a pedir, sin embargo, que sigamos hablando aquí de ello. Hoy le ha costado pero me acaba de decir que ahora no se encuentra tal mal. En todo caso se trataría de pasarlo mal aquí (donde cuanto conmigo para ayudarle) para dejar de pasarlo mal fuera. Porque si conseguimos que usted pueda pensar sus experiencias y ponerlas en su sitio, conseguiremos que dejen de interferir en su vida cotidiana (del contrato para terapia interpersonal de una depresión).*

## VIÑETA 2:

*Hemos podido ver cómo todas esas sensaciones que le preocupan (inquietud, taquicardia, palpitaciones, sensación de tensión, sensación de falta de aire...) se corresponden con la respuesta de nuestro organismo cuando tiene que afrontar un peligro o con sus consecuencias (como el dolor debido a la contracción muscular sostenida o el hormigueo debido a la hiperventilación). A nadie le extrañaría que usted las tuviera si hubiera aparecido un león por esa puerta. En ese caso serían no sólo normales, sino útiles. Lo malo es que estas reacciones se producen en usted sin que podamos identificar cual es el estímulo que las provoca. Y que, además, cuando usted empieza a sentir las atribuye a que algo no funciona bien en su cuerpo, piensa que pueden deberse a una enfermedad grave y se asusta aún más, con lo que las sensaciones aumentan y se establece un círculo vicioso. Muchas personas experimentan este tipo de crisis. Aquí podemos intentar, en primer lugar que adquiera algún tipo de instrumento para cortar ese círculo vicioso (benzodiazepinas, relajación, entrenamiento en autoinstrucciones...). Además vamos a preguntarnos que es lo que puede hacer que justamente ahora sienta usted ese miedo. Me ha hablado usted de momentos en su vida en los que ha tenido miedo de no satisfacer las expectativas que tenían sobre usted otras personas (como su padre...). Y también me ha dicho que ahora siente que no va a poder estar a la altura de lo que se le exige en el trabajo. Vamos a explorar esto (...). La idea es que de este modo conseguiremos evitar que se repitan las crisis. Lo que nos va a costar más es que desaparezca ese miedo a que la crisis se repita...*

## VIÑETA 3:

*Está usted sorprendida porque es ahora y no cuando tuvo que enfrentar todas aquellas adversidades cuando se ha hundido. Pero su situación ahora es muy diferente. Entonces usted estaba agobiada por la necesidad de sacar adelante a sus hijos, y supo afrontarlo. Ahora es usted la que está enferma y recibiendo quimioterapia. Ahora es a usted la que le correspondería pedir ayuda. Por lo que me ha contado parece que usted nunca pudo aprender a pedir ayuda. Y que, aunque entiende que los demás lo hagan, se siente mal si tiene que hacerlo usted. Podemos intentar comprender por qué se da a usted misma un trato tan diferente del que da a los demás y que piense que podría hacer para tratarse de un modo acorde a su actual situación.*

En segundo lugar el contrato debe referirse al **encuadre**. Este debe definirse en términos de personas incluidas en el proceso (individual, de pareja, de familia, de grupo...), lugar en el que va llevarse a cabo, posición (cara a cara o no, en la mesa o en los sillones...), horario, frecuencia y duración de las sesiones, manejo de incidencias como retrasos, citas perdidas o canceladas, urgencias o citas extras y duración previsible (ilimitado, con pretensión de brevedad, con fecha de terminación fija, con número de sesiones predeterminado...). Deben explicitarse las normas básicas que han de regular la actividad del paciente (asociación libre, cumplimiento de las tareas para casa...) y del terapeuta (contestará o no a todas las preguntas, preguntará directamente o no, dará o no opiniones o consejos...). En el capítulo correspondiente a las fases intermedias nos referiremos a cómo elegir el encuadre cuando esta elección es posible. Lo que aquí nos interesa es resaltar que los detalles del mismo deben ser explicitados con el paciente antes de entrar en

las fases intermedias. La siguiente viñeta ilustra una posible intervención para atender a esta parte del contrato.

