

**¿Qué pacientes rechazan los psicoterapeutas?
Una exploración sobre los casos —temas y estilos de personalidad— que perturban a
los psicólogos y psiquiatras en el trabajo clínico
What patients reject psychotherapists?
An exploration of the cases - themes and personality styles - that disturb psychologists
and psychiatrists in clinical work**

Marcelo Rodríguez Ceberio¹, ORCID 0000-0002-4671-440X

Jésica Agostinelli², ORCID 0000-0002-0073-4720

Marcos Díaz Videla³, ORCID 0000-0002-8792-4593

Romina Daverio⁴, ORCID 0000-0001-7192-7901

^{1 2 3 4}Escuela Sistémica Argentina. Argentina

¹Universidad de Flores. Argentina

Resumen: Si bien el modelo terapéutico es relevante a los efectos de brindar construcciones teóricas que permitan concebir a los problemas humanos desde una perspectiva particular, su aplicación práctica pasa por el tamiz de las características personales del terapeuta y las particularidades del contexto donde se ejercita el modelo. Es así que las creencias, valores, historia, rasgos de personalidad del terapeuta modifican al modelo, de la misma manera que la atención en consultorio privado u hospital público o las características o temas del paciente. Por lo tanto, más allá del modelo, es importante hablar del “estilo terapéutico”. Dentro de las limitaciones personales que modifican al modelo se hallan ciertas características de pacientes y temáticas que perturban al terapeuta en su libre ejercicio. El objetivo de este trabajo es explorar cuáles son los temas (historias y problemas) y las características (rasgos de personalidad y patología) de los pacientes que generan rechazo a los psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras) argentinos, tomando en cuenta otras variables como años de ejercicio profesional, zona de atención, género y modelo terapéutico. Se realizó un estudio transversal, descriptivo-correlacional, mediante encuestas. Los temas que generaron mayor rechazo absoluto en los terapeutas fueron los torturadores, abusadores, asesinos y criminales.

Palabras clave: psicoterapia, pacientes, estilo terapéutico, género, ejercicio profesional

Abstract: Although the therapeutic model is relevant in order to provide theoretical constructions that allow conceiving human problems from a particular perspective, its practical application goes through the sieve of the personal characteristics of the therapist and the particularities of the context where the model is exercised. Thus, beliefs, values, history, personality traits of the therapist modify the model, in the same way as the attention in a private practice or public hospital or the characteristics or themes of the patient. Therefore, beyond the model, it is important to talk about the "therapeutic style". Within the personal limitations that modify the model are certain patient characteristics and subjects that disturb the therapist in his free exercise. The aim of this work is to explore what are the issues (stories and problems) and the characteristics (personality traits and pathology) of the patients that generate rejection of Argentine psychotherapists (psychologists and psychiatrists), taking into account other variables such as years of professional exercise, attention area, gender and therapeutic model. A transversal and descriptive-correlational study was carried out through surveys. The main results were that the subjects that generated absolute rejection in the therapists were the torturers, abusers, murderers and criminals.

Key words: gender, patients, professional practice, psychotherapy, therapeutic style

Recibido: 28/08/2018 Revisado: 20/11/2018 Aceptado: 27/02/2019

Agradecimientos: Se agradece la participación de Lucas Labandeira -ESA-, Fernando Ramos -ESA-, Paula Sandoval -ESA-, Mariana Rodríguez -ESA-, Gabriela Kozyra -ESA-, Marta Mero -ESA-, Florencia Nicolás.

Cómo citar este artículo:

Ceberio, R. M., Agostinelli, J., Díaz Videla, M., & Daverio, R. (2019). ¿Qué pacientes rechazan los psicoterapeutas? Una exploración sobre los casos —temas y estilos de personalidad— que perturban a los psicólogos y psiquiatras en el trabajo clínico. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 32-44. doi: 10.22235/cp.v13i1.1807

Correspondencia: Marcelo Rodríguez Ceberio, Email: marcelorceberio@gmail.com. Jéssica Agostinelli, Email: agostinellijessica@gmail.com. Marcos Díaz Videla, Email: mdiazvidela@hotmail.com. Romina Daverio, Email: rominadaverio@yahoo.com.ar

Introducción

La psicoterapia puede definirse como la relación entre dos o más personas en las cuales una consulta a otra -más idónea en la resolución de problemas humanos- con el objetivo de solucionar un problema. Cuando alguien piensa o acude a un espacio terapéutico, de forma instantánea, activa un esquema categórico acerca de lo que se supone que recoge el rol del psicólogo o psiquiatra: su modelo, su rigor científico, su profesionalidad, etc. En cambio, a diferencia de otras profesiones, la labor terapéutica pasa inevitablemente por el plano de la percepción subjetiva. La personalidad del terapeuta actúa como filtro intermedio en la forma de construir la realidad de cada paciente, a la vez que condiciona una determinada y única forma de intervenir sobre un problema.

Fernández Álvarez (1996) señala que es posible concebir el “estilo” del terapeuta como los modos de ser constantes, habituales y únicos de cada sujeto que comprenden una serie de factores tales como: sus ideas, creencias, situación vital, experiencia de vida, relaciones interpersonales en general, posición socioeconómica, ámbito social, estilo afectivo, religión, procesos emotivos y cognitivos, su propia historia, visión del mundo, flexibilidad, etc. Como también hay factores contextuales que moldean su estilo, como ser el lugar de atención (si es público o privado), el contexto sociocultural, la clase social con que trabaja, la historia del paciente y sus características personales y relacionales, la problemática que trata y los formas de terapia -individual, grupal, familiar, de pareja- (Ceberio & Linares, 2005).

Para que un tratamiento psicoterapéutico

sea efectivo se considera que el terapeuta debe tener una actitud basada en el respeto, aceptación, comprensión, capacidad y formación suficientes, que favorezca al cambio. Implica hacer esfuerzos deliberados por no criticar, juzgar, ni reaccionar emocionalmente frente a las provocaciones, lo que crea un marco y una atmósfera positiva. Esta actitud de respeto y capacidad del terapeuta se relaciona con las posibilidades que tenga él mismo de satisfacción y seguridad personal y no solo por un criterio ético en la atención (Pope & Vasquez, 2016; Rosebaum, 1985; Verdier, 1997). Sin embargo, el terapeuta como todo ser humano, en su tarea no logra alcanzar la aspiración a ese ideal de idoneidad, ya que entran en juego sus propias creencias y categorizaciones que pueden llevarlo a rechazar un paciente con determinado rasgo de personalidad y/o problemática. Entonces, más allá de su formación y entrenamiento a un modelo determinado cobran protagonismo estas variables del estilo terapéutico.

Por esta razón, no existen terapeutas que desarrollen modelos en su más pura esencia porque ni siquiera los mismos creadores de un modelo lo actuaron de manera ortodoxa, en última instancia lo constituyeron y lo implementaron de acuerdo a su estilo personal (Ceberio & Linares 2005). Por tales razones, la elaboración de un protocolo que identifique aquellas relaciones y temáticas perturbadoras para los terapeutas, posibilitan conocer cuáles son las limitaciones con las que un terapeuta puede encontrarse a la hora de intervenir. Si bien, se entiende que son elementos perturbadores generales, se deberá analizar cada situación terapéutica particular, puesto que si hay un vínculo subjetivo es el vínculo

de la psicoterapia. Esto coloca sobre el tapete teórico la imposibilidad del terapeuta de trabajar disociadamente puesto que no solo se opera con el modelo terapéutico sino con su mapa conceptual que depende de su estructura cognitiva.

La “disociación instrumental” (Bleger, 1964) muestra que los profesionales han interpretado rígidamente lo que el autor intentó transmitir en sus “Técnicas de encuadre” que propone en el Método del trabajo institucional. Pero estas rigideces que se establecen a partir de modelos o conceptos, son frecuentes en el ámbito de la psicoterapia -aunque también, el mismo fenómeno se produce en otros campos del quehacer científico-.

Por lo general, cuando se habla de “disociación” en la psicoterapia se da por supuesto que el profesional logra tomar distancia de tal manera que lo vuelve inmutable a las reacciones e intervenciones del paciente. Como técnica, entonces, la disociación instrumental es emparentada con la “objetividad”. Esta interpretación de la disociación entiende a un observador fuera del campo de observación. Esta posición resulta utópica. Podríamos afirmar que objetividad y subjetividad no son opuestos sino que la objetividad está subordinada a la subjetividad: siempre somos absolutamente subjetivos, pero existen diferentes grados de objetividad dentro de la subjetividad. Epistemológicamente, no resulta posible *disociarse* en el sentido de salir de uno mismo y observar qué cosas suceden en el interjuego terapéutico, porque esta toma de distancia es una falacia (Kerman, 2014).

En síntesis, nuestra persona genera una dinámica sistémica y nuestra cognición atribuye significados, razón por la cual, solamente es un mapa lo que podemos obtener de lo que sucede: el mapa de la relación. Hay algunos conceptos que resultan claros para explicar el aval teórico de la investigación:

a- Transferencias recíprocas

Tan involucrado desde el lugar de observador se encuentra el terapeuta que, en este sentido, el Psicoanálisis planteó el concepto de “contratransferencia”, en función

de los sentimientos, fantasías, figuras identificatorias, etc., que emergían en el psicoanalista en relación con su paciente (Baranger, 1982; Freud, 2001) y contrapuso el concepto de la transferencia, como: “el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida entre ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica” (Laplanche & Pontalis, 1985, p. 439).

Mientras que su contrapartida relacional, la contratransferencia, se define como “el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de este. [...] Freud ve el resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico y subraya que ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas, lo cual tiene como corolario la necesidad del analista de someterse él mismo a un análisis personal” (Laplanche & Pontalis, 1985, p. 84).

Cabe cuestionar quien comienza la transacción de sentimientos o pensamientos a quien. Desde una óptica cibernética, es imposible delimitar de manera precisa, qué del otro estimula la proyección de qué. Este grado de influencia recíproca de conductas, actúa en el contexto terapéutico de manera sinérgica. Recae tanto en las actitudes no verbales -gestualidades, posturas, actitudes, etc.-, como también las historias que se traen a consulta son capaces de estimular las sensibilidades del profesional. Pero las historias que lo llevan al paciente a consultar son en cierta manera “provocadas” por la interacción de la relación terapéutica. Las historias que cuenta el paciente son impulsadas por las historias que devuelve el profesional en función a las historias contadas por el paciente, componiendo así, el repertorio de un juego sin fin.

Desde cualquiera de estas aristas, parece dificultoso hablar de estímulo (transferencia) y reacción (contratransferencia). Podríamos quedar entrampados e inmóviles buscando descifrar la primacía. En este sentido, Pichon Riviere (1995), prefiere utilizar el término

“transferencias recíprocas”. Para el autor, esta habría sido inadecuadamente llamada contratransferencia o conjunto de reacciones inconscientes del operador frente al grupo, la tarea y los procesos transferenciales que en él se cumplen. Todo esto alimentará en el operador la capacidad de fantasía para establecer hipótesis acerca del acontecer implícito del grupo, resultando un elemento valioso en el trabajo terapéutico.