*Lo que le propongo entonces es que nos veamos aquí, en mi consulta más o menos una vez a la semana, que procuraremos que sea, como hoy, los miércoles a primera hora. Las sesiones durarán treinta minutos. Por eso es importante que llegue usted a tiempo ya que si empezamos tarde no podremos recuperarlo. En principio yo estaré disponible a la hora que hemos estipulado. Si por alguna circunstancia –por que debo atender una urgencia, por ejemplo– no puede ser así y comenzamos tarde por este motivo, entonces sí recuperaremos el tiempo. Si, por lo que fuera, tiene que cancelar una cita hágalo por favor en la sesión anterior o, al menos, con más de dos días e antelación para que yo pueda reestructurar mi agenda (en un contexto privado señalar que si no, se cobrará la sesión). Calculo que el tratamiento durará unas 10 sesiones, esto es, hasta finales de junio. En cualquier caso fijaremos la fecha definitiva con, al menos, tres sesiones de antelación. Si en algún momento precisa una atención extraordinaria urgente podrá acudir al centro o al servicio del hospital si es en horario de tarde o noche. Allí le atenderá un especialista, pero no se le garantiza que sea el propio terapeuta. Lo que usted y yo haremos a partir de ahora será en cierta modo diferente de lo que hemos hecho hasta el momento. Yo creo haberme hecho una idea lo suficientemente precisa como para no tener que interrumpirle para preguntarle por informaciones básicas (¿Pilar es su mujer? ¿Tiene usted otro hermano?). A partir de este momento haré menos preguntas que hasta ahora. Le escucharé e intentaré ayudarle a detenerse en aquellas cosas de lo que cuente en las que me parece que le pasa algo inadvertido. Como ya le he dicho no le daré consejos ni le daré mi opinión personal respecto a decisiones que usted deba adoptar. Seguramente ya ha oído usted muchos consejos antes de venir aquí. Y si no ha podido actuar de un modo más satisfactorio para usted no ha sido porque no sepa cual sería ese, sino porque, aunque lo sepa, algo le impide hacerlo (como quien no puede dejar de fumar aunque sepa que el tabaco le perjudica...). Usted ya sabe el tipo de cosas que podrían estar en relación con su problema. Se le pide que centre su atención en ellas pero, que, en cualquier caso diga aquello que durante las sesiones le venga a la cabeza y que comparta conmigo sus sentimientos. Quiero decirle que no hay cosas de las que sea inconveniente hablar. Espero que me cuente lo que se le ocurra y me haga saber lo que siente también (estoy por decirle que especialmente) si se refiere a cosas que tienen que ver conmigo, con nuestra relación o con la terapia. Por supuesto que también puede hacer las preguntas que se le ocurran. Lo que quiero aclararle sobre las preguntas es que yo se las contestaré si creo que el responderlas nos va a permitir avanzar en la terapia. En otras ocasiones será mejor para la terapia que nos preguntemos juntos por qué ha considerado interesante hacer tal o cual pregunta. Y en ese caso, en lugar de contestar a su pregunta, se lo haré saber. ¿Quiere aclarar alguna cosa sobre cómo vamos a trabajar?*

Por último, el contrato debe establecer los **objetivos** del tratamiento y explicar las expectativas de ambos participantes. Los objetivos, deben ser limitados, realistas y evaluables (*vamos a trabajar para conseguir que pueda subir al autobús sin sufrir estos ahogos*), huyendo de definiciones vagas y formulaciones muy generales (*ser más feliz*). Definir correctamente unos objetivos supone considerar sus

## Cuadro 1: Contrato en psicoterapia

### 1.- FOCO

Devolución

**hipótesis** del terapeuta (razonada)

estimación **pronóstica**

justificación de una **propuesta de tratamiento**

Acuerdo de una versión conjunta (terapeuta/paciente) del problema

### 2.- ENCUADRE

- individual/pareja/familiar/grupo
- lugar/posición
- frecuencia/duración de las visitas
- manejo de incidencias
  - retrasos
  - citas perdidas/canceladas
  - prolongación derivación
  - urgencias/citas extra
- ilimitado (¿hasta cuándo?, ¿hasta conseguir qué?), por tiempo predeterminado (nº de sesiones determinado, nº de horas determinado)
- normas del paciente (asociación, tareas para casa...)
- normas del terapeuta (directividad, respuesta a preguntas, consejos...)

### 3.- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

costos y los riesgos que entraña su prosecución y establecer unos marcadores de logro que nos permitan saber en que medida nos aproximamos o no a ellos.