Se entiende, entonces, que tal intercambio de adjudicaciones no debe resumirse únicamente a las personas, sino al contexto donde se desarrolla la psicoterapia. Espacio de consulta, persona del paciente y del terapeuta, tipo de problema, historias contadas, gestualidades, acciones e interacciones, ciclos evolutivos, son algunos de los elementos que componen el todo transferencial. El hecho que las transferencias exceden el perímetro de la psicoterapia, ya es referido por Bleger (1964) que señala:

“Transferencia y contratransferencia son fenómenos que aparecen en toda relación interpersonal y por eso mismo también se dan en la entrevista. La diferencia reside en que en esta última deben ser utilizados como instrumentos técnicos de observación y comprensión” (p. 37).

b- Las resonancias

El modelo sistémico trae a colación el concepto de “Resonancia” (Elkaim, 1992) acerca de los sentimientos, voces internas, experiencias, que se detonan en el terapeuta a partir de los temas, interacciones y persona del paciente (Urban, 2017). Voces que se remiten a su historia, en entrecruzamientos de isomorfismos, en identificaciones con figuras parentales, en reinstauraciones de dinámicas de otros contextos en otros tiempos, otros lugares, etc. Y aquí nuevamente la imposibilidad de disociación. Estas resonancias, son factibles no sólo en los contenidos de los temas que puedan traer los pacientes. También se infiltran en manierismos y estilos de las interacciones, dinámicas y juegos familiares, que movilizan a un terapeuta durante y a posteriori de una sesión.

Situaciones de triangulación o descalificación, que pueden llevar al terapeuta a lindar con sentimientos de abandono, presenciar y ser partícipe de alguna coalición en post de una rivalidad o una alianza en mancomunidad de cara a una crisis severa (Ceberio, Medina, & Linares, 2007).

También, ciertas características de personalidad, figuras que se identifican con personajes significativos de la historia del terapeuta, remueven viejos sentimientos o activan talones de Aquiles, socavando la autoestima, cercenando la creatividad, rigidizando los músculos como la verdadera expresión de la tensión que genera el vínculo (Cesio, 1963).

A la hora de intervenir, tanto los contenidos, interacciones o persona del paciente, trasvasan la cognición del profesional con escasa discriminación de cuál de los tres puntos es el efector del isomorfismo: si la historia contada es la que produce ciertas sensaciones y reacciones en el profesional, o la gestualidad o el todo analógico que la acompaña o el juego que se desarrolla, etc. Es factible, también que el terapeuta no sea consciente de tal isomorfismo. Por esta razón, debe remarcarse la importancia de la terapia personal, como parte de la formación y fundamentalmente la supervisión.

c- El trabajo del self del terapeuta

Más allá de la formación teórica y la práctica clínica, el trabajo con el self del terapeuta es uno de los recursos más sustanciosos para generar profesionales responsables y auténticos a la hora de intervenir. La terapia personal, por otra parte, como un espacio de reflexión, permite revisar los archivos del pasado y del aquí y ahora en el intento de redefinir versiones de la historia contada. Historia que cobra vigencia día a día en la vida cotidiana del consultorio, ya que la sesión puede concebirse como un contexto donde suceden diversas narraciones del paciente, algunas de las cuales calzarán con las versiones de la propia historia del profesional (Keeney, 1983, 1990; Von Glasersfeld, 1988).

Pero hemos señalado otro punto primordial: *la supervisión*. Tema que no compete solamente a la formación profesional, sino también responde a la *ética* y *responsabilidad* en la psicoterapia, tema que fue desarrollado de una manera exhaustiva por William Doherty y que Mara Selvini (1989) remarca en sus desarrollos.

La supervisión, en manos de un profesional acreditado por su formación y experiencia, le proporciona al terapeuta un espacio donde pueda plantear tanto las estrategias clínicas de sus casos y su rediseño, como sus repercusiones cognitivas y emocionales actuales e históricas. Un lugar, donde hacen ecos sus dudas e inseguridades, sus hipótesis, sentimientos, sus reflexiones y defensas, etc., en la búsqueda de la contención y guía en el trabajo terapéutico. Un supervisor es un referente. Un maestro que incentiva a la creatividad, que como tal enseña introduciendo ideas germinales, que apoya académica y afectivamente. La supervisión, entonces, es el espacio donde el terapeuta puede llevar sus resonancias, ir a su historia, apelar a sus rincones más sensibles. Pero, además, las *resonancias* pueden ser traducidas como intervenciones terapéuticas. La emoción que se detona en la relación con los pacientes, tanto la bronca, el miedo, el bloqueo, la felicidad, etc., son sentimientos que, al ser evaluados por el profesional, pueden tener su peso específico si son explicitados.

En síntesis, resonancias, contratransferencias o transferencias, transferencias recíprocas, más allá del rótulo con que deseen llamarse y del modelo que la sostengan teóricamente, muestran sobradamente el feed-back de las relaciones humanas. En cualquiera de sus versiones y formas, lo conclusivo es que tales efectos y causas, provocan en una relación tan humana como la terapéutica, una serie de complejidades que intentan desentramar complicaciones. Terapeuta y paciente, entonces, en un todo recursivo, tratan dentro de la subjetividad de la relación alcanzar niveles de mayor objetivación de lo observable.

Algunas investigaciones precedentes

Por tal, la presente investigación indaga sobre el rechazo por parte de los terapeutas hacia cierta clase de pacientes que padecen patología o con característica de accionar o temáticas a resolver que provocan perturbación en la atención. No existen investigaciones o, más bien no centran el foco de estudio en este eje temático, sino solo de manera parcial. Algunas de ellas son referidas al trabajo con enfermos terminales (Pereira Tercero, 2010; Barreto & Bayés, 1990); trastornos específicos como la esquizofrenia (Arriba-Rossetto, Senra-Rivera, & Seoane-Pesqueira, 2008); homosexualidad (Martínez Gómez, Moral de la Rubia, & Valle de la O, 2013); pacientes con SIDA (Belisario, 1996), entre otras.

Sin embargo, no hemos encontrado investigaciones precedentes en casos en que los terapeutas manifiestan abiertamente rechazo como i.e., abusadores sexuales, criminales y asesinos muy violentos. Solo podemos hacer inferencias por la casuística inicial que desarrollamos para la construcción del protocolo de prueba (100 terapeutas). Es notable que sobre estos trastornos no se haya investigado, aunque no es extraño ya que lo que abundan son las exploraciones en patologías pero no en terapeutas, esto podría pensarse como un síntoma de omnipotencia profesional.

Método

Los objetivos principales han sido explorar temas tales como: historia, problemáticas, y observar cuáles son aquellas características de pacientes –rasgos de personalidad, patologías- que generan rechazo en el terapeuta. En cuanto a los objetivos específicos, se buscó explorar la relación existente entre los años de ejercicio profesional y niveles de rechazo; entre los modelos de psicoterapia y los niveles de rechazo; así como describir la existencia de un perfil de pacientes rechazados por el terapeuta independientemente de su modelo y/o años de ejercicio profesional; y la incidencia del

género –femenino o masculino- a la hora de rechazar un paciente.

La hipótesis inicial que se buscó confirmar o refutar en el desarrollo de esta investigación, fue que ciertas características de personalidad de pacientes como: abuso sexual, abusadores, asesinos y criminales, torturadores, torturados, trabajo con gerontes, moribundos o enfermos terminales; son pacientes frecuentemente rechazados por los terapeutas, más allá del modelo terapéutico, la edad y el tiempo de ejercicio profesional.

Con el objetivo de describir los temas que más rechazo generan en los profesionales de salud mental, se realizó un estudio transversal y descriptivo-correlacional mediante encuestas (León & Montero, 2002). Para el análisis estadístico de los datos se empleó el IBM SPSS 20.0 para Windows. El puntaje total de la escala, así como de sus reactivos individuales, se trabajaron como variables con nivel de medición intervalar, razón por la cual se empleó la prueba r de Pearson para analizar asociaciones entre estas y otras variables con nivel intervalar (e.g., edad) u ordinal (e.g., años de recibido). Para las comparaciones de dos grupos en relación con sus puntuaciones en variables con nivel intervalar u ordinal se empleó la prueba t de Student (e.g., comparación de hombres y mujeres en el puntaje de un reactivo). Las comparaciones entre tres o más grupos se realizaron utilizando el análisis de varianza (ANOVA), dado el elevado tamaño muestral. Se testeó la homogeneidad de varianzas a través de la prueba de Levene y en todos los casos se constató que no había diferencias significativas entre los grupos, por lo cual, se analizaron las diferencias a través de modelos de análisis de la varianza.

Se confeccionó un cuestionario que contó con una versión impresa y online, con el objetivo de favorecer la participación de profesionales de todo el país. Para la recolección de encuestas se buscó un efecto de “bola de nieve”, multiplicador, así como se convocó a la participación de los profesionales pertenecientes a distintas instituciones educativas y terapéuticas de todo el país. Antes de comenzar a contestar, los participantes

fueron notificados respecto al carácter anónimo y voluntario de su participación en el estudio, una idea general respecto de los objetivos y sus fines académicos, y el tiempo de duración de la encuesta -estimado en 5 minutos-. El criterio de inclusión en la muestra fue que los participantes contaran con títulos habilitantes de licenciatura en psicología, psicólogos o médicos psiquiatras.

La recolección de datos se produjo durante los meses noviembre de 2015 y junio de 2016. Se elaboró un instrumento estructurado, compuesto por una nómina de preguntas previamente consensuadas con aproximadamente 100 terapeutas del staff de la Escuela Sistemática Argentina y otras instituciones. La escala de respuesta es de tipo Likert que avanza de 1: Rechazo nulo (no me molesta trabajar con estos casos); 2: Rechazo escaso; 3: Rechazo moderado (trabajo, pero de manera incómoda); Rechazo intenso; a 5: Rechazo completo (evito trabajar con estos pacientes).

Este estudio contó con una muestra incidental no probabilística de 322 participantes, de entre 22 y 84 años ($M = 39.86$, $DE = 11.19$), de los cuales 255 fueron mujeres y 67 hombres, representando el 79.2% y el 20.8% del total de la muestra respectivamente. El 34.7% de los participantes residían en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que el 14.1% en el Gran Buenos Aires, el 51.2% en el interior del país. En relación con la especialidad, el 94.4% de la muestra estuvo constituida por profesionales psicólogos, y el porcentaje restante por psiquiatras. Respecto a la cantidad de años de ejercicio de la profesión, la muestra contó con un 55.5% de profesionales con menos de 10 años de recibidos; 26.8% entre 10 y 20 años de recibidos; 9.7% entre 20 y 30 años; y un 8.1% con más de 30 años de ejercicio de la profesión. El 38.3% de los terapeutas contaba con un abordaje sistémico, mientras que el 23.8% con un enfoque psicoanalítico, el 19% cognitivo-conductual, el 9.3% ecléctico, y el 9.6% restante pertenecía a otros modelos terapéuticos (e.g., gestáltico, integrativo, etc.). El 72% de los participantes completó el

instrumento en su versión online y el 28% en versión impresa.