El **cuadro 1** resume los requisitos del contrato que hemos comentado hasta aquí. Estamos convencidos de que el establecimiento de un contrato de estas características supone enormes ventajas en la práctica de la psicoterapia en el sector público. Nuestra recomendación es que cada terapeuta se familiarice con un contrato tipo que adapte a las características de cada paciente. El momento de establecer el contrato suele aportar mucha información sobre expectativas y actitudes del paciente. El haber explicitado las condiciones de tratamiento reglamentadamente facilita la referencia al encuadre que, en ocasiones se convierten en un elemento central de la terapia.

## 2. Tareas

### 1. Exploratorias

La necesidad de desarrollar en los momentos iniciales de la terapia una labor de exploración que guíe su curso posterior es tan obvia que muchos autores han llamado a esta fase sencillamente fase de evaluación. Aunque ya

hemos explicado por qué no estamos de acuerdo con esta denominación, indudablemente la labor de exploración es básica durante lo que nosotros llamaremos fases iniciales.

La exploración para la psicoterapia no puede reducirse a la exploración psicopatológica. Debe abarcar además otros campos sin cuyo conocimiento sería imposible anticipar el curso (y aún la viabilidad) de la intervención psicoterapéutica. En un trabajo previo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano y Mas Hesse, 1997) establecimos cuatro orientaciones para estas **tareas exploratorias**:

1. **Problema** (síntomas, afectos, cogniciones, conductas, biografía, circunstancias concomitantes... relaciones pasadas o presentes, relación terapéutica)
2. **Ámbito de manifestación** (pasado, presente, relación terapéutica...)
3. **Posibilidades de tratamiento** (predisposición para el cambio, motivación, experiencias de tratamientos anteriores...)
4. **Factores limitantes y facilitadores** (nivel cultural, capacidad de verbalización, sistemas de apoyo...)

Como queda dicho en el apartado anterior la tarea exploratoria en estas fases es una labor finalista que debe ser guiada por el objetivo de llegar a una formulación en los términos en los que desarrolla en el capítulo correspondiente (página 113). El instrumento para la exploración es, obviamente la conversación en la que la intervención del terapeuta toma, sobre todo, y aún en mayor medida que en otras fases, la forma de pregunta.

## ***2. Explicación o interpretación de prueba***

En cualquier caso, las tareas que se desarrollan durante las fases iniciales no son exclusivamente exploratorias. En otro lugar (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997) incluimos otras dos: la **explicación o interpretación de prueba** y la **definición de los roles de terapeuta y paciente**.

Las explicaciones o interpretaciones de prueba son *intervenciones orientadas a proporcionar una demostración de la capacidad de paciente y terapeuta de trabajar en diferentes registros y a servir de base para el acuerdo de un foco en el contrato*. Su empleo, habitual también en las terapias tradicionales más prescriptivas, ha ido haciéndose rutinario en las propuestas más expresivas hasta convertirse en un elemento central de las fases iniciales para terapeutas como Davanloo (1990) o Strupp y Binder (1989).

Lo que la explicación o interpretación de prueba pone de manifiesto antes que nada es la capacidad del paciente para la auto-observación y la viabilidad

del acompañamiento entre terapeuta y paciente. La propuesta de contrato que hemos hecho más arriba supone necesariamente que en el momento de hacerlo hemos conseguido acordar con la(s) paciente(s) una primera explicación de su problema que nos va a permitir justificar nuestra propuesta de tratamiento. Para ello terapeuta y paciente han generado una narrativa que incluye la posibilidad de trabajar para el cambio. La respuesta del paciente a nuestras propuestas de explicación y su capacidad de modificar sobre ellas su propia narrativa nos va a proporcionar la información decisiva para optar por uno u otro modo de afrontar su problema en la terapia. Se entiende que los componentes emocional y comportamental (incluida la conducta no verbal durante la entrevista) son, si cabe, más importantes que la respuesta verbal y la manifestación o no de acuerdo.