Resultados

Los temas que generaron rechazo absoluto en los terapeutas fueron los torturadores,

abusadores, asesinos y criminales. Por otro lado, los temas que menor rechazo presentaron fueron las personas en proceso de duelo, obsesivos, fóbicos y *panicosos*, homosexuales y bisexuales (ver tabla 1).

Tabla 1
Identificación general de temas de mayor rechazo: medias, desviaciones estándar y porcentajes de respuesta de rechazo absoluto

Temas	M	DE	% de rechazo completo
1. Torturadores	4.24	1.15	62.4
2. Torturados	1.92	1.16	5.3
3. Abusadores	4.33	1.01	62.1
4. Abusados	1.68	1.03	2.5
5. Adictos	2.30	1.25	6.5
6. Depresivos, melancólicos	1.90	1.08	3.1
7. Enfermos terminales y moribundos	2.38	1.37	12.2
8. Personas en proceso de duelo	1.32	0.63	0
9. Gerontes	1.75	1.06	2.8
10. Discapacitados físicos	1.65	1.08	3.8
11. Discapacitados mentales	2.37	1.35	9.9
12. Psicóticos	2.55	1.42	14.4
13. Homosexuales y bisexuales	1.22	0.63	0.9
14. Personas con prácticas sexuales alternativas	1.61	1.02	2.2
15. Narcisistas y pedantes	2.55	1.26	10.3
16. Víctimas, culposos y quejosos	2.09	1.11	2.8
17. Violentos y agresivos	3.19	1.33	20.9
18. Manipuladores	2.88	1.22	11.3
19. Asesinos y criminales	4.18	1.22	62.3
20. Rígidos	2.07	1.09	2.8
21. Xenófobos	2.77	1.31	14.5
22. Faltos de higiene	2.84	1.26	13.1
23. Fóbicos y panicosos	1.36	0.70	0.3
24. Obsesivos	1.38	0.71	0.3
25. Personas con trastornos de alimentación	1.67	1.04	2.8

Debido a la insuficiente cantidad de profesionales psiquiatras ($n = 18$), no se realizaron comparaciones entre estos y los psicólogos, y se los analizó a todos en conjunto. Como resulta lógico, la edad de los terapeutas y la cantidad de años de ejercicio de la profesional resultaron fuertemente correlacionadas ($r = .75$, $p < .001$). Ninguna de estas variables se relacionó con el puntaje de rechazo global de la escala ($p > .59$).

Luego, se realizó el análisis de varianza (ANOVA) (ver tabla 2) de un factor donde se contempló sólo los pacientes en los que se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de rechazo por parte de los diferentes psicoterapeutas, según el modelo terapéutico con el cual trabajan – sistémicos, cognitivos-conductuales, psicoanalistas, eclécticos, otros-.

Tabla 2
Rechazo según el modelo terapéutico

		Suma de Cuadra	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
E5_Adictos	Inter-grupos	26.389	4	6.597	4.444	.002
	Intra-grupos	454.273	306	1.485		
	Total	480.662	310			
E6_Depresivos Melancólicos	Inter-grupos	15.607	4	3.902	3.405	.010
	Intra-grupos	350.676	306	1.146		
	Total	366.283	310			
Personas con enfermedades terminales	Inter-grupos	28.548	4	7.137	3.875	.004
	Intra-grupos	563.594	306	1.842		
	Total	592.141	310			
Gerontes	Inter-grupos	21.676	4	5.419	5.203	.000
	Intra-grupos	317.679	305	1.042		
	Total	339.355	309			
Personas con discapacidad mental	Inter-grupos	21.637	4	5,409	2.995	.019
	Intra-grupos	525.485	291	1.806		
	Total	547.122	295			
Personas con trastornos psicóticos	Inter-grupos	66.078	4	16.520	9.034	.000
	Intra-grupos	557.715	305	1.829		
	Total	623.794	309			
Personas homosexuales y bisexuales	Inter-grupos	6.583	4	1.646	4.216	.002
	Intra-grupos	119.059	305	.390		
	Total	125.642	309			
Personas narcisistas y pedantes	Inter-grupos	17.954	4	4.489	2.863	.024
	Intra-grupos	478.123	305	1.568		
	Total	496.077	309			
Rígidos	Inter-grupos	16.593	4	4,148	3.641	.006
	Intra-grupos	347.475	305	1,139		
	Total	364.068	309			
Faltos de higiene	Inter-grupos	17.937	4	4,484	2.861	.024
	Intra-grupos	478.001	305	1,567		
	Total	495.939	309			

Si bien se observaron diferencias significativas en todos ellos, cuando se realizó contraste Post-Hoc, que implica un análisis más pormenorizado, se observó que solo en alguno de los casos, se producen verdaderas diferencias y agrupamientos. A modo de

ejemplo tomamos el caso de los pacientes Adictos (ver tabla 3), que luego se extrapola a todos los casos, donde en principio, se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3
Rechazo a pacientes adictos según modelo terapéutico

Modelo terapéutico	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
		1	2	3
Otro	30	1.90		
Psicoanálisis	74	2.01	2.01	
Sistémico	119	2.23	2.23	2.23
Ecléctico	29		2.59	2.59
Cognitivo-conductual	59			2.76

No obstante, es preciso destacar que si bien existen diferencias en los niveles de rechazo a los pacientes adictos entre unos psicoterapeutas y otros, los niveles siguen siendo bajos. Es decir que, como se muestra en la tabla 3, en terapeutas cognitivos conductuales pese a existir diferencias significativas en los niveles de rechazo hacia los pacientes adictos respecto del resto de los psicoterapeutas, al tener una media de 2.76

siguen estando entre un rechazo escaso y un rechazo moderado. Este mismo patrón se observa en la mayoría de los cuadros –de los diferentes temas de rechazo–, no observando ninguna media por encima de 3 excepto en los pacientes psicóticos.