### ***3. Definición de los roles de terapeuta y paciente***

La **definición de los roles de terapeuta y paciente** es crucial, ocurre en estas fases tempranas y depende sólo en escasa medida de lo que se explicita en el contrato. Se trata de hacer surgir entre dos personas desconocidas una relación **compatible con el trabajo y aceptable por ambas partes**. Esto sucede en cualquier encuentro terapéutico y ha sido bien analizado, por ejemplo por Beitman (1987). Este primer encuentro terapeuta-paciente se juega en primer lugar en un terreno interpersonal. Las características externas (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, signos externos denotadores de valores –medallas, insignias, adornos, vestido, periódico que se lee...) de ambos participantes pueden hacer anticipar el curso de la relación determinando un grado de simpatía preliminar. Pero este encuentro se verifica también en un registro **experto/lego**. El paciente ha de reconocer en la terapeuta la competencia necesaria para poder ponerse confiadamente en sus manos. Esta operación es más complicada en el sector público ya que en el sector privado es precisamente la suposición de esa competencia lo que lleva al paciente a un determinado terapeuta y en el sector público no se elige la terapeuta (la pertenencia al sistema público no es generalmente admitida como una buena garantía por la mayoría de los que acuden a él). Pero la verdadera dificultad adicional en la asistencia pública es que esta relación se juega también en el registro **administración/usuario**. El paciente es un ciudadano con derecho al tratamiento que el Estado le garantiza *a través* de la terapeuta. La situación se complica aún más si, además, la terapeuta tiene que determinar, por ejemplo, si el paciente debe estar de baja laboral o no. La creciente presencia de los terceros pagadores en el sector privado ha determinado que estas características que antes eran propias del sistema público afecten a un

número creciente de psicoterapeutas. Una buena alianza de trabajo sólo puede establecerse cuando se consigue hacer prevalecer el registro experto/lego sobre los otros dos.

Hacer esto correctamente requiere una atención específica al problema. La exploración de las expectativas e ideas preconcebidas del paciente sobre el tratamiento, sus métodos y sus posibilidades deben ser exploradas sistemáticamente. La pregunta sobre como cree el paciente que podríamos ayudarle y cómo se imagina el tratamiento no debería omitirse nunca. Se deben prestar particular atención a los indicadores indirectos de la evolución de la relación (postura, miradas, comentarios) y buscar retroinformación sobre las iniciativas del terapeuta. El terapeuta debe explorar también sus sentimientos de entrada sobre el paciente y preguntarse por el modo en que podrían posteriormente influir en el curso de la terapia.

### 3. Problemas

En un grupo de consenso realizado con psicoterapeutas del sector público de Madrid (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Benito Cano, Mas Hesse y Rodríguez Vega, 1997) se acordaron cuales eran los **problemas** más frecuentemente afrontados por estos terapeutas durante las fases iniciales. Se señalaron cinco. En primer lugar es relativamente frecuente **que el paciente acuda a la consulta con una idea preconcebida de cual pueda ser la ayuda que va a recibir** que resulte incompatible con las condiciones de trabajo en las que se desarrolla el trabajo de ese psicoterapeuta en concreto (en la práctica pública, en un contexto sin facilidades de hospitalización...) o inadecuado para la resolución de su problema. Este tipo de situación requiere un trabajo de **reformulación de la demanda**. Si esto no se consigue puede acabar con la quiebra de la relación y hacer imposible la psicoterapia.

Puede ocurrir también que las **características personales** (aspecto, cultura, sexo, edad, estilo de comunicación, exposición de valores) del terapeuta resulten inaceptables para el paciente o las mismas características o la naturaleza del problema (abusos, violencia...) aparezcan como inmanejables por motivos personales del terapeuta. Estas circunstancias pueden hacer aconsejable un cambio de terapeuta.

En tercer lugar puede ocurrir que después de un tiempo prudencial de trabajo **no se consigan acordar unos objetivos** para una intervención psicoterapéutica. Ello puede deberse a que el terapeuta no considere indicación de intervención psicoterapéutica, o, al menos, de intervención en las condiciones en las que él la practica (sector público, terceros pagadores...) los obje-

tivos perseguidos por el paciente –del tipo de “desarrollo personal”, “conocerse mejor...”. O bien puede deberse a que el paciente no acepte involucrarse en una intervención psicoterapéutica. Esta situación puede ser motivo de fin de la intervención, de indicación de otra modalidad de atención o de post-poner la fijación de objetivos.

En ocasiones aunque haya sido posible marcar objetivos, **no se consigue acordar un foco o, aun con este fijado, no se consigue acordar el encuadre** (individual, familiar o de grupo) que al terapeuta le parecería más adecuado para hacer frente al problema. En tal situación se procede a **intentar formular el foco en otro registro** (afecto, cogniciones, conducta, relaciones, síntomas...), o a **acordar un encuadre compatible con el tratamiento** aunque no sea el ideal (nótese que en la práctica privada la no aceptación del encuadre propuesto de entrada por el terapeuta supone con frecuencia –piénsese por ejemplo en la práctica habitual de psicoanalistas o sistémicos– la no conclusión del contrato).

Un problema diferente en cuanto al **encuadre** es el del paciente que sí acepta un determinado encuadre, pero que lo transgrede a continuación (realizando llamadas o presentándose entre sesiones, llegando tarde, resistiéndose a terminar las sesiones, preguntando por la vida privada del terapeuta o pretendiendo relacionarse con él fuera de la consulta...). Estas transgresiones tempranas deben ser entendidas y manejadas como escenificaciones de las pautas maladaptativas que van a ser objeto del tratamiento. Ante este tipo de situaciones Beitman (1987) plantea cuatro posibles alternativas. La primera es recordar al paciente el encuadre y pedir que se adapte a él.

*En la sesión anterior quedamos en que íbamos a trabajar durante treinta minutos y que transcurrido ese tiempo terminaríamos la sesión. Si usted elige hablar de otros temas y relega para cuando ya se ha agotado el tiempo un tema tan importante, nos veremos obligados –como sucede ahora– a posponerlo hasta la semana que viene. Le sugiero que en la próxima sesión empiece por allí para que podamos aprovechar el tiempo.*

En nuestro modo de hacer esta función puede llevarse a cabo con un estilo más exploratorio que, además, nos permite comprobar si el paciente ha comprendido el contrato.

*TERAPEUTA: ¡Ah!, ¡Ah!, Me parece que está ocurriendo algo muy importante... Permítame que le interrumpa. ¿Recuerda usted lo que acordamos sobre la frecuencia y la duración de las sesiones?*

*PACIENTE: ¡Claro!*

*TERAPEUTA: ¿Puede recordármelo a mí?*

*PACIENTE: Usted dijo que nos veríamos los miércoles, durante treinta minutos.*

*TERAPEUTA: Y usted estuvo de acuerdo.*

*PACIENTE: ¡Claro!*

*TERAPEUTA: ¿Sabe usted qué hora es?*

*PACIENTE: Las nueve y media, es verdad.*

*TERAPEUTA: Esto que empezaba a contarme cuando le he interrumpido ¿Le parece que es importante para el trabajo que acordamos que hemos de hacer?*

*PACIENTE: Lo más importante.*

*TERAPEUTA: ¿Mas importante que lo que me ha estado contando hasta ahora sobre lo mal que se han portado los de su banco?*

*PACIENTE: ¡Mucho más!*

*TERAPEUTA: Pero me lo pretende empezar a contar ahora cuando, como acaba de decirme, sabe que es imposible porque tenemos que terminar la sesión. Vamos a dejarlo hoy aquí. Le sugiero que comencemos la próxima sesión con esa historia y, además, preguntándonos por qué hoy ha hecho esto. Porque a lo mejor esto es algo que usted hace en más ocasiones. Y a lo mejor hacer este tipo de cosas tiene que ver con lo que le pasa...*

La segunda de las alternativas que Beitman señala es explicar las razones de que el contrato esté establecido así:

*TERAPEUTA: ¿Recuerda usted que una de las cosas que hablamos es que hay preguntas que constataría y preguntas que nos servirían para trabajar?*

*PACIENTE: Es verdad*

*TERAPEUTA: ¿Y qué le puse, precisamente, como ejemplo, las preguntas sobre aspectos de mi vida personal?*

*PACIENTE: Si*

*TERAPEUTA: Y sin embargo me acaba de preguntar si yo no tengo ese tipo de discusiones con mi mujer. ¿Usted cree que a usted le ayudará a salir de su problema saber si yo discuto así con mi mujer? ¿Cambiaría algo si yo le dijera que sí? ¿O que no?*

*PACIENTE: No se, yo...*

*TERAPEUTA: ¿Conoce usted otras personas que tengan esas discusiones? ¿Y que no las tengan?*