En la tabla 4 se observan los resultados de las correlaciones entre los años de ejercicio de la Profesión y los temas de rechazo.

Tabla 4
Correlaciones entre años de ejercicio profesional y temas de rechazo

Temas	Años de ejercicio de la Profesión
1 Torturadores	.072
2 Torturados	-.019
3 Abusadores	-.057
4 Abusados	-.093
5 Adictos	.081
6 Depresivos-Melancólicos	-.162**
7 Personas con enfermedades terminales	-.136*
8 Personas en proceso de duelo	-.094
9 Gerontes	.005
10 Personas con discapacidad física	.001
11 Personas con discapacidad mental	.026
12 Personas con trastornos psicóticos	-.007
13 Personas homosexuales y bisexuales	.009
14 Personas con prácticas sexuales alternativas	.099
15 Personas narcisistas y pedantes	.031
16 Victimistas, culposos y quejosos	-.024
17 Personas violentas y agresivas	.045
18 Personas manipuladoras	.112*
19 Asesinos y criminales	.114*
20 Rígidos	.032
21 Xenófobos	.114*
22 Faltos de higiene	.138*
23 Fóbicos y pánicos	.018
24 Obsesivos	.027
25 Personas con TCA	.036

Se observaron solo algunas correlaciones significativas -tanto positivas como negativas- entre los años de ejercicio profesional y los

niveles de rechazo. De esta manera, si se presta atención a la segunda columna se infiere, por ejemplo, que a mayor cantidad de

años de ejercicio profesional, menor sería el rechazo de los pacientes depresivos melancólicos (-.162) y de las personas con enfermedades terminales (-.136). Mientras tanto, con respecto a los asesinos y criminales, xenófobos, faltos de higiene y personas manipuladoras, a mayor cantidad de años de profesión, mayor sería el nivel de rechazo por parte de los profesionales. No obstante, y al igual que en la mayoría de los resultados presentados, es importante destacar que, en ningún caso, el nivel de rechazo es mayor a “escaso”. Se resalta, según lo anterior que, si bien existen correlaciones significativas, los resultados no arrojaron bajo ningún factor un rechazo moderado, intenso o completo; sino nulo o escaso. Se debe considerar además que los valores de las correlaciones son débiles.

La comparación de los terapeutas en función de su sexo mostró que ambos grupos no difirieron significativamente en cuanto al grado de rechazo global ($p = .09$). Sin embargo, se observaron algunas diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los temas.

El grupo de terapeutas mujeres evidenció mayor rechazo hacia los torturadores ($t[318] = -2.87, p = .004$), torturados ($t[319] = -2.96, p = .003$), abusadores ($t[320] = -4.44, p < .001$), depresivos y melancólicos ($t[318] = -2.56, p = .011$), personas violentas y agresivas ($t[107.800] = -2.12, p = .036$) y xenófobos ($t[105.95] = -2.40, p = .018$).

Discusión

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en relación a los porcentajes de los temas rechazados en forma absoluta, cabe destacar que los “torturadores”, “asesinos” y “criminales”, y “abusadores” son los que alcanzan un mayor valor (62.4%, 62.3%, 62.1% respectivamente). Es esperable arribar a estos resultados ya que, los torturadores, asesinos y criminales son tres pilares universales de rechazo para la mayoría de la humanidad, porque la vida es considerada el don máspreciado y en estos casos estos pacientes atentan contra ella o contra la integridad psicofísica de las persona. En lo que

respecta a los “torturadores”, podríamos inferir que el motivo por el cual cobra una especial resonancia en nuestros terapeutas se debe a la historia vivida, padecida o escuchada que atravesó nuestro país en la década del 70' de la mano de la dictadura militar que violó sistemáticamente los derechos humanos de los ciudadanos, como en gran parte de Latinoamérica. De acuerdo a la semántica que se le otorgue representará un recuerdo más o menos traumático.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en relación a los porcentajes de los temas rechazados en forma absoluta, cabe destacar que los “torturadores”, “asesinos y criminales”, y “abusadores” son los que alcanzan un mayor valor (62.4%, 62.3%, 62.1%, respectivamente). Es esperable arribar a estos resultados ya que, los torturadores, asesinos y abusadores son tres pilares universales de rechazo para la mayoría de la humanidad, porque la vida es considerada el don máspreciado y en estos casos estos pacientes atentan contra ella o contra la integridad psicofísica de las persona. En lo que respecta a los “torturadores”, podríamos inferir que el motivo por el cual cobra una especial resonancia en nuestros terapeutas se debe a la historia vivida, padecida o escuchada que atravesó nuestro país en la década del 70' de la mano de la dictadura militar que violó sistemáticamente los derechos humanos de los ciudadanos, como en gran parte de Latinoamérica. De acuerdo a la semántica que se le otorgue representará un recuerdo más o menos traumático.