*PACIENTE: Si, de las dos.*

*TERAPEUTA: ¿Y le ha servido para arreglar su problema...?*

*PACIENTE: No, pero me es fácil hablar con las que los han tenido...*

*TERAPEUTA: ¿Y le sería más fácil hablar conmigo si le dijera que sí?*

*PACIENTE: Si.*

*TERAPEUTA: ¿Por qué?*

*PACIENTE: Porque pensaría que me comprende.*

*TERAPEUTA: Como le comprenden esos amigos que también les pasa.*

*PACIENTE: Si.*

*TERAPEUTA: El que esos amigos le comprendan. ¿Le ha hecho resolver su problema hasta ahora?*

*PACIENTE: Claro que no. Por eso he tenido que venir. Pero me ha ayudado a aguantar.*

*TERAPEUTA: Y usted. ¿Ha venido aquí a que le ayude a aguantar en la situación que le está provocando todo ese sufrimiento o a salir de ella?*

*PACIENTE: ¡A salir! ¡Ya le dije que no lo aguanto más!*

*TERAPEUTA: O sea que si yo hiciera lo que hacen sus amigos (apoyarle, decirle que su modo de comportarse es normal) eso sólo le serviría en todo caso, para seguir como está. Yo tengo que hacer otra cosa, tengo que hacer algo diferente de lo que ya han hecho sus amigos y que no le ha servido para resolver el problema... Y si hago lo que hacen los amigos no pue-*

*do hacer lo otro. Por eso esta es una de esas preguntas que no voy a contestar. Pero nos va a venir bien su pregunta para aprender cosas que sí pueden ser útiles. Dígame, ¿cómo se siente usted ahora hablando de esto conmigo, sin saber si yo tengo o no este tipo de discusiones en mi vida privada?*

La última pregunta del ejemplo anterior abriría la tercera de las estrategias que plantea Beitman (1987) que es confrontar e interpretar la violación (como una manifestación de la pauta problema) Nos referiremos a esta posibilidad en el capítulo sobre pautas problema.

Beitman (1987), por último, plantea la posibilidad de aceptar y utilizar paradójicamente la violación del encuadre.

*Marian no ha traído el registro de alimentos que le pedimos en la sesión pasada. A lo mejor Marian se ha dado cuenta que, si lo volveríamos hablar de comida también aquí en las sesiones de terapia de familia. Y Marian, que ha estado proporcionando durante años una tarea común a la familia, seguramente, después de la sesión del otro día, ha llegado a la conclusión de que, estamos ya en un momento en el que podemos hablar de qué es lo que espera de cada uno de ustedes... Por eso, en lugar de hacer la tarea, ha iniciado estas disputas...*

Por último, en ocasiones, **no se consigue una definición de los roles terapeuta/paciente** compatible con el trabajo psicoterapéutico (bien porque no se consigue hacer prevalecer el aspecto de relación profesional sobre el personal, bien porque se interponen aspectos burocrático-administrativos). En tales condiciones no es posible la psicoterapia por lo que caso de clara indicación, es preferible proponer un cambio de terapeuta.

Una fuente de problemas en estas fases deriva de cuál es la disposición para el cambio con que el paciente acude a la consulta (Prochaska y DiClemente, 1984). Como ya señalábamos en el capítulo sobre indicación de la psicoterapia la existencia de **motivación para el tratamiento** ha sido, en ocasiones, entendida como un requisito para el tratamiento. No nos parece que debe de ser así. Pero el grado de motivación existente es un aspecto determinante a la hora de establecer un plan de actuación. Lo que habrá que plantear con un paciente precontemplador (que ni siquiera se ha planteado la conveniencia de hacer algo para intentar cambiar) (Prochaska y DiClemente, 1984) es una estrategia que le haga experimentar como problemática (como no deseable, como necesitada de ser cambiada) la pauta de comportamientos, emociones, pensamientos y relaciones que va a ser objeto del tratamiento). Estos pacientes acuden a la consulta con narrativas dominadas por la impotencia (sus limitaciones les impiden hacer frente a los requerimientos de la vida), o de la externalización (lo que les ocurre es consecuencia de acontecimientos externos que ellos no pueden controlar). La conversación terapéutica ha de hacer surgir a partir de ellas otras narrativas en las se den dos condiciones: algo en esa secuencia de comportamientos, emociones, pensamientos y rela-

ciones es vivido como *parásito*, como indeseable y, a la vez, la terapia aparece como un procedimiento por el que el paciente *puede* hacer algo para evitarla. Este segundo aspecto (por el que el paciente adquiere la idea de ser capaz de hacer algo para cambiar a través de la terapia) es el central en los pacientes que acuden en fase de contemplación (Prochaska y DiClemente, 1984). Los pacientes que acuden en fase de preparación para la acción (Prochaska y DiClemente, 1984) o que están temiendo problemas para rentabilizar serios intentos de cambio que ya están llevando a cabo no requieren estas maniobras. En el capítulo sobre la fase de indicación se dan algunos ejemplos de transformación de estas narrativas de pasividad para cumplir el requisito de que el paciente se otorgue algún papel en el origen o la evolución del problema que hemos establecido como necesario para la psicoterapia.

No quisiéramos terminar este apartado sin hacer referencia a la aparición y a la consideración de **fenómenos transferenciales y contratransferenciales** en estas fases iniciales del proceso terapéutico. Los disparadores de los fenómenos transferenciales en estos primeros momentos son aquellos rasgos del terapeuta más evidentes (sexo, edad, modo de vestir...). El comienzo de la terapia en sí mismo puede ser vivido como una situación amenazante que desencadene el tipo que haga que se pongan en marcha los procedimientos por los que el paciente hace frente a las amenazas en los contextos interpersonales. Un determinado paciente adoptará una actitud seductora, otro se mostrará hostil, otro receloso o dependiente o deseoso de agradar. Nótese que como señala Beitman (1987) cada uno de esos estilos de relación *evoca* un determinado tipo de terapeuta. Si la capacidad de autoobservación del terapeuta le permite darse cuenta de hasta que punto el comportamiento del paciente le están pidiendo una determinada actitud y modo de conducir la entrevista (más activo, más cálido, más directivo, más protector, más cauteloso...) dispondrá de un instrumento valiosísimo para conocer y compartir información sobre el paciente. En ocasiones estos estilos interactivos que se disparan en situaciones de amenaza serán el objetivo de la terapia. Otras veces no lo serán. Pero serán siempre un elemento importante a la hora de prever el desarrollo de las estrategias a través de las que vamos a intentar facilitar el cambio. Es posible que ante pacientes que se sientan muy amenazados por la posibilidad de expresar sentimientos sea preferible utilizar técnicas cognitivas que experienciales o que estrategias que impliquen cierto grado de regresión sean desaconsejables en pacientes que tienden a establecer relaciones muy dependientes (precisamente cuando el objetivo de la terapia no es el cambio de uno u otro estilo interactivo).

Las características externas del paciente (sexo, edad, estatus, raza...) también pueden desencadenar automáticamente en el terapeuta reacciones basa-

das en estereotipos propios de su historia personal (que, en definitiva, es lo que llamamos **contratransferencia**). Un buen conocimiento de sí mismo (obtenible a través de la terapia personal, pero también a través del entrenamiento específico y de la supervisión) puede ayudar al terapeuta a identificar esta tendencia a reaccionar automáticamente y reconducir su forma de actuar del modo más adecuado para conseguir el beneficio del paciente. Hay algunos disparadores de la contratransferencia propios de esta fase que conviene recordar (Beitman, 1987). El primero es el diagnóstico. Si en la hoja de derivación que acompaña al paciente aparece el diagnóstico de *borderline*, *psicópata*, *histérico* (sobre todo *histérica*) o *rentista*, es difícil no sentir una sensación especial que modifica la actitud con la que recibiríamos a un depresivo o un agorafóbico. También es importante el estatus del paciente. Tratar famosos o personajes importantes de la comunidad puede inducir en el terapeuta comportamientos, que dependen sólo de su actitud ante determinados estereotipos, y puede ser origen de prácticas poco adecuadas. La importancia de este tipo de fenómenos se traduce en la necesidad de determinados derivantes de aclararnos quien es el sujeto al que nos van a mandar y en la de determinados terapeutas que creen importante contarnos a quien tratan o cual es el cargo que desempeña determinado paciente. Otro disparador específico de la transferencia son los derivantes. Los pacientes derivados por el jefe o por personas cuya opinión sobre nosotros nos preocupa especialmente pueden ser objeto de distorsiones. La presencia de este tipo de disparadores debería, por lo menos, inducir al yo observador del terapeuta, la pregunta sobre si están condicionando su modo de actuar (que nunca estará de más).