Los datos obtenidos en relación con los menos rechazados y con un resultado menor al 1%, se encontraron los “obsesivos” (0.3%), “fóbicos y panicosos” (0.3%), “homosexuales y bisexuales” (0.9%), y “personas en proceso de duelo” (0%). Los pacientes con trastornos obsesivos compulsivos, fóbicos y de pánico, son muy frecuentes en la clínica actual, y van en aumento. Además, conforman los grandes cuadros diagnósticos que imperan en la sociedad actual. Son trastornos sumamente estudiados en los últimos años, dando como resultado intervenciones eficaces para dichas problemáticas. Entonces, tanto la incidencia y

la frecuencia en la consulta, como la amplia y variada oferta de recursos terapéuticos influirían para que este tipo de pacientes y temáticas no generen perturbaciones en los terapeutas. En relación con el menor rechazo de homosexuales y bisexuales, es posible que esto evidencie parcialmente la capacidad desarrollada por los terapeutas para acompañar el cambio de la sociedad argentina en relación al respeto de las elecciones sexuales personales, el respeto y aceptación de la diversidad sexual. Esta aceptación obtuvo mayor fuerza a partir de la sanción de la Ley de matrimonio igualitario del año 2010 en nuestro país (Ley 26.618). Además de que la ideología de género está cada vez más inmersa en los discursos sociales aceptables. Es decir, la diversidad sexual y de género no solo cuenta con mayor reconocimiento y legitimidad social, sino que además, las repuestas homofóbicas o discriminatorias cuentan con una sanción social, por lo que es posible, además, estar registrando un efecto más marcado que en otros reactivos, respecto de la discapacidad social. Además, hoy en día, los profesionales ven plasmados estos temas en las consultas de las familias homo-parentales, que forman parte de las nuevas estructuras familiares y por lo tanto, nuevos desafíos terapéuticos. En la actualidad, nos encontramos con el diseño de estructuras familiares diferentes a las tradicionales, que nos enfrentan con nuestros antiguos diseños de familia que incluyen padres de la década del 1930/1940/1950 y los consecuentes valores y creencias de una época. Este choque de culturas somete al terapeuta a revisar sus propios esquemas conceptuales en pos de realizar intervenciones más efectivas (Ceberio, 2013a).

Es interesante observar que nadie rechazó en forma absoluta a personas en proceso de duelo. Es el único porcentaje 0 de toda la muestra. Posiblemente este resultado se deba a que es un tema que nos atraviesa y trasciende a todos, de uno u otra manera, en algún momento de la vida, posibilitándonos desarrollar gran empatía frente al paciente sufriente. En el resto de los ítems estudiados el nivel de rechazo se encuentra entre el 2% y el

15% con excepción de los “agresivos y violentos” que alcanzan un 20.9%. En la muestra es llamativo que no haya valores intermedios entre los valores de los más rechazados (62%) y los menos rechazados que llegan a 7%. Podríamos significar ese 20.9% de rechazo a los agresivos y violentos, que si bien no es un porcentaje muy relevante es el que le sigue a los de mayor rechazo. La violencia no es un estado emocional agradable, pero no es solo el clima de la sesión que perturba y altera *in crescendo* sino el riesgo que implica para el terapeuta. De hecho, fueron mujeres quienes rechazaron principalmente la situación del encuentro con estos pacientes.

Otros valores que van de 10 al 15%, como “narcisistas y pedantes” (10.3%) y “manipuladores” (11.3%) y xenófobos (14.5%) puede deberse a la tendencia de que son pacientes de una actitud descalificante hacia su entorno y hacia los mismos terapeutas. Respecto a los valores de “psicóticos” (14.4%), el trabajar con esta categoría de pacientes es específica y a menudo desgastante, sin embargo los valores de rechazo completo no fueron tan altos como se esperaba. Por último los “enfermos terminales y moribundos” (12.2%), tampoco es un número relevante, pero el trabajar con personas a sabiendas de su *dead line* no es una especialidad muy buscada por los terapeutas. Es interesante observar que los pacientes terminales y los gerontes, son las especialidades menos buscadas. Es conocido que la especialidad en la vejez y el tratamiento de ancianos no es una elección preferida por los terapeutas en comparación con parejas, adultos o adolescentes y niños. El anciano refleja lo que le espera al terapeuta con el paso del tiempo y a ninguno le gusta proyectarse en esa etapa (Ceberio, 2013b). Por tal razón, trabajar con adultos mayores –la gerontología– no es de primera elección. Sin embargo, los porcentajes de rechazo no fueron significativos. Por último, los “faltos de higiene” (13.1%) si bien no son significativos, en la media de rechazo completo tienen un valor destacado. Esto muestra que el rechazo se puede producir ni por tema, ni por rasgo de

personalidad sino por un factor aleatorio a tales signos: la limpieza de paciente.

Cuando se indagó sobre la relación entre los modelos de psicoterapia y los niveles de rechazo, se observó que los que los profesionales con menor porcentaje de rechazo eran los que adherían a modelos menos sin especificar (i.e., "Otros"). Complementariamente, los que más rechazaban eran los que adherían a un modelo de terapia cognitivo conductual. Estos terapeutas tienden a contar con abordajes más estructurados específicos para determinados motivos de consulta y patologías, por lo que es posible que cuenten con una tendencia preestablecida y menos permeable, respecto de los alcances del tipo de terapia que pueden desarrollar. De todas formas, si bien se observaron diferencias estadísticamente significativas teniendo en cuenta la escala de respuesta utilizada en el cuestionario, el rechazo siguió siendo escaso o moderado. En relación al nivel de rechazo y la edad del terapeuta los temas de más rechazo por los profesionales de mayor edad son: asesinos y criminales, personas manipuladoras, xenófobas y faltas de higiene.

A través de los datos se observa que a mayor año de ejercicio profesional, menor es el rechazo a pacientes depresivos o melancólicos y con enfermedades terminales, lo cual se podría correlacionar con el ciclo vital del profesional, teniendo en cuenta que la adultez y la vejez instan a reflexiones sobre los años vividos y la angustia en pos de la propia finitud.

Si bien los resultados obtenidos no arrojan diferencias significativas en cuanto al sexo del terapeuta, se observa que las terapeutas mujeres rechazan con más fuerza a aquellos grupos que se caracterizan por la violencia como "torturadores, torturados, violentos, agresivos, abusadores", y aquellos que atentan contra las minorías más vulnerables como los "xenófobos". Esto se podría explicar por la mayor debilidad física constitucional femenina, el riesgo que implica, que frente a estos grupos patológicos de poder, posicionan a la profesional en un lugar de mayor vulnerabilidad pudiendo despertar temor frente

a estos vínculos terapéuticos, dificultando de esta manera el tratamiento. Esto se reconfirmaría por la violencia de género histórica que atraviesa a todas las mujeres de forma universal.

Todos estos datos obtenidos en la presente investigación, tanto por pacientes rechazados en general –en temas y personalidad–, en distinción de género, años de ejercicio, o modelos de psicoterapia, muestra que los terapeutas reaccionan ante ciertos pacientes que perturban la libre atención y que no es posible actuar con eficacia. Observan a un terapeuta involucrado en el campo de las interacciones de la sesión que, dentro de la subjetividad del sistema relacional terapéutico, se es más o menos objetivo y esto dependerá de la atribución semántica con que construya el caso.

Contribución de los autores:

a) Concepción y diseño del trabajo; b) Adquisición de datos; c) Análisis e interpretación de datos; d) Redacción del manuscrito; e) revisión crítica del manuscrito.

M.R.C. ha contribuido en a,b,c,d, e; J.A. en a,b,c,d;

M.D.V. en a,b,c, e; R.V en a, b, c, d.

Referencias

- Arriba-Rossetto, A., Senra-Rivera, C., & Seoane-Pesqueira, G. (2008). Papel de la experiencia en la aceptación vs. rechazo del paciente con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (1), 73-83.
- Baranger, W. (1982). Los afectos en la contratransferencia. En *Introducción a los paneles, XIV Congreso Psicoanalítico de América Latina*. Buenos Aires.
- Barreto, P., & Bayes, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología*, 6(2), 169-180.
- Belisario, S. (1996). Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA. *Revista de la facultad de medicina, Universidad de Los Andes*, 5(1-4), 39-43.

- Bleger, J. (1964). *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*. Bs. As: Nueva Visión.
- Ceberio, M. R. (2013a). *Nuevas estructuras familiares, nuevos desafíos terapéuticos. Viejas y nuevas familias*. En M. R. Ceberio & H. Serebrinsky (Eds.), *Dentro y fuera de la caja negra*. Buenos Aires: Psicolibro.
- Ceberio, M. R. (2013b). *El cielo puede esperar. La 4ta edad: ser anciano en el siglo XXI*. Madrid: Morata.
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. R., Medina, R. & Linares, J. L. (Eds.). (2007). *Terapia familiar en Iberoamérica*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Cesio, F. R. (1963). La comunicación extraverbal en psicoanálisis. Transferencia, contratransferencia e interpretación. *Revista de psicoanálisis*, 20(2), 124-127.
- Elkaim, M. (1992). *Si me amas, no me ames: psicoterapia con enfoque sistémico*. Barcelona: Gedisa.
- Fernández Alvarez, H. (1996). Características del psicoterapeuta. *Revista Dinámica*, 1(4), 1-24.
- Freud, S. (2001). *1915-Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Obras completas, 12, 159-173. Buenos Aires: Amorrortu.
- Von Glasersfeld, E. (1988). Introducción al constructivismo radical. En Watzlawick, P. (Ed.), *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Keeney, B. (1983). *Aesthetic of Change*. Nueva York: The Guilford Press. Versión cast. (1987). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B. (1990). *Improvisational Therapy. A practical guide for creative clinical strategies*. Minnesota: Systemic Therapy Press. Versión cast. (1992). *La improvisación en psicoterapia. Guía práctica para estrategias clínicas creativas*. Barcelona: Paidós.
- Kerman, B. (Eds.). (2014). *Nuevas ciencias de la conducta*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Flores.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1985) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- León, O. G., & Montero, I. (2002). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Martínez Gómez, E., Moral de la Rubia, J. & Valle de la O, A. (2013). Evaluación del rechazo hacia la homosexualidad en estudiantes de medicina y psicología con base en tres escalas conceptuales a fines. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 526-550.
- Pereira Tercero, R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17(10), 656-663.
- Pichon Riviere, E. (1995) *Diccionario de términos y conceptos de Psicología y Psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. John Wiley & Sons.
- Rosenbaum, M. (Ed.). (1985). *Ética y valores en psicoterapia*. Fondo de Cultura Económica.
- Selvini Palazzoli, M. (1989). *Paradosso e contrapadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Milan: Feltrinelli. Versión cast. (1988) *Paradoja y Paradoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Urban, J. (2017). De la Contratransferencia a las Resonancias: Las emociones del profesional en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 229-247.
- Verdier, P. (1997). Ética y psicoterapia. *Cuadernos de Bioética*, 2.